

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

- | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Coloured covers /
Couverture de couleur | <input type="checkbox"/> | Coloured pages / Pages de couleur |
| <input type="checkbox"/> | Covers damaged /
Couverture endommagée | <input type="checkbox"/> | Pages damaged / Pages endommagées |
| <input type="checkbox"/> | Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée | <input type="checkbox"/> | Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées |
| <input type="checkbox"/> | Cover title missing /
Le titre de couverture manque | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur | <input type="checkbox"/> | Pages detached / Pages détachées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire) | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence |
| <input type="checkbox"/> | Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Bound with other material /
Relié avec d'autres documents | <input type="checkbox"/> | Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire |
| <input type="checkbox"/> | Only edition available /
Seule édition disponible | <input type="checkbox"/> | 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. |
| <input type="checkbox"/> | 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. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Additional comments /
Commentaires supplémentaires: | | Continuous pagination. |

TRAVAUX ORIGINAUX

Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu—Laparotomie —Dix ouvertures dans l'intestin suturées—Guérison ;

par M. J. AHERN, M.D.,

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université Laval, Québec,
Chirurgien de l'Hotel-Dieu.

Les chirurgiens n'étant pas d'accord sur la conduite à tenir dans les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen, il est important que toutes les observations faites sur des cas de cette nature soient rapportées. Pour cette raison je vous envoie l'histoire du cas suivant :

J. B. D., 23 ans, cordonnier, entre à l'Hotel-Dieu à 6.30 p.m., le 25 mai 1891, pour une plaie abdominale reçue le même jour vers cinq heures p.m., immédiatement après son souper.

Cette plaie a été faite par une balle de revolver—calibre 32—tirée à quelques pieds du malade. Le blessé, qui semble avoir joui d'une santé excellente, présente sur la moitié gauche de l'abdomen, à mi-chemin entre l'ombilic et l'épine antéro-supérieure de l'ilium, une petite ouverture arrondie, à bords contus et noircis. Il y avait un peu de douleur autour de cette ouverture ainsi que dans le ventre. Il n'y avait pas de shock. Le malade avait vomi deux fois : en arrivant à l'hôpital et une heure après. Pouls 80. Température normale.

La position de la plaie, la proximité de l'arme au moment de l'accident, la direction dans laquelle elle a été tirée, les vomissements, enfin toutes les circonstances portaient à croire que la balle avait traversé la paroi abdominale et était logée dans le ventre.

Etant d'avis que dans les plaies pénétrantes de l'abdomen par arme à feu, on doit ouvrir le ventre le plus tôt possible, le malade fut endormi au chloroforme. Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques possibles, un probe introduit dans la plaie passa obliquement de gauche à droite et d'avant en arrière jusque dans la cavité abdominale. Etant certain alors que la balle était entrée dans le ventre, une incision s'étendant de l'ombilic au pubis fut pratiquée sur la ligne médiane. A l'ouverture du péritoine nous vîmes du sang épanché sur les intestins; il y en avait aussi dans le bassin. L'incision, étant trop courte, fut prolongée par en haut et alors, la lèvre gauche étant renversée en dehors, nous pûmes voir une ouverture linéaire verticale dans le

péritoine par où la balle avait pénétré dans la cavité abdominale. Cette ouverture donnait beaucoup de sang et fut suturée avec du catgut. Examinant le petit intestin, nous y trouvâmes sept perforations qui furent fermées par des sutures de Lambert au catgut. Trois ouvertures situées vers l'extrémité gauche du colon transverse furent traitées de la même manière. Le mésentère était ecchymosé en plusieurs endroits. Il n'y avait pas d'épanchement de matières intestinales. La balle n'a pas été vue.

Après lavage de la cavité abdominale avec de l'eau chaude, qui avait été préalablement filtrée et bouillie, l'abdomen fut fermé, un tube de Keith étant laissé dans l'angle inférieur de la plaie. Pansement antiseptique.

26 mai., A.M.—Mauvaise nuit, beaucoup de douleurs; plusieurs vomissements; le tube rend beaucoup de sérum sanguinolent. Temp. 98° 0. Pouls, 125.

—P.M.—Plusieurs vomissements pendant la journée.

Temp. 98° 0. Pouls 130.

27 mai., A.M.—Pas de sommeil; plusieurs vomissements; tube rend encore du sérum. Temp. 98°. Pouls 114.

—P.M.—Vomissements. Tube en verre remplacé par tube en caoutchouc. Temp. 97° 6°. Pouls, 122.

28 mai.—Pas de sommeil; peu de douleur; tube enlevé.

Temp. 98° 2°. Pouls, 114.

—P.M.—Vomit moins.—R. Sod. Pot. Tart. 1 drachme toutes les heures.

29 mai., A.M.—Une selle liquide; moins de douleur.

Temp. 98°. Pouls, 90.

2 juin.—Sutures sont enlevées.

Après cela, le malade continua à prendre du mieux et quitta l'hôpital, parfaitement guéri, le 20 juin.

QUÉBEC, 27 mai 1892.

La noix de kola.—Après quelques données historiques et botaniques sur ce précieux agent thérapeutique, COMBEMALE pose la question de l'action physiologique de la noix de kola. La propriété de suspendre la sensation de fatigue est-elle due exclusivement à la caféine, ou bien le mystérieux rouge de kola intervient-il dans cette action? Après avoir passé en revue les arguments fournis pour ou contre et pesé leur valeur, il faut convenir que l'opinion du professeur G. Sée est la seule vraie: ce n'est que par sa caféine, qu'elle contient dans des proportions doubles ou triples de celles du café, qu'agit la noix de kola. Ainsi s'explique du reste le succès que donne cette kola dans le traitement des maladies du cœur et dans la rénovation des forces pendant la convalescence ou le surmenage intellectuel et physique. Les effets non moins certains obtenus dans les diarrhées sont dûs au tannin que contient cette noix.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de la microcicine en obstétrique et en chirurgie.— M. le Dr Léon David vient de réunir, dans sa thèse, un bon nombre de faits montrant toute l'utilité qu'on peut tirer de l'usage de la microcicine, cet antiseptique introduit dans la thérapeutique par M. le Dr Berlioz (de Grenoble) et qui, comme on le sait, est formé en grande partie (75 p. 100) de naphtolate de sodium, et pour le reste (25 p. 100) par des composés naphtholiques et phénoliques qui ne sont pas bien définis au point de vue chimique, mais qui jouent un rôle important dans l'action de cette substance.

Ses principaux avantages consistent dans son peu de toxicité, bien moindre que celle de l'acide phénique, et sa solubilité (1 partie pour 3 d'eau).

Un point important à connaître dans ses propriétés chimiques, c'est que les acides minéraux la précipitent, et d'autre part les solutions de sublimé y déterminent un précipité d'oxyde mercurique verdâtre: pour éviter cette réaction dans les pansements, on se gardera donc de faire en une même séance un lavage au sublimé et une application de compresses trempées dans la microcicine ou inversement. Les sels ferriques et les sels d'argent sont également décomposés.

Au point de vue antiseptique, les expérimentations sur des cultures montrent qu'elle vient au troisième rang, après le sublimé et le naphthol, mais qu'elle est environ dix fois plus antiseptique que le phénol et vingt fois plus que l'acide borique.

Si l'on se place maintenant au point de vue clinique, on trouve pour l'obstétrique, dans les expérimentations faites par M. Tarnier, des faits tout à fait en faveur de la microcicine. Pour faire cette comparaison, on soumettait à l'usage du sulfate de cuivre, de la microcicine et du sublimé trois salles différentes et on a considéré comme infectieux tous les cas dans lesquels la température a dépassé 39°. Or l'expérience a démontré que ces cas étaient à peu près moitié moins nombreux avec la microcicine qu'avec le sulfate de cuivre, et à peu près égaux en nombre avec ceux que donne le sublimé.

A côté du résultat statistique, qui est bon, il faut ajouter que l'impression donnée par M. le professeur Tarnier est très favora-

ble à l'emploi de cette substance dont voici quelques autres avantages :

Elle n'est pas toxique et peut être employée sans danger pour les injections utérines.

Elle n'est pas caustique, et les femmes n'éprouvent aucune sensation douloureuse pendant l'injection utérine qui suit la délivrance. Quelques femmes seulement se plaignent d'une légère sensation de brûlure, non persistante, pendant les injections vaginales réglementaires faites dans les salles d'accouchées.

Grâce à ses propriétés alcalines, elle nettoie très bien la peau et les muqueuses sans les irriter.

Elle n'altère pas les mains, les linges, ni les vêtements. Le sulfate de cuivre avait l'inconvénient de salir les mains, d'être légèrement caustique, de former avec le sang une bouillie noirâtre adhérent un peu aux parois vaginales ; de plus il froçait la muqueuse du vagin, rendant ainsi les manœuvres plus difficiles, au cas où des interventions ultérieures étaient nécessaires.

Si la microcidine est un bon antiseptique, à la dose de 4 pour 1000 elle est un moins bon désinfectant que le permanganate de potasse. Il est arrivé plusieurs fois que les lochies prenaient une mauvaise odeur, malgré les injections vaginales de microcidine, lorsque quelques injections supplémentaires au permanganate suffisaient pour les ramener à l'état normal.

Mode d'emploi.—Les solutions de microcidine sont préparées au titre de 8 pour 1000 ; puis au moment de s'en servir elles sont dédoublées avec une égale quantité d'eau filtrée, à la température de 80° environ ; l'on prépare ainsi deux litres d'une solution à 4 pour 1000, à la température de 45°. L'injection utérine est faite lentement, sous une pression de 0 m. 40 environ, et le liquide antiseptique peut ainsi rester près de dix minutes en contact avec les parois utéro-vaginales.

Pour apprécier la valeur de la microcidine en chirurgie, on n'a pas le même criterium statistique qu'en obstétrique, à cause de la variété infinie des cas. Cependant, M le Dr Polaillon s'en est montré très satisfait dans son service.

Les solutions de microcidine ont été employées en lavages, pansements et injections, dans les cas les plus variés, et aux doses de 3, 4 et 5 pour 1000. Pour les pansements on a procédé de la manière suivante : après avoir lavé les plaies avec des bourdonnets de coton hydrophile imbibés de la solution de microcidine, on les recouvrait de compresses de tarlatane imbibées de la même solution ; par-dessus on appliquait une feuille de taffetas gommé et une couche d'ouate, le tout maintenu par une bande.

Les ulcères de jambe en particulier étaient très favorablement modifiés, et toutes les plaies de mauvaise nature en général.

En somme, la microcidine paraît avoir surtout son indication dans les cas où une intoxication serait à redouter.

C'est à ce titre qu'elle a été employée avec succès dans un cas de pleurésie purulente, dans le traitement des affections de la bouche (angines, abcès dentaires), des fosses nasales, dans les maladies des organes génito-urinaires (cystite, blennorrhagie, leucorrhée). Les solutions de microcidine sont bien supérieures comme valeur antiseptique aux solutions boriquées journellement prescrites en gynécologie, et peuvent les remplacer avec avantage.

Il faut ajouter qu'elles n'altèrent aucunement les instruments de chirurgie.

Telles sont les conclusions de M. David sur l'emploi de ce nouvel antiseptique.

Du chlorure d'or et de sodium dans la paralysie générale progressive, par M. BOUBILA médecin en chef des aliénés de Marseille.—La paralysie générale est-elle tributaire de la syphilis? C'est là une question importante d'étiologie très controversée. Les tentatives thérapeutiques effectuées par le Dr Boubila au moyen des mercuriaux et de l'iode de potassium donnés soit isolément, soit associés, sont restées infructueuses. Durant une période de plus de cinq ans à l'Asile de Marseille, une seule rémission a été constatée chez une femme atteinte de paralysie générale, chez laquelle on n'avait pu découvrir aucune trace de syphilis. Cette rémission d'ailleurs n'a duré que six mois. En présence de ces insuccès, notre confrère voulut connaître quels résultats pourront procurer le traitement de la paralysie générale par un agent anti-syphilitique peu répandu, il est vrai, mais que Chrétien, de Montpellier, a beaucoup vanté. Dans ce but, il l'a présenté à quatre paralytiques à la période de début, à neuf à la période d'état, à huit à la période de déclin de la maladie. Ce sont ces observations très-minutieusement prises que l'auteur nous fait connaître. Ce traitement présente des avantages. Ses inconvénients sont nuls.—Le chlorure d'or et de sodium pourrait agir avec plus d'efficacité dans la première période du mal en permettant des rémissions, dans les dernières en retardant la fin nécessaire. Il est utile quand même dans la deuxième en augmentant les chances de résistance.

Un nouvel antiseptique intestinal: le benzoate de naphтол B ou benzonaphtol, par MM. YVON et BERLIOZ. — L'action irritante de l'acide salicylique sur les reins, et son pouvoir antiseptique plus faible que celui de l'acide benzoïque ont déterminé les auteurs à substituer ce dernier à l'acide salicylique dans la préparation connue sous le nom de bétol (salicylate de naphтол B).

Le benzonaphtol, préparé par l'action du naphтол B et du chlorure de benzoyle, répond à la formule $C^{10}H^7O$, $C^{74}O$. Il cristallise dans l'alcool sous forme de cristaux blancs microscopiques; très peu soluble dans l'eau dont 100 grammes n'en dissolvent que 1 centigr., il l'est au contraire beaucoup dans le chloroforme qui

en dissout près de 30 gr. pour 100 à 15°. Sa saveur et son odeur sont nulles. Pur il ne doit pas donner la réaction du naphтол.

Dans l'intestin, il se décompose en naphтол *B* qui y demeure, et en acide benzoïque dont une partie se transforme dans l'économie en acide hippurique éliminé par les urines.

Son coefficient de toxicité est très faible. Il jouit de propriétés diurétiques, et diminue la toxicité des urines.

Les doses sont élevées; on peut atteindre facilement le chiffre de 5 grammes par jour chez l'adulte et de 2 grammes chez l'enfant, donnés par doses fractionnées de 0,50 ou même de 0,25 centigr. en cachet ou en suspension dans de l'eau sucrée.—Société de thérapeutique, 9 décembre 1891.—*Bulletin général de thérapeutique* 23 janvier 1892.

De l'acide sulfuricinique et du phénol sulfuriciné; leur emploi en thérapeutique dans le traitement de la diphtérie, par M. BERLIOZ, in *Bull. génér. de thérapeutique*.—L'acide sulfuricinique est un dissolvant précieux dont les propriétés ont été mises en évidence par Ruault et Berlioz en 1889, et plus tard en 1890 à la Société de thérapeutique par l'auteur de ce travail.—Variété d'huile solubilisée par l'acide sulfurique, ce nouveau produit fut, dès 1834, signalé par Runge et remis à l'étude par Muller Jacob en 1877.—Composé d'huile de ricin bien refroidie (1 kilogr.) et d'acide sulfurique pur à 66° (250 gr.) laissés en contact pendant dix heures, lavés à l'eau salée..., etc., l'acide sulfuricinique possède une odeur ammoniacale très prononcée et donne avec l'eau des émulsions dont la réaction est alcaline. Sa déshydratation, nécessaire pour l'addition d'acide phénique dans le traitement de la diphtérie, ne peut être obtenue qu'à l'aide du carbonate de soude et la formation de sulfuricinate de soude.—Appliqué sur la peau préalablement rasée, l'acide sulfuricinique produit à peine une légère rougeur.—Dissolvant puissant de presque toutes les substances antiseptiques, le sulfuricinate de soude a été pour cette raison surnommé le *dissolvant universel*.—L'une des meilleures formules serait la suivante :

Sulfuricinate de soude.....	70 gr.
Acide phénique.....	30 gr.

Cette préparation présente sur celle des phénols camphrés l'avantage de s'émulsionner très facilement dans l'eau. On peut la déposer sur l'amygdale, sur la langue, ou sur les muqueuses sans produire autre chose qu'une sensation de cuisson passagère. Après un badigeonnage, l'amygdale prend une teinte blanchâtre. *L'absence de douleur après badigeonnage ou friction du pharynx chez l'adulte est actuellement démontrée et affirmée par les patients. C'est que la solution est privée d'eau. — En effet, tandis qu'une solution à parties égales d'alcool absolu et d'acide phénique ne provoque point de*

rubéfaction des téguments, la même solution additionnée de quelques gouttes d'eau provoque instantanément de vives rougeurs et une sensation de brûlure très nette.—Employé couramment dans la diphtérie, en topique, après une irrigation préparatoire et une ablation des fausses membranes, le phénol sulfuriciné est considéré comme bien supérieur à tous les autres antiseptiques, en raison de son innocuité et de sa concentration très facile en acide phénique. Quelques exemples le démontrent presque à l'évidence. Un élève du service de M. le professeur Grancher, traité par la mixture du Dr. Gaucher, éprouvait des applications du phénol sulfuriciné beaucoup moins de douleur, malgré le titre élevé de la solution phéniquée et le renouvellement fréquent des attouchements.—Traité de même, le Dr. Charrin, atteint d'angine diphtérique, a noté l'absence de douleur.—Les essais de ce topique, entrepris par MM. Legroux, Hutinel, Cadet de Gassicourt, Sevestre, Dujardin-Beaumetz, Legendre et Martin de Gimard ont concordé sur ce point.—Aucun de ces observateurs n'a observé les accidents signalés sans preuve à l'appui par le Dr. Gaucher.—La simplicité de la formule doit en outre le faire préférer aux autres topiques.—On peut sans inconvénient arriver au chiffre de 40 à 50 0/0 d'acide phénique, dans le sulfuriciné de soude.

Liquides de Brown-Séquard et D'Arsonval.—On a tant parlé des liquides extraits d'organes employés dans un but thérapeutique, qu'il est au moins intéressant de connaître exactement leur préparation. Nous extrayons les détails suivants d'un article de M. Bra dans la *Pratique médicale* :

Mode de préparation.—Les organes pris chez un animal récemment tué et auparavant examiné attentivement, sont divisés en morceaux plus ou moins tenus et plongés dans la glycérine à 30°. Après un séjour dans ce liquide, ils sont additionnés d'un certain volume d'eau récemment bouillie et refroidie. Organes, eau et glycérine sont laissés en contact une demi-heure environ, puis le tout est filtré au papier.

