

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy. 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 essayé d'obtenir la meilleure copie originale. 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 /<br>Couverture de couleur  | <input type="checkbox"/>            | Coloured pages / Pages de couleur   |
| <input type="checkbox"/>            | Covers damaged /<br>Couverture endommagée   | <input type="checkbox"/>            | Pages damaged / Pages endommagées   |
| <input type="checkbox"/>            | Covers restored and/or laminated /<br>Couverture restaurée et/ou pelliculée   | <input type="checkbox"/>            | Pages restored and/or laminated /<br>Pages restaurées et/ou pelliculées   |
| <input type="checkbox"/>            | Cover title missing /<br>Le titre de couverture manque  | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed /<br>Pages décolorées, tachetées ou piquées   |
| <input type="checkbox"/>            | Coloured maps /<br>Cartes géographiques en couleur  | <input type="checkbox"/>            | Pages detached / Pages détachées  |
| <input type="checkbox"/>            | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /<br>Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)  | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence  |
| <input type="checkbox"/>            | Coloured plates and/or illustrations /<br>Planches et/ou illustrations en couleur   | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /<br>Qualité inégale de l'impression  |
| <input type="checkbox"/>            | Bound with other material /<br>Relié avec d'autres documents  | <input type="checkbox"/>            | Includes supplementary materials /<br>Comprend du matériel supplémentaire   |
| <input type="checkbox"/>            | Only edition available /<br>Seule édition disponible  | <input type="checkbox"/>            | Blank leaves added during restorations may<br>appear within the text. Whenever possible, these<br>have been omitted from scanning / Il se peut que<br>certaines pages blanches ajoutées lors d'une<br>restauration apparaissent dans le texte, mais,<br>lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas<br>été numérisées. |
| <input type="checkbox"/>            | Tight binding may cause shadows or distortion<br>along interior margin / La reliure serrée peut<br>causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la<br>marge intérieure. |                                     |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Additional comments /<br>Commentaires supplémentaires:  |                                     |   |

La pagination est comme suit: p. [2], i-iv, 1-8, v-viii, 9-382, 387-392.

# LA REVUE MÉDICALE

LA  
**REVUE MÉDICALE**

---

ANNÉE 1897-98

---

**COLLABORATEURS DU JOURNAL PENDANT L'ANNÉE 1897-98 :**

**MM. AHERN, BOULANGER, BOULET, BROCHU, DORION, DUSSAULT, FAUCHER, FISET  
JOBIN, LABERGE, LARUE, LASNIER, PAQUET, PAQUIN (C. R.),  
PAQUIN (S. G.), PARADIS, PRUME, ROUSSEAU, ROY,  
SIMARD, SIROIS, SMITH, VERGE.**

**P.-P. BOULANGER**

*DIRECTEUR*

---

**VOLUME PREMIER**

---

**QUEBEC**

**IMPRIMERIE DE LA REVUE MEDICALE**

51 — RUE ST-PIERRE — 51

1898

# LA REVUE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi

F. X. LEMIEUX, Communes, Ottawa, Ont

PUBLIÉE AVEC LA COLLABORATION DE MM.

### ABONNEMENTS :

Un an ..... \$2.00  
 Six mois ..... 1.00  
 Le numéro ..... .05

L'abonnement pour MM. les étudiants en médecine sera de \$1.00 par année.

**M. J. AHERN M. D.**  
 Professeur à l'Université Laval et de Clinique externe de l'Hôtel-Dieu à Québec. Président de la Société Médicale à Québec.

**M. D. BROCHU M. D.**  
 Professeur à l'Université Laval et de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu à Québec.

**S. GRONDIN M. D.**  
 Professeur agrégé de Gynécologie à l'Université Laval à Québec.

**Dr JOSEPH SCHMITZ**  
 de la Faculté de Médecine de Paris, Anticosti.

**L. J. A. SIMARD M. D.**  
 Professeur à l'Université Laval et de Clinique des Maladies des Yeux et des Oreilles au Dispensaire de Québec.

**A. VALLEE M. D.**  
 Professeur à l'Université Laval à Québec et Surintendant médical de l'Asile de Beauport.

**G. R. PAQUIN M. D.**  
 Secrétaire de la Société Médicale de Québec.

**A. ROUSSEAU M. D.**  
 Professeur agrégé à l'Université Laval à Québec.

**L. A. DEMERS M. D.**  
 Professeur de Pathologie interne à l'Université Laval à Montréal.

**M. T. BRENNAN M. D.**  
 Professeur adjoint à l'Université Laval et de Clinique de Gynécologie à l'Hôpital Notre-Dame à Montréal.

**P. V. FAUCHER M. D.**  
 Ass. Sec. de la Société Médicale de Québec.

Tout ce qui concerne la Rédaction ou l'Administration doit être adressé à

**M. le Dr P. P. BOULANGER**

51 rue St-Pierre, Québec

## SOMMAIRE

	PAGES
PROSPECTUS.....	1
TRAVAUX ORIGINAUX	
De l'Intervention Electro-thérapeutique dans le traitement de l'Occlusion Intestinale Aigue, par M. le Dr Brochu.....	1
REPRODUCTION	
Des maladies du coude et de leur traitement chirurgical (Tillaux).....	6
Traitement du cancer épithelial (Drs S. Cerney & C. Trunecek).....	7
FORMULAIRE	
Mélange pour injections autiblennorrhagiques.....	8
Potion contre la dyspepsie flatulante.....	8
Collutoire contre la dentition laborieuse.....	8
Mixture contre les vomissements de l'appendicite.....	8
Traitement de l'aménorrhée chez une fille chloro-anémique.....	8
Topique calmant.....	8

## ETABLISSEMENT

**Hydrotherapique et Electrotherapique**

63, rue St-Jean, Québec, par le Dr M. D. BROCHU

Maladies chroniques : Rhumatisme, Dyspepsie, Mal de Bright.  
 Gynécologie médicale; méthode électro-thérapeutique d'Apostoli pour les tumeurs et les douleurs pelviennes.

**Hopital Privé du docteur Brennan**

364 Rue SHERBROOKE,  
 MONTREAL

Chirurgie générale—Gynécologie

**HOPITAL du Dr GRONDIN**

71, rue ST-URSULE

Propriétaire - - Miss WILSON

MISS WILSON ayant fait l'acquisition de l'hôpital fondé par le Dr Grondin dans la rue Ste-Ursule, pourra recevoir les patients, dames et messieurs, qui voudront louer des chambres et recevoir les soins de LEURS PROPRES MEDECINS.

La salle d'opération de l'hôpital possède toutes les améliorations modernes et Miss Wilson a déjà plusieurs années d'expérience sous la direction du Dr Grondin.

Les malades peuvent retenir des chambres à \$1 par jour et plus chacune suivant la situation et l'accommodation.

## RECHERCHES HISTORIQUES

### BULLETIN

d'Archéologie, d'Histoire, de Biographie, de Bibliographie de Numismatique, etc., etc.

DIRECTEUR : **PIERRE-GEORGES ROY LEVIS, P. Q.**

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

Des ouvrages et mémoires médicaux (Année 1897).

### OUVRAGES REÇUS

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires au Bureau de la REVUE MÉDICALE, sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

### Anatomie pathologique

CARRIÈRE (G.). Etude expérimentale des altérations histologiques du foie et du rein produites par les toxines tuberculeuses (tuberculine). *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, (janv.)

CORNIL (V.). Des modifications que subissent les cellules endothéliales dans les inflammations et en particulier dans les adhérences des membranes séreuses et dans la pneumonie. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

### Chirurgie

ANNEQUIN J. Tumeur veineuse de la glande parotidienne droite. *Dauphiné méd.*, fév.)

CALOT Note sur quelques modifications apportées à la technique du redressement des maux de Pott. In-8o, 14 p. avec fig.

DUPLAY (S.). Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu (recueillies et publiées par M. Bazin et S. Clado). 1er série. In-8o, 406 p. avec fig. Masson et Cie.

EDGAR (C. J.). Fracture of the scapula by muscular action alone. *Montreal Med. Journ.*, janv.)

FOWLER (G.). Typical excisions versus inversion of the vermiform appendix. (*Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

GARRIGUES (H.). Anæsthesia-paralysis. *Amer. Journ. of the Med. Scienc.*, janv.)

GODON (Ch.). Clinique dentaire et dentisterie opératoire. In-8; 300 p. avec fig.

GUELLIOT (O.). De l'arthrodèse tibio-tarsienne comme complément de l'amputation de Chopart. *Union méd. du Nord Est*, 30 janv.)

KENNEDY (S.). Gunshot-wound of the chest; report of a case; recovery. *Internat. Journ. of Surgery*, mars.—Plaie par arme à feu de la poitrine; guérison.

KUHN Du traitement des fractures de la cuisse par la flexion combinée à l'extension (modification du procédé d'Hennequin). *Nor-mandie méd.*, 1er janv.)

LAVAUX (J.-M.). Manuel de pathologie des voies urinaires. 2e éd. T. II : maladies de la vessie, maladies des voies urinaires supérieures, affections chirurgicales, du rein, sémiologie. In-8o, 956 p avec fig.

LE DENTU (A.) et DELBET (P.). Traité de chirurgie clinique et opératoire. T. IV : maladies des nerfs, des artères, des veines, des lymphatiques, du crâne, du rachis et de la moelle. In-8o, 992 p. avec fig.

LEGUEU (F.). De l'appendicite; pathogénie, clinique, traitement. In-8o, 40 p.

LOUVEAU (E.). Cancer du rein. *Ann. de la policlin. de Bordeaux*, janv.)

SOBEL (R.). Assistance chirurgicale instantanée; organisation d'un service de prompts secours au Havre. (*Arch. provinc. de chir.*, avril.)

### Dermatologie et syphiligraphie

FOX (G. H.). Various skin diseases of children. *Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)—Diverses dermatoses observées chez les enfants.

JUSTUS (J.). The alterations in the blood produced by syphilis, with special reference to their diagnostic and therapeutic importance. (*Brit. Journ. of Dermatol.*, fév. et mars.)—Altérations du sang produites par la syphilis; leur valeur diagnostique et leur importance au point de vue des médications thérapeutiques.

SABOURAUD (R.). La séborrhée grasse et la pelade. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, fév.)

### Médecine

BOINET (E.) et VILLARD. Anévrysme artérioveineux de la crosse de l'aorte et de la veine cave supérieure diagnostiqué pendant la vie et vérifié à l'autopsie. (*Rev. de méd.*, fév.)

BOUGLÉ (J.) et CAVASSE (A.). Le premier livre de médecine; manuel de propédeutique pour le stage hospitalier. In-18, 970 p. avec fig.

BUROT (F.) et LÉGRAND (M.-A.). Therapeutique du paludisme. In-16, 186 p.

LEVIS (Ch.). De la méningite séreuse due au pneumocoque. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, janv.)

PEYBOT (J.-J.) et ROGER (H.). Sur un cas d'abcès dysentérique du foie ne contenant que des amibes. (*Rev. de chir.*, fév.)

NORTON (R.). Angio-neurotic œdema. (*New York Med. Journ.*, 30 janv.)

OBRAZTOV (F.). De la dilatation de l'estomac (en russe). *Vratch*, 2 janv.

PHEAR (A.). On re-duplication of the second sound. (*Lancet*, 9 janv.)

PHILLIPS (S.). Syphilitic disease of the heart wall. (*Lancet*, 23 janv.)—Lésions syphilitiques des parois du cœur.

PROUST (A.) et MATHIEU (A.). L'hygiène de l'obèse. In-16, VII-366 p.

REY et HÉRAIL. Observation de reins polykystiques énormes. *Bull. méd. de l'Algérie*, janv.

WECK. Cystite du col avec orchite double et conjonctivite de nature goutteuse. (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, fév.)

OGLE (J.). On some cases of unusual and persistent "slowness" of pulse, presumably dependent upon interference with the intrinsic nerves and ganglia of the heart. (*Lancet*, 30 janv.)—Sur quelques cas de pouls lent dû probablement à des troubles de nerf intrinsèques et des ganglions du cœur,

### Obstétrique et Gynécologie

ABRAHAMS (R.). Appendicitis complicating pregnancy. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, fév.)

ALLBUTT (T.). Albuminuria in pregnancy. (*Lancet*, 27 fév.)

BOURSIER (A.). Considérations sur la rupture intra-péritonéale des kystes colloïdes de l'ovaire: à propos d'un cas de rupture avec ascite gélatineuse; ovariectomie; guérison. (*Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux*, 7, 14 et 21 fév.)

CHÉBON (H.). De l'utérus didelphe considéré principalement dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. (*Obstétrique*, mars.)

GOELET (A.). Improved technique of vaginal ligation of the uterine arteries for uterine fibromata; indications for the operation. (*Med. Record*, 6 mars.)

LANNOIS (M.). Influence de la mort du fœtus sur l'albuminurie de la grossesse. (*Lyon méd.*, 10 janv.)

ROSSIER. Trois cas de "missed abortion". (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, fév.)

MONOD (Ch.), CHABRY (L.) et MACAIGNE. Note sur un cas de déciduome malin, suivi de l'examen anatomique de la pièce. (*Rev. de gynéc. et de chir. abdom.*, janv.-fév.)

POZZI (S.). De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire. (*Rev. de gynéc. et de chir. abdom.*, janv.-fév.)

ROBB (H.) et GHRISKEY (A.). The bacillus proteus Zenkeri in an ovarian abscess. (*Johns Hopkins Hospital Bull.*, janv.)

ROBINSON (R.). Nouvelle contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale par la méthode de Fochier; observation inédite avec examen bactériologique. In-8o, 19 p.

SCHUHL. Injections de sérum artificiel dans un cas d'hémorragie grave due à une insertion vicieuse du placenta. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er fév.)

SEGOND (P.). Le décubitus acutus, complication possible de l'hystérectomie vaginale. *Rev. de gynéc. et de chir. abdom.*, janv.-fév.)

**AUCUNE EMULSION DANS**  
**LA PREPARATION PERFECTIONNÉE ET SANS GOUT**  
**D'Huile de Foie de Morue de Wampole**

(Ol. Morr. Comp. Wampole)

Cette préparation possède toutes les propriétés médicinales inestimables de l'huile de foie de morue sans lui emprunter son goût désagréable. Le malade le plus capricieux et le plus difficile en prend sans répugnance. Cette préparation contient une solution des principes alcaloïdiques et médicinaux puissants, combinés et tirés d'un quart de son volume d'huile pure, la partie huileuse ou grasse étant entièrement éliminée. Ces principes sont extraits de l'huile quand elle est encore dans les foies tout frais, et combinés avec l'extrait de malt, l'extrait fluide de l'écorce de cerisier (merisier) sauvage et le sirop d'hypophosphites composés (contenant chaux, soude, potasse, f r, manganèse, quinine et strychnine.) L'extrait est tiré de pure huile de foie de morue que nous retirons nous-mêmes de foies de morues absolument frais, par des méthodes spéciales, et nous pouvons en conséquence, la garantir vierge de tous produits en décomposition. Nous invitons cordialement les membres de la profession médicale à venir en aucun temps examiner nos procédés d'extraction.

**COPIE DE L'ANALYSE**

Laboratoire de Robert G. Eccles M. D., Brooklyn N. Y., 19 avril 1896.

Messieurs Henry K. Wampole & Cie, 441 rue Green, Philadelphie, Pa.

Messieurs: Un examen chimique attentif d'Huile de Foie de Morue fraîche, tirée de foies de morues frais, que j'ai obtenue directement de la morue m'a appris qu'il existait indubitablement dans le foie de ce poisson des principes alcaloïdiques reconnus et autres propriétés médicinales puissantes.

Un examen aussi attentif de votre Extrait d'Huile de foie de morue, employé dans la manufacture de votre préparation d'Huile de Foie de Morue, est venu me prouver, sans qu'il subsistât le moindre doute dans mon esprit, — si toutefois il pouvait y en exister, — l'existence des mêmes alcaloïdes et autres propriétés médicinales que j'ai extraits directement de l'huile que j'ai trouvée dans le foie de la morue.

Enfin, une nouvelle analyse attentive de votre préparation "l'Huile de Foie de Morue de Wampole, perfectionnée et sans goût" m'a prouvé d'une façon irréfutable, qu'elle renfermait les mêmes principes alcaloïdiques et propriétés médicinales de l'huile de foie de morue, combinés avec divers hypophosphites, quinine, strychnine, cerisier sauvage, etc.

Un examen détaillé de vos procédés de manufacture, des machines et appareils spéciaux que vous employez dans l'extraction des principes alcaloïdiques et autres propriétés médicinales de l'Huile de Foie de Morue, m'a convaincu de leur efficacité et m'a démontré que vous n'épargniez rien pour produire une préparation pure et utile.

Votre tout dévoué,

ROBERT G. ECCLES.

**Les Resultats Chimiques.** Les résultats chimiques merveilleux obtenus par l'emploi de la Préparation de Wampole prouvent son efficacité comme tonique merveilleux et reconstituant.

Circulaires, références et échantillons pour essais seront promptement fournis gratis sur demande.

Préparé seulement par **HENRY K. WAMPOLE & Cie.** Pharmaciens Manufacturiers

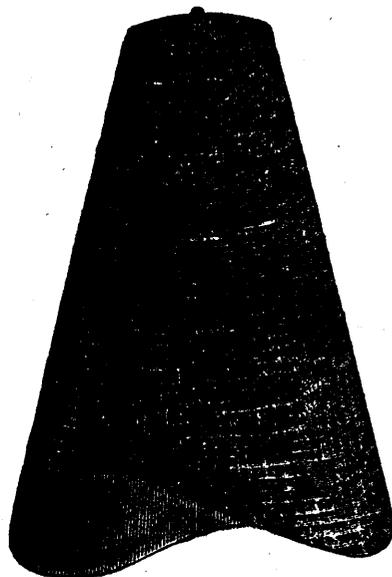
No 441, rue Green, Philadelphie, Pa., E. U.

**INSTRUMENTS DE CHIRURGIE**

VOUS N'AVEZ QU'A CHOISIR DANS UN

**Immense et splendide assortiment**

DE CES MARCHANDISES QUI COMPREND



Microscopes, Batteries Electriques à cale sèche, Stéthoscopes, Phonendoscopes, Stérilisateur d'Arnold, Stérilisateurs à rouleaux, Appareils à air comprimé, Sérum Mulford, Seringues Mulford, Sérum de Roux, Seringues de Roux.



TUBERCULINE (vétérinaire)  
 MOLLEINE (vétérinaire)  
 Serum au Tetanos (vétérinaire et humain)  
 VERRERIE d'HOPITAL, etc., etc

**LYMANS, SONS & Co**

380-390, rue St. Paul, MONTREAL

Ecrivez pour vous procurer nos catalogues illustrés.

**THE OTTAWA TRUSS**

—AND—

**Surgical Manufacturing Co**

(LIMITED)

**OTTAWA - - Ont.**

La seule manufacture de bandages pour hernies au Canada.

Les seules machines à tricoter la soie élastique au Canada.

Exemptez-vous de payer les droits du gouvernement aussi bien que le trouble de faire venir vos achats des Etats-Unis ou d'Europe en encourageant une manufacture canadienne qui vous donnera des articles égaux sinon supérieurs;

Voyez notre catalogue et envoyez-nous vos commandes.

**Nous fabriquons :**

- Les bandages Wetmore.
- Les bandages en caoutchouc dur.
- Les bandages en cuir.
- Les bandages élastiques.
- Les bandes abdominales.
- Les bas élastiques.
- Les bandages suspensoirs.
- Etc. Etc. Etc.

De toutes sortes, de toutes dimensions et de tous patrons.

Prix : environ 25 par cent plus bas vous payez partout ailleurs.

## Les Antiseptiques dans les Onguents

EXTRAIT DU "Chemist and Druggist."

"Le Dr Breslauer, a publié dernièrement un article sur l'Action Antiseptique des Onguents, dans lequel il parle surtout de l'influence de leur composition sur leur Valeur Antiseptique. C'est un sujet très important, car comme Koch l'a démontré, l'huile phéniquée ne possédant point de propriétés antiseptiques, il est bon de savoir de quelle manière les antiseptiques agissent sous la forme d'onguents et c'est là un point sur lequel on a pas de connaissances bien définies jusqu'à présent."

"Avant que la destruction des micro-organismes puisse se produire, le contact est nécessaire, et ce contact est retardé, si non absolument empêché, par l'absence de mélange de l'huile avec les écoulements qui proviennent généralement des blessures."

"Nous attirons l'attention sur ces faits, parce que peu de parties de la pharmacie ont été plus négligées que les onguents. Nous sommes encore fortement attachés à la routine en ces matières. Le Dr Breslauer, prétend que l'onguent de zinc n'a pas d'action antiseptique et il aurait pu même trouver que cet onguent, dans certains cas devient l'application la plus dangereuse possible pour les plaies ouvertes. Aucun onguent n'est exposé à devenir aussi mauvais, et on rencontre parfois dans les hôpitaux des cas de gangrène qui proviennent de l'usage de l'onguent de zinc."

Il y a dix-neuf ans, alors que l'auteur du Phéno-Banum suivait les cours de bactériologie de l'éminent professeur Osler, à l'Université McGill, à Montréal, il reconnût que le besoin se faisait sentir d'un mode plus recommandable que les onguents jusque là employés pour et le pansement les plaies suppuratives et les blessures en général. Il est un fait reconnu aujourd'hui, c'est que, dans la composition des onguents ordinaires, les substances antiseptiques ne peuvent atteindre le microbe protégé par les corps gras et les huiles. Breslauer et Koch, par leurs expériences, en sont venus à la conclusion qu'il fallait en venir à la production d'une préparation sur laquelle on pouvait compter. Comme on pourra le constater par la formule que nous donnons plus bas, on a agi dans la composition du Phéno-Banum, tout autrement que dans les onguents ordinaires. Les résultats obtenus jusqu'ici, nous font espérer que la Profession Médicale, s'appuyant sur les approbations de ceux qui ont employé cet onguent, reconnaîtra comme digne de confiance, les qualités que nous lui réclavons comme antiseptique, résolutif, anodien, styptique et pour pansements douloureux.

Par ses propriétés adhésives il sera d'un usage très utile, en empêchant les poussières et les corps étrangers de pénétrer dans les pansements d'urgence des blessures.

C'est une création nouvelle des composés chimiquement purs de "Phénol," "Oliban," "Myrospermum peruiferum," "Myrospermum toltanum," "Benjoin," et "Colophane," combinés de façon à rendre son effet merveilleux; tout en lui conservant une action douce, et à laquelle nous avons donné le nom de Phéno-Banum et fait enregistrer simplement dans le but d'éviter les contrefaçons dans les prescriptions.

PHARMACIE

J. ÉMILE ROY

81 à 85, RUE SAINT-JEAN

Québec

Prescriptions de messieurs les Médecins remplies avec le plus grand soin

SIROP

D'HYPHOSPHITE COMPOSE

Contenant Hypophosphites de Chaux, Soude, Potasse, Fer, Manganèse combinés avec la Strychnine.

Téléphone 624

SERVICE DE NUIT

EDMOND GIROUX, Jr., - - - Propriétaire

LA

Pharmacie Nationale

IMPORTATEUR ET FABRICANT DE

Produits Médicinaux,

Chirurgicaux et

Antiseptiques

EDIFICE DU MONUMENT NATIONAL

216 Rue St-Laurent,

MONTREAL

## PROSPECTUS

Nous avons l'honneur de présenter à nos confrères du Canada et des Etats-Unis le premier numéro d'un nouveau journal de médecine dont nous avons entrepris la publication, avec l'aide et la collaboration de plusieurs membres distingués de la profession.

Il existe déjà dans la province de Québec deux publications de ce genre, en langue française : l'*Union médicale* et la *Clinique*. Nous ne venons pas faire une concurrence injuste à des revues qui ont déjà fait leur marque et qui ont rendu des services inappréciables. Mais nous croyons qu'il y a place pour de nouveaux travailleurs dans le vaste champ que la profession médicale a à exploiter.

Nous ne nous cachons pas toutes les difficultés de la tâche que nous entreprenons, mais avec le concours et la bonne volonté de tous, nous espérons pouvoir la mener à bonne fin.

La science que nous sommes appelés à mettre en pratique a fait depuis des années des progrès immenses. Les méthodes de plusieurs traitements ont complètement changées.

C'est à tous nos confrères du Canada et des Etats-Unis qui sont à même chaque jour d'étudier des cas nouveaux que nous faisons spécialement un appel chaleureux.

Les nombreuses revues de médecine, publiées en Europe, ne le sont pas toujours au point de vue pratique des pays que nous habitons. Les prix d'abonnement sont du reste plus que toujours très élevés. Pourquoi ne pas avoir ici une publication qui reproduirait les études importantes de ces grands confrères ?

Comme la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, nous voudrions surtout un journal d'actualité. Car, l'actualité n'est pas ce qui se dit ou s'écrit tous les jours ; elle est ce qui se fait tous les jours dans la pratique médicale. Un simple exposé de rapides informations, se bornant à reproduire sommairement les nouvelles scientifiques dont l'importance est parfois discutable et qui n'ont pas encore la sanction de l'expérience, ne remplirait pas le but que nous nous sommes proposés.

Nous voudrions pouvoir embrasser tous les éléments de la pratique journalière de l'exercice médicale : médecine et chirurgie générales, obstétrique et gynécologie, maladies de l'enfance, maladies spéciales des yeux, du larynx, des oreilles et des fosses nasales, des organes genito-urinaires, de la peau, hygiène et médecine légale.

Tout en ne manquant pas de faire connaître les principales et récentes acquisitions de la science, nous réserverons la plus grande place à la clinique et à la thérapeutique.

LA RÉDACTION.

## AVIS

Le présent livret de notre REVUE est envoyé à titre gratuit.

Quant aux numéros subséquents, nous nous croirons autorisés à en continuer la distribution à tous ceux qui ne nous manifesteront pas leur intention de ne pas s'y abonner.

Nous serons probablement obligés de remettre au mois d'août la publication du second numéro. A partir de cette date, la publication s'en fera régulièrement chaque semaine. Nous comptons fortement sur l'encouragement de nos compatriotes et confrères tant du Canada que des Etats-Unis.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### De l'Intervention Electro-thérapeutique dans le Traitement de l'Occlusion Intestinale Aigue

Par M. le Dr M. D. BROCHU Professeur à l'Université Laval à Québec

(Lu devant la " Société Médicale de Québec ")

Depuis les admirables travaux de Duchenne et les recherches plus récentes de Vigouroux, Newman, Apostoli, et autres, l'électrothérapie, dégagée des procédés de l'empirisme, grâce à une connaissance mieux approfondie des effets physiologiques des différents modes de l'électrisation, s'est conquise une place de plus en plus large dans le cadre de la thérapeutique médicale.

Cependant, malgré les succès incontestables qu'elle compte à son avoir, dans les états morbides les plus variés, on ne saurait dire, véritablement, que cette méthode soit entrée dans la pratique courante de la médecine : beaucoup de médecins la dédaignent encore ou l'ignorent complètement.

Parmi les services importants que l'électricité peut rendre à l'art thérapeutique, l'un de ceux qui méritent le plus d'être signalés à l'attention des médecins et des chirurgiens, est, sans contredit, le traitement de l'occlusion intestinale aigue, par le procédé des lavements électriques, tel que décrit par Boudet de Paris.

L'occlusion intestinale aigue est un des états morbides les plus graves, qui peut donner la mort, en quelques jours, si une thérapeutique prompte et judicieuse ne vient à en surmonter la cause déterminante. Elle rappelle le syndrome des étranglements herniaires, des péritonites traumatiques ou septiques, des coliques néphrétiques ou appendiculaires, dont elle partage le pronostic.

Les symptômes de l'occlusion intestinale aigue se manifestent plus ou moins brusquement. Ce sont, d'abord, des douleurs abdominales plus ou moins vives, du ballonnement du ventre, puis des vomissements qui consistent d'abord en résidus de matières alimentaires ou de sécrétions gastriques, mais qui, vers la fin, présentent l'odeur et quelques fois le mélange de matières fécaloïdes de l'intestin ; mais l'élément le plus caractéristique de ce syndrome, c'est l'arrêt complet des évacuations alvines, non seulement des matières solides ou liquides mais même des gaz.

L'apparition de ces symptômes est bientôt suivie d'une prostration très marquée ; le pouls devient petit et fréquent, la face grippée ; la voix est affaiblie et grêle ; le ballonnement augmente quelquefois d'une manière démesurée ; la peau se recouvre de sueurs froides et la mort peut survenir en quelques jours, si la maladie est laissée à elle-même, ou si un traitement opportun ne vient l'enrayer dans sa marche prompte et généralement fatale.

Cet état morbide est presque toujours symptomatique de troubles de la motilité intestinale, des lésions inflammatoires localisées, d'étranglement interne ou d'altérations organiques graves. On le désignait, autrefois, sous le nom de *volvulus*, *ileus*, *coliques miserere*, par la conception qui faisait alors toujours supposer un état spasmodique de l'intestin ou un étranglement interne.

L'intervention chirurgicale qui, depuis les découvertes de l'antisepsie, est devenue la méthode de choix du traitement de l'obstruction intestinale, a fait reconnaître, au contraire, l'existence de lésions organiques, dans la plupart des cas.

Les causes pathogéniques de l'occlusion sont nombreuses et variées. On peut les subdiviser en trois groupes : 1<sup>e</sup> les troubles de motilité et de contractilité des intestins, spasmes, parésie, occlusion, *volvulus* étranglement invagination. 2<sup>e</sup> lésion inflammatoires primitives ou secondaires à des corps étrangers : péritonites appendicites, calculs biliaires ou stercoraux. 3<sup>e</sup> altérations organiques, cicatrices, adhérences, brides inflammatoires ou proliférations néoplasiques ; tumeurs, cancer, tubercule, inaccessibles à tout traitement médical.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un cas d'occlusion intestinale aiguë, il n'est pas toujours facile, en général, d'établir d'une manière précise, la nature et le siège de la lésion pathogénique. En effet, le ballonnement du ventre, la sensibilité de ses parois ne permettent guère de se rendre compte par la palpation, de l'état des organes internes. Les commémoratifs peuvent seuls, alors, établir une présomption rationnelle sur la nature de la lésion.

D'ailleurs, cette reconnaissance de la cause pathogénique perd quelque peu de son importance vis-à-vis l'urgence du traitement, au moment de la crise. En effet le premier devoir qui s'impose, alors, au médecin, ce n'est pas tant de chercher à détruire la cause de l'obstruction que de choisir le moyen le plus efficace et le plus sûr de faire disparaître les symptômes qui menacent immédiatement la vie du patient. C'est alors, que l'électrothérapie, comme nous le démontrerons, peut rendre des services inappréciables à la médecine et à la chirurgie.

Il est facile de prévoir, d'après l'énumération des diverses causes pathogéniques que nous avons faite, que l'intervention électrothérapeutique ne saurait être recherchée, dans tous les cas d'obstruction, pour un but curatif ou d'une guérison définitive.

Si cette intervention est toute puissante contre certains troubles de la motilité ou de la contractilité intestinale, contre certains obstacles mécaniques et inflammatoires, elle est loin d'offrir les mêmes garanties de succès contre les lésions organiques du troisième groupe, tumeurs, cancer, tubercules dont le traitement radical ne peut relever, évidemment, que de l'intervention chirurgicale.

Même, dans ces dernières conditions, lorsqu'une lésion organique permanente détermine, à un moment donné, l'accident de l'occlusion intestinale aiguë, il est très important de connaître que l'électricité, bien qu'alors d'une influence purement palliative, vis-à-vis de la lésion, peut cependant rendre des services qu'on ne saurait trop apprécier, surtout si l'on considère que, contrairement à tous les autres moyens, elle n'offre aucun danger.

Si on ne peut espérer toujours, à l'aide de ce moyen puissant, détruire la cause elle-même de l'obstruction, on peut, du moins, réussir comme nous en donnerons un exemple très frappant, à en neutraliser momentanément les effets les plus graves, et à sauver ainsi la personne atteinte des risques d'une mort imminente, alors que tout traitement médical était devenu impuissant et que toute tentative chirurgicale serait excessivement dangereuse.

En faisant, ainsi, disparaître les symptômes qui menacent immédiatement la vie du patient, on donne une chance à celui-ci, par un repit salutaire, de reconstituer ses forces épuisées par le choc nerveux et l'auto-intoxication, et de se remettre dans les conditions les plus favorables de résistance pour subir ultérieurement l'opération toujours si grave de la laparotomie, qui, seule, peut faire espérer une guérison radicale.

Nous résumerons, de la manière suivante, l'ordre et les principes qui doivent nous guider dans le choix des moyens de cette thérapeutique d'urgence de l'occlusion intestinale aiguë. Ces moyens peuvent être divisés en trois groupes que nous décrirons suivant l'ordre de leur indication thérapeutique ; 1<sup>o</sup> moyens médicaux 2<sup>o</sup> électrothérapie, 3<sup>o</sup> intervention chirurgicale, qui est l'*ultima ratio* du traitement des affections graves de l'abdomen.

Les moyens purement médicaux sont toujours les premiers à mettre en œuvre. Leur importance a été beaucoup réduite, depuis qu'il a été permis de mieux se rendre compte de la nature des causes pathogéniques. Quelques chirurgiens les rejettent même complètement et proposent d'emblée l'intervention chirurgicale.

On ne saurait nier, cependant, que les purgatifs doux, tels que l'huile de ricin, les salins, associés ou non aux lavements purgatifs, n'aient beaucoup de chance de réussir dans les cas d'obstruction mécanique, par amas de matières fécales ou de calculs qui sont souvent arrêtés à la région du cœcum, à la flexure sigmoïde, de même dans les cas de parésie non compliquée, de coudure, de torsion légère ou

de retrécissement peu marqué : l'augmentation du péristaltisme et des sécrétions, peuvent alors, assez souvent, surmonter l'obstacle et aider à sa désagrégation.

Dans les conditions opposées, les moyens médicaux sont toujours impuissants et courent même le risque d'être nuisibles s'ils ne sont maniés avec toutes les règles de la prudence. L'huile de ricin, les purgatifs salins, les lavements sont les moyens de choix. Encore faut-il ajouter qu'on ne doit pas en prolonger l'usage, si, dès les premières heures ou dès le premier jour, aucun bon effet ne s'est produit.

Les drastiques doivent être absolument proscrits. Sans être plus utiles que les précédents, contre les causes d'obstruction simple, ils peuvent porter un préjudice très grave à l'état général du malade et à l'intestin lésé, soit en augmentant les douleurs et les vomissements, soit en favorisant la dissémination des lésions inflammatoires.

On ne doit pas perdre de vue que, dans un cas d'occlusion intestinale aiguë, on est exposé, bien souvent, à avoir affaire à une lésion pathogénique qui peut nécessiter d'urgence l'intervention chirurgicale. De là le précepte formel, répété par tous les auteurs compétents, que les médecins doivent se garder de trop insister sur l'emploi de moyens douteux, d'en prolonger l'usage, et encore plus de tourmenter leurs malades par des moyens trop agressifs ; car il importe de ne pas laisser l'organisme s'épuiser par la douleur, les vomissements, et l'auto-intoxication ; il importe également d'assurer l'intervention chirurgicale, s'il y a lieu, dans le temps le plus opportun et dans les meilleures conditions, au point de vue de la résistance du sujet et du peu d'étendue et de gravité des lésions de son intestin et de son péritoine (Mathieu).

À la suite de la médication évacuante, la morphine peut quelquefois trouver des indications utiles ; et son influence, quoique palliative, ne doit pas être négligée, soit pour apaiser des douleurs épuisantes, soit pour calmer des mouvements péristaltiques exagérés, qui peuvent se continuer après que l'obstacle est levé ; soit pour donner un repos salutaire au malade, avant de recourir à l'application de l'électricité ou à la laparotomie.

Lorsque ces moyens médicaux n'ont pas eu le résultat désiré dès les premières heures ou dès le premier jour, c'est à l'électrothérapie que l'on doit s'adresser, avant de se décider à l'intervention chirurgicale. Le Dr Mathieu, dans son traité des maladies de l'estomac et des intestins, regarde l'électricité comme le meilleur moyen médical de combattre l'occlusion intestinale ; il lui reconnaît cet avantage, à l'encontre de la plupart des autres moyens de la thérapeutique médicale ou chirurgicale, de " n'être jamais nuisible, d'agir vite et de ne pas épuiser les forces du malade et de ne présenter aucun danger pour l'intestin."

Bouveret et Larat de Paris ont fourni des statistiques se rapportant à un ensemble de trois cents cas d'occlusion intestinale aiguë, la plupart observés par des chirurgiens de mérite—dans lesquels l'électrothérapie leur a donné des succès complets, dans une moyenne de 64 pour 100. Ces succès égalent les plus beaux résultats de la laparotomie. Ils permettent par conséquent de réclamer, avec justice, dans le traitement de ce grave état abdominal, la préséance en faveur de l'électrothérapie qui, si elle ne peut pas toujours suppléer à l'intervention chirurgicale, mérite, à tout point de vue, d'être mise à l'essai, avant tout procédé opératoire.

L'électrothérapie, dans l'obstruction intestinale, s'applique sous forme de *lavements électriques*. C'est Boudet de Paris qui en a donné la véritable technique, la seule applicable au courant galvanique qui, mieux que la faradisation, répond à toutes les indications de la thérapeutique de ce syndrome abdominal que nous étudions.

Duchenne de Boulogne, dans ses admirables travaux sur " l'électricité localisée ", avait, le premier, attiré l'attention sur les avantages que l'on peut retirer de ce merveilleux agent dans le traitement de la constipation et des obstructions intestinales.

Ce remarquable observateur était habitué à se servir des courants induits ou faradiques dans toutes ses études physiologiques et ses

observations pathologiques ; aussi n'avait-il recours qu'à ce mode d'électrisation pour combattre la paralysie et les obstructions intestinales.

Cependant, Leroy d'Étioles fit observer, dans la suite, que les muscles à fibres lisses sont peu influencés par les excitations des courants faradiques, si puissants au contraire pour exciter les contractions des muscles striés. Enfin Boudet insista beaucoup sur cette distinction, et démontra par des expériences, à l'appui, que les excitations lentes des courants continus, surtout si on les interrompt par intervalles, constituent, pour ainsi dire, le seul mode d'électrisation qui exerce une influence directe sur la contraction peristaltique des muscles lisses du canal intestinal ; et que, par conséquent, le traitement des occlusions par le procédé de la galvanisation était bien préférable au traitement primitif de Duchenne.

Le procédé de la faradisation, sans être absolument dépourvu de toute action sur les fibres lisses de l'intestin, exerce une action plus directe sur la contractilité des muscles striés de la paroi abdominale, et son influence peut indirectement atteindre les anses intestinales. Il peut trouver sa plus grande utilité chez les sujets qui, en même temps que l'occlusion, présentent une grande laxité des parois abdominales. Nous devons ajouter qu'il est d'une application plus simple, plus facile, qu'il exige encore moins de précaution que le procédé de la galvanisation. On ne doit pas manquer d'y avoir recours si on n'a pas sous la main l'appareil plus compliqué qui sert aux applications galvaniques.

Une objection assez sérieuse, à première vue, s'était longtemps présentée à l'esprit des médecins, dans le traitement de l'occlusion aiguë par l'électricité galvanique. En effet, dans ces conditions, les courants galvaniques doivent être appliqués avec une haute intensité, pour produire des effets sensibles sur la contractilité de l'intestin, toujours plus ou moins paralysé. On avait, ainsi, raison de redouter le danger des lésions de cet organe par une action électrolytique trop intense développée autour d'une électrode métallique appliquée directement sur ses parois.

Boudet a surmonté heureusement la difficulté par l'invention de son *électrode rectale*, sorte de bougie en gomme, munie d'un mandrin métallique à l'intérieur, pour conduire l'électricité, mais recouverte d'un tube de caoutchouc à l'extérieur, qui l'isole complètement et préserve l'intestin de toute action électrolytique directe ou trop intense. Il a complété le procédé en ajoutant l'injection préalable d'une certaine quantité d'eau salée, qui baigne l'électrode rectale et sert d'intermédiaire pour transmettre le courant électrique à la muqueuse intestinale. Cette solution injectée constitue, pour ainsi dire, une large électrode, qui diffuse le courant sur une grande surface et permet d'employer les intensités nécessaires, sans courir le risque de produire des ulcérations ou des escharres, qui seraient presque inévitables, sans cette précaution.

L'instrumentation nécessaire pour l'opération du lavement électrique, d'après la méthode de Boudet de Paris, doit se composer 1<sup>o</sup> d'une batterie à courants continus, avec commutateur et galvanomètre, pouvant fournir d'assez hautes intensités—de 30 à 40 milliampères—2<sup>o</sup> d'une électrode rectale de Boudet que nous avons décrit, 3<sup>o</sup> d'une large plaque métallique, recouverte d'agaric ou de peau de chamois et d'une épaisse couche de coton hydrophile, qui doit servir d'électrode sur la paroi abdominale, 4<sup>o</sup> d'un appareil irrigateur pour l'injection de l'eau salée et dont on peut adapter le tube à la bougie rectale pour plus de commodité.

Le manuel opératoire de cette application électrotherapeutique doit être le suivant : Les électrodes rectale et abdominale ayant été mises en position, on adapte à chacune les rhéophores, ou fils conducteurs, qui doivent les mettre en rapport avec les deux pôles de la machine : celui du pôle négatif à l'électrode rectale, et celui du pôle positif à l'électrode abdominale. On laisse pénétrer ensuite lentement une certaine quantité de la solution concentrée de chlorure de sodium, dont l'irrigateur a été rempli ; puis après s'être assuré, au préalable, que la machine est en bon état de fonctionnement, on fait arriver le courant électrique avec une intensité croissante jusqu'à ce que la malade ressente une douleur

ou une colique. On doit lui conseiller de résister aux premiers tenesmes. Pour exciter des contractions plus énergiques dans l'intestin paralysé ou altéré, on peut interrompre ou renverser de temps en temps les courants. On doit se guider sur la sensibilité et l'état des forces du patient ainsi que sur la connaissance de la lésion pathogénique et des complications.

Il est utile d'interrompre par intervalles le fonctionnement de la machine et de laisser quelques temps de repos. La durée d'une application ne doit pas dépasser 15 à 20 minutes.

Examinons maintenant quels sont les résultats cliniques que l'on observe généralement à la suite de l'application des lavements électriques. Il est facile de prévoir que ces résultats seront variables, selon le degré de l'obstruction et suivant la nature des causes pathogéniques.

Dans les cas de parésie, de pseudo étranglement, de coudure, d'impaction fécale, surtout à la fin du gros intestin, on peut avoir souvent la chance d'amener des décharges abondantes de matières, de liquides ou de gaz, dès la première application d'électricité. Quelques purgatifs administrés par la bouche peuvent suffire alors à rendre l'intestin parfaitement libre.

Dans les cas d'obstruction par lésions inflammatoires ou organiques, les premiers lavements électriques peuvent rester sans résultat appréciable ; le malade ne rend qu'une petite quantité de gaz et quelquefois rien excepté l'eau de l'injection. D'un autre côté, il n'est pas rare de constater dès les premières heures, un apaisement dans les symptômes les plus aigus, de l'obstruction, et de ne pas apercevoir les premiers signes d'une réaction favorable dans l'état général du patient. On doit, dans ces circonstances, renouveler l'électrisation tous les 6 ou 8 heures, durant la première journée, si toutefois le malade n'accuse pas une trop grande souffrance ; et le succès finit par couronner le plus souvent nos efforts.

Le même précepte, que nous avons formulé pour l'emploi des moyens médicaux, s'applique à l'intervention électrotherapeutique. On ne doit pas perdre un temps précieux à fatiguer les patients par des applications qui ne paraîtraient suivies d'aucun bon effet. Elle doit, comme tous les autres moyens médicaux, céder le pas à la chirurgie si, dès les premières douze heures, aucun apaisement des symptômes n'a été obtenu.

Maintenant, pour entrer dans le domaine des faits cliniques, je rapporterai comme corollaire de ces considérations, les observations, de trois cas d'occlusion intestinale aiguë, dont chacun se rattachait à l'un des trois groupes de lésions pathogéniques que nous avons énumérées, et, dans les quels l'électricité m'a donné les succès les plus complets, les résultats les plus satisfaisants, même dans le dernier cas, alors que la nature de la lésion faisait prévoir, comme inévitable, à courte échéance, l'intervention chirurgicale.

1<sup>ère</sup> Observation. Mme F... âgée de 50 ans, d'antécédents arthritiques, d'un embonpoint exagéré, souffrant d'une hernie ombilicale qui s'est compliquée, l'année précédente, d'un étranglement pour lequel elle a été opérée avec succès, fut prise, en octobre 96, d'un embarras gastrique aigu, après un repas copieux de viandes et de légumineuses, pendant que son estomac paraissait mal digérer depuis quelques jours. Habituellement son appétit n'était satisfait qu'après l'ingestion d'une grande quantité d'aliments azotés ; elle souffrait aussi d'une soif vive et persistante. Durant les deux premiers jours qui suivirent cette indigestion elle ressentit surtout des nausées, du mal de tête avec fièvre et prostration. Elle eut deux ou trois vomissements de matières alimentaires parmi lesquelles elle disait avoir reconnu des aliments ingérés trois jours auparavant. La soif était bien intense et fébrile.

Ces premiers symptômes furent accompagnés de coliques intestinales plus ou moins violentes qui furent suivies, au début, par des selles quelque peu diarrhéiques. Au troisième jour, cependant, les douleurs prirent un caractère d'acuité qu'on ne rencontre guère que dans les lésions graves de l'abdomen : le ventre devint très sensible et très ballonné ; les vomissements furent remplacés par une sorte de hoquet convulsif, et, malgré l'administration de purgatifs salins, il n'y eût plus

aucune évacuation intestinale ni de *matières* ni de *liquides* ni de *gaz*. Les symptômes généraux s'accroissent davantage.