Le liquide ainsi obtenu est introduit dans un appareil contenant de l'acide carbonique liquide qui, en retournant à l'état gazeux, lui fait subir une pression de 60 atmosphères et plus sous laquelle il séjourne un quart d'heure.

C'est le premier acte de stérilisation.

Le second s'opère à l'aide d'une bougie filtrante en alumine qui plonge dans le liquide, et à travers laquelle ce dernier filtre rapidement sous l'effort de l'énorme pression qu'il subit.

Telle est, en quelques lignes, la préparation.

Le liquide s'écoule d'abord mousseux, puis l'acide carbonique qu'il contient se dégageant, il devient limpide et transparent comme le cristal en conservant la consistance sirupeuse qu'il avait dans la glycérine.

Quelle est la composition du liquide ainsi filtré ? Il renferme de l'albumine, du phosphore, de la cérébrine ou de la spermine, suivant qu'il vient du testicule ou de la substance grise. Voilà tout ce que l'analyse chimique a découvert.

Des millions de spermatozoïdes que contenait la substance testiculaire, il ne reste rien. Le filtre ne laisse passer aucun élément figuré. Voilà ce que nous apprend le microscope.

A quoi ces liquides organiques doivent-ils leurs propriétés ?

Nous sommes ici en plein empirisme et nous nous garderons bien d'émettre une théorie quelconque.

Ils agissent, c'est certain, et de façon à éclipser la série des médicaments employés jusqu'à ce jour.

Question de combinaison moléculaire sans doute.

C'est le secret du sérum naturel sur le sérum artificiel, c'est le secret de la supériorité des eaux minérales naturelles sur leurs éléments constitutifs pris isolément, de la supériorité des eaux de Vichy, par exemple, sur les eaux artificielles, des eaux de la Bourboule sur les solutions arsenicales préparées par la pharmacie, c'est le secret de la supériorité de l'huile de foie de morue sur toutes les préparations créées dans le but de la remplacer. C'est le secret de la préférence accordée comme médicament calcaire aux haricots par Dujardin-Beaumetz dans une des dernières séances de l'Académie, consacrée à la question des sels de chaux.

Il existe dans les produits naturels des associations moléculaires qui défient l'analyse et favorisent l'assimilation, c'est certain.

Les quantités de phosphore contenues dans nos solutions nous paraissent trop faibles pour qu'il soit possible de leur attribuer les propriétés thérapeutiques des liquides d'extrait d'organes, pourtant autrement efficaces que les préparations phosphorées officielles employées dans des proportions autrement considérables. On ne peut expliquer ces faits, il faut s'incliner devant eux.

Quoi qu'il en soit, qu'il nous soit permis de faire une réflexion. Il est peut être fâcheux pour la nouvelle méthode qu'elle soit née dans une période d'asepsie à outrance, et que la préoccupation excessive des microbes ait présidé à son développement.

Nous voulons bien croire qu'une pression de 60 atmosphères et le filtrage compris de cette manière épargnent difficilement les infiniment petits connus jusqu'à ce jour ; mais, malgré les affirmations contraires, nous avons des raisons particulières de penser que le liquide ainsi obtenu est moins actif que le liquide simplement filtré au papier.

Il n'est pas prudent de l'employer ainsi, c'est entendu, bien que nous connaissions certain service hospitalier où l'on ne se gêne pas de l'employer, mais nous ne croyons pas trop nous avancer en disant que notre sentiment est, sans doute, partagé par le professeur du Collège de France.

La raison, la voici; c'est que, dans ces derniers temps, M. d'Arsonval a essayé de supprimer le filtre d'alumine. Au nom de l'asepsie, il fallait bien une compensation. Elle consiste à élever encore la pression d'acide carbonique. C'est le procédé de l'autoclave. Le liquide est légèrement coloré; il renferme des éléments figurés.

A notre avis, la question d'assurer l'asepsie complète en conservant au liquide le plus possible de sa composition primitive est encore à résoudre en partie.

Le remplacement de la glycérine elle-même nous semble désirable et nous faisons en ce moment des essais dans ce sens.

Quant à la conservation, M. Bra rejette les flacons fermés à l'émeri et conserve le liquide à l'abri de l'air dans des ampoules où le vide est fait à la machine.—*Normandie médicale.*

Le solutol, un nouvel agent de désinfection, par le Dr REICH.
—Les crésols représentent les bactéricides les plus efficaces parmi les combinaisons hydrocarburées. L'acide phénique brut est constitué en majeure partie par des crésols, mais il a l'inconvénient grave de n'être pas soluble dans l'eau. On a cherché à transformer l'acide phénique brut en une substance soluble, en le traitant par l'acide sulfurique. Mais la combinaison qu'on obtient de la sorte devient inefficace, sitôt que l'acide y contenu se trouve neutralisé, ce qui arrive quand on le fait servir à la désinfection des matières fécales, de l'urine, de l'ammoniaque, des murs, des planchers. D'autre part, les objets constitués en partie ou en totalité par du fer sont détériorés.

Or on a constaté qu'au contact de certains sels, les crésols sont rendus très solubles dans l'eau. Le solutol n'est autre chose qu'un crésolate de soude, qui renferme 60,4 grammes de crésol par 100 c. c. D'après M. Reich, ce produit, qui convient particulièrement bien pour les usages de la désinfection courante, grossière, a les avantages suivants :

Il l'emporte sur l'acide phénique brut et sur le chlorure de chaux par sa solubilité, par son action bactéricide plus énergique, par la présence en quantités constantes de principes actifs dans sa masse, par la propriété qu'il possède de dissoudre les matières grasses grâce à l'alcali qu'il renferme, et de pénétrer dans tous les pores, dans toutes les solutions de continuité, par son innocuité plus grande, par son manque d'odeur désodorisant.

Il l'emporte sur l'acide sulfophénique, par sa réaction alcaline qui fait qu'il n'attaque pas les métaux, et qu'il ne se trouve point neutralisé au contact des objets à désinfecter.

Sur la créoline le solutol a l'avantage de coûter moins cher et d'être plus efficace et d'un emploi plus sûr.

Le solutol ne convient pas pour les besoins de l'antisepsie médicale et chirurgicale. Il en est tout autrement du solvéol, une solu-

tion de crésol obtenue à l'état de concentration, grâce à l'addition d'une certaine quantité de crésolate de soude. Cette solution est neutre. Elle est miscible en toutes proportions à de l'eau tenant en dissolution de la chaux, et forme ainsi des solutions limpides, semblables aux solutions phéniquées qu'on utilise en chirurgie, mais plus énergiques et plus inoffensives.

D'après les recherches faites par le Dr Hammer, à l'Institut d'hygiène de Prague, des solutions de solvéol à 0,5 0/0 répondent à tous les besoins de l'antiseptie médicale et chirurgicale. De pareilles solutions égalent en pouvoir bactéricide des solutions d'acide phénique à 5 0/0. Or le solvéol n'est pas seulement moins toxique, il est aussi moins caustique et d'un prix de revient moins élevé que l'acide phénique. De plus, le solvéol étant soluble dans l'eau, ses solutions peuvent être obtenues instantanément. Il ne rend pas non plus les mains lisses, comme la créoline et le lysol, il est presque inodore, il forme avec l'eau des solutions limpides neutres. Il a sur le sublimé l'avantage de ne pas perdre de son action parasiticide au contact des solutions albumineuses, d'être d'une toxicité relativement faible, et de se dissoudre dans une eau de n'importe quelle provenance.—*Revue générale de médecine.*

MÉDECINE.

Indications thérapeutiques dans un cas de rhumatisme articulaire aigu.—Clinique de M. A. ROBIN à l'hôpital de la Pitié.—Un jeune homme de vingt six ans est entré dans le service, pour une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Aucune difficulté pour le diagnostic. La multiplicité des jointures atteintes, l'intensité des douleurs véritablement exquises, pour employer l'expression de Gubler, les sueurs si abondantes, que le malade devait changer de chemise plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, l'élévation de la température, qui, le premier jour, atteignait 41 degrés, le début rapide en quelques jours, tout annonçait un rhumatisme intense aigu généralisé. Mais à ce tableau clinique général s'ajoutaient quelques traits morbides, bien dignes, au point de vue thérapeutique, d'éveiller l'attention.

Ce malade, d'aspect assez vigoureux pourtant, était d'une pâleur de cire. Ses urines ne renfermaient pas d'albumine, mais l'acide nitrique y développait une couleur rose chair très intense, indice du pigment urinaire découvert par Harley, l'urohématine. Au niveau de la base du cœur, sur le bord gauche du sternum, on entendait un souffle doux, fuyant sous l'oreille, naissant et mourant sur place, sans aucune propagation. Ce n'était donc pas un

souffle d'endocardite, c'était un souffle d'anémie. Cette opinion se trouvait confirmée par l'existence d'un "bruit de diable" dans les vaisseaux du cou.

A côté de l'élément rhumatismal existait donc, chez ce malade, un élément d'une gravité particulière, l'anémie. Certes, l'anémie est fréquente au cours du rhumatisme, maladie destructive des globules par excellence. Mais ici, son intensité est vraiment remarquable. Pour apprécier l'intensité de la destruction des globules, la présence du pigment spécial, l'urohématine, dans l'urine et la coloration rose chair développée par l'acide azotique avaient, vous l'avez vu, une valeur réelle. Les douleurs constituaient une autre indication thérapeutique importante. Quant à l'hyperthermie, toute marquée qu'elle fût, elle n'était que l'effet des actes chimiques dépendant de la déglobulisation et constituant une indication plus négligeable.

Contre l'élément rhumatisme, deux médicaments, actuellement, survivent seuls au milieu de la foule des agents proposés : le sulfate de quinine et le salicylate de soude. Lequel de ces deux médicaments allions-nous préférer ?

Le sulfate de quinine, médicament à la fois tonique et anti-rhumatismal, paraissait bien indiqué. Mais, dans un cas aussi aigu, aussi intense, avec une anémie aussi rapidement progressive, son emploi ne pouvait être proposé qu'à fortes doses, 1 gramme par exemple. Or, cette dose, qui pouvait être seule efficace, aurait eu, dans le cas particulier, le grave inconvénient que voici :

Donné à haute dose, le sulfate de quinine restreint les oxydations organiques. Mais il restreint ces oxydations, sans diminuer les désintégrations et les destructions cellulaires. Dans les affections fébriles, l'oxydation est un processus utile en donnant des produits solubles faciles à éliminer, relativement peu toxiques. Nous avons donc plutôt intérêt à activer qu'à entraver ces oxydations. Certes, nous aurions pu éviter cet effet défavorable du médicament en donnant de faibles doses, qui, elles, paraissent plutôt activer les oxydations, mais ces faibles doses auraient été sans doute dépourvues d'une action suffisamment rapide et efficace.

Restait donc le salicylate de soude. Le mode d'action de ce médicament est encore bien mal connu. Il est cependant certain qu'il facilite l'élimination, hors de l'organisme, par les urines, des produits peu azotés, peu solubles. Ces produits ont un pouvoir toxique ordinairement considérable. Ils jouent un grand rôle dans la destruction des globules du sang. Ils jouent un rôle également dans l'élévation de la température. Indirectement donc, le salicylate de soude, assurant leur élimination, est utile pour limiter l'anémie et combattre l'hyperthermie.

Comme dose, 2 grammes, 4 grammes au plus, dans les vingt-

quatre heures, me paraissent être une dose suffisante. Cette dose peut être ainsi formulée :

Salicylate de soude.....	4 grammes.
Sirop de fleur d'oranger	30 —
Hydrolat de tilleul.....	120 —

A prendre par cuillerées à soupe, en totalité, dans les vingt-quatre heures.

Comme le salicylate abaisse la quantité des urines, on prescrira des boissons abondantes et surtout du lait. L'infusion de reine des prés, légèrement diurétique, et renfermant quelque peu de salicylate de méthyle, est un bon adjuvant.

Contre la douleur, le mieux est d'envelopper les articulations malades d'ouate recouverte d'un taffetas imperméable et bien imprégnée du liniment suivant :

Baume tranquille.....	40 grammes.
Extrait thébaïque.....	} ââ 2 —
Extrait de jusquiame.....	
Extrait de belladone.....	
Chloroforme	10 —

Ce traitement général et local amenait, chez notre malade, une amélioration très marquée dès le premier jour. En huit jours, toute douleur, toute inflammation locale avait disparu. On pouvait supprimer le salicylate. Le rhumatisme était vaincu, mais restait à combattre l'anémie.

Cette anémie était toujours intense, et pourtant nous avons dû encore différer son traitement. C'est que, depuis le début, étaient apparus deux éléments morbides nouveaux : 1° un état d'embarras gastrique très marquée ; 2° une asthénie nerveuse extrême, qui devaient nous préoccuper tout d'abord.

Contre l'embarras gastrique, j'ai prescrit 15 grammes de sel de Seignette. En dehors de son effet purgatif, la faible quantité de ce sel, tartrate double de potasse et de soude, qui devait être absorbée, devait avoir une action favorable sur l'élimination des matières albuminoïdes détruites. Dans cette destruction, l'azote, l'hydrogène, le carbone s'éliminent à l'état d'urée, mais le soufre s'élimine surtout en se transformant en sulfate de soude et de potasse. En se réduisant, le sel de Seignette fournit ces deux bases à l'acide sulfurique. Il a ainsi non seulement une utilité purgative, mais l'utilité générale des alcalins. Deux jours après son administration, l'état du tube digestif était très amélioré.

Contre l'asthénie nerveuse, la strychnine constitue l'agent le plus puissant. Je l'ai donnée sous la forme suivante :

Teinture de fèves de saint Ignace. }	ââ 5 grammes.
Teinture de badiane	

Six (VI) gouttes du mélange par jour.

J'ai prescrit de plus, chaque jour, deux des paquets suivants :

Phosphate de soude.....	}	à 10 centigrammes.
Magnésie décarbonatée.....		

Pour un paquet.

Les effets ont été rapides. Les voies digestives remises en état, l'irritabilité nerveuse calmée, nous avons pu donner le fer et le quinquina. J'ai donné le fer sous forme de sirop de proto-iodure de fer, avec l'arrière-pensée que l'iode ne serait pas sans exercer une action favorable sur les résidus articulaires laissés toujours par le rhumatisme. Le 6 novembre, ce malade quittait l'hôpital en apparence parfaitement guéri.

Si satisfaisant que soit ce résultat, dans la clientèle de ville, si la saison est favorable, il est toujours sage de compléter la cure d'une attaque rhumatismale aussi intense, par le traitement thermal. Pour le choix de la station, vous vous guiderez : 1o sur la présence de résidus articulaires ; 2o sur l'état général.

S'il existe des résidus articulaires encore excitables, sub-aigus, conseillez des eaux chaudes et faiblement minéralisées. Conseillez par exemple Chaudesaigues, Nérès, Luxeuil, Lamalou.

S'il existe des résidus torpides, vous pouvez vous adresser aux eaux chlorurées sodiques ou sulfureuses : Bourbonne-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, Balaruc, Barèges, Luchon.

Dans le cas de résidus non seulement torpides, mais figés, absolument chroniques, les bains de boue de Dax, Saint-Amand, Barbottan, donnent des résultats remarquables. Avant de conseiller le voyage, vous aurez un indice précieux dans les résultats des applications de boue transportée. Si ces applications amènent une réaction, l'amélioration est certaine par la cure thermale.

L'état général doit aussi entrer en ligne de compte. Chez les sujets très excitables, les eaux sulfureuses, exception faite peut-être pour celles d'Aix, seront évitées ; vous conseillerez Nérès, Lamalou. En revanche, Luchon, Barèges conviendront aux lymphatiques, Royat aux lymphatico-nerveux, Bourbonne-les-Bains, Salies aux nerveux, Uriage aux scrofuleux. Chez notre malade, offrant fort peu de résidus articulaires, mais anémique et nerveux, Royat, avec ses eaux à la fois stimulantes, toniques et éliminatrices, aurait été particulièrement indiqué.

Vous voyez donc que, sans rien préjuger de la nature du rhumatisme, sans nous attacher aux grandes théories, nous avons pu, par la simple appréciation des principales déterminations morbides, instituer un traitement. Si nous n'avons pu nous attaquer à la cause même de la maladie, les résultats obtenus ont été néanmoins efficaces et satisfaisants. — *Gazette des hôpitaux.*

Urémie.— (Société des Médecins de Pragne).— M. LIMBECK.— On sait que pour expliquer la pathogénie de l'urémie on a bâti un certain nombre de théories. Frerichs attribuait les phénomènes à une intoxication par l'urée, Perls à une intoxication par la créatinine. Ces deux théories furent reconnues fausses et nous avons eu ensuite la théorie de l'empoisonnement par les sels de potasse, théorie à laquelle se rattachent les noms d'Astaschewsky, Feltz et Ritter. Bouchard, puis Roger et Rovighi ont montré que les sels de potasse ne suffisent pas pour produire l'urémie et que cette dernière est une résultante de l'intoxication par plusieurs poisons à la fois. Bouchard est même arrivé à isoler six de ces poisons et à étudier l'action isolée de chacun.

Enfin, tout dernièrement, V. Jaksch a trouvé chez les urémiques une diminution de l'alcalinité du sang—fait qui fut confirmé peu de temps après par Teiper et Rumpi—de sorte que, pour cet auteur, l'urémie ne serait qu'une intoxication acide dans laquelle l'acétone ou un corps analogue jouerait peut-être un rôle plus ou moins accusé.

On peut donc supposer que si dans l'urémie il existe réellement dans le sang une accumulation des substances de l'urine, on devrait trouver dans le sang des urémiques une augmentation de la quantité de ces substances. Cette valeur qu'on peut désigner sous le nom d'isotonie, est susceptible d'être mesurée et exprimée en chiffre.

Les recherches conduites dans cette direction sur des chiens avant la ligature des uretères et après, au moment de l'urémie, ont montré que cette valeur ne change guère, c'est-à-dire que l'isotonie est restée normale et qu'on ne trouve pas dans le sang une quantité plus grande de matières extractives d'urine qu'à l'état normal. Le sang d'une femme urémique montrait aussi plutôt une diminution de l'isotonie.

Les chiffres obtenus de cette façon ne plaident donc pas en faveur d'une intoxication par des sels. Mais on pouvait penser que les sels, tout en se trouvant en quantité plus grande dans le sang, n'augmentaient pas l'isotonie du sérum. En premier lieu, on devait penser à la toxicité des phosphates et se demander s'il n'existait pas dans l'urémie une intoxication par ces sels. L'examen du sang des chiens avant et après la ligature des uretères montra qu'il n'existait pas d'augmentation d'acide phosphorique, ou si cette augmentation existait, elle n'avait rien à faire avec l'urémie.

De même, l'examen du sang des animaux, avant et après l'urémie, ne permit pas de constater l'augmentation des sels de potasse dans le dernier cas.

Il restait donc à voir s'il n'existait pas dans l'urémie d'intoxication par des sels inorganiques ou d'intoxication acide. Ces recherches furent également négatives.

Tous ces résultats négatifs font penser que la méthode suivie dans les recherches qui viennent d'être citées est peut-être insuffisante. En toxicologie on part d'une analyse détaillée des phénomènes cliniques de l'intoxication avant d'aller à la recherche de telle ou telle substance. On aurait dû procéder de même pour l'urémie, ce qui est fort difficile pour l'homme. Forcément on est obligé de s'adresser au chien, et alors on arrive à dégager du complexe symptomatique un certain nombre de phénomènes du côté de la respiration et de la circulation, phénomènes qu'on retrouve, en effet, chez tous les animaux (chats, lapins) qu'on rend urémiques. En se basant sur ces phénomènes, il sera peut-être possible de soumettre à une nouvelle étude les propriétés urémisantes de l'urine ou de certaines de ses parties. Il est à supposer que cette voie permette de voir si l'urémie est produite par une ou plusieurs substances de l'urine normale, ou s'il ne se forme dans ces cas de nouvelles substances, dans le sang et les tissus, qui donnent lieu à l'intoxication complexe désignée sous le nom d'urémie.

M. V. JAKSCH fait observer que les conditions ne sont pas les mêmes chez l'homme atteint d'une affection rénale, et chez un animal auquel on a provoqué l'urémie par la ligature des uretères.

Traitement de la pleurésie.—Dans notre livraison de mai (1) nous avons, sous le titre *Thoracentèse et pleurésie*, reproduit les remarques faites à l'Académie de médecine de Paris au sujet du traitement de la pleurésie par la thoracentèse, par MM. Verneuil et Dieulafoy. La discussion s'étant continuée dans les séances subséquentes, nous croyons être utile au lecteur en reproduisant aujourd'hui les remarques faites par M. Alph. Guérin et M. le professeur PETER. Ces deux praticiens sont arrivés aux mêmes conclusions par des voies différentes. Le premier, en effet, a invoqué des raisons d'ordre anatomique; le second s'est appuyé sur les enseignements de la clinique. L'un et l'autre sont d'avis que la gravité plus grande des pleurésies, exigeant plus fréquemment qu'autrefois une intervention chirurgicale (thoracentèse ou opération de l'empyème), tient, non à une modification dans la constitution médicale, mais au changement du mode de traitement, à l'abandon de la méthode antiphlogistique qui avait donné de si bons résultats aux cliniciens de la première moitié de notre siècle, et continue d'en donner de non moins bons aux modestes médecins des campagnes, qui n'ont pas tardé à abandonner les doctrines nouvelles pour revenir à la pratique des anciens maîtres.

Les recherches que M. Alphonse Guérin a poursuivies sur le cadavre l'ont conduit à la conviction que la pleurésie n'est autre chose qu'une lymphangite. La continuité du système artériel et

(1) Voir UNION MÉDICALE DU CANADA, No de mai 1892, p. 252.

du système lymphatique est un fait anatomiquement démontré. Le sang qui a pénétré dans les capillaires artériels laisse passer, dans les vaisseaux lymphatiques dont le réseau tapisse la surface des poumons, une partie de son sérum (épanchement séro-fibrineux), quelquefois les leucocytes (épanchement purulent), ailleurs les globules rouges (pleurésie hémorrhagique).

Pas n'est besoin, dans ces conditions, pour expliquer la pleurésie et l'épanchement consécutif, de faire intervenir un microorganisme quelconque, un germe infectieux; l'action du froid suffit et a peu de chose à faire pour enflammer la plèvre, troubler la circulation, amener l'épanchement. Si alors on intervient, à l'exemple de Laënnec et de ceux qui l'ont suivi et imité, par la méthode antiphlogistique, on jugule la pleurésie, on empêche ou l'on entrave l'épanchement, on rend inutile la thoracentèse.

M. Peter, restant sur le terrain clinique, distingue dans l'évolution de la pleurésie aiguë trois phases successives: 1^o une phase hyperémique ou fluxionnaire; 2^o une phase exsudative; 3^o une phase sécrétoire.

La première est caractérisée par le frisson, début de la fièvre, et le point de côté, qui est le cri de souffrance du nerf irrité au voisinage de la plèvre enflammée, et constitue comme un cri d'alarme. Le médecin qui en comprend la signification et qui sait qu'il n'a devant lui que quelques heures pour empêcher ou tout au moins atténuer les phénomènes des deux phases suivantes, exsudation et épanchement, doit agir immédiatement et avec énergie. C'est ce que faisaient nos devanciers: par la saignée générale, ils combattaient la fièvre; par les ventouses scarifiées, les sangsues, un peu plus tard les vésicatoires, ils s'attaquaient à la fluxion localisée et ils arrivaient ainsi à prévenir l'épanchement ou à n'avoir qu'un épanchement séreux peu considérable et qui se résorbait rapidement. La durée de la maladie était relativement courte, les cas nécessitant la thoracentèse ou l'opération de l'empyème étaient rares, la mortalité ne dépassait pas 3 p. 100. Telle était la pratique, avec ses excellents résultats, de Laënnec, Andral et Bouillaud.

Aujourd'hui, quand on ne fait pas simplement de l'expectation en présence d'une pleurésie, on traite la fièvre par le sulfate de quinine ou l'antipyrine; le point de côté par un sinapisme ou une injection de morphine. Pendant ce temps l'épanchement se produit, s'accroît; la thoracentèse s'impose. Les épanchements ne sont plus seulement séreux, mais purulents; l'opération de l'empyème devient de plus en plus fréquente. La mortalité, d'après le relevé statistique de trois années à l'hôpital Necker, s'élève à 70,0; elle a plus que doublé. La mort subite, mort par syncope, autrefois inconnue, devient un accident relativement fréquent.

De cette comparaison entre les deux méthodes ressort pleinement la supériorité de l'ancienne sur la nouvelle. M. Peter appuie

cette conclusion par quelques faits tirés de sa pratique. Nous pourrions nous-même en citer un que nous avons observé il y a une dizaine d'années, chez une personne qui nous touche de près. Obéissant aux indications signalées plus haut par M. Peter et interprétant, ainsi que lui, le point de côté comme un cri d'alarme, nous avons eu recours, sans tarder un instant, à l'ancienne méthode, et nous avons été assez heureux pour arrêter l'évolution de la pleurésie à la phase exsudative : les bruits de frottement ont été largement disséminés, mais il n'y a pas eu d'épanchement ; la maladie n'a eu aucune suite éloignée.

Les résultats ne sont pas toujours aussi satisfaisants ; l'évolution de la pleurésie continue, l'épanchement se produit. Jusqu'au vingtième jour, il peut se résorber et, à l'exemple de M. Constantin Paul, M. Peter attend jusqu'à cette époque pour pratiquer la thoracentèse, sauf les cas où il y a urgence, par exemple, quand l'épanchement est abondant et les viscères déplacés.

Notre collègue parle en excellent clinicien quand il dit en terminant sa remarquable argumentation : " de nos jours, la notion de la *cause pathogénique* fait oublier l'*acte morbide*. En particulier dans la pleurésie aiguë, nous n'avons évidemment pas prise sur l'action morbifique (que cette action soit due au froid ou à des microbes infectieux), nous n'avons prise que sur l'acte : acte hyperémique, acte exsudatif, acte sécrétoire. Or, pendant la phase pré-sécrétoire, qui peut durer de douze à vingt-quatre heures, nous avons, si nous sommes appelés assez tôt, le temps d'agir pour empêcher la sécrétion séreuse ou l'enrayer."

Sans doute les malades qui viennent frapper à la porte des hôpitaux arrivent généralement trop tard ; la pleurésie est à la troisième période ; l'épanchement est plus ou moins abondant. C'est pour n'avoir tenu compte que de ce cas, et pour avoir négligé les deux premières phases de la maladie pendant laquelle on peut agir efficacement, qu'on a érigé en méthode l'expectation jusqu'au moment opportun de pratiquer la thoracentèse. Mais, en bonne logique, ces cas ne sont pas assez nombreux pour permettre une semblable généralisation, et dans la pratique privée, on assiste assez souvent au début des pleurésies pour qu'on n'oublie pas les sages considérations développées par MM. Alphonse Guérin et Peter.—*Gazette médicale de Paris*.

Fièvre typhoïde; emploi interne du chloroforme.—M. le Dr P. WERNER, médecin de l'hôpital allemand des négociants de la Bourse, à Saint-Petersbourg, a traité avec le plus grand succès 130 cas de fièvre typhoïde par l'usage d'une solution de chloroforme à 1 pour 100.

En s'adressant à ce traitement, notre confrère s'était inspiré des travaux de Behring sur l'action microbicide du chloroforme à l'égard du bacille de la fièvre typhoïde ; mais il ne connaissait pas

les observations de M. le Dr Stepp (de Nuremberg) qui, dès 1890, avait administré avec succès le chloroforme aux typhoïdiques.

M. Werner a employé, comme nous l'avons déjà dit, l'eau chloroformée à 1 pour 100 ; les malades en prenaient une à deux cuillerées à bouche d'heure en heure ou toutes les deux heures, jour et nuit, sans interruption, tant que durait la période d'acmé de l'affection. Lorsque les phénomènes morbides s'amendaient, on diminuait progressivement les doses ; mais, même après la disparition complète de la fièvre, on faisait continuer encore pendant un certain temps l'usage du médicament, à raison de quelques cuillerées par jour.

Dans tous les cas où ce traitement a pu être institué avant le dixième jour de la maladie, il a exercé une action favorable des plus manifestes.

Les malades ainsi traités n'ont pas présenté d'état typhoïde proprement dit. Les symptômes généraux se bornaient chez eux à de la fièvre avec affaiblissement et inappétence. La langue ne se recouvrait jamais de cet enduit fuligineux, noir et nauséabond, si caractéristique dans la dothiénentérie. La soif, habituellement ardente, s'apaisait au bout de deux jours ; la diarrhée et le ballonnement du ventre diminuaient progressivement, puis cessaient complètement. Les lésions du décubitus ne s'observaient jamais. Les récidives de la fièvre étaient très rares.

Lorsque le traitement par le chloroforme est commencé tardivement, le malade se trouvant déjà au cours du troisième septénaire, on ne peut plus compter sur un résultat aussi favorable. Mais, même dans ce cas, le chloroforme se montre encore très utile. Le chloroforme a toujours été bien supporté. Cependant, dans quatre cas, M. Werner a observé, au cours du traitement, l'apparition d'un ictère qui, une fois, a été assez prononcé pour oxiger la suspension de la médication chloroformée. Trois de ces malades étaient des enfants ; le quatrième était un tout jeune homme.

On peut dire, en somme, que les observations de M. Werner concordent en tous points avec celles de M. Stepp. Le traitement chloroformé de la fièvre typhoïde paraît donc mériter d'attirer l'attention des praticiens, d'autant plus qu'en outre de son efficacité, dont témoignent deux confrères, chacun de leur côté et indépendamment l'un de l'autre, il présente encore l'immense avantage d'une très grande simplicité.—*Moniteur d'hygiène.*

Remarques cliniques sur l'œdème pulmonaire aigu, par A. ALEXANDER SMITH, in *Medical Record.*—L'œdème pulmonaire est observé dans un grand nombre de maladies ; ses causes pathogéniques n'en sont que plus difficiles à préciser. L'hydrémie, l'altération des parois des vaisseaux pulmonaires, l'affaiblissement des contractions du cœur, la stase veineuse sont des condi-

tions pathologiques qui favorisent certainement la transsudation du sérum dans le poumon ; mais l'influence vaso-motrice est peut-être la plus importante dans la production de ce processus morbide. Le traitement qui a le mieux réussi à M. Smith a consisté dans l'emploi simultané de la strychnine, de l'atropine et de la nitro-glycérine, et a donné de fort bons résultats. Les inhalations d'oxygène ne doivent pas être négligées.

Thrombose cérébrale, avec deux observations, par le Dr MACCASKEY, in *Medical News*. — La thrombose des sinus est fréquente, mais sa symptomatologie est inconnue. Dans l'une des deux observations, ce fut une trouvaille d'autopsie ; le malade avait fait une chute avec choc sur la tête le 28 novembre, de ce jour au 19 décembre, céphalalgie et vomissements ; le 19 décembre, vers 5 heures du soir, coma subit aboutissant à la mort dans la nuit : à l'autopsie, thrombose du sinus latéral gauche ; distension de la cavité ventriculaire par du sérum sanguinolent — La 2e observation, sans autopsie, présentait : distension de la jugulaire externe gauche, abolition du réflexe lumineux, perte de connaissance et fièvre légère. — Aujourd'hui, la symptomatologie des thromboses est vague : cependant, l'oblitération du sinus longitudinal supérieur s'accompagne surtout de céphalalgie et d'épistaxis [congestion veineuse nasale] ; celle des sinus pétreux, de troubles auditifs ; l'obstruction des sinus de la base cause : exophthalmie, saillie des veines de la base du nez, troubles rétinien et surtout pour le sinus caverneux, paralysie des 3me, 4me et 6me paires nerveuses.

Traitement de certaines maladies, par le Dr CHARTERIS, in *Lancet*. — Le thérapeute nous donne un court exposé des traitements que sa longue expérience lui fait adopter dans la chlorose, le mal de mer, l'influenza, la phtisie, la constipation chronique et l'angine de poitrine.

Chlorose : Les principaux symptômes de cette maladie dénotent une circulation affaiblie par le défaut d'hémoglobine. On a l'habitude de traiter cette altération par l'emploi des ferrugineux sans discernement. Pour obtenir un bon résultat de ces derniers, et l'auteur le prouve par 80 observations, il faut prendre la précaution de suggérer à la malade que son traitement unique et efficace c'est le fer. Cette préambule aidera la malade à se soumettre à la médication, régulièrement et aussi longtemps que le réclamera son état, double condition pour la réussite du traitement.

Mal de mer : On peut considérer à ce trouble singulier deux périodes : une première période de pâleur, de nausées et de vomissements, et une seconde période marquée par l'épuisement, la dépression, la somnolence, ou un sommeil pénible hanté par les

cauchemars. Les symptômes de la première période continuent tant que l'estomac n'est pas vide; la période de dépression dure plus ou moins longtemps suivant les individus. — Quel est le traitement du mal de mer? On peut dire qu'il n'y a pas une drogue qui provoque l'abortion de ce mal, et les prétendus préventifs [cocaïne, antipyrine, nitrite d'amyle, morphine, bismuth] sont pour le moins inutiles. Cependant, pour la seconde période, on a l'habitude de prescrire les préparations opiacées, l'hydrate de chloral, le bromure de potassium dans le but de provoquer le sommeil. Ces divers agents sont passibles de reproches; mais le bromure de potassium associé au chloralamide répond à l'indication, grâce au sommeil réparateur et naturel qui suit son emploi. On délivre maintenant cette préparation dans la pharmacie sous le nom de chlorobrome.

Influenza: Le meilleur traitement qui a acquis la confiance de l'auteur durant cette épidémie est le salicylate de soude pur, donné à la dose de 1 gramme, toutes les 4 heures pendant 24 heures. En cas de complications, laisser le traitement salicylé pour soigner ces dernières en conséquence.

Phtise: L'huile de foie de morue pour nourrir le corps, l'hypophosphite de chaux pour favoriser la régression du processus tuberculeux, voilà les agents dont l'efficacité est démontrée par les longues expériences. Cependant, l'emploi de l'huile de foie de morue doit être réglé de manière à la faire tolérer. Le meilleur mode pour arriver à ce résultat serait de graduer progressivement et méthodiquement la dose et de la donner après les repas et avant le coucher. Il serait, en outre, très utile de donner l'hypophosphite de chaux en même temps que l'huile de foie de morue, à la dose de 5 grains dissous dans de l'eau tiède.

Constipation chronique: Outre la tolérance que crée l'usage de la plupart des purgatifs, il faudra les donner à dose croissante pour en obtenir une action purgative. Le cascara sagrada n'a pas ces inconvénients. Son effet se maintient malgré la décroissance de la dose. En le prenant avant de se coucher, son action se manifeste le matin naturellement et sans colique.

Angine de poitrine: Le nitrite d'amyle et la nitro glycérine sont deux bons traitements. L'auteur préconise cette dernière comme traitement suivi, et donne à l'appui une courte relation d'un cas grave d'angor pectoris.