En présence de ce syndrome abdominal si grave, et vu les antécédents pathologiques d'une hernie ombilicale encore persistante malgré l'opération antérieure, je crus, d'abord, à un nouvel étranglement herniaire. Après avoir donné une injection de morphine pour apaiser les douleurs qui semblaient devoir épuiser la malade, je fis appeler le Dr Ahern, l'habile chirurgien qui avait présidé à sa première opération.

Celui-ci ne put reconnaître aucun signe d'étranglement herniaire à l'ombilic ; nous décidâmes alors de faire le lavage de l'estomac, pour soulager les symptômes gastriques. Cette opération permit de retirer une quantité considérable de liquides à coloration verdâtre, mêlés à des résidus d'aliments ingérés depuis trois jours. Ce lavage, précédé d'une injection de morphine, fut suivi d'un apaisement de douleurs mais la soif, les nausées, le ballonnement du ventre et l'obstruction intestinale persistèrent.

Le lendemain, nouveau lavage qui ramena une certaine quantité des mêmes résidus gastriques avec forte odeur. Nous prescrivons quelques doses de sel Epsom et un lavement purgatif. A midi, aucun bon effet ne s'était encore produit ; au contraire le ballonnement du ventre était augmenté d'une manière alarmante ; le malade avait la figure pinocée, couverte de sueurs froides, et manifestait des signes d'anhélation.

L'opération de la laparotomie fut proposée d'urgence, en même temps que l'essai préalable d'un lavement électrique dans l'espérance de vaincre la paralysie de l'intestin.

Vu l'état de flaccidité habituelle des parois du ventre chez cette femme pelysarcique et le ballonnement excessif, conséquence de l'atonie des voies digestives, je me déterminai à employer l'électricité faradique par la méthode Boudet : courants de quantité et interruptions lentes et étendues, de manière à exciter davantage la contractilité des muscles striés de l'abdomen et les fibres lisses de l'intestin. L'application fut continuée pendant 20 minutes, et détermina quelques douleurs, indice du réveil de la contractilité intestinale. Un quart d'heure après, il se produisit une évacuation du liquide injecté, mêlé de gaz, puis de véritables selles, qui devinrent bientôt cholériformes par leur caractère et leur fréquence. Le ventre s'affaissa, les douleurs furent apaisées, et l'estomac reprit peu à peu ses facultés digestives. La malade, qui a changé complètement ses habitudes de régime, n'a éprouvé aucune crise gastrique ou intestinale, depuis cette époque.

Assurément, personne ne sera tenté de rapporter tout entier, à la seule influence de l'électricité, les résultats plus qu'inattendus, qui ont fait suite à la première application de ce merveilleux agent. S'il est vrai que les guérisons démontrent la nature des maladies, nous pourrions tirer la conclusion, que l'accident de l'occlusion intestinale aiguë, dans ce cas, n'était dû qu'à une simple paralysie de l'intestin chez une dilatée de l'estomac, et dont l'atonie des organes digestifs, aidée de l'auto-intoxication, avait été la cause efficiente. On s'explique ainsi le succès si facile et si étonnant d'une simple application d'électricité faradique, qui n'avait eu d'autre obstacle à vaincre que la paralysie intestinale et l'atonie des muscles abdominaux.

Les selles cholériformes qui ont succédé aux premières évacuations du lavement électrique, peuvent facilement être rapportées aux quelques doses de sel d'Epsom que l'estomac avait retenues, et vraisemblablement, aussi, à l'influence des toxines ou résidus des fermentations de l'estomac, cause de l'auto-intoxication.

2ème Observation. Mme F. . . sujette à une constipation presque habituelle mais non très opiniâtre, fut prise, en janvier dernier, de douleurs abdominales assez intenses avec tendance aux vomissements, et une prostration marquée ; le ventre était légèrement ballonné vers la région moyenne. Un lavement purgatif eut pour effet de soulager la partie inférieure de l'intestin et amena une certaine quantité de matières solides, mais, pendant les deux jours consécutifs, malgré de nouvelles tentatives pour provoquer les selles, il ne se produisit plus aucune

évacuation de *matières solides*, ni *liquides*, ni de *gaz*. La palpation laissait reconnaître un empatement avec sensibilité particulière, à la partie inférieure de l'abdomen, vers la région iliaque droite. Les douleurs et la prostration étaient de plus en plus marquées. Le Dr Turcot, qui avait donné les premiers soins, fit alors appeler le Dr Ahern comme chirurgien consultant, et dans la nuit du 15 janvier, tous deux décidèrent l'opération, d'urgence, pour le matin, mais non toutefois, sans suggérer l'essai préalable de l'intervention de l'électrothérapie. C'est dans ce but que je fus demandé par mes deux collègues.

Les deux premiers lavements électrique, administrés à quatre heures d'intervalle, n'eurent d'autre effet sur l'intestin que de provoquer l'évacuation du liquide injecté avec une petite quantité de gaz. Il s'en suivit cependant une sédation très manifeste dans l'état général de la malade, qui ressentait également moins de douleurs et de tendance aux vomissements. Le 3ème et 4ème lavement produisirent un dégagement plus considérable de gaz, en même temps que l'évacuation des résidus de deux larges injections d'huile de ricin et de thérebentine, données deux jours auparavant ; ce qui soulagea d'autant la tension abdominale le ballonnement du ventre et les douleurs. La malade put alors garder du vin de champagne glacé. Au troisième jour, une première application électrique fut suivie d'évacuations qui trahissaient l'odeur et la couleur de résidus fécaloïdes ; au second lavement, le liquide évacué entraîna un petit calcul de forme allongée, à couches concentriques, et qui paraissait avoir été moulé sur le canal de l'appendice. Le lendemain les matières solides firent leur apparition, à la suite d'un nouveau lavement électrique ; et dès lors la malade eut des selles naturelles et spontanées, qui indiquaient le début de la convalescence. Elle commença à garder la nourriture par l'estomac et put se rétablir promptement sans qu'aucun autre accident ne soit venu troubler, depuis, son bon état de santé.

Un fait à remarquer, dans cette observation, c'est que la lésion pathogénique ayant été plutôt de nature inflammatoire et consécutive à la présence d'un corps étranger, les résultats définitifs des lavements électriques ont été beaucoup plus lents à se produire que dans le premier cas que nous avons cité, dans lequel l'obstruction n'avait paru tenir qu'à un état paralytique de l'intestin par atonie générale et par auto-intoxication.

La présence d'un calcul appendiculaire constaté dans les selles, après le troisième jour des applications de l'électricité, est ici, d'un intérêt tout particulier. Elle sert à expliquer la nature et le siège de la lésion. Il est vraisemblable de conclure que ce calcul, développé dans l'appendice a fini par déterminer dans cet organe un processus inflammatoire qui s'est communiqué à l'intestin et au péritoine avoisinant, et, finalement, aura provoqué l'accident de l'occlusion intestinale aiguë, soit directement par le retrécissement inflammatoire, soit indirectement par un état spasmodique de l'intestin irrité, soit plus probablement par ces deux causes réunies.

3ème observation : Mme Le.....agée de 47 ans, de tempérament arthritique, ayant souffert habituellement de constipation et de maux de tête fréquents, avait éprouvé, durant ces deux dernières années, des douleurs de reins de plus en plus fortes et de plus en plus persistantes, qui semblaient toujours augmentées par la marche, la défécation et par les époques menstruelles. La coexistence d'une métrite chronique parenchymateuse faisait facilement rapporter ces malaises à la maladie utérine. Dix huit mois auparavant, d'après cette conception et à la suite de métrorrhagies abondantes, elle avait subi une amputation partielle du col et un curetage de la matrice : opération dont elle s'était relevée assez difficilement et qui, loin de soulager les douleurs si pénibles des reins, avait paru, au premier abord, les rendre plus sensibles.

Dans le cours de l'hiver dernier, elle fut atteinte d'une inflammation pelvienne avec empatement prédominant à la partie postérieure et supérieure du petit bassin entre l'utérus et le promontoire du sa-

crum. Durant la convalescence il fut permis de constater, vers cet endroit, la persistance d'une induration nettement limitée et légèrement mobile, qui paraissait très rapprochée de l'intestin. Aucune selle naturelle ne survint, depuis cette époque sans le secours de quelque agent médicamenteux. Enfin, durant les premiers jours de mai, l'intestin devint complètement rebelle ; le ballonnement se manifesta à la suite, en même temps qu'une tendance aux vomissements et une grande prostration ; l'abdomen était très tendu et d'une grande sensibilité.

Aucune évacuation ne s'étant produite depuis 24 heures, le médecin de la famille, mon distingué collègue de l'hôpital de l'Hotel-Dieu, le Dr Turcot, connaissant les antécédents pathologiques de la patiente et sa prédisposition à l'obstruction intestinale, par suite de la lésion organique déjà constatée dans le bassin, vers la flexure sigmoïde, n'hésita pas, dès le premier jour, après l'échec de quelques moyens médicaux propres à exciter l'intestin, à me faire appeler, en vue de l'intervention électrothérapeutique, en même temps que notre éminent chirurgien le Dr Ahern, pour décider le moment opportun de l'intervention chirurgicale, en cas d'insuccès avec l'électricité.

Le premier lavement électrique ne fut supporté qu'avec beaucoup de peine, vu l'état de très grande sensibilité du ventre et du rectum qui nous obligea à n'employer que des courants de faible intensité. Il fut même nécessaire d'interrompre, deux ou trois fois, la séance pour donner un repos à la malade, qui était dans un état de très grande faiblesse. Cependant malgré cette fatigue momentanée, cette première application électrothérapique fut suivie d'un apaisement de tous les symptômes et d'une réaction manifeste dans l'état général. Il en fut de même pour la seconde, bien qu'aucune autre évacuation que le liquide injecté avec un peu de gaz, ne se fut produite. Le troisième lavement électrique qui fut administré, le soir du même jour, eut des effets plus marqués ; l'abdomen devint moins sensible et moins tendu ; on avait pu employer des courants de plus grande intensité et plus propres à exciter la contractilité intestinale.

Le lendemain, mêmes applications qui furent supportées avec beaucoup de facilité et suivies d'effets de plus en plus encourageants. On put constater dans les liquides rejetés, la présence de quelques résidus fécaloïdes dont les gaz évacués trahissaient d'ailleurs l'odeur.

Le troisième jour, les lavements électriques amenèrent à leur suite, de véritables selles pâteuses ; le ventre n'offrait plus de sensibilité et qu'un léger ballonnement ; la malade se sentait toute ranimée. Au quatrième jour, des selles spontanées, indice du retour de la perméabilité et des mouvements péristaltiques normaux, se produisirent deux fois dans l'intervalle des applications électrothérapiques ; la malade put commencer à prendre une nourriture plus substantielle.

Les mêmes applications furent continuées, durant les quatre jours suivants, deux puis une fois par jour, non seulement dans le but d'entretenir l'énergie des mouvements péristaltiques, mais aussi de modifier, par l'action électrolytique, l'infiltration ou les exsudats inflammatoires qui avaient pu se produire dans la paroi intestinale, au voisinage de cette tumeur déjà constatée, et que nous pouvions nettement circonscrire, maintenant que tout ballonnement et toute tension de l'abdomen étaient disparus.

Avant la fin de la deuxième semaine la malade pouvait se lever et marcher ; elle ressentait même moins de douleurs qu'auparavant, et son estomac, longtemps rebelle, pouvait s'accommoder d'un régime assez fortifiant. La régularité des selles était entretenue par des lavements à l'huile de ricin, qui servaient, en même temps, à adoucir la muqueuse rectale qui avait semblé, dès le début, très irritable ou très enflammée.

Mais tout n'était pas fini pour cette malade, déjà si éprouvée, et qui semblait avoir échappé, si heureusement, au grave accident d'une obstruction intestinale aiguë, grâce à l'influence de l'électricité ; la lésion pathogénique qui paraissait devoir être rattachée directement ou indirectement à la présence de cette induration circonscrite au voisinage de la flexure sigmoïde, n'avait pas été détruite ; de plus, sa persistance

laissait présager facilement le danger d'un retour de l'accident auquel elle venait d'échapper. Aussi, après une consultation chirurgicale, où ce risque lui fut démontré, la malade se décida-t-elle à subir l'opération de la laparotomie.

L'opération fut pratiquée à la fin de la troisième semaine, après son obstruction intestinale, alors que l'amélioration de sa nutrition et son bon état général pouvait faire espérer les meilleures chances de succès. L'ouverture de l'abdomen fit reconnaître une lésion de l'intestin ayant son siège à la flexure sigmoïde, et d'apparence cancéreuse. L'opération fut longue et laborieuse ; la malade qui avait laissé entrevoir assez de force de résistance, ne put malheureusement se relever du collapsus, et la mort survint dès le lendemain.

Le cas qui fait le sujet de cette observation n'a pas eu, il est vrai, le dénouement heureux des deux premiers que nous avons cités. Mais, quant à ce qui regarde l'influence thérapeutique de l'électricité, il nous en offre un exemple encore plus frappant. En effet, dans cet accident d'occlusion intestinale aiguë qui menaçait de si près la vie de la patiente, nous n'avions pas seulement affaire, comme dans les deux premiers cas, à une simple parésie intestinale ou à une lésion inflammatoire circonscrite, pouvant être assez facilement modifiées, mais à une prolifération néoplasique maligne et persistante dans une portion de la paroi intestinale déjà naturellement prédisposée à l'inflammation et au rétrécissement. Néanmoins, les applications électrothérapiques, répétées méthodiquement, ont réussi à vaincre graduellement tous les obstacles, l'irritation inflammatoire développée autour du néoplasme, la parésie intestinale, les mouvements anti-péristaltiques, en même temps qu'elles ont servi à apaiser les symptômes les plus aigus de l'obstruction et à relever les forces digestives et l'état général de la malade.

Ces heureux résultats acquièrent une importance toute particulière au point de vue du pronostic chirurgical. En effet, la lésion pathogénique fondamentale, déjà constatée, et à laquelle on ne pouvait manquer de rattacher l'accident de l'occlusion, ne laissait guère entrevoir d'autre issue que l'intervention chirurgicale, pour une guérison définitive. D'un autre côté, il était évident, comme le fait l'a prouvé ultérieurement, que cette intervention eût été absolument désastreuse, pratiquée dans le moment même de la crise, lorsque les forces de résistance de la malade paraissaient presque anéanties. L'électrothérapie, en réhabilitant la patiente dans l'état de santé le plus satisfaisant, non seulement l'a sauvée du danger d'une mort immédiate, mais, par ce répit salutaire de trois semaines, a pu faire espérer aux chirurgiens les meilleures chances de succès dans l'opération de la laparotomie, acceptée dans le but d'une guérison radicale et définitive. Cette observation me paraît donc fournir un exemple frappant des services inappréciables que l'électricité, comme nous l'avons fait remarquer au début, permet de rendre à la médecine et à la chirurgie même dans les cas de lésions organiques graves et persistantes, si on ne néglige pas de la faire intervenir dans le temps opportun.

Avant de conclure ce travail, il peut être intéressant de se demander à quelle action électro-physiologique doit-on rapporter ces résultats cliniques qui font généralement suite aux applications électrothérapiques dans les maladies intestinales compliquées ?

En se rappelant les phénomènes qui ont marqué l'action thérapeutique de chacun des lavements électriques, dans les trois observations que nous avons citées, et en en faisant l'analyse, à ce point de vue particulier, je crois qu'il est facile d'établir que cette action électro-physiologique est complexe, et que les résultats cliniques qui en découlent se rattachent à la fois aux différents modes d'action de l'électricité sur l'organisme vivant : 1<sup>o</sup> l'excitation de la contractilité des muscles striés et lisses des organes abdominaux ; 2<sup>o</sup> l'action électrolytique ou chimique sur les exsudats des inflammations localisées ; 3<sup>o</sup> l'action sédative sur les éléments nerveux ; 4<sup>o</sup> l'action cataphorétique.

L'action excitante de l'électricité sur la contractilité musculaire est depuis longtemps reconnue : notre première observation est un exemple frappant des effets immédiats et caractéristiques que cet agent peut

déterminer sur l'intestin atteint de parésie et sur les muscles abdominaux relâchés.

L'action sédative de l'électricité sur les éléments et les centres nerveux est aujourd'hui bien reconnue, surtout depuis les travaux d'Erle et d'Apostoli. La sédation marquée des vomissements et des douleurs abdominales en même temps que les signes d'une réaction salutaire dans l'état général, qui ont été les premiers phénomènes observés chez nos deux dernières malades, aux premiers lavements électriques, avant toute action manifeste sur la contractilité intestinale, me paraissent se rapporter presque totalement à cette action tonique et sédative de l'électricité sur le système nerveux central et abdominal.

L'action électrolytique ou chimique de l'électricité, de mieux en mieux étudiée durant ces dernières années, a permis d'étendre de beaucoup le cadre des applications de l'électrothérapie.

La lenteur des évacuations abondantes et complètes des liquides et des matières fécaloïdes retenus dans le tube digestif, dans nos deux derniers cas, chez lesquels la cause pathogénique était évidemment compliquée d'un processus inflammatoire localisé, semble indiquer que l'intestin lésé n'est devenu perméable, qu'après avoir subi l'influence électrolytique de plusieurs lavements électriques qui réagissent en même temps sur le système nerveux et sur la contractilité intestinale.

L'action cataphorétique a été démontrée par Becquerel et Poret ; elle résulte de la propriété que possède le courant galvanique positif d'entraîner certaines substances solubles dans l'eau dans sa direction vers le pôle négatif. Cette propriété est aujourd'hui utilisée sur une grande étendue pour faire pénétrer par l'intermédiaire du courant électrique diverses substances médicamenteuses dans un point déterminé des tissus. Par la méthode du traitement électrothérapique de l'occlusion intestinale aiguë, comprenant l'injection d'une solution saturée de chlorure de sodium qui baigne l'électrode rectale, on peut se rendre compte facilement que, en faisant passer le courant positif par cette électrode, on puisse favoriser la pénétration d'une certaine quantité de la solution salée dans la circulation générale, où elle agirait comme une véritable injection de *serum artificiel*, dont on connaît les propriétés stimulantes sur le système nerveux, dans tous les états de collapsus ou d'adynamie profonde.

L'électrophysiologie établit donc une base rationnelle et scientifique qui permet de varier les applications de l'électricité selon diverses indications thérapeutiques en dehors de tout empirisme en même temps qu'elle sert à nous expliquer d'une manière adéquate les résultats cliniques qui en découlent.

Dr M. D. BROCHU.

## REPRODUCTION

### DES ANKYLOSES DU COUDE ET DE LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

M. le Professeur TILLAUX. Hôpital de la Charité

Je veux vous parler aujourd'hui de deux malades atteints d'affections du coude.

Le premier qui va être opéré ce matin et qui a été examiné devant vous, mercredi dernier, est un homme de 46 ans, d'apparence vigoureuse, n'ayant jamais fait d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde, n'ayant jamais toussé, n'ayant subi aucune atteinte d'affections vénériennes. Il présente une ostéoarthrite du coude droit dont le début remonte à trois ans. La marche de la maladie a été lente, insidieuse.

Depuis trois ans, malgré les traitements les plus variés, massage, électrisation, cure thermale à Bourbon l'Archambault l'affection a abouti à l'état que vous constatez aujourd'hui : ankylose du coude à angle très obtus, main tombante en pronation, le malade ne la redressant qu'avec beaucoup de difficulté (cette parésie des extenseurs n'est apparue qu'il y a deux mois), atrophie considérable des muscles du bras et de l'avant bras, douleurs vives au moindre choc, pas de douleurs sponta-

nées, au niveau de l'articulation radio-cubitale supérieure partie saillante un peu fongueuse.

Nous avons incontestablement affaire ici à une arthrite tuberculeuse, il n'y a que l'affection bacillaire qui puisse se comporter ainsi ; cette bacillose est nettement localisée au coude puisque chez cet homme vigoureux d'autre part, nous ne trouvons rien du côté des organes génitaux, ni ailleurs.

L'autre malade que je vous annonçais à l'instant, est une femme atteinte d'une affection qui porte en soi un enseignement pratique des plus importants. Elle est âgée de 57 ans et jouit d'une bonne santé ; elle est entrée à l'hôpital pour qu'on lui rende l'usage de son bras, car elle ne peut actuellement continuer sa profession de domestique, son coude en effet est enkylosé à angle obtus, elle ne peut porter la main à son visage. Il s'agit d'une ankylose osseuse n'atteignant que l'articulation cubito-humérale, les mouvements de pronation et de supination sont en effet conservés.

Quelle est l'origine de ces accidents ? S'agit-il d'une arthrite traumatique, rhumatismale, blennorrhagique, bacillaire ? Rien de tout cela. Il n'y a pas d'arthrite du coude ; cette ankylose provient, disons-le tout bas, d'une fracture du radius qui a été mal soignée.

Vous savez en effet que des raideurs articulaires et l'ankylose surviennent très fréquemment au coude et à l'épaule à la suite de fractures du radius trop longtemps immobilisées.

Dans le cas particulier c'est à Pâques 1896 qu'eut lieu la fracture qui resta immobilisée deux mois alors que 15 à 20 jours suffisent quand il est besoin d'immobilisation. Il y a longtemps, ici, dans cet hôpital, Velpeau y avait renoncé. Il vaut mieux, en effet, ne pas immobiliser ; en tout cas il faut de très bonne heure rendre aux articulations leurs mouvements. Je vous assure que si on traite les fractures du radius, comme on traiterait celles de l'humérus, par l'immobilisation un peu longue on a grande chance d'avoir des accidents graves, dont le plus malheureux sera, comme ici, l'ankylose osseuse du coude. Un malencontreux traitement est donc dans le cas de cette femme la cause de l'ankylose.

Les indications opératoires sont différentes dans les deux cas. Chez la femme qui n'a qu'une ankylose sans affection douloureuse du coude, il n'y a qu'une indication : rétablir la fonction de l'articulation, but auquel aboutira l'arthrectomie. Nous sommes d'autant plus autorisés dans l'espèce à intervenir que le coude est ankylosé à angle obtus c'est-à-dire dans la position où la fonction est la plus gênée. Si l'ankylose avait eu lieu à angle droit, il est probable que cette femme aurait pu continuer à travailler et ne serait pas venue à l'hôpital réclamer notre intervention.

Chez l'homme il y a deux indications à remplir : la première, la plus importante, est de guérir l'articulation de l'affection grave dont elle est atteinte, de cette arthrite tuberculeuse en voie d'évolution, et d'arrêter l'atrophie musculaire qui est consécutive à la maladie elle-même, et non à l'immobilité. Il y a là un membre qui souffre et cette souffrance s'accuse par l'atrophie musculaire comme cela se produit, par exemple, dans l'hydarthrose du genou où le malade étant réduit à l'immobilité, seuls s'atrophient les muscles afférents au genou malade, tandis que ceux du membre sain gardent, quoique immobilisés par le séjour au lit, leur volume ordinaire.

La deuxième indication est de rendre au malade un membre utile, je dis ici simplement utile, car il ne s'agit pas de la *restitutio ad integrum*, nous ne sommes pas aussi ambitieux. Nous avons ici une ankylose à angle obtus, nous serons heureux de la transformer à angle droit, de façon que le malade puisse se servir de son membre.

Comment arriverons-nous à remplir ces deux indications ? Dans ces dernières années on a fait de nombreuses tentatives de cure des tumeurs blanches par les injections péri ou intra articulaires de chlorure de zinc, méthode Lannelongue. Encore aujourd'hui je viens de signer une thèse sur ce sujet avec observations prises dans le service de M. Duplay.

Mais dans le cas particulier est-ce le traitement de choix ? Sommes-nous sûrs par les injections intra-articulaires de guérir des lésions aussi profondes ? Je ne le crois pas. D'abord les injections intra-articulaires, faciles quand il s'agit du genou par exemple, ne le sont guère pour le coude. Nous sommes loin d'être certains de réussir.

Vous pouvez voir couchée dans nos salles, une jeune fille qui, l'année dernière, a été traitée dans mon service par M. Walter par les injections intra-articulaires pour une tumeur blanche du genou. Cette jeune malade n'est pas guérie, elle souffre, ne peut faire aucun mouvement, et son genou a conservé sa mobilité, or, dans ces sortes d'affections, on ne peut se flatter d'être arrivé à la guérison que quand il y a ankylose.

Enfin chez notre malade nous avons déjà une ankylose à angle obtus, ankylose qui se prononcera de plus en plus ; dans cette position, il faudrait pour mettre le coude à angle droit sans intervention chirurgicale, lui faire subir une manœuvre de force aveugle ; on pourrait ainsi certes fléchir son bras, mais à quel prix !

Donc il me semble que dans ce cas particulier ce qu'il y a de mieux c'est une résection franche, la résection typique du coude ; une arthrectomie ne serait pas suffisante. Par une résection nous pouvons enlever tout ce qui est malade et placer ensuite le coude dans une bonne position.

Comment doit se faire une résection du coude appliquée aux tumeurs blanches ?

Je vous rappelle qu'il y a deux voies à suivre : une postérieure, médiane, la première qui ait été suivie et qui est indiquée dans certains cas : une voie latérale externe, jadis suivie par Nélaton, acceptée et modifiée au point de vue de l'incision par Ollier.

C'est cette dernière voie qui généralement a prévalu et, grâce à elle, les résections, qu'on faisait rarement alors qu'on n'avait que la voie postérieure, se sont généralisées.

Il y a deux grandes précautions à prendre dans la résection du coude. Il faut conserver avec soin l'agent actif de l'extension de l'avant-bras, sur le bras, c'est-à-dire le tendon du triceps huméral ; ici cette conservation est moins nécessaire puisque le coude sera ankylosé à angle droit, il faut néanmoins la tenter. C'est un temps difficile de l'opération, méticuleux, il faut décortiquer le tendon avec soin, lentement, et conserver toute sa gaine fibreuse.

Avec l'incision simple de Nélaton cette décortication du tendon était impossible. Avant Ollier on jugeait inutile de conserver le facteur de l'extension active, Malgaigne y renonçait et on coupait le tendon du triceps. C'est à Ollier que revient l'honneur d'avoir montré qu'on pouvait et devait conserver le tendon, particulièrement dans les résections orthopédiques comme celle que nous devons faire chez la femme dont je viens de vous parler. C'est donc dans ce but qu'Ollier imagina son incision postéro-externe en baïonnette.

Le second point très important dont il faut se préoccuper est la conservation du nerf cubital, elle s'impose sous peine de grosses infirmités.

Ceci étant dit, comment devons-nous conduire cette opération de la résection typique du coude dans le cas de tumeur blanche ? Dans l'incision qui décrit les sinuosités en baïonnette de la méthode Ollier, on tombe beaucoup plus facilement qu'avec l'incision postérieure sur l'articulation radio-humérale. Il faut alors rechercher le tendon du triceps, détacher, en rasant l'os, les insertions olécraniennes, jusqu'à ce qu'on arrive de l'autre côté sur le bord interne de la cavité sygmoïde, on dissèque alors la lèvre inférieure de la plaie et on sectionne la tête du radius.

Voici donc deux choses importantes exécutées, le tendon est détaché aussi bas que possible et rejeté en dedans au moyen d'un crochet, et la tête radiale est sectionnée. L'articulation est alors largement ouverte ; l'avant-bras étant pris à pleine main on lui fait subir par un mouvement brusque une luxation en dehors de façon à faire saillir dans

la plaie l'olécrane qu'on sectionne. Dans ce temps de l'opération on ne voit pas le cubital.

Il importe également de ménager le brachial antérieur qu'il faut désinsérer jusqu'à une certaine distance de l'apophyse coronoïde.

Dans un dernier temps on dévèle et on sectionne l'humérus. On peut par la cavité articulaire largement ouverte faire saillir l'extrémité humérale la dénuder et la sectionner. Il faut raser l'os avec soin et éviter le cubital qui reste enveloppé dans sa gaine et qu'on ne doit pas voir.

La section faite, on arrondit les angles puis on fait la toilette de la plaie avec une solution de chlorure de zinc au 1/10, on réunit et on draine.

On doit immobiliser le coude à angle droit, c'est dans cette position que nous devons attendre l'ankylose car il ne faut pas chercher à mobiliser l'articulation comme dans la résection orthopédique.

*L'Abécille Médicale*

### Traitement du cancer épithélial

Nous avons eu l'occasion toute fortuite de nous rendre compte de l'action exercée par l'acide arsénieux en poudre sur un ulcère invétéré. Nous sommes partis de cette idée que, puisqu'on préconisait autrefois l'arsenic contre le cancer, il y avait intérêt à l'expérimenter de nouveau dans des cas de ce genre.

Supposant que le médicament agirait mieux si on l'appliquait en solution sur le tissu cancéreux, nous nous sommes servis dans nos essais d'acide arsénieux dissous dans de la glycérine pure. Mais les effets ainsi obtenus furent beaucoup trop énergiques, car ce topique donna lieu à la formation d'une croûte imperméable à de nouvelles applications de la solution arsenicale, ce qui nous en fit aussitôt rejeter l'emploi. Nous n'avons pas été plus heureux avec les autres solutions ou mixtures auxquelles nous incorporions l'acide arsénieux, et après quelques tentatives infructueuses faites avec l'arsenic en poudre, nous avons fini par trouver que la préparation la plus efficace était simplement un mélange d'acide arsénieux dans de l'alcool et de l'eau.

Nous nous sommes arrêtés à la formule suivante :

Acide arsénieux pulvérisé.....	1 gramme.
Alcool éthylique.....	} à 75 grammes.
Eau distillée.....	

F. S. A.— Usage externe

Nous n'avons appliqué ce moyen de traitement qu'à des cas de cancers exulcérés ou superficiels. Voici comment nous avons l'habitude de procéder :

Le foyer néoplasique est soigneusement nettoyé et abstergé ; il ne faut pas craindre pendant cette manœuvre de faire sourdre un peu de sang frais à la surface de la tumeur ; au besoin même, on cruentera l'ulcération cancéreuse sur une faible étendue, car il est indispensable que le contact du topique avec le tissu morbide s'effectue en présence de sang frais ; d'ailleurs quelques gouttes suffisent parfaitement, et, si le sang s'écoulait en trop grande abondance, il faudrait sécher un peu la plaie avant d'appliquer le remède. On agite alors la mixture arsenicale et, à l'aide d'un pinceau, on en badigeonne toute la surface du cancer. On laisse évaporer à l'air libre, puis on panse à plat, si c'est nécessaire, mais il est toujours préférable de laisser l'ulcère sans pansement.

A la suite de cette application, le malade éprouve généralement pendant quelques heures de la douleur, qui est du reste supportable. Dès le lendemain, le néoplasme est complètement recouvert d'une eschare produite par l'action de l'acide arsénieux. Chaque jour, un nouveau badigeonnage est pratiqué sur cette croûte qui, de jaunâtre qu'elle était au début, devient successivement bruné, puis presque complètement noire,

Le premier jour, l'eschare est fortement soudée par sa base au tissu sous-jacent, et l'on ne pourrait l'enlever sans déterminer une large perte de substance aux dépens de la tumeur. En outre, elle est mince

et ne recouvre parfois qu'une partie de l'ulcère ; mais elle s'épaissit peu à peu et finit par envahir toute la surface du foyer morbide. A ce moment, les douleurs ainsi que l'odeur repoussante dégagée par le processus de mortification se sont dissipées. Au bout d'un certain temps, on s'aperçoit que les bords de la croûte, moins adhérents, commencent à se soulever. Le sillon ainsi formé s'accroît chaque jour et une sérosité blanchâtre suinte des bords de l'ulcère. Le traitement est régulièrement continué jusqu'à ce que l'eschare, devenue facilement mobilisable, ne tienne plus au tissu sous-jacent que par quelques petits faisceaux fibreux ; on sectionne alors ces filaments et l'on enlève la croûte. Celle-ci, d'une épaisseur variable suivant le cas, offre une consistance très dure et est essentiellement formée de tissus cancéreux complètement momifiés par l'acide arsénieux.

L'eschare détachée, on badigeonne de nouveau avec la mixture arsénicale alcoolisée le fond de l'ulcère : si le lendemain l'on ne voit apparaître qu'une croûte mince et facile à enlever, on peut être assuré que la plaie guérira toute seule et qu'il ne reste plus une parcelle de tissu carcinomateux dans le foyer pathologique. Mais s'il se forme une croûte de couleur foncée, résistante, adhérente, il faut poursuivre le traitement jusqu'à la régression totale des derniers éléments cancéreux.

Au cours de la médication, plus l'eschare devient épaisse, plus le topique doit être énergique, c'est-à-dire plus il doit contenir d'arsenic. Au lieu d'une solution à 1/150e, comme celle du début, on emploiera donc une solution à 1/100e, et même à 1/80e, d'après la formule ci-dessous :

Acide arsénieux pulvérisé.....	1 gramme.
Alcool éthylique.....	} à 30 grammes.
Eau distillée.....	
F. S. A.—Usage externe.	

Lorsqu'il ne subsiste plus le moindre vestige de tissu cancéreux, l'ulcération néoplasique se transforme en une plaie bourgeonnante tapissée d'une fine pellicule blanchâtre, et l'on ne trouve plus d'induration ni sur les bords, ni au fond de la perte de substance. C'est alors qu'il convient de traiter la plaie comme une surface suppurante ordinaire qui commence à se recouvrir de granulations. Si l'on veut éviter la formation de cicatrices, il faut appliquer, particulièrement sur les bords de la plaie, une pommade composée de 1 partie d'acide borique pour 10 parties de vaseline.

Il est très important de savoir si le patient est ou non alcoolique. Dans l'affirmative, il faut immédiatement proscrire l'usage des boissons alcooliques. Chez ces malades, le traitement est toujours plus long que chez les sujets normaux.

Malgré tout, même chez les individus sains d'autre part, il est toujours difficile de préciser combien de temps durera la médication ; nous avons remarqué cependant que les petits ulcères n'ayant jamais été opérés ne demandent que trois à quatre semaines pour arriver à la guérison complète, tandis que des cancers étendus en profondeur ou récidivés exigent deux à trois mois, et encore faut-il dans ces cas ne pas manquer d'appliquer scrupuleusement chaque jour le procédé que nous venons de décrire.

DRS S. CERNY et C. TRUNECEK (de Prague).

## FORMULAIRE

### Mélange pour injections antiblennorrhagiques --M. DUQUAIRE

Salicylate de méthyle.....	1 gramme.
Sous-nitrate de bismuth.....	20 grammes.
Vaseline liquide.....	100 —

Mélez.—Usage externe.

Faire avec ce mélange trois injections par jour. Avoir soin d'uriner avant chaque injection et de conserver le plus longtemps possible dans le canal de l'urèthre le liquide injecté.

On parviendrait ainsi à guérir rapidement la blennorrhagie à n'importe quelle période de son évolution.

Dans le mélange ci-dessus formulé, c'est le salicylate de méthyle qui joue le rôle d'agent antiblennorrhagique. Cette substance serait capable d'atteindre le gonocoque même dans les couches profondes de la muqueuse, car elle posséderait la propriété de traverser avec la plus grande facilité les membranes de revêtement. Quant au sous-nitrate de bismuth, il est uniquement destiné à donner au liquide médicamenteux une consistance légèrement pâteuse afin qu'une partie de ce mélange puisse rester dans l'urèthre après chaque injection.

### Potion contre la dyspepsie flatulante --M. W. MURRELL

Bicarbonate de soude.....	4 grammes.
Teinture de fèves de Saint-Igrace.....	XL gouttes.
Teinture de seneçon.....	} à 30 grammes.
Sirop d'écorce d'oranges amères.....	
Alcool chloroformé à 10 0/0.....	8 —
Eau.....	180 —

Mélez.— A prendre : trois cuillerées à bouche par jour.

La teinture de seneçon qui entre dans la composition de la potion ci-dessus formulée serait, d'après l'expérience de M. le docteur William Murrell, lecteur de matière médicale au Westminster Hospital de Londres, un excellent tonique pour l'estomac.

### Collutoire contre la dentition laborieuse.--- M. BRUGELLE.

Bromure de sodium.....	0 gr. 50 centigr.
Eau de fleurs d'oranger.....	} à 30 grammes.
Sirop d'éther.....	
Eau distillée.....	120 —

Mélez. Usage externe.

Avec ce collutoire on frictionne légèrement les gencives de l'enfant plusieurs fois par jour, après les tétées.

### Mixture contre les vomissements de l'appendicite.—M. A. PICO.

Menthol.....	0 gr. 25 centigr.
Cognac.....	20 grammes.
Teinture d'opium.....	5 —

Mélez.—A prendre : dix à vingt gouttes plusieurs fois par jour.

### Traitement de l'aménorrhée chez une fille chloro-anémique --- DAUCHEZ.

Dix jours avant l'époque présumée, on administrera dans un peu de vin d'Espagne, ou dans une tasse d'eau de riz, de cinq à dix gouttes de teinture d'iode fraîche et non acide, qui seront absorbées pendant le premier repas.

Le soir, après souper, les prises indiquées ci-dessous seront prescrites à la dose d'une ou deux, suivant l'état des voies digestives :

Colombo pulvérisé.....	} à 1 gramme.
Safran pulvérisé.....	
Fer réduit par l'hydrogène.....	0.50 centigrammes.
Aloès pulvérisé.....	0.30 —

M. s. a. et diviser en dix prises. Chaque prise dans une cuillerée de miel ou de confiture.

S'il se produit de l'intolérance gastrique, on aura recours à la préparation suivante :

Sirop d'hypophosphite de fer.....	} à 50 grammes.
“ “ de soude.....	
“ “ de manganèse.....	
Glycérine médicinale.....	

Eau de laurier cerise..... 4 grammes.

Deux à trois cuillerées par jour.

### Topique calmant

Faire une onction sur la partie douloureuse avec :

Sulfate d'atropine..... 15 centigrammes.

Chlorhydrate de morphine... 75 —

Acide oléique pur..... 40 grammes.

puis envelopper avec ouate et recouvrir de taffetas gommé.



# PHARMACIE DE LA "CROIX ROUGE"

Coin des rues St-Jean et du Palais, Québec

PRODUITS CHIMIQUES et PHARMACEUTIQUES

Extraits Fluides, Teintures, etc

Produits Antiseptiques, etc

A toujours en magasin un assortiment complet de BANDAGES les plus nouveaux, etc.  
Les commandes de messieurs les Médecins sont promptement et soigneusement remplies à des

**PRIX DEFIANT TOUTE CONCURRENCE**

Catalogue, prix courant envoyé sur demande

Correspondance sollicitée

L'EXTRAIT LIQUIDE

--- DE ---

## MALT DE WYETH

CONTIENT

*Tous les éléments nutritifs des meilleures préparations liquides de Malt*

Tout en étant exempt des effets stimulants qui suivent invariablement leur administration

L'opinion concordante parmi les médecins est qu'il réalise le type le plus parfait d'EXTRAIT de MALT qu'il y ait sur le marché.

Dr J. B. McCONNELL,  
Ass. Prof. de Médecine.

BISHOP'S COLLEGE,  
Montréal.

A la date du 6 octobre 1896, dit : "J'ai pendant nombre d'années prescrit libéralement

L'Extrait liquide de Malt de Wyeth

et il donne toujours les résultats attendus et désirés.

500,000

Bouteilles  
CONSOMMÉES

UN AN

La demande augmentant chaque jour

Le Dr A. R. GORDON, de Toronto, dans une lettre dit : "Je vous écris au sujet de votre

Extrait liquide de Malt

et vous félicite au sujet de ses mérites. Je puis dire que dans le cours de l'an dernier, j'ai ordonné environ 30 doz. de cette préparation, sans compter mes propres prescriptions. J'ai été hautement satisfait de ses effets."

**IL EST HAUTEMENT RECOMMANDÉ**

Pour les mères qui nourrissent, pendant la période d'allaitement les malades convalescents

Il provoque la circulation chez les personnes qui sont sujettes aux frissons; c'est un fortifiant pour les personnes affaiblies

Il procure le sommeil aux personnes qui souffrent d'insomnie et c'est un des AGENTS DIGESTIFS les plus puissants

Prix pour les Médecins: \$3.50 la douz. de bouteilles

EN VENTE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS OU CHEZ

**DAVIS & LAWRENCE Co Ltd**

Agents pour le Dominion, MONTREAL

## COMPOUND DIGESTIVE POWDER

(L. K. & Co)

Cette préparation contient les cinq agents de la digestion : pepsine, pancréatine, diastase, acides lactique et chlorhydrique. Elle a été employée avec succès dans les cas de dyspepsie et des affections qui en dérivent, particulièrement indiquée dans l'anémie, la débilité générale, la diarrhée chronique, la constipation, les maux de tête et toutes les maladies résultant de la mauvaise digestion :

FORMULE :

Sucre de lait.....	40 ozs
Pepsine.....	8 "
Pancréatine.....	6 "
Diastase.....	4 drachmes
Acide lactique.....	5 drachmes fluide
Acide chlorhydrique.....	5 drachmes fluide

MÉLEZ

Dose : Dix à vingt grains après chaque repas, et dans le cas d'extrême débilité des organes digestifs trente grains peuvent être donnés.

## Compound Digestive Elixir

(K. L. & Co)

Une solution des constituants actifs des organes digestifs obtenus par l'extraction directe des glandes peptiques de l'estomac. Il a été employé avec succès dans la dyspepsie, l'indigestion, la diarrhée, les vomissements, en un mot dans toutes les maladies résultant d'une digestion défectueuse.

LE COMPOUND DIGESTIVE ELIXIR contient les cinq agents de la digestion :

PEPSINE : principe digestif de l'estomac pour la viande et le lait.

PTYALINE VÉGÉTALE : principe digestif dans la colique pour l'amidon, les pommes de terre et le pain.

PANCRÉATINE : principe digestif du pancréas pour les viandes grasses.

ACIDE LACTIQUE ET CHLORHYDRIQUE : les deux acides associés avec la pepsine dans le suc gastrique.

Chaque once fluide équivaut à 40 grains du COMPOUND DIGESTIVE ELIXIR L. K. & Co.

Dose : Une cuillerée à dessert après chaque repas; en préparation pour les enfants.

**LYMAN, KNOX & Co**

CHIMISTES

Montreal et Toronto

Les médecins les plus éminents du monde  
recommandent comme nourriture idéale....

# LE HORLICK'S MALTED MILK

C'est le plus parfait équivalent du lait maternel et le plus ressemblant quant au goût et à l'apparence.

Son mode de préparation est bien propre à augmenter la confiance que l'on peut y reposer.

**Le Horlick's Malted Milk** renferme sous une forme concentrée tous les éléments les plus riches de la nutrition.

**Le Horlick's Malted Milk** a à son actif des milliers de témoignages flatteurs de guérisons obtenues dans toutes sortes de maladies de l'enfance, notamment dans le choléra infantile, diarrhée, dysenterie, indigestion, vomissements sans cause, fièvres ; les mères qui nourrissent, les femme délicates, les invalides et les convalescents, font l'éloge de ses merveilleux effets.

L'analyse attentive du **HORLICK'S MALTED MILK** donne la proportion suivante :

Eau .....	2.10
Matières grasses .....	8.77
Matières albuminoïdes .....	21.35
Maltose et Lactose .....	46.09
Dextrine .....	18.82
Résidu sec .....	8.14
	100.27



LE HORLICK'S MALTED MILK se vend dans des vases en verre de 8 et 16 onces et dans des bocaux d'une capacité de six livres, pour les hôpitaux et les familles.

Nous nous ferons un plaisir de renseigner nos correspondants et de leur envoyer un échantillon sur demande.

## GILMOUR BROS & Co

### MONTREAL

Seuls Agents en Canada pour LE HORLICK'S MALTED MILK

TELEPHONE 14

S. P. 71

## PHARMACIE

# O. J. DION

No 119, rue Commerciale

— LÉVIS —

— ASSORTIMENT GÉNÉRAL DE —

*Remèdes patentés*

*Teintures de toute sorte*

*Essences, Huile pour cheveux*

*Pommades, Peignes,*

*Brosses, Savons,*

*Articles de Toilette et Objets de Fantaisie*

*etc., etc., etc.*

CLOCHE DE NUIT N° 121

PRESCRIPTIONS REMPLIES A TOUTES HEURES

## VIN DE CREOSOTE DE HETRE... ET CODEINE.



... DE ...

## DART

Remède souverain ...

Pour les affections de la GORGE, du LARYNX, des BRONCHES, et des POUMONS, MAL de GORGE, ENROUEMENTS, BRONCHITES CHRONIQUES, RHUMES, CONGESTIONS DES POUMONS, remède infallible comme préventif dans la consommation.

DIRETION

Commencer par une cuillerée à thé trois fois par jour, après les repas, et augmenter graduellement jusqu'à une grande cuillerée à dessert.

— PRÉPARÉ PAR —

## HENRY DART & Co

PHARMACIENS EN GROS

641 rue Craig - - Montreal

**NOUVELLES**

Un médecin d'une petite ville saxonne apprenant qu'un jeune confrère venait s'établir sur ses terres a fait insérer dans les journaux de la localité la petite note suivante en manière de bienvenue ;

" Un de nos concitoyens a réussi à attirer dans notre ville un jeune concitoyens et à lui louer sa maison. Bien que je sois convaincu que le nouveau praticien sera incapable de se maintenir ici longtemps, j'ai résolu de ne pas rester inactif et c'est pourquoi je déclare ceci :

" Je A tous ceux qui demanderont ou accepteront les soins de ce nouveau médecin je refuserai désormais mon aide dans quelque circonstance que ce soit.

" A dater du 15 octobre, je ferai un rabais de 50 pour 100 sur mes prix ordinaires à tout ceux qui dans la ville ou dans les environs me feront appeler, me réservant le droit, si c'est nécessaire, d'abaisser encore mes prix ou de traiter mes malades gratuitement. "

**Médecin ou vétérinaire**

Le choix d'une profession  
Est une chose sérieuse,  
Il faut de la réflexion  
Cherchant pour soi une chance  
[heureuse.