Les névroses communes; l'élément nerveux dans les maladies et son traitement rationnel, par J. F. GOODHART, in *The Lancet*. — Dans ces trois très importantes "*Harveian lectures*," l'auteur soutient cette thèse qu'il est inutile et dangereux de traiter à l'aide de médicaments ou d'opérations bien des maladies plutôt justiciables de bons conseils d'hygiène physique et morale. Dans les diverses *phobias* des neurasthéniques par exemple, il faut

bien convaincre le patient que son malaise est subjectif, transitoire et sans gravité. Le faux vertige de Ménière, si fréquent, est de même nature. L'insomnie devient dangereuse seulement par les craintes qu'elle inspire aux névropathes alors que bien des travailleurs dorment moins qu'eux sans inconvénients, la persuasion sera donc aussi utile au moins que les hypnotiques. Beaucoup de malaises (perte de mémoire, inaptitude au travail, douleurs diverses) ne relèvent pas de maladies vraies mais de l'intolérance des débiles; la douleur augmente en effet en montant l'échelle animale et l'échelle sociale à mesure que le système nerveux, plus compliqué, est plus vite ébranlé: aussi les narcotiques accroissent indirectement le mal qu'une bonne discipline morale fait supporter. La fatigue par affaiblissement nerveux va chez quelques femmes jusqu'au collapsus, quand elles se voient entourées de gens désespérés, tandis qu'elles en sortent vite si un médecin hardi et éclairé sait leur assurer qu'elles ne courent aucun danger. — La spermatorrhée n'agit que par la peur qu'elle occasionne. L'émaciation la plus extrême peut être aussi d'origine nerveuse et guérir par la réglementation du travail et l'hydrothérapie. La fièvre qu'ont souvent les enfants après un choc sur la tête tient à l'ébranlement nerveux et guérit vite. Il est aussi des névroses respiratoires: crises d'éternuements, mal de gorge des ecclésiastiques (la lecture, qui se fait bien d'abord, produit l'aphonie en quelques minutes par léger catarrhe et adynamie du larynx), refroidissements répétés, asthme sont à peine influencés par le traitement local, tandis que la méthode d'endurcissement du système nerveux donne les meilleurs résultats. L'élément nerveux joue aussi un rôle important dans les troubles circulatoires: beaucoup de sujets se plaignent seulement de sentir leur cœur et ils s'en préoccupent d'autant plus que les palpitations qu'ils accusent aboutissent parfois à des lésions organiques. Le goître exophthalmique est constitué bien moins par la triade symptomatique que par le nervosisme excessif qui lui sert de substratum; aussi, faut-il le traiter surtout par le repos, l'opium avec un peu de strychnine, l'huile de foie de morue et les nervins. Les défaillances fréquentes sont nerveuses (souvent épileptiques) et rarement cardiaques. La maladie de M. Raynaud, rare sous la forme gangréneuse, mais très commune sous ses formes atténuées (des cas où la peau est mince et bleue jusqu'à l'asphyxie en passant par l'engourdissement, le doigt mort et l'engelure), exige une tonification générale du système nerveux. L'angine de poitrine semble se rattacher toujours à une fatigue du myocarde de cause variée, dont la douleur du côté gauche, si commune chez les femmes anémiques, est peut être le premier degré. — L'appareil digestif souffre aussi de bien des désordres d'origine nerveuse. La plupart des dyspepsies sont dues à un défaut d'innervation stomacale, résultant du surmenage nerveux général: aussi faut-il avant tout traiter ce mal par

l'hygiène des occupations et les toniques. L'anorexie est d'ordinaire la conséquence d'une mauvaise habitude; puis l'estomac devient intolérant à toute alimentation; aussi ne peut-on guérir qu'après avoir appris à endurer les premiers malaises inhérents à la réaccoutumance de l'estomac au contact des aliments. Les vomissements nerveux, bien plus connus encore, se rencontrent déjà chez les petits enfants de 4 à 8 ans; ils surviennent sans cause, comme par crises de 24 à 48 heures, et ne guérissent que par l'endurcissement du système nerveux. — La flatulence de l'estomac (hommes) ou de l'intestin (femmes) s'accroît quand le sujet prend l'habitude d'émettre ses gaz, et diminue quand il les retient. — La lenteur de la digestion, les pesanteurs sur l'estomac résultent de la fatigue générale, et au lieu d'avalier des drogues digestives, mieux vaut supporter un peu ce malaise tout en suivant une bonne hygiène et en se reposant. — La constipation tient à une mauvaise habitude et au défaut de réaction de l'intestin contre les excitants, de sorte qu'il ne se contracte plus que pour des excitations de plus en plus fortes et qu'il demande bientôt son purgatif comme le morphinomane attend son opium. — La diarrhée se reproduit chez quelques sujets à la moindre émotion, par hypersécrétion réflexe. — La colite membraneuse, très-fréquente chez les femmes, et que E. Smith a décrite chez les enfants sous le nom de "maladie muqueuse," n'est pas une inflammation mais une paresse de l'intestin qui se laisse tapisser par les détritits de sa muqueuse au lieu de les expulser de suite. — Les douleurs abdominales font souvent le désespoir des malades et des médecins; il s'agit toujours de sujets très nerveux, et les opérations (néphrectomie, fixation du rein flottant, cophorectomie, etc.) ne soulagent que pendant peu de temps. — Enfin, ce qu'on appelle la paresse du foie n'est le plus souvent qu'une débilité du système nerveux tout entier; il y a surtout lieu d'admettre un trouble nerveux primitif chez les névropathes maigres et actifs qui, ainsi qu'on le voit souvent, ont de la lithiase biliaire après avoir éprouvé des ennuis. Il est plus raisonnable et plus utile alors de relever la puissance nerveuse que de diriger notre intervention contre des processus chimiques presque inconnus. — On voit par cette longue mais insuffisante analyse toute l'importance pratique de la question abordée par l'auteur.

Sur le tremblement, par DI RENZI. — Le tremblement est un phénomène cérébral dû à une lésion non destructive de la substance psycho-motrice ou du faisceau pyramidal cérébral. Il se développe, tantôt d'un côté avant l'autre; quand il est bilatéral, il est plus marqué et variable des deux côtés. En général, le tremblement, par cause générale, est prédominant à gauche. L'électricité appliquée sur le crâne l'augmente plus par le catode que par l'anode. Cette augmentation est plus marquée quand on électrise

la zone rolandique. L'application de glace sur la même zone amène une diminution du tremblement. L'effort produit pour soulever un poids augmente le tremblement. L'effort psychique du calcul a le même effet. L'arsenic est le médicament qui s'est montré le plus efficace contre ce phénomène. L'iodure a fait disparaître le tremblement saturnin et celui de la sclérose en plaques.

CHIRURGIE.

Tumeurs fantômes de l'abdomen.—Dans un recueil de leçons fort intéressant qu'il vient de publier, M. le docteur THIRIAR (de Bruxelles) en consacre une à la discussion de cette erreur, souvent commise, même par des chirurgiens du plus grand mérite, et qui consiste à trouver dans l'abdomen une tumeur qui n'existe pas. Il est des cas, en effet, où l'abdomen a absolument la forme qu'il présente lorsqu'il est occupé par un kyste ou une grossesse de six à neuf mois. On a la sensation d'une tumeur arrondie, rénitente, non bosselée, à convexité supérieure et empêchant de déprimer la paroi abdominale. La malade présente en outre quelques symptômes de nervosité sur lesquels l'attention est plus ou moins attirée. Or, si on vient à la chloroformer jusqu'à complète résolution, on constate que tout disparaît, le kyste a cessé d'exister, le ventre s'est affaissé rapidement, la sonorité intestinale existe partout, toute sensation de tumeur s'est évanouie. Mais, au réveil, tout se reproduit exactement de la même manière.

Quelquefois même, d'autres conditions que le chloroforme peuvent faire disparaître ces tumeurs fantômes. M. Thiriari rapporte que, se disposant à explorer la sensibilité chez une femme ayant toutes les apparences d'un kyste ovarique, au moyen d'un bistouri, la malade croyant qu'on allait l'opérer sans autre forme de procès, bondit hors du lit terrifiée, et lorsqu'on put la ramener, la tumeur avait complètement disparu et ne s'est plus reproduite depuis.

Il est assez difficile d'expliquer la production de ces fausses tumeurs ; il est cependant deux causes qu'on peut invoquer : un tympanisme accentué au point de donner un certain volume à l'abdomen, d'une part ; une contracture localisée des muscles abdominaux, d'autre part. C'est lorsque ces deux phénomènes viennent à s'associer que la ressemblance avec le kyste ovarique devient complète. Mais cette contracture peut être tantôt volontaire, tantôt involontaire, et dans ce dernier cas elle est souvent de nature réflexe et secondaire.

M. Thiriari pense qu'avec un peu d'habitude une femme peut parfaitement faire croire à un kyste de l'ovaire, en contractant d'une façon spéciale certains groupes de ses muscles abdominaux. Mais la contracture peut être aussi involontaire et provenir alors d'un état hypochondriaque chez la femme malade ; c'est ce qui arrive ainsi chez les femmes qui désirent ou craignent une grossesse.

Ici, c'est la crainte d'une tumeur abdominale qui vient troubler l'imagination. Peu à peu, la femme se figure que la tumeur existe réellement, et peu à peu son ventre grossit et vient confirmer en apparence ses appréhensions. Il y a là une sorte d'auto-suggestion qui détermine les phénomènes de la grossesse ou de la tumeur. Mais ces phénomènes peuvent être aussi d'ordre réflexe et secondaires ; il faut en rechercher la cause, l'origine dans un état d'irritation des organes sexuels, dans divers états pathologiques de l'utérus ou des annexes, dans une altération du péritoine ou dans une affection du tube intestinal, ayant pour résultat de produire un peu de tympanisme et de l'irritation de l'intestin. Ces phénomènes d'excitation se propagent à leur tour du côté de la paroi abdominale de façon à produire une contracture localisée et secondaire des muscles de l'abdomen. La plupart du temps, dans ces circonstances, on constatera que chez ces malades, le tympanisme et les troubles digestifs ont précédé la contracture. Cette contracture existe très souvent avec l'ascite ; elle provient alors de l'irritation du péritoine. Dans ces cas, il est excessivement difficile de faire le diagnostic entre l'ascite généralisée et le kyste de l'ovaire. M. Thiriari a rencontré en particulier deux cas de ce genre où le diagnostic ne put être fait que sous le chloroforme, cas d'autant plus intéressant que la laparotomie fut faite, et le péritoine, rempli de nodosités tuberculeuses, lavé à l'acide phénique. Après cette opération, les deux malades guérirent complètement.

La conclusion de ces faits est que, lors même qu'on aura constaté tous les signes d'un kyste de l'ovaire chez une femme, il y a toujours lieu de se demander s'il existe réellement une tumeur abdominale. Au moindre doute, il faut chloroformer la malade. Mais il faut savoir aussi que, dans certains cas, très exceptionnels il est vrai, chez des malades très nerveuses, sujettes à des contractures très vives qui exagèrent les symptômes de la tumeur, le chloroforme peut faire disparaître les signes d'une tumeur existant réellement.

M. Thiriari a vu un cas de ce genre dans lequel, après chloroformisation, on ne trouva plus que de l'empâtement, sans signes positifs du kyste. L'opération fut remise et faite deux mois plus tard, après que le kyste eût beaucoup grossi.

Enfin il ne faut pas oublier que, dans bien des cas, la distension de la vessie a simulé des kystes ovariens, et que le cathétérisme

de la vessie est une mesure préalable nécessaire dans le diagnostic.
—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Hernie crurale non étranglée; de sa cure radicale.—M. le Dr BERGER a émis, à la *Société de chirurgie* de Paris, l'avis que bien que cette hernie soit en général moins volumineuse et moins gênante que l'inguinale, elle n'en mérite pas moins d'être traitée, aussi bien que cette dernière, par la cure radicale, pour les raisons suivantes : la contention par les bandages en est ordinairement difficile, ce qui a pour résultat d'amener l'irréductibilité ; on n'en connaît aucun exemple de guérison spontanée ; enfin elle peut subitement donner lieu à des accidents d'une certaine gravité.

Tout cela milite en faveur de la cure radicale, que j'ai pris maintenant l'habitude de pratiquer chez les adolescents et chez les adultes porteurs d'entéroécèles ou d'épiplocèles adhérentes.

L'opération doit se faire de la même manière que dans toute autre variété de cure radicale de hernie ; toutefois je regarde comme important de sectionner le sac le plus haut possible, de pratiquer une suture exacte et méthodique et une fixation du collet du sac.

C'est pour cela qu'après avoir incisé les téguments parallèlement au pli inguinal, et après avoir détruit les adhérences et sectionné l'épiploon au-dessus, de façon à le réduire complètement, j'isole entièrement le sac de ses adhérences à l'anneau crural proprement dit, et je prolonge cet isolement jusque sur le tissu sous-péritonéal.

Cela fait, et le sac extirpé, je fixe son pédicule par deux fils, qui traversent les plans aponévrotiques d'arrière en avant et dont les chefs sont serrés très haut, à quatre ou cinq centimètres de l'arcade de Fallope ; c'est un moyen d'éviter la formation d'un infundibulum péritonéal propre à préparer une nouvelle hernie. Je procède ensuite à l'occlusion de l'anneau crural en suturant l'aponévrose du pectiné à l'arcade de Fallope et aux plans réunis de la paroi par trois ou quatre anses de fils de soie superposés. Dans le passage de ces fils, il est indispensable de laisser en dehors le cordon spermatique et d'éviter la blessure de la veine fémorale, qu'on n'a pas chance d'atteindre si l'on fait pénétrer l'aiguille de dehors en dedans.

C'est ainsi que depuis deux ans j'ai traité douze hernies crurales, et chez quatre de ces opérés, que j'ai revus, il n'y avait pas de récidence.

Comme M. Berger, dit M. Richelot, je suis d'avis que, dans cette opération, il est très important de rompre toutes les adhérences du sac, dont la dissection m'a plusieurs fois conduit sur le canal déférent, qu'il faut savoir éviter. Quant à la fixation du collet du sac, je ne la regarde pas comme indispensable ; l'essentiel est de bien oblitérer le trajet herniaire. C'est ainsi que je

me suis toujours comporté, et les résultats que j'ai dernièrement mentionnés au Congrès de chirurgie sont tout aussi satisfaisants que ceux qui ont été publiés par M. Lucas-Championnière. Je n'ai jamais employé que des fils de catgut, passés de dehors en dedans pour éviter de blesser la veine fémorale.—*Scalpel.*

Traitement du cancer par les caustiques, par Daniel LEWIS.

—Entre les deux opinions suivantes en présence : l'ablation systématique au couteau, et la destruction systématique par les caustiques de tous les cancers, l'auteur pense qu'il y a lieu d'adopter un juste milieu, et il se propose d'indiquer brièvement les cas qui sont susceptibles du traitement par les caustiques. Il base son travail sur 300 cas qu'il a observés dans son service du *New-York Skin and Cancer Hospital* et dans sa pratique privée. Il rejette d'abord la cautérisation par les caustiques bénins, tels que le nitrate d'argent, l'acide phénique, l'acide pyrogallique, la résorcine; ce ne sont pas des escharotiques, mais des irritants, ne détruisant pas toute la substance néoplasique; ils concourent, au contraire, à sa dissémination. Pour la facilité de son travail, l'auteur adopte la division suivante de cancers : 1o cancer de la poitrine (y compris carcinome et sarcome); tumeurs des glandes axillaires et cervicales; cancer de la vulve, du testicule, du pénis et du rectum; 2o cancer de la portion cervicale de l'utérus, de la langue, des amygdales; 3o cancer cutané, y compris le cancer de la lèvre et de l'oreille externe. L'auteur n'a pas tenté de détruire par des caustiques les autres espèces de cancer, procédé dont on a eu, en effet, bien souvent à se repentir.

Le cancer de la poitrine peut être traité par les caustiques (pâtes de Marsden, de Bougard, de Michel); mais c'est là un procédé très douloureux, de longue durée, exposant à la dissémination. L'ablation par le bistouri est de beaucoup préférable, d'autant plus que l'on peut alors enlever en même temps les glandes axillaires malades. On peut faire une exception en ce qui concerne les malades très vieux ou très débilités; on pourra alors employer la préparation suivante (C.-E. Jennings) :

Chlorhydrate de cocaïne.....	2 grammes
Potasse caustique.....	6 —
Vaseline	8 —

Les objections faites pour le cancer de la poitrine s'accroissent pour les tumeurs des glandes axillaires; ici, le caustique peut créer des cicatrices vicieuses, allant parfois jusqu'à l'adhérence du bras au côté. Quand il s'agit du cou, le danger est encore plus grand, car l'on risque de détruire des organes importants, tels que la veine jugulaire, l'artère faciale, etc. Il en est de même pour le testicule. Une petite tumeur superficielle à la vulve peut être opérée à l'aide de l'électrolyse ou du cautère de Paquelin; mais la

récidive est généralement rapide; l'excision large est la seule opération recommandable; quant aux caustiques, il faut les laisser de côté.

Si le cancer est bien délimité à une petite portion du prépuce, le caustique pourra donner de bons résultats; mais la cure radicale par opération est le seul procédé qui mette à l'abri de la récidive.

Les caustiques sont contre-indiqués dans le cancer des amygdales, de la langue, de l'utérus; ce sont des poisons pour les malades.

Les cancers cutanés, les épithéliomes des lèvres et de l'oreille externe, sont les plus curables de tous les cancers, surtout s'ils sont traités de bonne heure. Ici, les caustiques constituent la méthode à suivre, et cela pour les raisons suivantes: les malades ont généralement passé l'âge moyen, quelquefois sont assez âgés pour que l'anesthésie générale devienne dangereuse; la crainte d'une opération les fait temporiser jusqu'à une période très avancée du cancer; au contraire, le caustique est parfaitement accepté, surtout sous forme d'emplâtre. La cicatrice est douce, lisse et peu visible.

Comme caustique, la préparation que recommande l'auteur est celle de Bougard:

Farine de froment.....	60	grammes
Amidon.....	60	—
Arsenic	1	—
Cinnabar.....	5	—
Sel ammoniac.....	5	—
Sublimé corrosif.....	0,50	centigr.
Solution de chlorure de zinc à 52°....	345	grammes.—

Medical Record.

Traitement antiseptique des brûlures, par A. E. MAYLARD, in *Glasgow Medical Journal*.—Quand une brûlure sérieuse a eu lieu, et qu'il existe des tissus mortifiés, des manifestations septiques se produisent pendant la période d'élimination et de réparation et déterminent l'odeur mauvaise, l'écoulement purulent, la douleur vive. Ce sont elles qui sont l'inconvénient et même le danger des brûlures graves.