Mon fils, je connais ton dessein,  
Et j'y suis tout à fait contraire ;  
Tu voudrais être médecin.  
Fais-toi plutôt vétérinaire.

Le médecin traite les maux  
Des espèces abâtardies ;  
Et l'on sait que les animaux  
N'ont que de simples maladies ;  
Le quadrupède est toujours sain,  
En cela de l'homme il diffère !  
Tu voudrais être médecin,  
Fais-toi plutôt vétérinaire.

D'ailleurs les prix sont différents ;  
L'homme à son intérêt s'attache :  
Pour sa femme il paierait trois  
[francs.

Il en donne cinq pour sa vache.  
Sa femme il l'aime c'est certain,  
Mais sa vache est bonne laitière.  
Tu voudrais être médecin,  
Fais-toi plutôt vétérinaire.

Et puis les hommes sont ingrats.  
Il faut soigner pauvres et riches ;  
Une moitié ne paiera pas,  
Les autres seront des gens chiches.  
Guéris un cheval du farcin,  
Et le bon fermier te vénère.  
Tu voudrais être médecin,  
Fais toi plutôt vétérinaire.

La bête ne se plaint jamais :  
Elle est sobre et n'a point de vices.  
Tu la guéris à peu de frais,  
Et l'on reconnaît tes services.  
Crois-moi, laisse le genre humain  
Et ne songe qu'à ton affaire !  
Tu voudrais être médecin,  
Fais-toi plutôt vétérinaire.

**VIN MARIANI** **Mariani**

LE TONIQUE FRANÇAIS IDÉAL POUR

**LE CORPS, LE CERVEAU et les NERFS**

Fortifie la jeune constitution pour les devoirs de la vie. Pris à l'âge mûr ou dans la vieillesse devient un véritable bienfait

**" LE PATATONNERRE DE L'INFLUENZA "**

Prof. CHAS FAUVEL, M.D., Paris, France

En usage dans les Hôpitaux et les Institutions religieuses

EN VENTE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

**LAWRENCE A. WILSON & Cie**

MONTREAL - - - Seuls Agents pour le Canada

**E. Giroux & Frere**  
**APOTHIKAIRES**  
IMPORTATEURS DE  
**Drogues, Produits Chimiques**  
**MEDECINES PATENTEES**  
*Articles de Toilette,*  
*Parfumerie, etc.*  
*Graines de Champ,*  
*de Jardin et de Fleurs*  
**37 & 39 Rue St-Pierre**  
**QUEBEC**

Le Tonique vivifiant du système reproducteur . .

**SANMETTO**

POUR LES MALADIES

**Organes Genito-Urinaires**

Le **SANTAL BLANC** et le **SAW PALMETTO** *scientifiquement déguisés dans un Véhicule Aromatique agréable*

SPÉCIALEMENT UTILE DANS LES

- Affections Prostatiques des Vieillards, l'Impuissance Sénile . .
- La Miction difficile, l'Inflammation de l'Urèthre . .
- Les Douleurs Ovariennes, l'Irritation de la Vessie . . .

**VALEUR POSITIVE COMME RECONSTITUANT**

DOSE.— UNE CULLEREE A THE QUATRE FOIS PAR JOOR

EN VENTE CHEZ TOUS LES DROGUISTES EN GROS DU CANADA

**OD. CHEM. Co**

**NEW-YORK**

Données aux enfants

## "NESTLE'S FOOD"



## "NESTLE'S FOOD"

Depuis au-delà de vingt-cinq ans la nourriture par excellence de l'enfant.

Recommandée par les autorités médicales anglaises, françaises, allemandes et américaines les plus en vue, comme le meilleur remplaçant du lait maternel.

Il est d'un grand avantage dans les cas graves de fièvre typhoïde. On n'emploie que de l'eau dans sa préparation.

## NESTLE'S FOOD

Se digère facilement, ne cause pas d'irritation et est très nutritif.

Les médecins pourront se procurer des échantillons GRATIS sur demande en adressant

LEEMING, MILES &amp; Cie

51 rue Saint-Sulpice

MONTREAL, QUE.

## LES PIONNIERS DANS L'ART . . . DE PRODUIRE DE PUISSANTS . . . "FERMENTS" DIGESTIFS . . .

Pendant la dernière décennie nous avons devancé tous les autres sous le rapport du progrès pratique et diastatique. Nous vous prions maintenant de jeter un coup d'œil sur quelques-unes de nos préparations.

**PEPSINE CORDIALE** : Une cuillerée fera complètement digérer 3,000 grains d'albumine d'œuf coagulé et désagrégé. Un drachme fluide fera cailler 32 onces de lait chaud en quelques minutes. C'est une préparation aussi délicate qu'active.

**Essence de Pepsine** : Notre essence possède le même pouvoir que notre cordiale au point de vue de son action protéique chaque drachme fluide fera digérer 2,000 grains de l'albumine de l'œuf.

**Pancreatine Liquide** : Une préparation concentrée possédant toutes les propriétés digestives du suc pancréatique. Deux drachmes fluides peptoniseront 16 onces fluide de lait dans l'espace d'une heure à une heure et demie à 110° F. C'est une préparation permanente, admirablement apte à faire beaucoup.

**Toka-Diastase** : Sans comparaison certainement la plus puissante préparation de diastase qui ait été livrée au marché. Ce médicament a surtout été remarquablement efficace contre les symptômes douleurs. Nous fournirons sur demande les expériences cliniques écrites par d'éminents spécialistes.

Bureau et laboratoire : DÉTROI, (MICHIGAN), E.-U.

Succursales : LONDRES, (ANGLETERRE), NEW-YORK, E.-U., KANSAS, NOUVELLE-ORLÉANS, BALTIMORE.

**PARKE, DAVIS & Cie**  
Waterville, Ontario

## Alpha

## Rubber

Co. Limited.

Bureau Principal : 335 RUE ST-PAUL, Montréal

Succursale : 1 FRONT STREET, East Toronto

Manufacture : HOHELAGA

Manufacturiers d'Articles en Caoutchouc Fin

POUR MÉDECINS ET CHIRURGIENS

Si vous avez besoin d'un article en caoutchouc et que vous ne puissiez pas vous le procurer par l'intermédiaire de votre droguiste, pharmacien ou marchand d'instruments, écrivez-nous. Nous manufacturons un grand nombre d'articles qui ne se trouvent pas dans notre catalogue et nous accordons tous nos soins à la manufacture d'articles spéciaux en caoutchouc. Les Seringues ALPHA et OMEGA sont les seules seringues au monde donnant un jet continu avec une seule poire.

Le Pulvérisateur ALPHA donne un jet réellement continu avec moins de fatigue pour la main de celui qui s'en sert que n'importe quel autre appareil à poire unique.

Catalogue envoyé sur demande.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## CHOLÉDOCHOTOMIE

(Par M. le Dr M. J. Ahern, professeur d'anatomie pratique à l'Université-Laval et de clinique externe à l'Hôtel-Dieu de Québec)

D. H. . . , cultivateur, 30 ans, célibataire, entre à l'Hôtel-Dieu de Québec, le 28 septembre 1895, pour une jaunisse survenue dans le mois de mai de la même année.

Le patient ne se rappelle pas avoir été malade avant l'année 1890 quand, après avoir éprouvé pendant quelques jours des brûlements d'estomac et avoir senti pendant toute une journée un malaise à l'épigastre, il fut pris subitement, le soir, après son souper, de douleurs violentes au creux de l'estomac, au dos et aux régions lombaires. Ces douleurs persistèrent pendant 24 heures, ne furent pas accompagnées de vomissements et il ne se rappelle pas si elles furent suivies de jaunisse. Pendant cette année (1890) il eut huit attaques semblables, dont les quatre dernières ont été suivies d'ictère. Pendant cinq ans, à part un peu de dyspepsie, sa santé fut excellente. Depuis le mois de mai de cette présente année, 1895, il eut sept attaques, la première en mai et la dernière au commencement d'août, en tout semblables à celle décrite plus haut. L'attaque du mois de mai fut suivie de jaunisse qui augmentait à chaque nouvelle crise et qui persiste encore. Depuis lors les selles sont blanches ; cependant de temps en temps elles présentent de légères traces de bile. Au commencement de sa maladie les selles étaient dures, maintenant elles sont molles et il a une évacuation tous les jours. L'appétit manque et la digestion est difficile. L'urine, d'une couleur d'acajou, mesure 24 onces par jour, est acide, ayant une Gr. Sp. de 1029, et contient ni albumine ni sucre mais donne un dépôt considérable fortement coloré par la bile et composé d'urates.

Température : les 29 et 30 sept. 98.6° le matin, 99° le soir.

1er octobre : 97.6° matin, 100.8° soir.

2 " " 97.0° " 101.2° "

Le malade n'a jamais fait usage de boissons alcooliques et n'a jamais eu aucune maladie vénérienne. L'histoire de famille ne relève aucun antécédent héréditaire digne de mention.

Etat présent — Le malade est maigre, ne pèse que 115 livres, ayant perdu 25 livres dans les quatre derniers mois. La peau et les muqueuses sont jaunes. A la face antérieure de la poitrine la peau est plus jaune qu'ailleurs. Il n'y a pas de démangeaisons. La peau du ventre, à part la coloration jaune, ne présente rien d'anormale. Il y a sensibilité à la pression à droite un peu en dehors du bord droit du muscle Rectus abdominis, et 1½ pouce en bas des côtes, aussi au creux épigastrique. A la fin de l'inspiration forcée le malade accuse une douleur dans cette dernière région, douleur qu'il compare à celle qui serait produite par quelque chose qui tirerait l'épigastre par en bas. La matité du foie s'étend depuis la 6e côte jusqu'à trois travers de doigt en bas des côtes. La rate ne présente aucune augmentation de volume. Le diagnostic fut : obstruction du canal cholédoque par un calcul biliaire. Une intervention opératoire fut proposée au malade qui accepta.

3 oct. 1895.—Opération

L'anesthésie fut commencée avec le chloroforme mais la respiration s'arrêtait si souvent que nous eûmes recours à l'éther, administré au moyen de l'appareil de Clover, après quoi nous n'eûmes aucun trouble avec l'anesthésie. Incision verticale, 3 pouces de long, sur bord externe du muscle droit de l'abdomen, partant des côtes. A l'ouverture du péritoine il est sorti un peu de liquide ascétique et le foie hypertrophié et bleuâtre se présenta dans la plaie. La vésicule biliaire n'était pas visible étant cachée par des fausses membranes et des adhérences entre les intestins, le grand omentum et le foie ; ce n'est qu'après avoir séparé ces fausses membranes et ces adhérences que j'ai pu voir la vésicule distendue par du liquide. Malgré l'anesthésie les muscles abdominaux étaient retracts et durs et m'empêchaient d'arriver à la vésicule et au

canal cholédoque. Je fis alors une nouvelle incision, médiane, verticale, de 3 pouces de long que je prolongeai plus tard de 2 pouces. Mais la difficulté d'atteindre le conduit cholédoque était encore tellement grande que je dus unir les deux incisions verticales par une transversale ; alors seulement ai-je pu séparer les adhérences et atteindre le conduit cholédoque, dans l'extrémité inférieure duquel, en arrière du duodénum, je découvris un gros calcul à peu près du volume de la 2e phalange du pouce. J'essayai de le pousser en bas dans le duodénum ou de le refouler en haut dans le canal cystique, mais sans succès. J'essayai ensuite de le casser ou de l'écraser mais inutilement. Alors, après avoir protégé les parties environnantes avec des éponges, j'incisai le canal sur le calcul dont la sortie fut suivie d'un écoulement assez considérable d'un liquide verdâtre et filant. En cathétérisant le conduit, je constatai qu'il était libre par en haut mais que son embouchure était encore obstruée par des calculs que je retirai avec des pinces. Il y en avait quatre. Après leur extraction le conduit était entièrement libre. Examinant alors la vésicule biliaire je trouvai que son col était bouché par un gros calcul que je ne pus ni pousser dans le conduit cholédoque, ni écraser. Je le laissai en place me proposant de l'ôter plus tard à travers la vésicule. Je fis une suture à deux étages de l'incision du canal cholédoque avec de la soie fine, et contre cette suture je plaçai un bout d'un drain dont l'autre bout sortait par la première incision de la paroi abdominale, j'entourai ce drain de gaze iodofornée. Par quelques points de suture je fixai la vésicule dans la première incision pariétale me réservant à l'ouvrir plus tard. Ensuite l'abdomen fut refermé par trois rangées de sutures et un pansement antiseptique fut appliqué.

Pendant tout le temps de l'opération les surfaces sectionnées saignèrent en nappe malgré les moyens hémostatiques employés ; ce qui avait mis le malade, très débilité d'avance, dans un état de faiblesse inquiétant. Je lui injectai dans la veine médiane basilique 48 oz. de sérum artificiel qui le remonta un peu.

Il passa une nuit assez agitée mais sans élévation de température. Il se faisait toujours un suintement considérable de sang entre les sutures, par le tube et autour de celui-ci. Cette hémorragie a entraîné la mort le 5 oct. Il n'y a eu aucune élévation de température mais simplement un affaiblissement continu. L'autopsie n'a pas été faite.

L'hémorragie est un des grands dangers des opérations chez les ictériques dont la jaunisse a duré un peu longtemps ; le sang présente peu de tendance à se coaguler. Pour en augmenter la coagulabilité on donne, aujourd'hui, pendant quelques jours avant l'opération, le chlorure de calcium à la dose de 30 grains toutes les quatre heures.

## REPRODUCTION

## Tuberculose pulmonaire et syphilis associés

Clinique de M. le Professeur JACCOUD.—Hôpital de la Pitié.

M. Jaccoud a montré à ses élèves un homme qui était entré à l'hôpital le 16 octobre dernier, présentant déjà à ce moment une détérioration organique très accusée. L'examen en révélait tout de suite la cause. Le malade toussait, il était amaigri, il perdait ses forces et à l'auscultation on constatait aux deux sommets et surtout en arrière, de gros râles sous-crépitants, c'est-à-dire des râles humides qui indiquaient une infiltration tuberculeuse étendue et avancée, en voie de ramollissement. De ce côté donc le diagnostic s'imposait et le malade se cachectisait sous l'influence d'une tuberculose pulmonaire parvenue au second degré de son évolution.

Ce cas semblait bien banal alors qu'au contraire il était très intéressant si l'on poussait plus loin l'examen. Cet homme en effet, accusait de lui-même de la gêne à la déglutition et en examinant sa gorge on apercevait des plaques muqueuses typiques siégeant au pharynx et aussi sur les parois de la cavité buccale.

Il y avait donc chez lui deux états pathologiques ; syphilis et tuberculose. Et de par cette dualité on ne pouvait plus sans autre

examen qualifier les lésions pulmonaires constatées à l'auscultation. On ne pouvait plus affirmer d'une manière certaine leur nature tuberculeuse et on en était réduit à subordonner le diagnostic soit à l'examen bactériologique, soit, si celui-ci était impossible, à l'influence du traitement spécifique. Dans le cas actuel on a soumis les crachats du malade au microscope et on les a trouvés remplis de bacille de Koch.

Il n'est pas rare de rencontrer la syphilis en remontant dans le passé des tuberculeux; mais ce qui était très intéressant chez ce malade c'est que la syphilis se développait en pleine activité à côté de la tuberculose. Aussi en présence de cas de ce genre faut-il établir avec toute la rigueur possible la chronologie des deux maladies et interroger très minutieusement les antécédents du malade avant d'instituer toute espèce de traitement.

Le malade avait contracté la syphilis en 1886. Il avait présenté à cette époque un chancre induré suivi, dans les délais voulus et par poussées successives, de tous les accidents secondaires classiques; et quand il est arrivé dans le service il y avait quelque temps déjà qu'il présentait des plaques muqueuses. En revanche il n'y avait dans sa vie, jusqu'alors, aucune condition pathologique qui le prédisposait à la tuberculose; son enfance n'avait pas été difficile comme l'est souvent celle des sujets qui deviennent plus tard une proie facile et un terrain préparé pour le bacille de Koch, et jusqu'en 1890 jamais il ne s'était plaint de sa tuberculose. A partir de cette époque il a toujours toussé en maigrissant et en s'affaiblissant peu à peu. Donc la syphilis est antérieure de quatre ans à la première manifestation bacillaire chez ce malade.

Ceci étant bien établi la question se pose: Cette association entre syphilis et tuberculose est-elle purement fortuite ou doit-on penser à une relation de causalité entre la maladie plus ancienne, la syphilis, et la maladie moins ancienne, la tuberculose? L'enquête chronologique étant très nette en est sur un terrain bien déblayé et on peut répondre carrément. Il n'est pas rare de trouver une association semblable et dans le même ordre chronologique que nous avons ici et dans ces cas le médecin ne doit pas penser à une association fortuite car il y a entre les deux maladies une relation de cause à effet. Cette relation n'est pas directe évidemment; mais une relation indirecte incontestable se fait par la modification organique que la syphilis imprime à l'individu. C'est un affaiblissement et une détérioration générale rendant l'organisme moins résistant aux agents pathogènes extérieures et la syphilis doit entrer comme toutes les autres causes de misère physiologique en ligne de compte dans l'étiologie de la tuberculose, car elle a, par-dessus toute autre maladie une influence fâcheuse sur l'économie.

Il faut donc conclure que la syphilis est une cause prédisposante de la tuberculose; c'est là le mot classique.

Voilà comment il faut comprendre l'association des deux maladies quand leur rapport chronologique est aussi net que chez cet homme.

Maintenant il y a un cas tout particulier qui n'est pas rare non plus dans lequel l'association des deux maladies est plus étroite et plus intime parce que c'est dans le parenchyme pulmonaire lui-même que s'unissent la syphilis et la tuberculose. Les observations de MM. Potain, Gougenheim, Jaccoud (1895) montrent que les lésions sont à peu près analogues dans l'une ou l'autre maladie. Ce sont d'abord de petits noyaux indurés qui se ramollissent ensuite pour laisser à leur place une perte de substance, une caverne plus ou moins grande. Donc l'association est absolument complète entre les deux processus pathologiques par la ressemblance des lésions concomitantes de chacune d'elles. De plus lorsque la syphilis seule a déterminé pour son propre compte des lésions pulmonaires ou broncho-pulmonaires c'est alors que le danger d'invasion tuberculeuse est à son maximum car les lésions syphilitiques servent d'appel au bacille de Koch et favorisent leur pullulation en créant un "locus minoris resistentiæ."

Et d'ailleurs si un sujet syphilitique a ses bronches et ses poumons

atteints d'une affection banale comme le catarrhe ou l'emphysème, indépendamment de ses lésions syphilitiques et par le fait même de sa syphilis il devient plus apte à contracter la tuberculose.

Maintenant l'intégrité des poumons étant très importante au point de vue d'une tuberculose postérieure possible, il est nécessaire d'être renseigné sur la date où la syphilis attaque le parenchyme pulmonaire. On a cru et enseigné (Lancereaux) que la syphilis ne pouvait toucher l'appareil broncho-pulmonaire que dans sa période tertiaire. Cela n'est pas tout à fait exact suivant M. Jaccoud. C'est bien surtout dans la période tertiaire sans doute, que, le plus souvent, la syphilis attaque le poumon; mais il existe des observations déjà assez nombreuses de médecins scandinaves (Lang, Schmitz) qui prouvent que la syphilis peut intéresser l'appareil respiratoire dès les premiers mois de l'infection, dès la période secondaire. M. Potain, en France, en a publié un exemple en 1893.

Et de plus l'appareil broncho-pulmonaire peut être touché dans les premiers temps d'une syphilis sans que le larynx ait été intéressé. Il ne faut donc pas attendre la période tertiaire pour penser à une lésion syphilitique du poumon qui peut être atteinte dès le début. Mais les lésions qui se produisent dans le parenchyme pulmonaire ne sont pas les mêmes pour la syphilis secondaire et la syphilis tertiaire.

La syphilis tertiaire revêt en général deux formes: la forme scléreuse et la forme gommeuse. Dans la première la partie du poumon envahie est dure, résistante, élastique, de couleur grisâtre, imperméable à l'air, semée de brides circonscrivant des dépressions d'où rayonnent plus ou moins loin des tractus fibreux. Les bronches sont plus ou moins englobées et étranglées dans ce tissu fibreux de néo-formation. Dans la seconde, on trouve au sein du tissu pulmonaire de petites masses de volume variable, arrondies, d'abord dures, opaques, d'un gris terne, qui ne tardent pas à se ramollir peu à peu. Leur contenu jaunâtre et gélatineux se verse souvent dans une bronchiole et s'évacue. Il se produit alors une caverne analogue à celle qu'on trouve dans la tuberculose et dont les parois sont entourées d'une zone scléreuse et tapissées d'une sorte de magma caséux. Voilà quelles sont les déterminations pulmonaires de la syphilis tertiaire.

Ce n'est pas là ce que produit la syphilis secondaire. On ne trouve ici que du catarrhe, de la bronchite syphilitique se traduisant par de la toux, de la dyspnée et une légère expectoration; mais on chercherait vainement des signes cliniques de condensation du parenchyme pulmonaire.

Cependant pour être complet il convient d'ajouter au catarrhe secondaire la pleurésie qui, en dehors de toute lésion du poumon et de la cage thoracique, peut se montrer comme l'expression de l'infection de la syphilis. Cela n'est peut-être pas aussi fréquent que le prétendent MM. Chantemesse et Vidal; mais cela se voit de temps en temps. Voilà pourquoi alors même que l'examen scrupuleux d'un malade révèle une syphilis à la période secondaire, il faut se préoccuper des accidents pulmonaires possibles comme on doit se préoccuper de l'état des reins et du cœur qui eux non plus, n'attendent pas toujours pour se prendre, la syphilis tertiaire; car l'âge de la syphilis est indifférent dans l'apparition des lésions viscérales.

Sachant cela, quand M. Jaccoud a vu par l'examen bactériologique que les lésions de son malade étaient de nature tuberculeuse, il a cherché s'il y aurait là, en outre, un catarrhe broncho-pulmonaire imputable à la syphilis. Il n'y en avait pas. Toutefois dans le cas particulier et en admettant même que l'examen bactériologique des crachats ne put être fait, on aurait été cependant fixé, quoique au bout d'un temps plus long, sur l'origine tuberculeuse des lésions pulmonaires par l'influence, nulle sur elles du traitement spécifique. Ce traitement antisiphilitique a été institué ici quand même, parce en supprimant la syphilis, c'est-à-dire une cause d'affaiblissement on avait chance d'améliorer la tuberculose. Au bout de trois ou quatre semaines les accidents de la bouche et du pharynx disparurent mais les lésions pulmo-

naires s'aggravèrent. A cette date donc un médecin privé des lumières de l'examen microscopique aurait été fixé sur le diagnostic à porter.

Chez ce malade il y a eu encore quelque chose de particulier, montrant l'indépendance des deux maladies dans leur évolution. On a en effet supprimé le traitement anti-syphilitique plus tôt que de coutume, parcequ'on constatait que l'affection pulmonaire devenait pyrétogène. La fièvre n'a pas cessé et a persisté jusqu'à la mort et on a vu l'infiltration passer au ramollissement complet en six semaines, alors que ces lésions tuberculeuses mettent ordinairement des années à évoluer. La phtisie de cet homme, d'abord chronique et lente, est devenue en quelques jours une phtisie galopante. D'ailleurs il ne faut guère compter, même par un traitement très actif, amener la guérison des lésions syphilitiques pulmonaires de la période tertiaire pas plus que celle des lésions syphilitiques du système nerveux central, parceque les éléments anatomiques ont subi des altérations trop profondes. S'il s'agit de catarrhe syphilitique et de période secondaire, on peut espérer encore ; mais en mettant une grande tenacité à appliquer le traitement qui agit d'autant mieux que la syphilis est plus jeune. Il faut dans ce cas le prolonger pendant deux ans et plus en l'entrecoupant d'intervalles de repos de temps en temps.

#### Clinique d'Accouchements et de Gynécologie

DE M. LE PROFESSEUR TARNIER

Bassin légèrement rétréci—Procidence du Cordon Ombilical—Version podalique—Enfant très volumineux—Basiotripsie.

La femme dont je veux vous entretenir aujourd'hui a accouché deux fois heureusement. Elle ne présente aucune trace de rachitisme, mais a un bassin légèrement rétréci, qui mesure 9,9.

Elle était entrée dans le service pour faire son troisième accouchement, et, cette fois, il y avait une procidence du cordon ombilical qui constituait une complication sérieuse. Nous avons une présentation du sommet en occipito-iliaque droite. Que fallait-il faire ?

Supposons un moment qu'il n'y eût pas eu de procidence du cordon. Vous vous seriez alors trouvés en présence d'une tête au détroit supérieur, avec un bassin d'un diamètre de 9,9. Vous aviez tout droit de supposer, que, les membranes étant rompues, l'accouchement allait, cette troisième fois, se faire comme les deux premières. Il était tout indiqué de rompre les membranes.

La conduite à suivre était donc celle-ci : Rupture artificielle des membranes et expectation. — Il était à supposer que la tête, après la rupture des membranes, franchirait le détroit supérieur et que l'on aurait un enfant vivant.

Si cependant l'accouchement ne s'était pas fait après un certain temps, on l'aurait terminé par le forceps, et si, enfin, le forceps n'avait pas suffi, s'il n'avait pas été possible de saisir la tête et de l'extraire avec cet instrument, on aurait fait la symphyséotomie.

Voilà comment on se serait comporté dans un cas ordinaire, dans un cas ne présentant pas la complication d'une procidence du cordon. Mais ici nous avons une procidence du cordon ombilical, c'est-à-dire une menace de mort pour le fœtus.

Dans ce cas spécial que doit-on donc faire ? — Il faut terminer l'accouchement le plus rapidement possible, voilà l'indication précise et, pour le terminer, deux moyens se trouvent en présence : la version podalique (par manœuvres internes) ou le forceps.

Le bassin, dans ce cas, n'était que légèrement rétréci, puisqu'il mesurait encore 9 centim. 9, et l'on pouvait se conduire comme s'il n'était pas rétréci du tout.

On avait, en somme, le choix entre la version et le forceps. M. Dubrisay a opté pour la version et, en cela, il a fort bien fait. Lorsque la tête est à moitié engagée dans l'excavation, on doit préférer le forceps ; mais quand elle n'est encore qu'au-dessus du détroit supérieur, il en est tout autrement. Dans ce cas, en effet, la tête n'est pas toujours facile à saisir, elle est souvent extrêmement mobile, fuit sous

le forceps, glisse entre ses branches et, en outre, — lorsque, comme dans ce cas, il y a procidence du cordon — on s'expose à exercer, entre la tête et les cuillères de l'instrument, une compression du cordon qui peut être fatale à l'enfant. Par conséquent, pour ces raisons fort sérieuses, il fallait éviter le forceps et la version était tout indiquée.

On avait, vous ai-je dit, une présentation du sommet en O. I. D.

Lorsque l'on introduit la main dans la cavité abdominale pour aller faire une version, quelle main doit-on choisir ? — Il faut employer la main qui peut le plus facilement aller saisir les pieds de l'enfant. Or, ayant une O. I. D., les pieds du fœtus devaient se trouver à gauche et c'était la main droite qui offrait le plus de facilité pour aller trouver les pieds. — Avec la main gauche, la manœuvre est beaucoup plus incommode, dans ce cas.

M. Dubrisay introduisit donc la main droite et fut assez heureux pour saisir les pieds et les amener tous les deux à la vulve. C'était donc parfait. Ramener les deux pieds, c'est un complet succès. — Il y a longtemps que, dans les versions que je fais, je n'en ai amené le plus souvent qu'un seul.

C'était donc très bien. Le fœtus, tiré par les pieds, a calbuté et l'occiput, qui était à droite, est passé à gauche. Tout continue à marcher à souhait : le bassin, le tronc sortent successivement, l'anneau ombilical apparaît à la vulve — on fait une anse au cordon, afin qu'il ne soit pas tirailé pendant la suite de l'opération ; la fin du tronc sort à son tour et il ne reste plus, dans les parties génitales, que la tête et les deux bras du fœtus qui se sont relevés sur elle.

Que faut-il faire dans ce cas ? — Il faut abaisser les bras l'un après l'autre et, en général, on doit commencer par abaisser le bras postérieur qui offre le plus de facilité, parce qu'il est moins gêné, moins serré.

Ce n'est qu'avec beaucoup de peine et après pas mal de temps que M. Dubrisay finit par abaisser le premier bras — le bras postérieur. Il voulut essayer de ramener le second bras, mais ses mains étaient fatiguées — ce qui arrive souvent dans les versions difficiles, lorsqu'on a dû faire de longs efforts — et il ne put pas parvenir à abaisser le bras antérieur. C'est dans ces cas là que l'on est heureux de ne pas être seul et d'avoir avec soi quelqu'un qui puisse continuer l'opération.

Mlle Hanicot se trouvait présente. Elle essaya à son tour d'amener le bras antérieur. Elle ne put pas y réussir. Alors que fit-elle ? — Je vous ai dit que le bras postérieur était plus facile à abaisser que le bras antérieur. Lorsqu'on ne peut avoir ce dernier, il est indiqué de faire tourner le fœtus, de lui faire exécuter un demi-tour et on transforme ainsi le bras antérieur en postérieur. C'est ce qui fut fait par Mlle Hanicot, qui put ainsi — non sans difficulté d'ailleurs — avoir le second bras.

Les deux bras étaient abaissés ; mais les deux bras abaissés, il fallait extraire la tête. Et comment faut-il s'y prendre pour cela ? — Deux manœuvres sont en présence pour obtenir ce résultat : La manœuvre de Mauriceau et celle de Champetier de Ribes. Dans le cas présent, on a eu recours concurremment aux deux.

En faisant tourner le fœtus pour porter le second bras en arrière, on avait l'occiput du côté où il était primitivement, c'est-à-dire à droite, de telle sorte que cet enfant a eu successivement l'occiput à droite, à gauche et de nouveau à droite.

On a donc introduit deux doigts de la main droite dans la bouche du fœtus (manœuvre de Mauriceau), et en même temps une aide montée sur le lit, exerçait à travers la paroi abdominale une pression sur la région frontale du fœtus (manœuvre de Champetier de Ribes). Rien n'y a fait. La tête restait au détroit supérieur sans pouvoir s'engager.

Mais tout cela a duré fort longtemps et l'enfant, qui avait souffert beaucoup, a fini par succomber.

L'enfant étant mort, que devait-on faire ? — Il n'y avait qu'à pratiquer la basiotripsie pour diminuer le volume de la tête fœtale et rendre son extraction plus facile. C'est ce que fit M. Dubrisay ; mais il n'y parvint pas sans rencontrer une certaine difficulté.

Après avoir placé mon perforateur, on a pu introduire la première branche de mon basiotribe à côté du perforateur et pratiquer le *petit broiement*. Voilà la première partie de l'opération terminée. Il s'agissait maintenant d'introduire la seconde branche. C'est ce que voulut faire M. Dubrisay ; mais il n'y parvint pas. Le passage était obstrué et les mouvements étaient absolument gênés par le volume même du fœtus. La seconde branche ne put être introduite.

Si j'avais été présent, si j'avais été à la place de M. Dubrisay, peut-être aurai-je fait comme il a fait lui-même, mais peut-être aussi aurais-je fait différemment. On aurait, par exemple, pu diminuer le volume du tronc en supprimant un bras, les deux bras, peut-être même les côtés. — Il va sans dire que dans aucun cas, jamais on ne séparerait *complètement* le tronc de la tête. Il faut laisser toujours la colonne vertébrale attachée à la tête afin qu'il soit possible d'avoir une prise pour exercer des tractions. Si, en effet, on séparait entièrement le tronc de la tête, cette dernière resterait libre et mobile dans l'utérus et on aurait plus aucune prise sur elle.

M. Dubrisay n'a d'ailleurs pas eu recours à ce procédé consistant à diminuer le volume du fœtus. Il a tout simplement retiré la branche de l'instrument introduite ainsi que le perforateur. La tête est devenue de la sorte plus facile à saisir ; elle est descendue dans l'excavation et l'accouchement s'est bientôt terminé.

Quelques instants plus tard le placenta est sorti à son tour ; la femme n'a pas éprouvé le moindre accident de suites de couches et elle a quitté le service en fort bon état.

Mais il est intéressant de se rendre compte de la cause qui est venue empêcher ce troisième accouchement de se faire comme les deux premiers. — Dans ce dernier accouchement, la dystocie a eu pour cause le volume exagéré de l'enfant. En effet, après le petit broiement et l'évacuation d'une partie de la matière cérébrale, cet enfant pesait encore 4.140 grammes, c'est-à-dire un poids dépassant de beaucoup la moyenne normale ; en outre, le diamètre bi-pariétal de sa tête, dont la mesure a été prise lorsqu'elle était à moitié vide, était de 10 centimètres. Or le bassin n'ayant que 9 centim. 9, on s'explique les difficultés de l'accouchement.

Certainement, si nous avions eu affaire à un enfant présentant un volume normal, nous ne nous serions pas heurtés à de la dystocie dans l'accouchement. Ici, l'enfant était fort gros et ce volume exagéré explique les difficultés très grandes rencontrées et pour abaisser les bras du fœtus et ensuite pour placer le perforateur.

Il y aurait une leçon fort intéressante à faire sur la conduite à tenir dans les cas de bassins compris entre 8 centim.  $\frac{1}{2}$  et 9 centim.  $\frac{1}{2}$ .

Jusqu'à ces dernières années, on s'en est tenu à dire que, dans ces cas-là, il n'y avait que deux moyens : la version et le forceps. — Mais quand faut-il faire la version et quand faut-il employer le forceps ?

Cette question — qui a sa grande importance — a été longtemps débattue. Les *combattants* sont arrivés de part et d'autre avec des arguments théoriques, des observations cliniques qui n'ont pas jugé définitivement la question. Les *belligérants* ont couché sur leurs positions et l'on peut dire que *adhuc sub judice lis est*.

Seulement aujourd'hui, à côté du forceps et de la version, il y a encore l'accouchement prématuré et la symphyséotomie, ce qui complique encore la question.

Dans le cas qui nous a occupé aujourd'hui, devait-on avoir recours au forceps ou à la version ? Les uns auraient choisi la version, mais les autres auraient préféré le forceps. On a fait la version et l'enfant est mort. Si l'on avait appliqué le forceps, l'enfant aurait-il succombé ? Je n'en sais rien.

Mais toujours est-il que voilà un fait qui est défavorable à la version.

## Bosses et bossus

(Leçon du Dr. BILHAUT, chirurgien de l'Hôpital International.)

Nos confrères liront avec le plus vif intérêt la remarquable leçon que l'éminent Dr Bilhaut, a faite devant un nombreux auditoire de praticiens de tous âges, à l'amphithéâtre de l'Hôpital International.

Il n'est bruit depuis quelques semaines, que du redressement des bossus et cette question partie de haut, de la tribune de l'Académie de médecine, reprise ensuite dans la grande presse a eu la faveur d'être l'objet d'une très sympathique attention. C'est au sujet des conclusions du Dr Calot qu'on a pu écrire : "*désormais il n'y aura plus de bossus.*" Gardons-nous des exagérations et, examinant la chose au point de vue de l'observation clinique, restons dans le juste milieu, celui qu'on attribue d'ordinaire à la vertu.

Notre distingué confrère de Berck a limité son travail exactement au mal de Pott et s'il n'a point parlé des autres gibbosités, il avait pour cela les meilleures raisons.

Il est bon de nous rappeler, en effet, que la bosse pottique n'est pas la seule qui vienne imprimer son cachet à la colonne vertébrale. D'autres bossos non moins désespérantes peuvent s'y produire ; ce sont la cyphose, ou dos rond, la scoliose ou épaule forte et la lordose ou ensellure exagérée. Tandis que les trois premières sont des bossos saillantes en arrière, la dernière ou lordose, a sa convexité tournée en avant. C'est en quelque sorte une bosse rentrante.

Les unes occupent le plan médian : cyphose, mal de Pott et lordose, une seule est latérale : la scoliose.

Elles n'éclatent point au même âge, et si l'on peut dire que le plus ordinairement le mal de Pott et la scoliose frappent les jeunes sujets, la lordose et la cyphose sont plutôt confirmées dans l'âge mûr et dans la vieillesse que dans les premières étapes de la vie. Evidemment il ne faut point trop généraliser sous peine de commettre de grossières erreurs et le chiffre des exceptions à la règle générale est assez élevé pour qu'il en soit tenu compte.

Les lésions anatomo-pathologiques de ces diverses affections sont assez dissemblables pour les différencier au point de vue de la pathogénie, de l'évolution et du traitement. Nous trouvons, pour les unes, une intégrité aussi complète que possible du tissu osseux ; nous n'y découvrons point les traces d'une désorganisation infectieuse. Sans doute, on mettra sur le compte du rachitisme, terme un peu vague, il est vrai, un ramollissement osseux capable de favoriser la déformation des vertèbres, au même titre que se courbent les os longs ; mais il n'en est pas moins vrai qu'il n'existe, en ce cas, aucune perte de substance et que les différences sur la longueur se composent par des acquisitions en largeur. Mais souvent on ne peut même pas mettre en cause le rachitisme, le ramollissement osseux, et dans ces conditions, force nous est de reconnaître que le squelette déformé n'en a pas moins de composition intime normale.

Dans le mal de Pott la scène change, nous trouvons une lésion osseuse manifeste : elle est d'origine infectieuse. Une véritable perte de substance se produit et dans certain cas, la vertèbre primitivement atteinte, puis celles qui l'avoisinent, sont profondément altérées, et, si nous nous en rapportons aux faits d'autopsie et aux pièces conservées dans nos musées d'anatomie, nous voyons que chez certains sujets la bosse pottique a été parfois le résultat de l'effondrement de plusieurs corps vertébraux.

En général, le mal se limite dans une seule région du rachis, il est exceptionnel de trouver deux foyers, l'un, par exemple, dans la colonne cervicale, l'autre dans la région lombaire.

Quelle est la nature de l'agent infectieux ? Beaucoup nous répondront sans hésiter : "le bacille de Koch, agent pathogène de la tuberculose." Pour eux, point d'exception ; le mal de Pott est toujours d'origine tuberculeuse. Sans doute, la pluralité des cas peut être rattachée à l'infection tuberculeuse, mais cliniquement, il faut tenir compte de faits spéciaux, de ceux par exemple où la maladie débute après une fièvre typhoïde, une fièvre scarlatine, une rougeole, un rhumatisme arti-

culaire aigu, etc., et où il existe une relation intime entre ces maladies et l'affection vertébrale. Au moment où la microbiologie nous révèle les nombreuses variétés de micro-organismes, agents de suppuration, où elle nous enseigne les premières notions concernant l'atténuation des virus, où elle nous décèle à la suite de telle maladie générale des affections locales, des phlegmons, contenant à l'état d'atténuation, les germes de la maladie générale, nous avons le devoir de ne pas synthétiser à outrance, et de ne point voir, à coup sûr, dans chaque cas du mal de Pott, une affection de nature tuberculeuse.

Déjà les anciens ont discuté longuement et passionnément sur le caractère de la lésion osseuse : carie pour les uns, elle était pour les autres une nécrose. Tout cela est oiseux et pour le clinicien, il faut surtout retenir les grandes lignes de cette affection, c'est-à-dire, sa marche ascendante, et la gibbosité, terme auquel elle aboutit presque fatalement, même dans les meilleurs cas ; il ne faut pas non plus perdre de vue les désordres qu'elle peut entraîner : abcès par congestion, paralysies, quelquefois mort par hécitité.

Je dois en passant faire allusion à l'opinion de plusieurs auteurs, la plupart américains, qui accordent aux traumatismes de la région du rachis, une part des plus importantes. Il est juste de tenir compte de cette appréciation, bien qu'il ne faille point lui accorder un crédit supérieur à ce qu'elle vaut. Il est bien difficile de ne point trouver dans les souvenirs d'un enfant, l'histoire d'une chute favorable à la théorie. Il faut, à mon sens, réduire notablement l'importance de ces faits.

L'hérédité joue un rôle important dans les cas où le mal de Pott est bien d'origine tuberculeuse ; mais à côté des faits nombreux, je le reconnais, où l'hérédité ne laisse aucun doute, combien ne voyons-nous pas de malades atteints de déviation angulaire de l'épine, chez qui les recherches les plus pressantes, les plus minutieuses ne font trouver aucun exemple de la tuberculose dans ses différentes formes, ni dans les ascendants, ni dans les collatéraux.

Quelle que soit la cause connue ou obscure, bacillaire à la manière de la tuberculose, ou de toute autre manière, peu n'importe, en somme nous nous trouvons en face d'une maladie à début insidieux, mal accusé, à évolution lente et à dénouement impitoyablement désastreux.

Désastreux, au point de vue des modifications énormes qui, la plupart du temps, vont se produire sur le squelette. Désastreux par le rapprochement bilatéral des côtes, par l'aplatissement du thorax dans son diamètre transverse et par la compression des organes qu'il renferme. Désastreux pour le ralentissement de la nutrition, qui se traduira par un arrêt ou tout au moins un retard de développement des sujets atteints de carie vertébrale. Désastreux par les troubles de circulation qui accompagnent le déplacement des vaisseaux et du cœur, le moteur principal. Désastreux par les troubles qui vont survenir dans l'innervation et dont souvent la paralysie sera une des formes les plus palpitantes. Désastreux par les modifications apportées au libre jeu des organes abdominaux, du fait même de l'affaiblissement du thorax et de la diminution de l'espace dévolu normalement aux viscères compris entre le diaphragme abaissé et la ceinture pelvienne normale. Désastreux enfin, par les suppurations parfois interminables qui se produisent et dont le terme est la mort par suite de fièvre et d'épuisement progressif de toutes les forces vitales.

Voilà pourquoi le mal de Pott a toujours été considéré comme une des maladies les plus sérieuses, comme la forme très inquiétante d'une affection à longue durée, à restauration aléatoire et à chances de guérison fort sujettes à caution.

Or, quels ont été les résultats des traitements employés jusqu'à ce jour ? Ont-ils amené la guérison à date fixe ? Ont-ils fait obstacle à la production de la bosse angulaire dont nous venons de parler ? Ont-ils lutté avec avantages contre l'affaiblissement des corps vertébraux ?

Je ne saurais m'attarder à rappeler les traitements anciens ; ils appartiennent à l'Histoire, et l'Histoire les a oubliés. Ce qui se faisait

du temps d'Hippocrate, de Galien, a été complètement abandonné, et nous devons nous contenter de voir ce qui s'est fait de notre temps.

Cela peut se résumer d'un mot : on a eu le plus profond respect pour la bosse. Partant de soi-disant principes anatomo-pathologiques, les cliniciens de notre siècle ont vu dans le mal de Pott une affection osseuse attaquant, et le plus souvent détruisant un ou plusieurs corps vertébraux. Ils n'ont vu et retenu que ce seul fait, et cela leur a suffi pour établir les bases d'un traitement qui ne comportait point la résurrection du corps vertébral à jamais disparu pour eux. Ils n'ont point songé au processus de réparation ; ils n'ont accordé aucune part à la compression des disques intervertébraux, à la disparition, à la destruction mécanique des corps, par une usure résultant d'une compression pathologique. Ils n'ont point compris la formule du Dr Olivier : " Un os malade peut guérir par les efforts de l'organisme." Aussi, il faut l'avouer, le traitement du mal de Pott manquait totalement de direction, d'unité, d'ensemble. Mettez ce malade au repos, disait-on aux parents des jeunes sujets qui ne présentaient qu'une gibbosité rudimentaire ; et bientôt on constatait une augmentation manifeste de la déviation angulaire. Alors on prescrivait de recourir au mécanicien orthopédiste et de lui demander un corset de correction. Or, comme le corset du meilleur modèle, de la meilleure fabrication, n'a jamais empêché une bosse de se développer, le mal cheminait à pas sûrs et l'angle de la gibbosité s'accroissait de jour en jour.

L'usage de la gouttière de Bonnet apparaissait à certains comme le remède suprême, mais là encore les plus amères désillusions vinrent souvent réduire à néant les pronostics les plus favorables.

Il y a quelques années, une méthode nous vint d'Amérique, formulée par le Dr Lewis Sayre ; elle fut vulgarisée en France, grâce au Dr Oscar Jennings qui, persévéramment, attira sur elle l'attention.

Il s'agissait d'un mode de maintien du thorax, grâce à l'application de bandes de tarlatane frottées de plâtre et imbibées d'eau, avant l'enroulement. Le *Jacket* construit d'après le principe de Sayre était un moyen fort ingénieux de lutter contre le progrès de la déviation.

Le patient, suspendu par la tête, soutenu par des courroies passant sous les aisselles, était enlevé à l'aide d'une moufle et subissait un allongement et un redressement partiel du rachis ; mais ce mode de traitement ne comprenait pas la réduction totale de la bosse.

Aussi, malgré l'application aussi parfaite que possible de ce corset, nous avons vu non seulement chez nos malades, mais chez ceux qui avaient reçu des soins dans divers hôpitaux de Paris, des gibbosités du Mal de Pott, atteindre un volume déplorable.

Parmi les malades que je vais du reste vous présenter aujourd'hui, il en est un, qui, soigné par un de mes confrères des Hôpitaux, a eu l'avantage d'avoir ses divers corsets faits par le chef de service lui-même. Ainsi que vous pouvez en juger, le résultat est désastreux ; la bosse angulaire comprend dans son développement huit apophyses épineuses.

Il y a quelques années le Dr de Saint-Germain disait dans une de ses cliques sur la chirurgie orthopédique : " Il faut absolument renoncer à redresser la bosse du mal de Pott ". Il résumait ainsi laconiquement la formule des divers chirurgiens de tous les pays. La vérité d'hier est devenue l'erreur d'aujourd'hui.