Quand la brûlure s'est faite, l'action de la chaleur a rendu la partie atteinte stérile, et la méthode de traitement de l'auteur a pour but de la maintenir aseptique et de prévenir la putridité. On coupe et enlève les vêtements autour des points brûlés et on lave les blessures avec une solution chaude de sublimé à 1:2000 pour entraîner tous corps étrangers ou rendre stériles tous ceux qu'on est forcé de laisser. La surface brûlée est alors recouverte d'une gaze protectrice trempée dans la même solution; par-dessus on applique une couche de gaze boriquée, imbibée encore de la même

solution au sublimé; enfin on recouvre le tout d'une feuille mince de gutta percha et l'on assure le pansement à l'aide de bandes préparées au sublimé. On change le pansement tous les deux, trois ou quatre jours selon l'abondance de la suppuration. L'auteur rapporte six cas ainsi traités avec d'excellents résultats. Voici les avantages de cette méthode. Les parties stérilisées par la brûlure sont maintenues stériles; il ne se développe point d'inflammation consécutive, et par suite aucune mortification nouvelle des tissus; la suppuration est nulle; les pansements sont rares; il n'existe que peu ou point de douleur au moment du renouvellement des pansements; il n'y a point de mauvaise odeur; les tissus mortifiés sont rapidement éliminés par le développement des bourgeons de la réparation; la cicatrice consécutive est réduite à son minimum par le fait de la conservation d'une plus grande partie de tissu; le processus de la cicatrisation ne subissant plus aucun trouble local, il y a absence de symptômes généraux.—*Revue générale de Médecine.*

Sutures tendineuses et nerveuses.—Depuis plusieurs années déjà, grâce à la pratique antiseptique parfaite, les chirurgiens parviennent à rétablir à peu près intégralement les fonctions d'un tendon ou d'un nerf coupé, par de simples sutures des deux bouts avec de la soie ou du catgut. A la Société de médecine berlinoise (séance du 27 avril 1892) M. le Dr. GLUCK a présenté des malades auxquels il avait fait des tendons par des sutures au catgut ou à la soie antiseptique. D'après ses recherches, les fils laissés en place subissent trois espèces de modifications: 1o Le faisceau de fil à suture n'est pas altéré, mais il s'entoure de gaine de tissus conjonctif. 2o Le faisceau est rebordé peu à peu et remplacé progressivement par du tissu lamineux. 3o Il se forme le long du corps étranger greffé un tractus de tissu lamineux, qui réunit les deux extrémités du tendon, et ce corps étranger est éliminé plus tard par un processus secondaire.

—Au Congrès de chirurgie de la semaine de Pâques, M. le Dr. EHRMANN, de Mulhouse, a présenté des considérations analogues sur la suture du nerf radial dans l'aisselle, six semaines après l'accident. Après avivement, il restait 5 centimètres d'écartement entre les 2 bouts. Au moyen d'une suture avec 3 anses de catgut, les deux extrémités furent remises en continuité ou plutôt en communication. La sensibilité revint deux mois et demi après l'opération; neuf mois après, la motilité reparaisait. La régénération du nerf a donc été guidée par le conducteur en catgut. Ces résultats montrent qu'on ne doit jamais désespérer du rétablissement des fonctions d'un nerf ou d'un tendon sectionné, même lorsque la perte de substance est considérable et qu'on est en droit de tenter leur réunion au moyen d'une suture bien antiseptique, au bout d'un temps relativement long.—*Concours médical.*

Un traitement du chancre mou et du bubon suppuré.—

D'après M. le docteur GAMEL, médecin de l'hôpital de la Conception, de Marseille, et M. A. LOP, son ancien interne, le phénol camphré serait le meilleur moyen de pansement du chancre mou. Il modifierait très heureusement l'évolution du phagédénisme et amènerait rapidement la guérison des chancres non compliqués. Des plaies chancreuses très étendues ayant perdu leur caractère de virulence se sont cicatrisées en trois jours sous l'influence de deux pansements journaliers avec le mélange ci-dessous formulé :

Acide phénique cristallisé..... 40 grammes
Camphre..... —

Mélez et faites tiédir au bain-marie.—Usage externe.

Ce mélange est un liquide sirupeux, limpide, analogue à la glycérine, et d'une odeur assez agréable. Les pansements doivent être répétés deux fois par jour. On a soin, chaque fois, de bien nettoyer la plaie avec du coton hydrophile, puis l'on applique de petites bandelettes d'ouate imbibées de phénol camphré. Le pansement est maintenu en place avec une bande de coton ou au moyen d'une bande de gaze au salol.

Les bubons suppurés sont traités, dans le service de M. Gamel, par l'incision, le lavage à l'eau phéniquée forte et le pansement au phénol camphré. Quand aux bubons qui ne sont pas encore arrivés à la suppuration, mais dont la résolution est lente, ils sont très heureusement modifiés par des injections d'éther iodoformé. On injecte trois fois par semaine un centimètre cube de ce liquide, à l'aide de la seringue de Pravaz, à laquelle on adapte une aiguille un peu plus longue que celle dont on se sert pour les injections hypodermiques.—*Abeille médicale.*

Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires, par

M. le professeur GUYON (Rapport au Congrès français de chirurgie). M. Guyon établit qu'une fois l'appareil urinaire envahi par les germes extérieurs pénétrant dans son canal excréteur, il se forme en premier lieu un foyer septique dans la vessie; puis il se détermine des lésions ascendantes le long des urètres jusqu'aux reins, et ceux-ci deviennent le siège de néphrites infectieuses. Consécutivement les germes et leurs toxines pénètrent dans le reste de l'organisme et y produisent des troubles variés.

Quels sont donc ces germes? Ils sont fort nombreux. Il en existe parfois dans l'urètre de l'homme sain; il en existe toujours dans l'urine purulente provenant d'un point enflammé quelconque de l'appareil urinaire. Les microorganismes ont été décrits en nombre considérable; ce sont d'abord les microcoques habituels de la suppuration; *staphylococcus pyogenes aureus, albus, citreus*; *streptococcus pyogenes*; puis deux espèces bactériennes, *l'aurobacillus liquefaciens septicus* et une bactérie non liquéfiant. D'après

des recherches toutes récentes, cette bactérie serait identique au *bacterium coli commune* d'Escherich. Tous ces microorganismes sont pyogènes.

Leur pénétration dans l'appareil est tantôt primitive, par l'urèthre (rare à l'état normal chez l'homme, moins rare chez la femme, fréquente au contraire à l'état pathologique dans les deux sexes, et souvent au moyen d'un instrument septique), tantôt secondaire, par le sang, au niveau des reins et, en conséquence, avec des lésions descendantes. Un état maladif antérieur des voies urinaires favorise la pullulation, surtout dans la vessie; mais si celle-ci s'évacue bien, la lésion ascendante se produit difficilement; avec facilité au contraire, si l'évacuation urinaire est insuffisante.

Si les microorganismes traversent les parois des voies urinaires, les tissus voisins peuvent suppurer: abcès péri-uréthraux, péri-vésicaux, péri-rénaux. S'ils pénètrent dans le sang, eux ou leurs toxines, ils déterminent des accidents infectieux généraux; la forme aiguë, grave de la fièvre urineuse relève certainement de l'infection sanguine vraie par les microorganismes; les accès brusques, de courte durée, sont probablement dus à la résorption des produits solubles. Les formes prolongées indiquent que les reins sont atteints à leur tour, et les formes chroniques montrent qu'il y a absorption continue des toxines que les reins malades ne peuvent éliminer totalement.

La diversité de réaction des divers malades dépend de leur susceptibilité particulière et de leur état général antérieur. Quant aux vieux urinaires qui sont évidemment en puissance de toxines urinaires, mais qui n'en souffrent pas trop, il faut croire qu'ils ont acquis peu à peu l'immunité par une sorte d'auto-vaccination due à la résorption minime et répétée des produits toxiques de l'urine.

A la suite de ce rapport, M. Verneuil fait remarquer qu'aux conditions essentielles d'infection urinaire qui viennent d'être établies, il est bon d'en ajouter une autre, c'est la latence des états constitutionnels; on assiste quelquefois à l'éclosion manifeste d'accidents urinaires à l'occasion d'un traumatisme quelconque; et il est utile de savoir que dans ces cas il peut y avoir un rappel de lésions intéressant les voies urinaires.

MM. Reliquet (de Paris) et Reginald Harrison (Londres), rappellent que l'intégrité de l'épithélium des voies urinaires constitue un facteur des plus importants dans l'apparition des accidents urinaires. C'est pour cette raison, dit M. Reliquet, qu'on a songé à mettre une sonde à demeure dans l'uréthrotomie interne; c'est également pour cette raison que M. Harrison, pour assurer le drainage de la vessie, à l'occasion de l'uréthrotomie interne, pratique depuis plusieurs années une boutonnière pé-rinéale comme dans l'opération de la lithotomie ordinaire; il

introduit par cette boutonnière un gros tube à drainage dans la vessie. Le drain est laissé en place pendant une semaine, puis retiré ; la plaie se cicatrise bientôt.

M. Horteloup croit que la sonde à demeure donne d'excellents résultats dans l'opération de Maisonneuve, pour mettre la plaie urétrale à l'abri du contact de l'urine ; mais il ajoute qu'il ne pense pas que l'emploi de cette sonde soit nécessaire dans toutes les opérations. Il faut d'abord analyser la toxicité des urines ; quand elles sont aseptiques, on peut se dispenser de la sonde ; au contraire, on en laissera une à demeure pendant quatre ou cinq jours, quand elles sont septiques. A tous ces moyens M. Lavaux (de Paris), préfère le lavage de la vessie sans sonde, d'après sa méthode, pour prévenir l'infection urinaire ou traiter les accidents en voie d'évolution.—*Gazette médicale de Paris.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Du diagnostic de la grossesse gémellaire, par le Dr. COURZAT.
—L'auteur fut appelé par un confrère auprès d'une femme enceinte de deux jumeaux, dont le travail était entravé par suite de l'existence d'un rétrécissement considérable de la partie inférieure du vagin.

Cet élément de dystocie tirait son origine d'une lésion cicatricielle survenue à la suite d'un premier accouchement. Il y avait eu séjour prolongé de la tête fœtale sur le plancher du périnée, déchirures vulvo-vaginales multiples dans le temps de l'expulsion, et, dans les suites de couches, élimination de vastes lambeaux de muqueuse sphacelée.

M. Courzat constata tous les signes d'une grossesse gémellaire. A ce propos il insiste sur une disposition particulière de l'utérus perceptible au palper, consistant dans l'existence d'un sillon dirigé obliquement en écharpe à la surface antérieure de l'utérus. C'est là un des signes objectifs de la grossesse gémellaire, dont les auteurs semblent avoir tenu peu compte depuis Levret qui, le premier, l'a signalé. Ce signe permet non seulement de reconnaître la présence de deux jumeaux, mais encore, de compléter le diagnostic, comme le recommande Budin, en assignant aux deux fœtus leur situation respective l'un par rapport à l'autre.

Les deux œufs étaient obliquement superposés : L'œuf gauche, situé au-dessous du droit, était occupé par un fœtus se présentant par le siège. L'œuf droit renfermait un fœtus dont la tête était dirigée en sens inverse du précédent, et tournée vers la fosse iliaque. Le premier enfant se présentait donc par le siège.

Les organes génitaux externes présentaient, à un premier coup d'œil, l'aspect habituel qu'on trouve chez les vierges; l'entrée du vagin était à peine visible, mais en regardant de près on remarquait sur le périnée des cicatrices dont une, plus considérable, située à droite du raphé, formait un léger bourrelet.

Lorsque la dilatation du col fut presque complète, M. Crouzat anesthésia la malade et tenta de dilater à l'aide des doigts le trajet vulvo-vaginal. La résistance des tissus inodulaires rendit cette pratique impossible, sans débridement préalable. M. Crouzat incisa la cicatrice périnéale suivant une direction curviligne, en arrière et en dehors de la vulve. La main acheva dès lors sans difficultés l'agrandissement de l'orifice vulvaire.

Le toucher pratiqué à ce moment permit de constater l'existence d'une poche des eaux double, ou plutôt une procidence légère des enveloppes de l'œuf droit au-dessous et en arrière de la poche des eaux principale dépendant de l'œuf gauche.

M. Crouzat rompit cette dernière, et pratiqua l'extraction du premier enfant par le siège. Le second affectant, aussitôt après le premier accouchement, une disposition transversale, l'opérateur réintroduisit les mains dans l'utérus et amena au dehors le second jumeau à l'aide de la version. Les deux interventions furent conduites sans difficultés; les jumeaux étaient vivants.

L'incision libératrice du périnée fut réparée par la suture immédiate et fut réunie par première intention presque complète.

La délivrance s'effectua naturellement une demi-heure après l'accouchement. L'examen de l'arrière-faix vint corroborer le diagnostic porté à l'aide de la palpation et du toucher. L'œuf gauche, le premier rompu, et primitivement en situation déclive par rapport à l'œuf voisin, était ouvert sur sa paroi externe, non loin du bord du placenta. L'œuf droit était ouvert en partie aux dépens de la face interne, c'est-à-dire aux dépens de la cloison interovulaire. Le second fœtus était donc bien partiellement situé au-dessus du premier.

Ce fait mérite assurément de fixer l'attention, en ce sens qu'il constitue une preuve de plus de la possibilité qui existe de faire le diagnostic précis de la situation respective des deux œufs dans la grossesse gémellaire. Grâce à l'entraînement spécial que possèdent à l'heure présente tous les accoucheurs dans la pratique de la palpation utérine abdominale, on en est venu à considérer comme incomplet tout diagnostic de la grossesse gémellaire dans lequel n'est pas spécifiée, avec précision, l'orientation des deux œufs dans la cavité de l'utérus. Nous avons été instruits sur ce point par les travaux de M. Budin, et nous avons eu l'occasion, à maintes reprises, pour notre part personnelle, de faire ainsi le diagnostic de la vérité de la grossesse gémellaire, et de nous assurer que nous n'avions pas commis d'erreurs, par l'inspection de l'arrière-faix post-partum.—*Revue des maladies des femmes.*

Le seigle ergoté et les accoucheurs. (*Société obstétricale de France*).—M. QUEIREL (de Marseille)—Le seigle ergoté est d'un usage dangereux. C'est un point sur lequel tous les accoucheurs sont d'accord. Il est le plus souvent prescrit et administré d'une façon déplorable par les sages-femmes qui l'emploient sans mesure en toute circonstance. Devant les méfaits de ce médicament, je pense qu'il serait du devoir de la Société de prendre l'initiative d'une mesure tendant à faire retirer aux sages-femmes le droit de prescrire le seigle ergoté.

M. GAULARD.—En effet, tous les accoucheurs sont d'accord pour reconnaître les dangers du seigle ergoté entre les mains des sages-femmes. Mais, à la campagne, c'est parfois la seule branche de salut à laquelle, privées de tout aide, elles peuvent se raccrocher. Je ne crois pas qu'il faille leur retirer le droit de prescrire ce médicament. C'est à nous à leur apprendre à s'en mieux servir.

M. PINARD.—Je suis parfaitement d'accord avec M. Queirel sur les méfaits du seigle ergoté, et ses avantages sont parfaitement discutables. J'ai banni l'ergot de ma clinique depuis 7 ou 8 ans, et je n'ai pas eu un seul cas de mort par hémorrhagie. Ce qui prouve que l'on peut se passer de ce médicament. Nous avons pour le remplacer un remède souverain, l'eau chaude. J'ai deux ennemis que je combats à outrance : le seigle ergoté et le tampon. Vis-à-vis de celui-ci, tout le monde ne partage pas mon sentiment. Ce que je puis dire, c'est que le tampon n'offre que des dangers. Quant au seigle ergoté, nous en savons tous les inconvénients. Néanmoins je ne voudrais pas enlever aux sages femmes un droit qu'elles ont. Nous appartient-il de défendre ou de restreindre un droit ? Mieux vaut agir par l'exemple et apprendre aux sages-femmes à se passer d'ergot.

M. GAULARD.—Un des avantages du seigle ergoté, c'est qu'il agit de suite, et permet, dans les campagnes, d'attendre avec une sécurité relative l'arrivée de secours éclairés qui sont parfois éloignés.

M. TARNIER.—Rapporteur à l'Académie quand il s'est agi de savoir si l'on maintiendrait aux sages-femmes le droit de prescrire le seigle ergoté, je n'ai pas voulu m'opposer à ce maintien. Sans doute, il y a beaucoup de moyens qui permettent de se passer du seigle, mais les sages-femmes, lentes à apprendre les nouveautés, ne connaissent guère et appliquent mal ces moyens. Il ne faut pas les priver de tout secours, tout en laissant se propager les procédés d'hémostase meilleurs. M. Pinard est très catégorique, il ne veut ni du seigle, ni du tampon. Il est trop absolu. Si l'on ne veut plus qu'on emploie le tampon, nombre de femmes sont exposées à mourir, qu'on eût peut-être sauvées en tamponnant. Supposez un médecin ou une sage-femme se trouvant devant une hémorrhagie formidable, comme on ne voit parfois—il faudra alors qu'ils regardent couler le sang en se croisant les bras—sans

essayer de faire un tamponnement parce que M. Pinard l'a défendu ! A la clinique d'accouchements, pas plus qu'à la clinique Baudelocque, on n'est partisan du seigle. Mais les conditions où nous opérons sont spéciales et ne peuvent être comparées à la pratique privée d'une sage-femme. Cependant je ne bannis pas absolument l'ergot. Il m'arrive, une ou deux fois l'an, d'injecter de l'ergotinine sous la peau, pour tarir une hémorrhagie qui résiste aux injections chaudes, à l'évacuation et à la stimulation de la cavité utérine, etc. J'ai dû y recourir, il y a à peine trois semaines, et me suis bien trouvé de n'avoir pas un si grand exclusivisme. Pourquoi alors priver les sages-femmes d'un moyen dont il m'arrive de me servir ? Cette question du seigle ergoté eet grosse de conséquences. Je ne crois pas pour ma part, sans méconnaître les méfaits du médicament, que le moment soit venu d'en proposer la suppression. Mieux vaut perfectionner l'éducation des sages-femmes.

M. PINARD.—Je ne défends rien, je n'interdis rien, ni seigle, ni tampon. Je ne procède que par exemple, en faisant entrer la conviction dans les esprits. Mais s'il fallait supprimer quelque chose, ce serait, à mon avis, le tamponnement, toujours mal fait, inefficace, et l'on sauverait ainsi bien des femmes.

M. TARNIER.—Si j'en ai parlé à M. Pinard, c'est que lui-même avait jeté ce tampon dans la discussion.

M. SALMON (de Chartres).—Pourquoi parler de ce qui se passe dans les cliniques et les Maternités ? Il semble que vous ignoriez comment procèdent les malheureuses sages femmes, seules, incapables de se faire, je ne dis pas aider, mais comprendre par l'entourage. Et je voudrais y voir M. Pinard.—On est bien heureux, dans ces cas, d'avoir à côté de soi un tampon à placer avant l'accouchement, et du seigle pour donner après la délivrance.