La bosse du mal de Pott a été l'objet de tentatives heureuses de réduction de la part du Dr Delore de Lyon. Pourquoi n'a-t-on pas donné aux travaux de ce chirurgien l'importance qu'ils méritaient ? La correction du torticolis postérieur, ou mal de Pott cervical, n'était-elle pas une démonstration évidente de ce que l'on peut obtenir, au prix d'efforts persévérants ? Le mémoire de Delore est signalé par de Saint Germain, dans le volume que nous venons d'indiquer, mais il est suivi d'une critique qui ne tend à rien moins qu'à le condamner... sans phrases.

Avec le Dr. Calot, le redressement du mal de Pott entre dans une phase nouvelle et pleine d'intérêt.

Dans un mémoire présenté à l'Académie, l'auteur s'appuie sur le

résultat de 37 observations recueillies avec le plus grand soin, et toutes suivies de succès pour conclure en disant que le mal de Pott doit être soumis aux lois thérapeutiques formulées pour les tumeurs blanches, de même nature. Il faut soumettre le rachis au redressement, comme on le fait dans les cas de tumeur blanche du genou, de coxalgie, etc. Le traitement est applicable, non seulement aux malades frappés depuis peu, mais à ceux qui sont en puissance de mal vertébral depuis plusieurs années.

Mais pour que la réduction se fasse complètement sans danger, il est nécessaire que le malade soit en état de résolution totale, grâce à l'anesthésie générale. Un effort plus ou moins marqué du chirurgien permet de corriger la bosse angulaire, et l'application d'un grand appareil plâtré, construit avec les bandes de Sayre assurera, pendant le laps de temps voulu le maintien en bonne attitude et la guérison en excellente direction.

L'opinion ancienne consiste à respecter la bosse qui s'est produite, à faire obstacle autant que possible à son développement. La caractéristique des conclusions du Dr. Calot, est qu'il faut empêcher la bosse d'apparaître et qu'une fois produite, il faut la réduire. J'ajouterai pour mon compte personnel que le mieux est d'intervenir au plus tôt.

Je me bornerai aujourd'hui, messieurs, à terminer cet exposé par des démonstrations pratiques qui vous prouveront la vérité des conclusions que je viens de rappeler et auxquelles vous souscrirez comme moi, j'en suis certain.

Deux opérations de redressement chirurgical du Mal de Pott ont été ensuite pratiquées; l'une par le Dr Bilhaut, suivant de point en point la technique du chirurgien de Berck, l'autre par le Dr Ch. Levassort, assistant du Dr Bilhaut et auteur d'un procédé de suspension par les pieds, qui facilite considérablement l'application du corset de correction.

DR DUMONT.

#### Traitement de l'Asthme en dehors de la période des accès

M. Barié, médecin de l'hôpital Tenon, vient d'exposer très heureusement (*Thérapeut. appliquée* de Robin, 1896, fasc. VII) le traitement de l'asthme en dehors des accès.

I. — Duclos (de Tours) a beaucoup vanté la *fleur de soufre* à la dose quotidienne de 0,50 centigr. à un gramme par jour. (A prendre le matin à jeun ou avant le déjeuner, pendant 20 jours par mois durant une période de 6 mois, puis 10 jours par mois pendant un ou deux ans). Cette médication dont le savant clinicien vante la "prodigieuse puissance" paraît plutôt applicable à l'asthme catarrhal.

II. — Les préparations *arsenicales* conviennent à certains asthmatiques herpétiques sous forme de liqueur de Fowler à la dose de deux à quatre gouttes aux repas; de granules de dioscoride d'un milligramme (acide arsénieux) à la dose de quatre par jour, ou encore sous forme liquide :

Eau distillée..... 300 grammes.  
Arséniate de soude..... 0,10 centigr.

Une cuillerée à soupe au commencement du principal repas.

Trousseau prescrivait le traitement un peu complexe qui suit :

a) Pendant dix jours, le soir en se couchant, une pilule, puis trois jours après, deux, et les quatre derniers jours, quatre de ces pilules :

Extrait de belladone..... } àà 0,30 centigr.  
Poudre de racine de belladone... }

Pour trente pilules.

b) Les dix jours suivants, *sirop de térébenthine* (une cuillerée à soupe, trois fois par jour), ou mieux trois capsules d'essence de térébenthine.

c) Les dix derniers jours, le malade est mis à l'usage des cigarettes arsenicales.

III. — Les *iodures alcalins* sont des plus efficaces, et c'est en Amérique que l'*iodure de potassium* a été prescrit par Green, d'après cette formule :

Décoction de polygala (15 gr.  
pour 500 d'eau)..... 100 grammes.  
Teinture de lobélie..... } àà 25 —  
Teinture d'opium camphré }  
Iodure de potassium..... 8 —

Deux à trois cuillerées à soupe par jour.

En France, "l'élixir-anti-asthmatique d'Aubrée" a été formulé par cet auteur de la façon suivante :

Racine de polygala..... 2 grammes  
Faire bouillir dans : eau..... 125 —  
Réduire ensuite à..... 60 —

Filter la décoction ainsi obtenue et ajouter :

Iodure de potassium..... 15 grammes.  
Sirop d'opium..... 120 —  
Eau-de-vie..... 60 —  
Teinture de cochenille (pour colorer)..... Q. s.

Chaque jour, trois cuillerées à soupe.

Dujardin-Beaumetz a simplifié cette formule (10 gr. de KI et de teinture de lobélie pour 550 grammes d'eau, à prendre par cuillerées à café). De son côté, M. Huchard a recommandé cette formule depuis longtemps :

Eau distillée..... 300 grammes.  
Iodure de potassium..... 15 à 20 gr.  
Teinture de polygala..... } àà 5 grammes.  
Teinture de lobélie..... }  
Extrait thébaïque..... } àà 0,10 centigr.  
Extrait de jusquiame..... }

Deux cuillerées à dessert, puis à soupe, par jour.

G. Sée pensait que, pour obtenir l'effet curatif, une dose moyenne de 2 à 3 grammes d'iodure de potassium est nécessaire pendant des mois. M. Barié préfère l'iodure à dose plus faible, d'après cette formule :

Eau distillée..... 100 grammes.  
Iodure de sodium..... 2 —

Deux à trois cuillerées à café par jour.

M. Barth donne la préférence à la formule suivante :

Eau distillée..... 200 grammes.  
Iodure de potassium..... } àà 10 gr.  
Teinture de jusquiame... }  
Extrait thébaïque..... 0,50 centigr.

Une cuillerée à soupe en se couchant.

Nota. — Au sujet de la formule de Barié, on doit faire la remarque que l'iodure de sodium est moins actif que le sel de potassium dans l'asthme. Dans la formule de Barth, la dose d'extrait est un peu forte, elle gagnerait à être abaissée à 0,20 centigr.

Dans le but d'éviter la saveur désagréable de l'iodure en préparation liquide, Barié a fait préparer une masse pilulaire de conservation parfaite, dont voici la composition :

Iodure de sodium (ou de potassium) 0,15 centigr.  
Térébenthine de Bordeaux..... 0,05 centigr.  
Opium brut..... 0,01 centigr.

Pour une pilule. Enrobage au baume de tolu. Une à trois pilules par jour.

(Ne pas oublier que parfois cette médication iodurée est mal tolérée et que, d'après Trousseau et Potain, elle a plutôt aggravé la maladie, surtout chez les névropathes).

IV. Nous ne parlons, ni de la *pyridine* qui agit plutôt pendant l'accès, ni de la *lobélie* le plus souvent infidèle, ni des *inhalations d'acide carbonique* ou *d'oxygène* dont l'action est incertaine, ni des *bains d'air comprimé*, lesquels réussissent seulement quand l'asthme est compliqué d'emphysème.

Pour les *eaux minérales*, il faut se rappeler que Pidoux reconnaissait trois éléments dans l'asthme : 1° un élément *nerveux* (l'asthme avec le spasme bronchite); 2° un élément *catarrhal* (asthme catarrhal); 3° un élément *organique* (l'emphysème). Suivant la prédominance de l'un ou de l'autre de ces éléments, les eaux arsenicales ou bicarbonatées sodiques, les eaux sulfureuses seront indiquées (H. Huchard).

L'important est de faire un diagnostic certain, et souvent on confond l'asthme simple avec la dyspnée paroxystique et symptomatique de l'artério-sclérose cardiorénale qui peut évoluer pendant des années d'une façon latente et en l'absence de la moindre trace d'albumine dans les urines. De là, des erreurs de diagnostic très préjudiciables aux malades, erreurs qui font envoyer ceux-ci à des eaux sulfureuses ou à des stations hydro-minérales à altitude trop élevée, cause d'accidents redoutables et parfois mortels.

Enfin, il ne faut pas oublier que, d'après l'opinion émise par M. Huchard (1896) l'asthme, même l'asthme dit "essentiel ou nerveux", est le plus souvent le résultat d'une intoxication presque toujours alimentaire; de sorte que la diététique de l'asthmatique a la plus grande importance, peut être une importance capitale dans le traitement de l'asthme en dehors de la période des accès. Il faut insister sur le laitage, le régime végétarien, et ne permettre aux asthmatiques que de la viande très cuite et non faisandée, en petite quantité, surtout le soir, parce que c'est surtout pendant la nuit que l'intoxication de l'organisme est à son maximum.—D. R.

#### Traitement de la constipation habituelle chez la femme

D'après un gynécologue allemand, M. le docteur L. Pincus (de Dantzig), la constipation chronique chez la femme serait fréquemment la conséquence de lésions du plancher pelvien, notamment du muscle releveur de l'anus et de ses aponévroses, lésions qui se produisent au cours de l'accouchement. En outre de cette constipation en quelque sorte traumatique et tout à fait spéciale au sexe féminin, la femme peut être atteinte, comme l'homme, d'une constipation d'origine nerveuse. Mais dans ce cas, ainsi que dans le précédent, il s'agit en définitive d'un affaiblissement fonctionnel des muscles qui président à l'acte de la défécation, de sorte que l'indication thérapeutique reste toujours la même. Elle consiste à tonifier, à exercer ces muscles, tout en supprimant complètement l'usage des purgatifs et des lavements, qui ne font qu'aggraver le mal.

Cette suppression des purgatifs ou "cure par abstinence", comme l'appelle notre confrère, constitue un point capital du traitement; elle doit être conduite avec énergie et persévérance.

Cependant elle exige quelques précautions. D'une part, elle est contre-indiquée dans les cas où certains symptômes ou bien les antécédents de la patiente font supposer l'existence de reliquats d'appendicite. D'autre part, chez les femmes très irritables ou lorsqu'il existe des signes d'une auto-intoxication par suite de coprostase (météorisme exagéré, acétonurie, indicanurie), la cure par abstinence ne peut être instituée qu'après une certaine préparation de la malade.

Dans ce but, lorsqu'il s'agit de femmes nerveuses, on administrera des bromures à la dose de 1 à 3 grammes par jour, pendant environ deux semaines, et on fera prendre, en outre, chaque jour un lavement calmant ainsi composé :

Asa foetida.....	2 grammes.
Jaune d'œuf.....	n° 1
Eau.....	75 grammes.

F. S. A.—Pour un lavement.

Au lieu de ces lavements, on pourra aussi employer des suppositoires contenant 0 gr. 02 à 0 gr. 03 centigr. d'extrait de belladone.

Si les muscles abdominaux sont contractés spasmodiquement, on fait appliquer sur le ventre, pendant une à trois heures par jour, un sac rempli de sable ou, ce qui est encore mieux, un gâteau de terre glaise pesant de 500 grammes à un kilogramme. La compression continue exercée par cette argile fraîche et humide dissipe le spasme en trois à huit jours.

Dans les cas d'auto-intoxication stercorale, on aura soin d'obtenir une évacuation aussi complète que possible de l'intestin. A cet effet on aura recours pendant plusieurs jours de suite à des lavements d'eau salée à 0.7% ou à des lavements d'huile pure. On administrera aussi

quelques doses d'huile de ricin, mais on se gardera bien de l'usage de tout autre purgatif.

Enfin, même chez les femmes qui ne présentent ni reliquats d'appendicite, ni érythisme nerveux, ni auto-intoxication d'origine fécale, on aura soin, avant d'instituer la cure par abstinence, de s'assurer qu'il n'existe aucune lésion utérine ou annexielle latente. Pour cela, on prescrira l'usage quotidien, pendant une semaine environ, d'irrigations vaginales avec 3 litres d'eau à 38° ou 40°, et l'on prendra exactement la température de la patiente : La moindre élévation du degré thermique survenant dans ces conditions doit être considérée comme une contre-indication formelle de la cure par abstinence.

Toutes ces précautions étant prises, on commencera le traitement curatif immédiatement après une période menstruelle. La malade devra se passer de toute espèce de purgatifs ou lavements évacuants; en même temps elle sera journellement soumise à un massage méthodique de l'abdomen, ainsi qu'à des exercices de gymnastique suédoise; la faradisation de l'intestin pourra également être employée avec avantage.

Certains petits moyens susceptibles d'abrégier la durée de la constipation qui résulte de l'abstention des purgatifs ne doivent pas non plus être négligés. C'est ainsi qu'on recommandera à la patiente de se présenter à la garde-robe chaque jour à heure fixe, même si elle n'éprouve aucun besoin; de faire matin et soir une trentaine de contractions du releveur de l'anus, comme si elle voulait retenir à tout prix une évacuation alvine imminente; de promener sur le ventre pendant cinq à quinze minutes, le matin avant le lever et le soir après le coucher, un sac rempli de cailloux pointus ou de rognures de fer. Enfin chez les femmes à ventre flasque et tombant, on pratiquera des frictions à la brosse sur les parois abdominales, on appliquera pour la nuit une compresse mouillée recouverte d'une étoffe imperméable et on fera porter une ceinture.

Sous l'influence de ces divers moyens, la "constipation curative," selon l'expression de M. Pincus, ne dure guère plus de trois à dix jours. Au bout de ce temps survient une première selle spontanée encore dure et peu copieuse, mais qui est suivie à des intervalles de plus en plus rapprochés d'évacuations de plus en plus molles et abondantes.

On parviendra ainsi à obtenir en l'espace de un à deux mois, y compris le temps nécessaire aux soins préliminaires, la guérison des constipations les plus opiniâtres et les plus invétérées.

#### Traitement de la hernie étranglée par l'usage simultané de la morphine et du bain chaud

L'administration hypodermique de morphine a été déjà recommandée pour faciliter le taxis dans les hernies étranglées, mais ce moyen est tombé dans l'oubli et certains traités de chirurgie n'en font même pas mention. Or, MM. les docteurs A. T. Bogaievsky et I. I. Roubtsov, médecins de l'hôpital de Kremenchoug, ont pu se convaincre qu'une injection de morphine, pratiquée à la dose de 0 gr. 01 centigr. au voisinage de l'orifice herniaire et associée à l'usage d'un bain chaud (37°5 à 43°5) de quinze à trente minutes de durée, a pour effet d'amener dans la grande majorité des cas la réduction des hernies étranglées en apparence irréductibles.

Sous l'influence de ce traitement, l'état du malade s'améliore d'une manière remarquable: les douleurs, les vomissements cessent, et bientôt survient un sommeil paisible durant lequel la hernie rentre souvent d'elle-même. Lorsque la réduction ne se produit pas ainsi spontanément, on l'obtient sans difficulté par le taxis.

Sur 17 hernies inguinales ou inguino-scrotales étranglées, ayant résisté au taxis et qui furent traitées à l'hôpital de Kremenchoug par la morphine et le bain chaud, la réduction de la tumeur herniaire a été obtenue 14 fois. Dans ces cas favorables, une seule injection a toujours suffi, sauf chez un patient auquel on dut pratiquer trois piqûres de morphine dans le courant de la même journée.

Dans les 3 cas où la morphine et le bain échouèrent, on eut recours à la kélotomie et l'on constata que le sac herniaire contenait, outre des anses d'intestin grêle, une portion d'épiploon chez deux malades et un testicule atrophié chez le troisième.

Il semble donc que le traitement par l'injection de morphine associée au bain chaud ne soit appelé à réussir que dans les hernies intestinales pures étranglées.

### Histoire d'un homme qui voyait par le nez (1)

Plusieurs auteurs de la fin du seizième siècle et du commencement du dix-septième rapportent qu'un homme, ayant successivement perdu les deux yeux, s'était appris à voir par le nez et à reconnaître ainsi ce qu'il présentait à cet organe.

Ce récit semble, au premier abord, fabuleux et faire suite aux nombreuses croyances irraisonnées du moyen âge. L'on pourrait encore croire qu'il s'agit de quelque chose de semblable aux supercheries dont nos magnétiseurs modernes se sont servis pour mystifier le public ; supercheries qui ont eu pour effet malheureux de maintenir trop longtemps les savants en méfiance et de retarder ainsi de près d'un demi-siècle l'étude scientifique des phénomènes hypnotiques. Le cas dont nous nous occupons ici n'est pas une fable. Loin d'être mystérieux, il a contribué à corroborer dès sa naissance la théorie du mécanisme de la vision.

Voici en quelques mots l'histoire de cet homme. C'était un habitant de la campagne qui avait eu le malheur de perdre l'œil droit quand il était encore enfant. Parvenu à un âge un peu plus avancé, un jour qu'il était monté sur un cerisier, il tomba de cet arbre et son visage vint heurter le sommet d'un piquet qui émergeait d'un buisson. Le choc fut si violent, que le nez, la joue et l'œil gauche avec ses deux paupières et le sourcil furent horriblement mutilés. Le chirurgien appelé à le soigner crut que le globe de l'œil avait été complètement arraché et qu'il devait être adhérent au piquet.

Un an plus tard, quand tout était déjà cicatrisé, notre homme, se chauffant au soleil au milieu de l'herbe, s'aperçut qu'il distinguait, par la cavité du nez, la clarté du jour et la couleur des fleurs qui l'entouraient. Dès ce moment il s'exerça pendant cinq ou six ans de suite à regarder avec son nez, qui devint pour lui l'organe de la vision. Il finit ainsi par distinguer tous les objets, pourvu qu'ils fussent placés en bas, car il était insensible à toute lumière venant d'en haut.

Remarquons que les organes qui furent brisés comprenaient à la fois le sourcil et le nez, et que par conséquent la rencontre du visage avec le pieu n'avait pas dû se faire dans la direction de l'axe de l'œil, mais très obliquement. Si donc les humeurs de l'œil se sont écoulées au dehors, et si en même temps la paroi inférieure de l'orbite a été percée, les membranes, et en particulier la rétine, ont pu être préservées au fond de l'œil.

Quand toutes les plaies ont été guéries, que les paupières cicatrisées ont eu fermé en avant la cavité oculaire, il a dû rester dans la boîte osseuse une petite ouverture mettant cette cavité en communication avec les fosses nasales. Le cas de cet homme voyant par le nez, qui passait à juste titre pour merveilleux, reçut ainsi une application rationnelle. Il servit de preuve expérimentale à la théorie par laquelle la rétine est assimilée à l'écran de la chambre noire des physiciens, où viennent se former les images des objets extérieurs, même en l'absence de tout milieu réfringent, pourvu que les rayons lumineux ne puissent y arriver qu'après avoir traversé une ouverture très étroite (1)

E. DONLIOT.

1. Nous faisons nos réserves sur les opinions émises par les anciens auteurs et relatives à la vision. Mais elles sont intéressantes au point de vue de l'histoire de la science. (N. de la D.)

2. Voir Zahn, *Oculus artificialis teledioptricus*. — Nuremberga, 1702.

### Posologie infantile

ACIDE CHLORHYDRIQUE.—S'administre dans les dyspepsies hypo-acides avec fermentations anormales.

	Par jour
De 0 à 15 mois. ....	½ à II gouttes
De 15 mois à 3 ans...	II à IV —
De 3 à 5 ans.....	IV à X —
De 5 à 10 ans.....	X à XX —

#### Potion :

Acide chlorhydr. officinal..	1 grammes
Eau distillée.....	200 gr.
Sirop de limon.....	50 gr.

Une ou plusieurs cuillerées à café après les repas.

DIGITALE.—Tonique du cœur, diurétique.

1° Poudre de feuilles de digitale, s'emploie en macération dans l'eau.

	Par jour
De 6 à 15 mois....	0 gr. 01 à 0 gr. 05
De 15 m. à 3 ans....	0 gr. 05 à 0 gr. 10
De 3 à 5 ans.....	0 gr. 10 à 0 gr. 20
De 5 à 10 ans.....	0 gr. 20 à 0 gr. 30

La macération, bien supérieure à l'infusion, s'opère par le séjour 12 ou 24 heures de la dose quotidienne de poudre dans 60 ou 100 gr. d'eau froide.—Passez dans un linge fin et donnez en une fois.—Ne pas prolonger la médication au delà de cinq jours.

#### 2° Teinture de digitale,

	Par jour
De 6 à 15 mois....	1 à III gouttes
De 15 mois à 3 ans..	III à X —
De 3 à 5 ans.....	X à XV —
De 4 à 10 ans.....	X à XX —

#### 3° Sirop de digitale,

	Par jour
De 0 à 2 ans.....	Abstention
De 2 à 5 ans.....	5 à 10 grammes
De 5 à 10 ans.....	10 à 30 —

4° Digitaline cristallisée.—Ne s'emploie pas au-dessous de 5 ans. De 5 à 10 ans, on pourra donner X à XII gouttes de la solution au 1/1000, ce qui fait 1/5 ou 1/4 de miligr. de digitaline cristallisée.

FER.—Spécifique de la chlorose, il ne devient donc utile qu'aux approches de la puberté. Il ne convient pas à la première enfance, comme l'a dit M. J. Simon. Pourtant les Français administrent l'iodure de fer aux scrofulo-tuberculeux, et les Allemands prescrivent les préparations ferrugineuses aux hérédosyphilitiques, même lorsqu'ils sont âgés de moins de deux ans. Il n'est pas prouvé que ces deux pratiques soient utiles.

1° Protoxalate de fer.—La meilleure préparation quand il s'agit de traiter la chlorose.

	Par Jour
De 0 à 15 mois....	Abstention
De 15 mois à 3 ans..	0 gr. 01 à 0 gr. 15
De 3 à 5 ans.....	0 gr. 05 à 0 gr. 15
De 5 à 10 ans.....	0 gr. 15 à 0 gr. 25

2° Iodure de fer.—On emploie surtout le sirop d'iodure de fer aux doses suivantes :

	Par Jour
De 0 à 1 ans.....	Abstention.
De 1 mois à 2 ans....	5 à 15 grammes
De 2 à 5 ans.....	15 à 20 —
De 5 à 10 ans.....	30 à 60 —

3° Tartrate ferrico-potassique.—La plus soluble des préparations de fer.

	Par Jour
De 0 à 1 an.....	Abstention.
De 1 à 2 ans.....	0 gr. 10 à 0 gr. 20
De 2 à 5 ans.....	0 gr. 20 à 0 gr. 50
De 5 à 10 ans.....	0 gr. 50 à 1 gr.