M. GAULARD.—J'ai longtemps exercé en province, à la campagne, c'est pourquoi je suis loin d'être aussi radical que M. Pinard. Il est possible que les femmes soient souvent mal tamponnées ; mais ce mauvais tampon a souvent arrêté un peu ou diminué l'hémorrhagie. M. Pinard n'a vu arriver à sa clinique que des femmes mal tamponnées. Mais si elles ne l'avaient pas été du tout, peut-être n'aurait-on pu les amener à la Clinique Baudelocque, qui n'est pas faite pour recevoir les mortes. Il faut apprendre à bien faire le tampon, voilà tout. Il y a bien, pour le remplacer, des manœuvres excellentes, mais très difficiles, qui demandent du savoir, de la détermination. Demanderez vous à une sage-femme de faire la version bipolaire, manœuvre excellente ? Ces manœuvres ne sont pas à sa portée. Au contraire, le tamponnement est une opération relativement facile.

M. LEFOUR.—Je ne partage pas l'avis de M. Pinard. J'ai toujours eu beaucoup à me louer du tampon. Bien fait, et on arrive à le bien faire, antiseptiquement fait, il m'a permis de ne jamais perdre une femme d'hémorrhagie pendant la grossesse.

M. QUELREL.—Puisque tous, nous trouvons que le seigle ergoté est dangereux et cause de grands méfaits dans la pratique obstétricale, je voudrais que cette opinion fût exprimée par la Société d'une manière qui frappe et qui indique que nous voudrions voir, dans une large mesure, restreindre l'emploi de ce médicament.

M. TARNIER.—C'est, en effet, conforme au sentiment exprimé par l'unanimité des membres de la Société.—*Progrès médical.*

Les injections intra-utérines après l'accouchement.—Une importante communication de M. TARNIER à la *Société obstétricale de France* et un travail tout récemment publié par Eustache (de Lille) dans les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, ont remis cette question à l'ordre du jour.

Les professeur Tarnier s'est occupé des accidents syncopaux qui peuvent se produire à la suite des injections intra-utérines. Il a l'habitude de faire chez toutes ses accouchées, immédiatement après la délivrance, une injection intra-utérine avec un liquide antiseptique. Comme liquide d'injection, il employa d'abord le sublimé à la dose de 1 pour 5000 qui lui a donné deux morts par intoxication mercurielle; puis l'acide phénique à 20 pour 1000 avec lequel il observa pour la première fois des accidents syncopaux; enfin le sulfate de cuivre à 5 pour 1000, il observa également des accidents très graves. Attribuant ces accidents syncopaux à la pénétration des liquides antiseptiques dans les veines utérines, il eut l'idée d'étudier expérimentalement l'action des divers antiseptiques en les injectant dans une veine de l'oreille chez les lapins, et obtint les résultats suivants : sulfate de cuivre et sulfate de fer à 5 pour 1000, accidents syncopaux et mort; biiodure de mercure à 1 pour 2000, syncope et mort; acide phénique à 20 pour 1000, syncope, état fort grave, pas de mort; sublimé à 1 pour 5000, pas de syncope, mort par intoxication mercurielle; permanganate de potasse à 1 pour 2000, et microcicine à 4 pour 1000, pas d'accidents.

Des recherches expérimentales faites par M. Tissier (injections intra-utérines chez des femmes mortes le lendemain ou le surlendemain de leur accouchement) et de ce qu'il a observé lui-même dans tous les cas où des accidents syncopaux se sont produits, M. Tarnier déduit le mécanisme suivant, comme donnant naissance aux accidents : il peut arriver que le tube de retour de la sonde à injection s'oblitére et que l'écoulement par ce tube soit supprimé; si alors l'utérus se contracte énergiquement, le liquide contenu dans la cavité utérine est poussé dans les sinus veineux; c'est l'utérus qui s'injecte lui-même.

Quoi qu'il en soit de cette interprétation qui n'a point été acceptée, du moins sans supplément de preuves, par MM. Budin et Champetier de Ribes, les faits observés n'en restent pas moins : accidents syncopaux à la suite des injections intra-utérines.

Autrement optimiste est la conclusion du mémoire du prof. Eustache, de Lille. Alors que M. Tarnier regarde comme des antiseptiques dangereux (sous forme d'injections intra-utérines après l'accouchement), l'acide phénique, le sulfate de cuivre, le sulfate de fer ou le biiodure de mercure, comme dangereux à un degré moindre le sublimé, et ne trouve inoffensifs que le permanganate de potasse et la microcidine, M. Eustache est un partisan déterminé du sublimé.

A la Maternité Ste-Anne, de Lille, il a observé la décroissance suivante de la mortalité : de 1877 à 1881, mortalité de 1.40 pour 100 ; dans la période suivante, 0,97 pour 100 ; enfin du 1er octobre 1887 au 15 novembre 1891, 1000 accouchements, mortalité nulle ; et il y a eu pourtant sur ces 1000 accouchements, 120 opérations obstétricales, dont 85 instrumentales. C'est à l'antisepsie régulière que M. Eustache attribue ce résultat.

Il procède ainsi : aussitôt après la délivrance, injection intra-utérine de 1 litre de sublimé à 1 sur 2000, au moyen d'un récipient en verre placé à 1 m. 50 au-dessus du lit de l'accouchée et d'une canule en verre cannelée sur une de ses faces pour assurer le retour du liquide. Puis, et c'est là un point important de la technique, " pendant tout le temps que dure l'injection, l'opérateur, qui tient la canule de la main droite, saisit l'utérus de la main gauche à travers la paroi abdominale et malaxe l'organe. " Quand l'injection est près de finir, la canule est retirée lentement, pendant que la main gauche presse fortement la matrice pour amener la sortie de tout le liquide, ou bien des caillots qui pouvaient le retenir. De même, quand l'extrémité de la canule est arrivée à la vulve, je recommande que l'on presse sur la commissure antérieure du périnée, de façon à déprimer le plancher périnéal et vider complètement le vagin." Les trois premiers jours, injection vaginale quotidienne avec la solution de sublimé à 1 sur 4000, puis les jours suivants, injections avec l'eau bouillie. Telle est la règle ; on n'a recours à l'acide phénique au cinquantième que si la parturiente est albuminurique ou dans quelques cas exceptionnels ; et en agissant ainsi, mortalité nulle sur 1000 accouchements.

N'est-ce là qu'une série heureuse ? Il est difficile de le croire, bien que M. Tarnier ait rappelé ces jours-ci que Depaul (avant l'antisepsie) avait pu citer une série de 1,200 accouchements sans mort. Mais ne pourrait-on pas dire que ce qui explique la différence entre les résultats si favorables obtenus par M. Eustache et les accidents observés par M. Tarnier, ce sont les précautions minutieuses prises par le premier et que nous avons citées textuellement plus haut : malaxation de l'utérus pendant l'injection, expression de l'organe à la fin de l'injection, dépression finale de la commissure postérieure de la vulve.

Il y aurait bien encore à discuter l'utilité de l'injection intra-

utérine érigée en règle immédiatement après la délivrance dans tout accouchement, qu'il ait été normal ou compliqué, qu'il y ait eu ou non intervention. Mais cela nous entraînerait trop loin, et nous avons voulu simplement mettre nos lecteurs au courant des deux récentes et intéressantes communications des professeurs de Paris et de Lille.—M. MARDUEL, in *Lyon médical*.

De Puréthrite chez la femme, par A.-L. EBERMANN.—Considérant que les gynécologistes s'occupent en général trop peu des maladies de l'urèthre, Ebermann leur consacre son mémoire, dont nous ne résumerons que la partie pathologique.

L'auteur insiste sur la nécessité de s'habituer à l'endoscopie pour assurer le diagnostic et de bien se familiariser avec le tableau endoscopique normal.

Les causes de l'uréthrite chez la femme se réduisent le plus souvent à l'infection blennorrhagique ; les autres causes, le traumatisme, par exemple, sont très rares. A l'état aigu, l'uréthrite peut parfois passer inaperçue, mais peut aussi être accompagnée de forte dysurie ou strangurie. La forme chronique est encore moins bruyante et ne se traduit souvent que par des taches sur le linge et du dépôt dans l'urine.

Dans ce cas, l'orifice externe du canal est rouge foncé, parfois bleuâtre, ses parois sont épaissies, la pression peut en faire sourdre une goutte de pus. L'endoscopie dans l'uréthrite aiguë, qu'on a très rarement l'occasion d'observer, montre une muqueuse rouge, gonflée, saignant facilement. Dans l'uréthrite chronique, on observe des granulations qui peuvent occuper tout le pourtour de l'urèthre, ou seulement une de ses parois, et se détachent en rouge sombre sur la muqueuse normale, en présentant l'aspect de petits œufs de poisson ; les plis normaux ne sont plus visibles là où siègent les granulations. Les glandes de Littre, invisibles normalement, se présentent sous la forme de petites éminences, surtout dans la forme glandulaire, mais elles peuvent être combinées aux granulations.

Les rétrécissements organiques de l'urèthre sont très rares chez la femme et sont plutôt d'origine traumatique (consécutifs à l'accouchement, etc.). Il peut exister dans l'urèthre des fissures qui donnent du ténesme et des envies fréquentes d'uriner.

Le traitement des ragades du col de la vessie par la cautérisation avec une forte solution de nitrate d'argent appliquée à l'aide de l'endoscope, a donné de bons résultats à Ebermann. Pour ne citer qu'un exemple, une fille de vingt et un ans, traitée inutilement depuis six mois par des scarifications du col utérin, des injections, etc., fut soulagée déjà après la première cautérisation et guérie en un mois. La dilatation rapide avec le spéculum lui a aussi donné de bons résultats, mais il lui préfère les cautérisations qu'il emploie également dans l'uréthrite chronique, contre

les granulations et les végétations condylomateuses; il les fait précéder de la cocaïnisation de l'urèthre.

Dans l'uréthrite folliculaire, Ebermann emploie la teinture d'iode en applications, ou les bâtonnets d'iodoforme; l'introduction de gaze trempée dans la teinture de *thu occidentalis* donne de bons résultats (il faut avoir soin de fixer la gaze au dehors avec une épingle de sûreté, pour qu'elle ne glisse pas toute dans la vessie). — *Gazette de gynécologie*.

De la dysménorrhée des jeunes filles; utilité du massage de la région sacro-lombaire. — L'embarras du praticien est toujours assez grand lorsqu'il est consulté pour des phénomènes dysménorrhéiques se produisant chez les jeunes filles. Sans doute, on arrive à diminuer un peu les manifestations douloureuses au moyen des analgésiques administrés à l'intérieur et, au besoin, sous forme de lavement, lorsqu'il existe, ce qui n'est pas rare, une intolérance plus au moins grande de l'estomac au moment des époques.

Sans doute, l'usage de l'hydrothérapie et des bains stimulants, employés d'une façon régulière en dehors des époques menstruelles, contribuent encore à rendre moins pénible la dysménorrhée, mais c'est un traitement à continuer indéfiniment, et dès qu'on l'interrompt pour quelques mois, les douleurs reparaissent aussi intenses et aussi prolongées qu'auparavant.

Cet insuccès relatif de la thérapeutique classique se comprend bien quand on sait que la dysménorrhée, chez les jeunes filles, est presque toujours due à une double cause :

1o À l'étroitesse de l'orifice externe du col, lésion mécanique contre laquelle nous sommes désarmés, et surtout 2o à la congestion chronique de l'utérus qui, en boursoufflant et en tuméfiant la muqueuse du canal cervical, applique les deux faces de cette muqueuse l'une contre l'autre et rétrécit encore davantage la filière par laquelle doit passer le sang menstruel.

Le massage de la région lombo-sacrée est la méthode la plus rapide et la plus efficace pour combattre la congestion utérine; la décongestion produite par ce massage étant beaucoup plus durable que celle qu'on obtient par l'hydrothérapie et par les bains stimulants. Il était donc rationnel d'utiliser cette notion dans le traitement de la dysménorrhée chez les jeunes filles.

Plusieurs cas de dysménorrhée des jeunes filles ont été soumis au massage. Le massage de la région lombaire était pratiqué selon la technique suivante: frictions, pressions, pétrissage, hachures, tapotements, etc., et était fait une fois par jour dans la période inter-mensuelle.

Si le massage est pratiqué régulièrement une quinzaine de fois avant les époques, on voit presque toujours les règles surprendre les malades. C'est que la malade n'a pas d'autre cause de dysmé-

norrhée que l'étroitesse de l'orifice externe: le canal cervical est devenu perméable par la suppression de la congestion et l'obstacle n'a plus qu'une étendue très restreinte par rapport à ce qu'il était au commencement du traitement. Dès lors, les douleurs sont réduites au minimum.

On peut, dès ce moment, considérer les malades comme guéries, au moins pour un temps assez long, et jusqu'ici il ne s'est produit aucune récidive complète; la première observation remonte déjà à deux années.—*Revue médico-chir. des maladies des femmes.*

Le cancer primitif de l'utérus et son traitement, par le Dr BISCHE.—L'auteur, se basant sur un grand nombre d'observations et sur l'avis de Cornil, de Landau, d'Abel, de Routier, de Klotz, de Lawson Tait, etc., arrive à cette conclusion que l'examen microscopique ne donne de résultat précis que s'il porte sur un lambeau de tissu excisé au bistouri ou aux ciseaux. L'examen n'est le plus souvent positif que s'il s'agit d'un néoplasme déjà avancé et perceptible au toucher après dilatation utérine: d'un autre côté, un examen négatif ne signifie rien au point de vue de la bénignité de l'affection. M. le professeur Cornil avoue que sur ce point les données de l'histiologie sont encore fort imparfaites, et qu'avant d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un cancer, il faut des examens multiples, par un micrographe des plus exercés.

De même le toucher intra-utérin après dilatation du col donne peu d'indications quand il s'agit d'un cancer au début.

En résumé, lorsqu'un utérus a terminé sa période d'activité fonctionnelle et qu'il devient l'origine d'hémorragies répétées, abondantes, incoercibles, entraînant un amaigrissement rapide, et des douleurs parfois vives, lorsque le toucher démontre l'intégrité du col, il faut penser immédiatement à un cancer du corps utérin, et ne pas attendre pour opérer que le diagnostic soit confirmé par le microscope ou même par le toucher intra-utérin. Dès ce moment, la malade est exposée à une dégénérescence maligne, si toutefois le cancer n'est pas déjà déclaré. A la clinique de la Charité, à Lyon, le chef de clinique du professeur Laroyenne, M. le Dr Gouilloud, a opéré trois fois dans ces conditions, et trois fois l'examen de la pièce enlevée a montré la justesse du diagnostic.

Dans la seconde partie de la thèse, on étudie tous les procédés d'extraction de l'utérus, rapportant les statistiques publiées à propos de chaque procédé opératoire.

Les indications thérapeutiques font l'objet d'un chapitre spécial.

L'hystérectomie vaginale est le procédé de choix; à la suite de cette opération, les récidives paraissent se faire moins souvent ou moins vite que dans le cas de cancer du col. On a eu des survies de sept ans sans récidives. Malheureusement, les statistiques portant sur les seuls cas de cancers primitifs du corps utérin sont fort rares et il serait désirable qu'on n'englobât plus ces cas avec

les néoplasmes du col sous le nom générique de cancer utérin (Thèses de Lyon, 1891).

Nous faisons suivre l'analyse du travail de M. Bisch de la description d'un nouveau procédé opératoire appliqué au cancer de l'utérus par M. Purull.

L'auteur décrit une méthode de décortication qu'il a employée dans un cas avec succès. Le col est saisi et abaissé et une sonde introduite dans la vessie. Une incision circulaire est faite sur la muqueuse cervicale à un demi-pouce du tissu morbide. On relève le lambeau et on taille, à coups de ciseaux, sur le tissu musculaire, au dessous du revêtement péritonéal. Les artères utérines sont pincées d'abord et liées ensuite; on tire sur le col de manière à avoir toujours sous l'œil la partie sur laquelle doivent agir les ciseaux, et on continue ainsi jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'un pouce carré environ du tissu utérin? Si la cavité de Douglas se trouve ouverte, il saisit la base des ligaments larges dans de longues pinces et divise le reste du tissu.

Il pense que tous les cancers peuvent être opérés de la sorte, pourvu qu'ils le soient à une période assez précoce pour laisser un espoir de guérison, et cet espoir est justifié tant que la dégénérescence n'a pas dépassé les limites des tissus utérins. Quant aux chances de récurrence, elles sont les mêmes qu'avec une moindre opération.—*Journal de médecine de Paris.*

PÆDIATRIE.

Irritation cérébrale.—Clinique de M. le Dr. Jules SIMON à l'hôpital des Enfants-Malades.—M. Jules Simon insiste souvent, dans ses leçons, sur cet état mental particulier qu'il a désigné sous le nom d'irritation cérébrale et qui est assez fréquent chez les enfants. Il consiste dans un état de suractivité de l'intelligence tel, que, bien que les fonctions intellectuelles restent intactes, le petit malade est incapable de les utiliser, et cela sans qu'il y ait de lésion organique. Un enfant entré dans le service en est un exemple. Il est calme par moments, et alors son apparence est à peu près normale; mais, sous l'influence la plus légère, il entre dans une colère violente. Il paraît intelligent, mais cependant n'a pas de mémoire, et, quoique âgé de cinq ans, parle assez difficilement. Il n'a pas d'affection pour ceux qui l'entourent, et au bout d'un séjour d'une huitaine à l'hôpital, a presque complètement oublié sa mère qu'il ne reconnaissait pas.

Les enfants ainsi atteints sont généralement tristes, un peu mélancoliques, ont une mobilité d'esprit telle qu'ils ne peuvent

suivre les idées les plus simples, sont souvent cruels pour les animaux et, lorsqu'ils sont plus grands, peuvent devenir des incendiaires. Ils n'ont pas de jugement parce qu'ils n'ont pas de mémoire. C'est, en somme, un état mental tout particulier. Ils ont pourtant une grande sensibilité des organes des sens. Les objets brillants les attirent ; certains rythmes les calment ; ils peuvent même associer certaines notions et ont souvent une certaine aptitude pour la musique et les chiffres, mais n'obtiennent quelque résultat que tant que le jugement n'intervient pas.

Leur humeur est extraordinairement capricieuse, et ni les caresses, ni les brutalités ne modifient en rien les crises pendant lesquelles ils perdent toute notion de la réalité, et qui peuvent cesser tout à coup sans qu'on sache pourquoi.

Un fait remarquable est que cet état peut se produire chez des enfants tout jeunes, et se traduit alors par une excitation et des mouvements perpétuels.

La plupart de ces enfants ont en outre des convulsions épileptiformes. Ils ne présentent pas de grandes attaques, mais deviennent subitement rouges, perdent conscience, se frappent la tête et reviennent ensuite à eux. D'autres fois, la crise se traduit par une douleur vive, localisée, ou encore un mouvement impulsif.

Lorsque cet état d'irritation cérébrale paraît dès l'âge de six à sept mois, ce qui arrive quelquefois, il faut aussitôt traiter ces petits malades sous peine de les voir dévier vers l'épilepsie ou la sclérose cérébrale. Ils peuvent, en effet, guérir, surtout s'ils n'ont pas dans leur hérédité des conditions trop défavorables.

L'existence de la tuberculose ou de la syphilis chez les parents est une condition fâcheuse. Il en est de même de l'alcoolisme, qui se rencontre souvent en pareil cas, et le traitement n'a réellement d'action que lorsque les parents sont bien portants et que cet état peut être considéré comme accidentel.

Dans les cas de ce genre, les bains ne paraissent pas très utiles, parce qu'ils semblent exagérer la sensibilité de la peau. Le bromure de potassium à doses progressives est le plus sûr de tous les moyens. Chez un enfant de six mois, on peut en donner 60 centigrammes trois jours de suite, laisser un peu de repos et reprendre ensuite. D'autres fois, l'iode de potassium agit mieux. On en donne 40 à 40 centigrammes au même âge, et on peut alterner ainsi les deux médicaments. Le mercure, la valériane, peuvent être aussi essayées. Quant à la révulsion, elle ne paraît pas favorable : les vésicatoires qu'on serait tenté de mettre pour diminuer l'état congestif sont, au contraire, une cause d'excitation.

Une autre question est celle du milieu. Ces enfants, en effet, doivent être isolés, car tout ce qui pour eux est une cause d'activité cérébrale doit être évité à tout prix. — *Journal de médecine pratique.*

Le traitement de la chorée dans les hopitaux de Paris.— Dans la *Semaine médicale*, 1892, n° 13, M. Marcel Baudoin a exposé les résultats de son enquête.

D'après M. le professeur G. SÉE, dans les cas ordinaires, l'antipyrine et l'arsenic sont les substances qui procurent le plus rapidement un bon résultat ; mais dès qu'on peut soupçonner le rhumatisme, c'est à l'antipyrine associée au salicylate de soude qu'il faut avoir recours. M. G. Sée recommande aussi les bains sulfureux. Dans les chorées cardiaques, M. Sée ordonne d'abord le chloral et l'hydrothérapie, associés à des médicaments cardiaques : iodure de potassium et surtout iodure de calcium.

La chorée vulgaire, de l'avis de M. Gilbert BALLET, tend spontanément vers la guérison ; il faut donc s'abstenir de toute médication perturbatrice. Il repousse l'antipyrine.

L'arsenic à doses modérées (10 à 12 gouttes par jour de liqueur de Fowler chez les enfants au-dessus de dix ans ; 6 à 8 gouttes au-dessous de cet âge). La gymnastique est rarement utile. Les toniques et le fer sont très utiles chez les choréiques anémiques. M. Ballet réserve les pulvérisations d'éther le long de la colonne vertébrale pour les cas intenses. Quant aux bromures, ils ne sont actifs que dans les formes compliquées de troubles psychiques, d'hallucinations. Une bonne hygiène, alimentation reconstituante, absence de fatigue, promenades courtes au grand air, voilà ce qu'il y a de mieux à prescrire.

Chez les enfants, selon M. DEJERINE, toute médication spéciale est inutile. Il se borne à recommander les toniques ; il y ajoute le massage, les bains salés, la gymnastique suédoise, les frictions sèches. Il insiste sur la nécessité d'une bonne hygiène.

M. JOFFROY, dans les formes légères ou de moyenne intensité, s'attache particulièrement à faire dormir les enfants un grand nombre d'heures ; dans ce but, il prescrit à la fin des trois repas de la journée 1 gramme, 1 gr. 50, 1 gr. 75 (suivant l'âge) de chloral hydraté, dans du sirop ou de la gelée de groseilles.

Pendant que les enfants sont levés, il faut éviter toute fatigue toute excitation physique ou intellectuelle.

Dans les cas plus graves, l'antipyrine est inefficace. Il faut recourir alors à l'enveloppement dans le drap mouillé, à deux reprises, dans la journée.

Pour les cas graves, M. Joffroy recourt au drap mouillé, à l'antipyrine et aux lotions avec une solution antiseptique.

C'est l'antipyrine qui satisfait le mieux M. Albert ROBIN. Il la donne aux doses maxima de 2 grammes par jour, en quatre prises de 50 centigrammes, associées chacune à 25 centigrammes de bicarbonate de soude. On l'administre pendant huit à quinze jours, puis on la remplace par l'arséniate de soude en solution à 5 centigrammes pour 300 grammes d'eau, dont on fait prendre deux cuillerées à soupe par jour. Cette solution épuisée, on revient à l'antipyrine, et ainsi de suite.

M. RAYMOND pense qu'on ne peut compter que sur deux médicaments : le chloral et l'antipyrine ; l'acétanilide lui a réussi dans quelques cas.

M. LUYA a un traitement des plus simples. Toute la thérapeutique de la chorée tient dans ces quelques mots ; transfert par les aimants et par les miroirs rotatifs.

M. SEVESTRE ne croit pas qu'on puisse juguler la chorée ; mais on peut en atténuer les symptômes, et quelquefois abrégier sa durée. Il donne la préférence à l'antipyrine. Il commence par la dose de 1 à 2 grammes par jour (par prises de 50 centigrammes en solution dans l'eau sucrée), et en arrive assez rapidement à 3 ou 4 grammes par jour. En même temps, il donne de l'arsenic, il emploie soit la liqueur de Fowler (6 à 12 gouttes par jour), soit la solution d'arséniate de soude (deux à trois cuillerées à café d'une solution de 5 centigrammes pour 250 grammes d'eau). Il faut éviter toutes les causes d'excitation, et même, au besoin, isoler le malade.

M. OLLIVIER fait surtout masser ses choréiques, et il est très satisfait des résultats obtenus par ce moyen. D'une façon générale, il prescrit le fer, l'arsenic et l'hydrothérapie.

M. d'HEILLY insiste surtout sur l'hygiène, les toniques ; il recommande un sommeil prolongé. Dans les cas légers, l'arsenic, le fer, les amers, les bains de Barèges suffisent. Dans les cas intenses, c'est l'antipyrine et le chloral qui réussissent le mieux.

C'est M. LEGROUX qui, le 27 décembre 1887, a fait connaître à l'Académie de médecine les bons résultats obtenus par l'antipyrine. M. Legroux continue à avoir recours à ce médicament (4 grammes par jour). Selon lui, l'antipyrine amène la guérison en quinze à vingt jours, à la dose de 3 à 4 grammes dans des sirops de punch (chaque gramme étant pris à chacun des repas). Chez les hystériques, le bromure (2, 3, 4 grammes par jour, aux repas) et les douches froides donnent les meilleurs résultats.

Pour M. COMBY, il y a deux séries d'indications dans la chorée vulgaire : 1^o faire de l'hygiène morale, isoler l'enfant en le soustrayant au milieu scolaire, et mettre son esprit au repos ; 2^o viser la sédation du système nerveux. M. Comby essaye d'abord le bromure de potassium à la dose de 2, 3, 4 grammes par jour suivant l'âge, et les douches froides quotidiennes très courtes. Si la maladie résiste, il a recours à l'antipyrine (2 à 3 grammes) ou à l'arsenic.

M. Jules SIMON conseille : 1^o Dans les premiers jours, le séjour au lit pendant une quinzaine ; une révulsion sur le dos, dans la partie supérieure, à l'aide de frictions chaudes ou de cataplasmes sinapisés, ou de ventouses sèches, cela tous les jours ; l'usage des préparations d'aconit et de ciguë dans la proportion de 10 à 15 gouttes en vingt-quatre heures.

2^o Au bout de quinze jours, l'enfant doit se lever, et M. Simon administre l'antipyrine à doses progressives (1, 2, 3, 4, 5 grammes

en vingt-quatre heures). Cette médication est continuée pendant plusieurs semaines.

3o A la fin, quand les mouvements sont très atténués, il faut avoir recours à la gymnastique rythmique.

En même temps, M. Simon prescrit des toniques peu excitants, comme les bains salés, les frictions sèches, etc. Mais il interdit le séjour au bord de la mer.

Traitement du croup.—J. C. TURNER. (*The Times and Register*) dans huit cas qu'il a soignés avant 1891, a perdu six malades; chaque fois qu'il a tenté la trachéotomie, il a perdu ses patients; il en est de même pour l'intubation qu'il a employée deux fois.

Sans repousser rigoureusement ces deux modes d'intervention, M. Turner appelle l'attention sur une méthode qui depuis 1891 lui a donné quatre succès sur quatre cas. Cette méthode est basée sur le but à atteindre; de diminuer l'inflammation localement, de permettre la séparation de la fausse membrane, de combattre efficacement le spasme laryngé et de soutenir les forces. Contre le spasme, et pour produire des intervalles de repos si nécessaires ainsi que le sommeil, il administre l'asafoetida en suppositoires et le considère comme un des médicaments les plus recommandables. Contre les autres symptômes, il prescrit le chlorhydrate d'ammoniaque en sirop et sans eau, cette dernière permettant aux enfants de percevoir le goût désagréable du remède.

Voici les deux formules :

1o Chlorhydrate d'ammoniaque.....	grammes	4	"
Sirop de tolu		60	"
Une demi-cuillerée à café toutes les deux heures.			
2o Asafoetida en poudre.....	grammes	1	"
Sulfate de quinine.....		0.20	
Codéine.....		0.03	
Beurre de cacao.....		6.50	

Pour huit suppositoires

Un suppositoire toutes les quatre heures.

Pour M. le Dr. RAGONEAU (*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*), il est trois choses principales qui doivent guider le médecin dans le traitement de cette grave affection :

1o Combattre l'élément spasmodique qui, d'après M. Ragoneau, est la cause principale, pour ne pas dire unique, de la mort des malades par l'asphyxie.

2o Empêcher l'empoisonnement du système nerveux par l'exsudat diphtérique, car c'est là le point de départ de paralysies et autres complications, et le début du dépérissement progressif du malade, dont les diverses fonctions, digestives et autres, s'altèrent et se ralentissent par épuisement nerveux.

3o D'où la troisième indication, non moins importante que les

précédentes : soutenir l'organisme par une alimentation aussi réparatrice que possible et les toniques les plus puissants.

Eviter avec soin, dans sa thérapeutique, même au début, tout ce qui est susceptible de déprimer le malade, déjà suffisamment abattu et anémié par la maladie.

Les fonctions digestives devront être particulièrement surveillées.

Quant au traitement, le voici : en suivant l'ordre de ces trois principales indications.

1o Dès le début, donner aux petits malades, trois fois par jour, dans un peu d'eau sucrée, de deux à cinq gouttes (chaque fois et suivant l'âge), du mélange suivant :

Teinture de belladone.....	} ââ 5 grammes.
Teinture de valériane.....	
Alcoolature de racine d'aconit.....	

Puis matin et soir, une pulvérisation de trois à quatre minutes avec :

Bromure de camphre.....	5	à	10 grammes.
Hydrate de chloral.....	0.50	à	2 —
Eau distillée filtrée.....		à	150 —

Cette solution doit être employée glacée.

Le reste de la journée, et dans l'intervalle des repas, le petit malade suce des fragments de glace saupoudrés d'acide borique, et s'il peut, se gargarise avec une solution boriquée à 40/1000.

2o Toutes les deux heures au début, on doit pratiquer sur toute la muqueuse pharyngo-laryngée, à l'aide d'un pinceau de martre ou de blaireau, des attouchements avec la solution suivante :

Chlorure de zinc.....	1 gramme
Glycérine neutre.....	15 —
Eau distillée.....	15 —
Acide chlorhydrique.....	2 gouttes

Ces badigeonnages sont admirablement supportés par les muqueuses et aussi par les malades, qui n'accusent aucune douleur.

Le travail de M. Ragoneau ne s'appuie que sur cinq cas heureux, tous d'ailleurs consécutifs à des symptômes d'embarras gastrique.

Pharyngite tuberculeuse.—*Solis Cohen.*

P.—Créosote de hêtre.....	5 minimes.
Teinture d'iode.....	5 “
Iodure de potassium.....	20 grains.
Glycérine.....	1 once.

M—Usage local, plusieurs fois par jour.—*Collegae and Clinical Record.*

FORMULAIRE.

Dysménorrhée névralgique.—Parvin.

P.—Extrait d'opium.....	1½ grain.
Extrait de belladone	1½ “
Sulfate de quinine.	24 grains.

M.—Pour faire 24 pilules.

Dose: Une pilule toutes les trois heures.—*College and Clinical Record.*

Poux du pubis.

P.—Précipité blanc ammoniacal.....	35 grains.
Baume du Pérou.....	1 once.
Huile de pétrole.....	2½ drachmes.
Lanoline.....	q. s. pour faire 8 onces.

M.—Usage local.

Eczema genital.—Parvin.

P.—Iodoforme	30 grains.
Oxyde de zinc.....	60 “
Lanoline.....	1 once.

M.—Usage local. Très efficace en beaucoup de cas.—*College and Clinical Record.*

Ulcères des jambes.—Weismueller.

P.—Acide salicylique.....	80 grains.
Acide borique.....	40 “
Oxyde de zinc.....	30 “
Amidon	300 “
Talc.....	300 “

M. - Usage local.

Emphysème pulmonaire.—DaCosta.

P.—Iodure d'ammonium.....	5 grains.
Muriate d'ammoniaque.....	10 “
Mixture de réglisse comp. (E. U.).....	1 drachme.

M.—A prendre dans un peu d'eau, quatre fois par jour.—*College and Clinical Record.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTREAL, JUIN 1892.

BULLETIN.

La nouvelle loi sur l'exercice de la médecine en France.

La Chambre des députés et le Sénat français viennent de remanier d'une façon assez sérieuse la loi concernant l'exercice de la médecine dans notre ancienne mère-patrie.

Nous tenons à mettre sous les yeux de nos lecteurs les points principaux sur lesquels ont porté les amendements, tels que nous les trouvons reproduits dans nos échanges de Paris.

D'après le titre premier, " nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat."

Le titre deuxième stipule que " nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien dentiste. Le diplôme de chirurgien dentiste sera délivré par le gouvernement français à la suite d'études organisées suivant un règlement et d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat."

Dans le titre troisième, nous trouvons que " les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de 1ère ou de 2e classe délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une Ecole de plein exercice ou une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat. Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine."

En vertu du titre quatrième, " les médecins, dentistes et sages-femmes diplômés à l'étranger, quel que soit leur nationalité, ne pourront dorénavant exercer leur profession en France qu'à la

condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, de dentiste ou de sage-femme, et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents. Des dispenses de scolarité et d'examens pourront cependant être accordées par le ministre, mais en aucun cas les dispenses accordées pour l'obtention du doctorat ne pourront porter sur plus de trois épreuves.

“ Les étudiants étrangers qui postulent le diplôme de docteur en médecine, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français. D'autres part, il pourra leur être accordé, en vue de l'instruction dans les Facultés et Ecoles de médecine, soit l'équivalence des diplômes ou certificats obtenus par eux à l'étranger, soit la dispense des grades français requis pour cette inscription, ainsi que des dispenses partielles de scolarité correspondant à la durée des études faites par eux à l'étranger.”

“ Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli.

“ Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration du cas de maladies épidémiques tombées sous son observation et visés dans le paragraphe suivant :

“ La liste des maladies épidémiques, dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel sera dressée par arrêté du ministre de l'intérieur après avis de l'Académie de Médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France.”

Dans le titre sixième enfin, il est stipulé que “ les médecins venus de l'étranger, autorisés à exercer leur profession en France avant l'application de la présente loi, continueront à jouir de cette autorisation dans les conditions où elle leur a été donnée.”

Nous ne voyons, pour notre part, rien que de très juste dans la plupart des amendements précités. Si le gouvernement de la République trouve bon et opportun de protéger les médecins français en exigeant que les médecins diplômés à l'étranger soient soumis à de nouvelles épreuves et à de nouveaux examens, il a toute raison et tout droit de le faire. Cela justifie, à nos yeux, la ligne de conduite adoptée par notre Bureau provincial de médecine le 11 mai dernier, et en vertu de laquelle tout diplômé étranger devra dorénavant être soumis à un examen avant que d'avoir la licence provinciale. Si la profession médicale est encombrée en France, elle l'est bien davantage ici, et la même mesure préventive est bonne dans l'un et l'autre pays.

Comme le fait observer notre confrère du *Scalpel*, le titre premier de la nouvelle loi est la mort de l'enseignement libre et la reconnaissance de l'omnipotence de l'Etat en matière d'instruction, attendu qu'il oblige tous les étudiants des Facultés libres à subir leurs examens terminaux devant un établissement de l'Etat. Ce titre supprime aussi l'officiat de santé, les seuls officiers de santé reçus antérieurement à l'application de la présente loi, et les

élèves qui ont pris à l'époque actuelle leur première inscription, pourront continuer la pratique. Après quoi, par voie d'extinction, l'officier de santé aura vécu.

La clause relative à la déclaration des cas de maladies épidémiques, en dépit du dogme du secret professionnel, fait, comme on le voit, bon marché de celui-ci, aussi cette disposition est-elle accueillie en France avec une réserve des plus significatives par la profession médicale.

Ici, également, beaucoup de médecins se plaignent de la nécessité où ils sont de déclarer au Bureau de santé les cas de maladies contagieuses, et se retranchent volontiers derrière le secret professionnel. Mais il paraît qu'il n'y a pas de secret qui tienne en face d'un danger menaçant le public, et il faut s'exécuter. *Salus populi suprema lex esto!* Toute réflexion faite, c'est peut être encore mieux comme cela.

Traitement de l'empoisonnement par la cocaïne.

Depuis que l'emploi de la cocaïne comme analgésique local est devenu de pratique courante, il est arrivé que plus d'une fois des accidents sont survenus, soit après l'administration d'une trop forte dose, soit par suite d'une prédisposition particulière des malades à la syncope. Il importe donc que le praticien soit mis au courant des moyens à prendre dans les cas où surviennent ces accidents.

Prévenir la syncope constitue la première indication, et c'est dans ce but que l'on conseille de ne jamais pratiquer d'injection hypodermique de cocaïne chez un sujet *debout*. La position horizontale est de rigueur. Dans tous les cas, si le malade intoxiqué était déjà debout, il faut lui faire prendre immédiatement la position horizontale ; cette manœuvre suffit pour diminuer l'état syncopal.

On peut en dire autant des aspersion d'eau froide, des lotions sur le corps, avec frictions, moyens assez simples il est vrai, mais non inefficaces.

Combattre le collapsus respiratoire et circulatoire est la seconde indication à remplir. Un des meilleurs moyens est d'administrer en inhalations le nitrite d'amyle, qui provoque la dilatation des vaisseaux, abaisse la tension artérielle et stimule ainsi, indirectement, l'action du cœur.

Les injections sous cutanées d'éther, de caféine, d'ammoniaque, d'alcool sont encore indiquées, ou, à leur défaut, des demi-lavements d'infusions de café ou de thé, d'alcool dilué, etc. S'il y a menace d'asphyxie, il faut pratiquer la flagellation, le massage énergique de la surface, la respiration artificielle. De grands sinapismes

recouvrant la poitrine, l'abdomen et les extrémités inférieures, sont aussi très utiles dans le cas d'asphyxie, la révulsion cutanée constituant un des plus puissants excitants des mouvements respiratoires. Contre les convulsions, si elles se montrent : inhalations de chloroforme.

Les tribunaux civils de Brooklyn ont été appelés, dernièrement, à se prononcer sur un cas qui intéresse au plus haut degré la profession médicale. Un médecin qui avait donné ses soins à un prêtre, ayant, au décès de ce dernier, présenté aux héritiers la note de ses honoraires, s'est vu accueillir par une fin de non-recevoir, pour la raison toute simple (?) que *les services professionnels donnés par un médecin aux membres du clergé sont habituellement gratuits.*

Il est inutile de signaler l'absurde de cet allégué. Nous ne voyons pas en quel honneur le médecin est obligé de prodiguer gratuitement ses soins aux membres du clergé dont la plupart ont un revenu annuel fort au dessus de celui des fils d'Esculape. Nous professons assurément le plus grand respect pour les clients de ce genre, et sommes prêts à les ranger au nombre de nos meilleurs malades, mais moyennant finance.

* * *

Les journaux politiques nous apprennent qu'un médecin étranger, gradué, paraît-il, de la Faculté de Paris, et auquel le Bureau provincial de médecine vient de refuser l'octroi de la licence *ad practicandum*, a pris un bref de *mandamus* contre le Bureau, à l'effet de forcer celui-ci à lui accorder *instanter* la licence susdite.

Si la nouvelle est vraie, ce que nous ignorons absolument, celui-là peut se vanter d'être *fin de siècle*, et nous sommes curieux de voir en vertu de quelle loi le Bureau sera mis en demeure d'accéder au désir de l'exigeant étranger. On dira peut-être que jusqu'à aujourd'hui l'usage a été d'accorder la licence à tout porteur d'un diplôme étranger. Si l'usage fait loi, fort bien. Mais tel n'est malheureusement pas le cas, et si le Bureau a eu naguère des faiblesses et des complaisances, il ne saurait être forcé d'en avoir indéfiniment. Le texte de la loi lui *permet* seulement mais *ne l'oblige pas* d'accorder, dans le cas présent, la licence sans examen, et s'il se refuse absolument, comme il vient de le faire, à ouvrir ses portes aux gradués étrangers, ce ne sont pas les cours de justice qui peuvent l'y forcer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

HARE. — *A System of Practical Therapeutics*, edited by Hobart Amory Hare, M.D., professor of Therapeutics and Materia Medica in the Jefferson Medical College of Philadelphia, assisted by Walter Chrystie, M.D., Instructor in Physical Diagnosis in the University of Pennsylvania.

Vols. I et II. Deux in-8 de 1030 pages chacun, avec gravures, Philadelphie. Lea Brothers & Co. 1891 et 1892.

C'est avec grande satisfaction que nous saluons l'apparition d'un traité de thérapeutique pratique ayant des dimensions suffisantes à embrasser la médication de toutes les maladies, non seulement dans son ensemble mais encore dans ses détails les plus minutieux. C'est une véritable encyclopédie. Il est vrai que cela comprend trois gros volumes in-8, d'audelà de mille pages chacun, mais, comme ouvrage à consulter, c'est une véritable mine de renseignements utiles et pratiques.

L'ouvrage a été fait en collaboration, sous la direction du Professeur HARE, et la plupart des praticiens les plus en vue des Etats-Unis et d'Angleterre y ont mis la main. C'est ainsi que le premier volume débute par un article de Horatio C. Wood, intitulé: *Considérations générales sur la thérapeutique*, et un autre du Prof. REMINGTON sur *l'Art de formuler et de combiner*. Puis vient l'étude des remèdes qui ne sont pas des médicaments: *Electrothérapie* (A. D. ROCKWELL); *la Cure du Repos dans la Neurasthénie et l'Hystérie* (Weir MITCHELL); *le Massage* (Benj. LEE); *l'Exercice* (Em. HARTWELL); *les Climats* (S. E. SOLLY) et *l'Hydrothérapie* (S. BARUCH). A cela fait suite l'étude de la médecine prophylactique: *Hygiène sanitaire générale — Désinfection — Antiseptie et Asepsie — Alimentation et aliments et traitement de la maigreur et de l'obésité*, et enfin le traitement des maladies diathésiques et de la nutrition: *Tuberculose* (Solis COHEN) — *Scrofulose et rachitisme* (Walter CHRYSTIE) — *Rhumatisme et goutte* (James STEWART) — *Scorbut* (John B. HAMILTON) et *Diabète* (Fred. A. PACKARD). C'est là un volume bien rempli. Nous avons particulièrement aimé la remarquable étude de Solis Cohen sur le traitement de la tuberculose, et celle du Dr. James Stewart, de Montréal, sur la thérapeutique des affections rhumatismales et goutteuses. Le praticien trouvera tout une mine de renseignements (qui la plupart du temps font défaut dans nos auteurs dits classiques) dans l'article de Yeo, intitulé: *Les aliments et la nutrition*.

Dans le volume II se termine le traitement des affections

diathésiques par l'étude de la médication anti-syphilitique. Puis vient le traitement des maladies fébriles, des affections des systèmes respiratoire, circulatoire et digestif. Signalons en particulier les chapitres concernant le traitement de la *syphilis* (TAYLOR), des *fièvres éruptives* (J. LEWIS SMITH), de la *diphthérie* (J. C. CAMERON), des *affections nerveuses du cœur* (LAUDER BRUNTON), des *maladies cardiaques de nature organique* (W. H. THOMSON), et de la *pneumonie* (E. E. GRAHAM), qui tous constituent de véritables traités sur chacun de ces sujets. L'article de Lewis Smith sur les fièvres éruptives ne laisse rien à désirer au point de vue de la clarté, de la concision et de la portée pratique des indications thérapeutiques. Nous en dirons autant, sans crainte d'exagérer, du chapitre consacré par Brunton au traitement des affections nerveuses du cœur.

Or ce n'est pas assez de dire que chaque sujet est traité de main de maître. Il faut parcourir l'ouvrage en détail pour se bien convaincre de son excellence. Dans un temps comme le nôtre où les mesures thérapeutiques se compliquent si singulièrement et si fréquemment, on se trouvera bien de faire de la thérapeutique rationnelle, et de voir quelle part de confiance il faut accorder aux médications toutes nouvelles qu'on nous annonce à grands cris de.....réclame, et dans quelle mesure il est permis de les utiliser. Ce que l'ouvrage en question nous donne, c'est de la bonne et saine thérapeutique, dans laquelle les principes généraux de traitement sont d'abord posés, puis suivis de détails aussi intéressants que pleins d'importance au sujet du mode d'action des médicaments, remèdes etc., et de leur mode d'application.

La partie matérielle de l'ouvrage mérite qu'on s'y arrête. Elle fait honneur à la vieille maison *Lea Bros., & Co.*, autrefois *H. C. Lea*, qui l'a entreprise.

Le traité de HARE devrait se trouver dans la bibliothèque de tous les praticiens, et nous conseillons aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE de se le procurer, s'ils veulent faire du traitement rationnel et des médications efficaces.

Le volume III est en préparation et nous en ferons l'analyse critique aussitôt qu'il nous aura été remis. H. E. D.

La Jeune Mère—journal illustré—19^e année, 8 francs par an—Le numéro 60 centimes franco. Bureaux : 35 rue du faubourg Montmartre, Paris.

Ce journal apprend aux mères à élever leurs enfants. Il contient de précieux enseignements sur l'allaitement maternel, l'emploi du biberon, sur l'alimentation, la dentition, le sevrage, la vaccination, les soins de l'enfance et de la maternité ; et des articles très étudiés sur les moyens d'inculquer la bonne éducation qui fait les enfants dociles et aimables. *La Jeune Mère* est la plus utile des publications, et le complément obligé de tous les journaux que reçoivent les jeunes femmes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

—La variole sévit actuellement en Angleterre.

—A Londres, un septième des cas de mort chez les adultes doit être attribué directement ou indirectement à l'abus des alcools.

—Le Dr W. H. BROADBENT, de Londres, vient d'être nommé médecin ordinaire de Sa Majesté la Reine Victoria, en remplacement de feu Sir Wm. GULL.

—Le préfet de police de Paris vient de rendre une ordonnance en vertu de laquelle tous les chiens circulant à Paris sur la voie publique devront être muselés ou tenus en laisse.—*Semaine médicale.*

Nécrologie.—CANADA—A Ste-Marie de Monnoir, M. le Dr J. N. POULIN.

ETRANGER.—A West Superior, (Wisconsin, E. U.) M. le Dr N. H. LADOUCEUR, ci-devant de Sorel et de Montréal.

La Vitaline. — M. Gatchkovsky, l'inventeur du médicament dont s'est servi le général Gresser, qui vient de mourir, la *Vitaline*, a été arrêté après l'autopsie du grand-maître de la police et l'examen des substances médicales saisies chez lui, celle-ci ayant été reconnues suspectes, a été fait. On prétend que la *Vitaline* n'est qu'un mélange de borax et de glycérine.

Hopital Notre-Dame, Montréal.—M. le Dr H. E. DESROSIERS a commencé le 2 juin, à l'hôpital Notre-Dame, un cours de clinique et de thérapeutique, qu'il continuera les mardis, jeudis et samedis à 10 hrs. a. m., durant les mois de juin et juillet.

M. le Dr O. F. MERCIER prendra, le 1er juillet, la direction du service de chirurgie.

Le personnel enseignant de l'Université de Vienne.—L'Université de Vienne offre, pour le semestre d'été 1892, un total de 226 cours, démonstrations, etc., fournis par 26 professeurs ordinaires, 31 professeurs extraordinaires et 78 *privat docent*. La Faculté de médecine seule renferme plus de 3,000 étudiants, plus de la moitié de la population universitaire totale.

L'épilepsie guérie par la vaccination artirabique.—Nous lisons dans les journaux quotidiens de Lyon que dans le courant de l'année 1891 deux jeunes épileptiques mordus par des chiens

enragés furent soumis aux inoculations artirabiques, et chose remarquable, le traitement terminé, les attaques d'épilepsie qu'ils subissaient auparavant avaient cessé.

Plus récemment (6 mai), M. le professeur Charcot adressa à M. Pasteur un jeune épileptique de 12 ans dont les accès fréquents n'avaient été en rien modifiés par aucun remède. Un traitement un peu moins intensif que celui de ceux menacés de rage fut appliqué. Quinze jours après la première inoculation, les attaques d'épilepsie avaient complètement cessé, et depuis lors elles n'ont pas reparu.—M. Pasteur, ajoute ces journaux, se refuse absolument à faire part au public de ses légitimes espérances.

L'exposition de Chicago au point de vue sanitaire.—Les journaux médicaux américains réclament une amélioration de l'état sanitaire de Chicago. La fièvre typhoïde y est fréquente, et voici longtemps que cela dure. En 1891, il y a eu plus de 20.000 cas, et 2000 morts; en janvier 1892, il y a eu 219 décès. Cette situation est loin d'être satisfaisante au point de vue sanitaire, et si l'on ne prend point les mesures nécessaires, l'Exposition de l'année prochaine peut devenir un foyer d'infection redoutable. Si la fièvre typhoïde sévit déjà sur les habitants de Chicago qui sont en partie accoutumés au poison, quelle mortalité ne déterminera-t-elle point parmi les étrangers et nationaux, venant de localités saines et se mettant tout à coup à absorber le bacille, en même temps que le changement de régime et de mode d'existence contribueront à rendre plus instable leur équilibre? L'eau de Chicago est notoirement impure; c'est d'elle que vient la fièvre typhoïde, et nul à Chicago ne contredira cette assertion. Telle étant la situation, il faut que la ville de Chicago se mette en mesure de donner au plus tôt à ses habitants et visiteurs de l'eau pure, non contaminée, ou qu'elle s'attende à une épidémie considérable en 1893, en vue de laquelle il serait peut être bon d'acquérir des terrains pour donner aux cimetières l'extension dont ils auront besoin.—*Union médicale.*

Naissance.

BROUILLET.—A Maisonneuve, le 22 mai dernier, l'épouse de V. J. E. Brouillet, M. D., une fille.

Décès.

HÉBERT.—A Saint-Raymond, comté de Portneuf, le 25 mai dernier, Marie-Aimée-Suzanne-Yvonne, enfant du docteur A. E. Hébert, à l'âge de 4 mois et 26 jours.

VARIÉTÉS.

Déontologie médicale.

Leçon de M. le professeur EUGÈNE HUBERT. (1)

La Consultation.

Faut-il changer la médication instituée par le médecin traitant ? —S'il a fait fausse route, évidemment oui—et alors, il faut le sauver aux yeux du client. C'est parfois difficile, mais avec un peu de souplesse, d'adresse ou d'ingéniosité, on y arrive et je connais des artistes de la parole capables de persuader au public que le docteur qui a pris un kyste pour une grossesse, ou vice-versa, ne s'est pas tout à fait trompé.

Habituellement, le médecin traitant est dans la bonne voie et on ne lui apporte qu'approbation et soutien. Ne proposez donc pas des modifications de détail, qui pourraient être prises pour des changements de direction. Il offrira peut-être lui-même, gracieusement, les variantes qui pourraient être nécessaires pour donner quelque apparence d'utilité à l'intervention des consultants.

On s'est mis à l'accord parfait—et tous les détails du traitement sont réglés. "Les médecins, dit Dechambre, rentrent dans la chambre du malade ou, s'il est trop fatigué, dans le salon de famille. C'est là surtout que le porte-parole—qui est, de nos jours, le consultant quel que soit son âge, ou, s'il y en a plusieurs le plus âgé d'entre eux—doit s'efforcer de concilier l'intérêt du patient avec les scrupules de la confraternité. Certains auteurs n'hésitent pas à soutenir que pour le médecin traitant la consultation est impérative et qu'il doit l'exécuter strictement... Un médecin honorable peut bien consentir à prendre un consultant, mais s'obliger à le suivre, non. Sa responsabilité personnelle domine tout... et il est des cas où son savoir, son expérience, l'habitude de son client lui crient que le consultant se trompe."

Le Dr. Riembault accorde au médecin traitant une importance prédominante, exagérée : mandataire du malade il devrait présider les réunions, surveiller l'examen clinique, recueillir les avis et décider seul le traitement ! A notre sens, sa vraie place n'est ni

(1) Suite. Voir la livraison de mars 1892.

au-dessus ni au-dessous, mais à côté des confrères qu'on lui a adjoints : il n'y a pas de *primus inter pares*.

Le médecin traitant doit-il s'occuper des honoraires de ses confrères ?— Si c'est la famille qui les a fait appeler, il est complètement désintéressé dans la question, mais, si c'est lui qui les a désignés, sa responsabilité est en partie engagée : il a donc le droit, au besoin, de plaider pour son client et même le devoir, dans certains cas, de le protéger contre les âpretés excessives.

—“Voilà un bien joli bronze d'art et un paysage hollandais de valeur... Je vais demander 100 francs de plus !”

—Mais non, mon cher confrère, le bronze est du zinc, et le tableau n'est qu'une copie !”

J'ai entendu cela... et j'aurais voulu que le propriétaire de l'ameublement l'entendît aussi !

La délicatesse et la probité la plus vulgaire interdisent d'abuser des consultations, qui entraînent toujours de grosses dépenses.

Le but était d'éclairer et, la lumière faite, il est inutile de la refaire à tout moment—ou de déterminer la direction du traitement et, la direction trouvée, c'est au médecin traitant qu'il incombe de la faire suivre.

Les consultations multipliées n'ont de raison d'être — j'ai failli dire d'excuse—que si la maladie empire ou si elle est sujette à des changements d'allure capricieux ou, enfin, si la famille ou le malade les exigent expressément.

Le médecin consultant ou remplaçant, qui essaie d'évincer le médecin traitant, commet une tentative de détournement, est coupable de manœuvres frauduleuses et mériterait d'être frappé de peines disciplinaires.

Les avocats ont leurs conseils de discipline pour maintenir l'ordre dans le barreau et sauvegarder l'honneur de la toge : nous n'avons pas cette haute Cour des pairs... je ne sais véritablement pas pourquoi !—J'aime à me persuader que c'est parce que nous n'en avons peut-être pas besoin.

A défaut de conseils de discipline, les *Cercles médicaux* peuvent avoir une influence marquée sur la correction des agissements professionnels. Ils présentent en outre l'avantage d'obliger à des rapports fréquents des hommes à qui manque un peu l'esprit de corps, et qui ont tout intérêt à se voir souvent pour apprendre à se mieux connaître et se mieux estimer.—(A suivre).

—On parle de Gobseck, un avare à qui il vient d'arriver une drôle d'aventure. Le malheureux a avalé une pièce de vingt francs.

Le docteur a ordonné un vomitif énergique.

—Je le connais, murmure Mme Gobseck. On pourra faire ce qu'on voudra, on ne parviendra pas à lui faire rendre plus de quarante sous.