#### 4o Hémoglobine soluble.

	Par jour
De 1 à 2 ans.....	0 gr. 20 à 0 gr. 30
De 2 à 5 ans.....	0 gr. 50 à 1 gr.
De 5 à 10 ans.....	1 à 2 grammes.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## CAS DE PLACENTA PRÆVIA

Observation lue devant la Société Médicale de Québec par M. le docteur  
P. V. FAUCHER

Permettez-moi de vous lire ces quelques notes, prises à la course au premier instant de liberté, et qui sont utiles à l'intelligence de cette pièce pathologique (?). (1).

Le premier de mai de cette année, je suis appelé auprès de M<sup>de</sup> S. M., qui vient d'être frappée d'une hémorragie utérine assez abondante, et passe plusieurs caillots, parmi lesquels je trouve cette pièce, qui me paraît n'être rien autre chose qu'un œuf avorté au commencement de la grossesse. Cette femme grande, grosse, brune, et d'une santé robuste a eu ses dernières règles du 18 au 23 septembre dernier, et tout s'est passé sans accident jusqu'à ce jour.

Le fœtus qu'elle porte est vivant, car il est facile d'en percevoir les bruits du cœur et les mouvements actifs.

La parturiente en est à sa neuvième grossesse, les huit premières ont été normales et les accouchements rapides et bien.

Comme peu après mon arrivée, ce jour-là, l'écoulement sanguin s'arrête, je laisse la femme au repos et recommande de revenir me chercher à la première alarme.

Le 27 mai survient une hémorragie légère, qui cède de suite au repos. — On perçoit bien encore les bruits du cœur du fœtus et ses mouvements.

Le 28 au soir on vient me chercher, me disant que la malade se meurt; cinq minutes après j'arrive auprès d'elle et je la trouve exsangue, dans un état syncopal, avec un pouls de 144.

J'introduis de suite la main dans le vagin, et trouve le col entrouvert, laissant toucher un placenta que je crus inséré marginalement en avant: car en poussant le doigt sous le pubis, je ne pus rencontrer que des cotylédons et non les membranes, lesquelles je rattrapai facilement en arrière, et rompis de suite.

L'amnios s'écoule et l'hémorragie cesse instantanément.

J'injecte ensuite près de 12 onces de sérum artificiel dans le tissu cellulaire; je fais des injections rectales stimulantes, et je puis ainsi arriver à un pouls de 120, puis de 114, vers 4 heures de l'avant midi.

Le col commence à se dilater maintenant, mais avec lenteur, car la présentation est transverse, la tête à droite et en avant.

Cependant, en dépit d'injections rectales et sous-cutanées, le pouls remonte à 160, le cœur faiblit, la respiration se ralentit et la mort survient vers midi.

J'aime à vous citer ce cas, que je crois intéressant à plusieurs points de vue.

Tout d'abord cette femme au début avait tout probablement une grossesse gémellaire: l'un des deux conçus a avorté, et l'autre a continué sa croissance. L'expulsion le 1<sup>er</sup> mai de cette pièce, que j'ai tout lieu de croire le reste d'un œuf, confirme cette manière de voir. En effet cette petite masse a la forme complète d'un avorton: membranes, placenta et liquide amniotique. Il ne faut pas non plus oublier que le fœtus, presque à terme, vivait encore le 27 au soir. D'ailleurs la disposition particulière du placenta dont le cordon s'insère complètement sur le bord, laissant immédiatement à côté et en dessous de son insertion une cavité indépendante ayant contenu visiblement l'œuf avorté, vient bien à l'appui de cette opinion.

(1) M. le Dr Faucher montre à l'assemblée un placenta dont le cordon renversé s'insère tout à fait sur le bord, et que M. le président appelle avec beaucoup de justesse "placenta en raquette."

Immédiatement au-dessous du cordon, à son insertion, on voit une cavité parfaitement distincte, ayant contenu quelque chose d'étranger à sa propre substance, tel qu'un kyste ou une mole.

A part ce placenta il nous présente une petite masse charnue ressemblant beaucoup au reste d'un œuf.

Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer une photographie de ces pièces.

Pinard, citant un cas d'insertion vicieuse du placenta, dit dans une de ses cliniques: "Y avait-il là une insertion centre pour centre, comme on pourrait l'admettre, et comme d'ailleurs quelques accoucheurs l'admettent aujourd'hui? — Je n'ai jamais, pour ma part, rencontré ce mode d'insertion, et, dans le cas actuel, je ne l'admets pas davantage."

Et certains autres auteurs nient encore le fait.

Cependant ici le fait est indéniable, si nous appelons centre pour centre l'insertion du placenta sur le col utérin, vis-à-vis le point d'origine du cordon, ce qui était dans le cas présent parfaitement facile à constater.

Il m'est arrivé trois fois, dans ma courte pratique, de rencontrer une grossesse gémellaire, pendant laquelle un des fœtus est mort sans interrompre le développement normal de l'autre.

Chez les trois, l'accouchement a commencé par l'œuf mort.

J'ai cru voir là un besoin et un empressement de la nature, ou plutôt des organes maternelles, de se débarrasser d'un œuf sans vie.

Mais je suis amené tout naturellement à me demander par quel mécanisme la matrice parvient à conduire cet œuf mort, (quoique ce dernier soit souvent englobé par l'œuf vivant plus volumineux) jusqu'au col de l'utérus et à le chasser, parfois sans interrompre définitivement la grossesse, comme dans le cas que je viens de vous narrer.

Du même coup considérant le rapport des deux œufs chez cette femme, on pourrait peut-être arriver à la cause au moins de quelques placentas prævias, sinon à la cause générale.

La mère a conçu de deux jumeaux: l'un est mort et sa croissance s'est arrêtée; l'autre a continué à se développer, et a fini par envelopper complètement son frère.

La matrice, continuellement irritée par ce corps devenu réellement étranger, l'a poussé elle-même ou plutôt a permis sa descente au col. Cette petite masse charnue, emprisonnée sous le placenta de son voisin plus heureux, s'est glissée lentement, en entraînant ce délivre jusqu'à l'ouverture de l'utérus.

Le col agacé a réagi et quelques contractions sont survenues: d'où décollement partiel du placenta, déchirement de la petite capsule qui enveloppait cet œuf et hémorragie, laquelle a bientôt cédé, aussitôt ce corps chassé.

Ce mode d'idée semble bien concorder avec les faits et la disposition des deux œufs.

Le placenta, même à première vue, frappe par la direction toute particulière de ses vaisseaux, par l'insertion renversée et marginale du cordon, et par la place qu'occupait l'œuf mort sous ce cordon et quelque peu sous le placenta.

Un médecin de Chicago, le Dr Edward Warren Sawyer, en octobre 1890, suggère l'idée d'une rotation partielle de l'œuf dans les premiers temps de la grossesse comme cause de placenta prævia, en s'appuyant sur le fait que l'insertion marginale du cordon est une disposition relativement fréquente dans cette anomalie.

Il est admis que l'œuf n'est pas très fermement attaché aux dévidua, dans les premiers temps de la grossesse: d'où il n'est pas impossible qu'une violence transmise à la matrice pourrait réussir à le détacher partiellement, causant sa rotation sur son axe en bas, et à le loger dans le segment inférieur de l'utérus.

Les villi du chorion, qui se sont détachés, se sont atrophiés, pendant qu'une nouvelle zone du chorion est venue en contact avec la paroi utérine, et de nouveaux villi se sont développés.

Le site du placenta aurait été transféré ainsi de la zone supérieure à une zone inférieure.

En outre ces anomalies se rencontrent généralement chez des multipares à gros ventre, chez celles qui ont souffert d'endométrites, etc.

Voilà autant de conditions qui militent en faveur de cette théorie d'une rotation de l'œuf comme cause de placenta prævia.

De plus, le fait que dans les grossesses gémellaires où l'un des fœtus avorte, on voit l'accouchement commencer par l'œuf mort, c'est-

à-dire que le premier il s'offre à l'orifice utérin, n'est-il pas une forte présomption en faveur de cette théorie ?

Le cas que je viens de vous relater n'est peut-être pas sans intérêt non seulement au point de vue théorique, mais même pour la pratique.

Car si la cause du placenta prævia réside quelquefois dans une disposition semblable, il y aurait peut-être certaines indications particulières, telles que celles de reconnaître, si possible, la présence d'un œuf sans vie ou d'un kyste placentaire vis-à-vis le col utérin, et d'aider peut-être l'expulsion de cette petite tombe toujours menaçante pour l'infortunée qui la porte.

## REPRODUCTION

### De la Sacro-Coxalgie et de son traitement

Par M. CLAISSÉ

La sacro-coxalgie, ou arthrite tuberculeuse sacro-iliaque est souvent méconnue surtout à son début, en raison du peu d'intensité que présentent à ce moment ses principaux symptômes. Aussi M. CLAISSÉ a-t-il exposé avec soin, dans le *Journal des Praticiens*, le tableau de cette affection.

La douleur est le premier symptôme qui attire l'attention du malade ; mais ce premier signe est bien variable. Le plus souvent on a affaire à une névralgie causée par l'irritation des nerfs sortant du sacrum, irritation due soit à la compression par les fongosités, soit à la propagation de l'inflammation voisine.

Ordinairement, dès le début, l'articulation elle-même est douloureuse : douleur continue, même nocturne dans le décubitus dorsal, plus souvent douleur réveillée seulement par la pression des os, pendant la marche, la station assise. La pression pratiquée à trois travers de doigts en dehors de la crête sacrée la réveille nettement.

C'est à ces douleurs qu'il faut attribuer les contractures des muscles de la fesse ou du psoas, la claudication, les attitudes vicieuses.

Telle est la première phase de la maladie ; la deuxième est caractérisée par l'apparition d'une tuméfaction. Un empâtement se forme à la fesse, au niveau de l'articulation ; il est mou, œdémateux. Dans le bassin, il est décelé à la face antérieure de l'articulation par le toucher rectal.

La suppuration ne tarde pas à s'établir, des abcès remplacent cet empâtement en on entre dans la troisième période de la maladie. Ces abcès fument lentement à froid, soit directement en arrière, à travers le fessier constituant un abcès en bissac, ou en remontant vers lombes, ou en descendant vers l'ischion ; plus souvent ils sont d'abord intrapelviens et vont, en suivant le psoas, s'ouvrir au pli de l'aîne, ou bien passant par l'échancrure sciatique soulever le pli fessier, ou enfin s'étendre dans l'espace pelvi-rectal supérieur.

Ces abcès s'ouvrent bientôt, une ou plusieurs fistules s'établissent. Les douleurs ont presque toujours disparu par décompression des nerfs ; en revanche, l'état général s'aggrave et la mort est, à brève échéance, de règle si l'on n'intervient pas, mort par cachexie due à la suppuration, mort enfin par méningite spinale ou ulcération des vaisseaux du bassin.

Le diagnostic différentiel est facile avec l'arthrite rhumatismale, blennorrhagique, infectieuse, syphilitique, avec l'hystérie, le mal de Pott classique, la coxalgie, les tuberculoses osseuses de l'iléon, de l'épine sciatique, du sacrum, des vertèbres. En dehors des commémoratifs il faut bien préciser le siège maximum de la douleur à l'extérieur et à l'intérieur du bassin ; c'est sur ce siège anatomique que reposera le diagnostic.

On insistera, à toutes les périodes, sur le traitement général ; suralimentation raisonnée, huile de foie de morue, cure d'air si l'on peut.

Au début, lorsqu'on a affaire à une lésion encore sèche, sans extension, on la traitera comme toute arthrite tuberculeuse à cette période, par l'immobilisation : le repos de l'articulation est obtenue par

le décubitus dorsal ; on empêchera ses mouvements par un appareil (plâtré ou autre) prenant la partie inférieure du tronc, le bassin ainsi que la cuisse du côté malade.

Dès la période d'empâtement il faut intervenir chirurgicalement, car les fongosités aboutissent à la formation d'abcès. À plus forte raison le chirurgien doit-il prendre son bistouri, quand il y a des abcès ou des fistules.

L'intervention doit être radicale.

L'incision sera parallèle au grand axe de l'empâtement ou de l'abcès ; elle sera longue : il faut se faire un large chemin. On suivra les fistules en extirpant leur paroi : elles conduiront jusqu'à l'articulation : on trouvera des points osseux dénudés, excavés ; on les enlèvera à la curette. On suivra les lésions osseuses avec la gouge et le maillet ; souvent on sera conduit de la sorte jusque dans le bassin. On examinera avec soin la face antérieure du sacrum et de l'os iliaque et enlèvera toutes les parties malades.

Ce n'est que lorsque de toutes parts on ne rencontre plus que l'os et des tissus mous sains, et après avoir fait une exploration intra-pelvienne suffisante, que l'on doit s'arrêter. Le délabrement peut paraître considérable ; habituellement pourtant la lésion osseuse est assez limitée pour que l'on ait pas à redouter des suites éloignées fâcheuses au point de vue fonctionnel.

Ce nettoyage fait, on bourrera l'excavation de gaze stérilisée, en diminuant ou non la plaie superficielle par quelques points de suture : la poche se ferme très rapidement.

Mais cette opération peut être contre indiquée soit par l'état général du malade qui ne pourrait en supporter les frais, soit par d'autres tuberculoses osseuses qui la rendraient peu utile. On devra alors se borner à ponctionner les abcès, à traiter aseptiquement les fistules. Une lésion pulmonaire peu avancée n'interdit pas une intervention dont l'état général du malade tire un grand profit, en supprimant la suppuration.

### Un cas de Fibrome naso-pharyngien chez la vieille femme.—Traitement par le curettage du naso-pharynx.—Guérison.

Communication faite à la Société belge d'otologie par le Docteur H. GAUDIER.

Il y a deux mois environ, venait nous trouver, à notre clinique, une femme de 60 ans, porteur d'une volumineuse tumeur naso-pharyngienne, s'accompagnant de troubles de l'audition, surdité et bourdonnements. Par l'examen rhinoscopique antérieur, il était facile de voir que la narine gauche était obstruée en sa moitié postérieure par une masse grisâtre ; la narine droite était intacte ; cependant la respiration nasale était presque impossible. En effet, le toucher complétant l'examen rhinoscopique postérieur faisait constater dans le cavum une masse mamelonnée, rosée, le remplissant presque tout en entier et refoulant fortement en avant le voile du palais. Cette masse, de consistance inégale, saignant après l'examen, s'implantait par une assez large base sur l'apophyse basilaire et probablement aussi sur la première vertèbre cervicale.

Le doigt la délimitait assez facilement, car on pouvait la contourner en avant, sauf au niveau de la choane gauche, obstruée par un prolongement, en arrière et sur les côtés. Le volume de la tumeur pouvait être approximativement celui d'une mandarine moyenne. Au point de vue de l'état général, la malade se portait bien, n'avait nullement maigri ; il n'y avait pas de ganglions, et c'est surtout pour la surdité qu'elle venait nous consulter. La question d'une intervention devait se poser, mais quelle intervention ? Un chirurgien consulté précédemment lui avait proposé une résection du maxillaire gauche ou, à défaut, une intervention par la bouche, en fendant largement le voile du palais. Nous voulions une opération plus bénigne, et nous nous sommes adressé pour l'ablation de la tumeur au curettage du naso-pharynx, fait comme nous allons l'indiquer.

Tout d'abord, pas d'anesthésie, l'opération étant excessivement rapide, et, de l'avis de la malade, en somme peu douloureuse.

La malade, assise sur une chaise, étant bien maintenue, on lui fait ouvrir la bouche largement et l'on déprime fortement la langue avec un abaisse-langue ordinaire, de manière à bien voir le fond. La main droite tient une curette que nous avons fait construire spécialement pour cela : c'est une curette à végétations adénoïdes, du modèle de LERMOYER, mais beaucoup plus large, de manière à enlever le plus de tumeur possible d'un seul coup, car il faut aller vite. Auparavant on aura préparé à portée de la main de l'eau glacée, de l'eau oxygénée et une bande de gaze iodoformée d'un mètre de long sur trois doigts de largeur.

La curette introduite derrière le voile du palais, et c'est en réalité un nettoyage analogue à celui des végétations adénoïdes que l'on fait là, contourne la tumeur, s'insinuant entre elle et le voile du palais jusqu'à ce que son rebord supérieur mousse ait atteint la voûte pharyngée au dessous des choanes. A ce moment, par le mouvement bien connu de tous ceux qui ont opéré des végétations à la curette, conservant le contact de la curette avec la voûte pharyngée, poussant le manche très fortement d'avant en arrière, puis de haut en bas, on pratique un véritable morcellement de la masse de la tumeur, qui doit être enlevée en trois ou quatre coups. Je reviens sur ces quelques points : il faut une curette très forte et déployer une grande énergie de manière à entamer le périoste lui-même : c'est un raclage des plus énergiques. La curette ne doit pas être retirée du cavum ; la malade étant bien maintenue et la bouche largement ouverte, les fragments de tumeur tombent sur l'abaisse-langue, et de là coulent au dehors, où on les recueille.

Et l'hémorragie ? Eh bien, elle a été insignifiante : presque pas plus de sang que dans l'ablation des végétations adénoïdes ; mais à la condition que la curette râcle en plein périoste en dehors de la tumeur. Nous avons été étonnés dans notre observation de la facilité avec laquelle nous avons enlevé une pareille masse, et le tout en une minute à peine ; l'écoulement du sang que nous nous tenions prêt à arrêter au moyen d'un fort tamponnement, ne dura que quelques instants, et l'absorption de deux ou trois verres d'eau glacée y mit fin. Le prolongement nasal avait été coupé en deux. Nous pratiquâmes le toucher pharyngien après l'opération pour constater si tout était bien enlevé ; au niveau de la partie postérieure de l'apophyse basilaire, le doigt sentait l'os dénudé. Le fragment resté dans la narine fut rejeté dans un effort de mouchement.

Les suites opératoires furent des plus simples : gargarisme au phénolsalyl au 1/100<sup>e</sup> et huile mentholée par les narines. L'ouïe revient presque immédiatement, les bourdonnements cessèrent après une bonne douche de POLITZER. La malade ne revient qu'au bout du dixième jour, sans avoir saigné et se portant très bien. Nous l'avons revue le 17 juillet, deux mois après l'opération, et le toucher ne nous a rien permis de constater.

L'examen anatomo-pathologique des fragments, pratiqué par nous dans le laboratoire du docteur SURMONT à la Faculté de médecine, a permis de constater qu'on se trouvait en présence d'une tumeur fibreuse avec des points de dégénérescence sarcomateuse (prolongement nasal) et de nombreux vaisseaux.

Cette observation nous a paru intéressante à publier :

1° Par la rareté des tumeurs fibreuses à cet âge (VERNEUIL en a publié deux cas à soixante-deux et soixante-quatre ans chez la femme ; d'un autre côté PLUYETTE nous montre que c'est surtout dans l'âge adulte que ces tumeurs existent chez la femme) ;

2° Par la nouveauté de l'intervention qui n'exige pas de mutilation préliminaire, qui ne demande qu'un appareil à la portée de tous ; nous insistons en ce point sur l'énergie du curettage et sa rapidité ;

3° Par ce fait que malgré la tradition il n'y a pas eu, pour ainsi dire, d'hémorragie, cela tenant selon nous à la profondeur du curettage nettement périosté (ces tumeurs saignent lorsqu'on taille en plein dans leur masse).

Par conséquent, ce procédé nous paraît devoir remplacer avanta-

geusement les opérations si graves faites par la face ou par la bouche et l'électrolyse ; il pourrait peut-être ne pas être applicable aux cas où les sinus sont envahis par la tumeur, mais il donnera d'excellents résultats, nous en sommes sûr, toutes les fois que la diagnostic précoce nous aura mis en présence d'une tumeur nettement pharyngée avec ou sans prolongements nasaux.

#### Des médicaments qu'il ne faut pas prescrire en cachet

Par BRICEMORET Chef du laboratoire de pharmacologie à la Faculté de médecine.

Depuis longtemps on a pris l'habitude d'administrer dans des cachets de pain azyme, les médicaments dont la saveur désagréable provoquait, chez certains malades, une répugnance instinctive et les acquisitions multiples que l'art de guérir fait tous les jours, dans le domaine des composés chimiques organiques, n'ont pas peu contribué à mettre le sceau à la vogue dont jouissent à l'heure actuelle les cachets médicamenteux.

C'est qu'en effet, les corps dits aromatiques contribuent, pour la plus large part, à cet enrichissement de l'arsenal thérapeutique et on sait que ces produits sont doués d'une saveur amère assez désagréable, parfois même brûlante, qui impose, en quelque sorte, au praticien la nécessité de les soustraire au contact de la muqueuse buccale du patient, tels sont l'antipyrine, les naptols, pour ne citer que les plus connus prescrits journellement en cachets.

Ces avantages ne sont pas les seuls que présentent les cachets. Il est facile et même utile d'administrer, par ce moyen, des substances insolubles telles que le sous-nitrate de bismuth dont la dissociation par l'eau des potions ne doit pas être sans influence sur son action thérapeutique et une foule d'autres corps, de nature pulvérulente, s'accommodant mal des différentes formes pharmaceutiques dont il serait possible de revêtir leur administration.

Il semblerait donc que l'emploi du cachet médicamenteux ne présente que des avantages : possibilité d'administrer, sous un petit volume, une dose massive de substance active sans avoir recours, à la potion ou à la solution, de conservation souvent difficile, et dont le volume effraye parfois le malade, surtout lorsque le traitement doit être de longue durée : atténuation et même suppression de la saveur désagréable de la drogue : certitude pour le médecin que la préparation se dissociera pendant son trajet dans le tube digestif.

Il ne faudrait pas croire toutefois que l'emploi de cette forme pharmaceutique soit exempt d'inconvénients. Un grand nombre de substances prescrites en cachets présentent, sous cette forme, des incompatibilités d'ordres divers, d'ordre physico-chimique, d'ordre physiologique.

Je serai bref pour les incompatibilités de cette dernière nature. Je laisse, à d'autres plus autorisés que moi en la matière, le soin de faire ressortir ce que présente de fâcheux pour la muqueuse gastrique l'abus immodéré du salicylate de soude, de l'antipyrine administrés en cachet.

Il n'est pas rare de voir prescrire, à l'heure actuelle dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, de 6 à 8 grammes de salicylate de soude, en cachets de 1 gramme, dose à répartir dans les 24 heures, par fractions généralement de 2 grammes.

Or, la dissociation du cachet dans l'estomac va mettre immédiatement en contact une portion donnée de sa muqueuse avec la dose de 2 grammes de salicylate de soude. La présence du sel en nature va se manifester par une douleur de pression, un malaise gastrique qu'accompagnent parfois des nausées et des vomissements : l'action irritante du salicylate de soude sur la muqueuse stomacale peut même aller jusqu'à déterminer des ulcérations (A. Robin).

L'action souvent fâcheuse de l'antipyrine sur la digestion doit être, dans un très grand nombre de cas, mis sur le compte de son administration en cachets.

On attribue, en effet, les phénomènes douloureux, les vomissements que peut provoquer l'antipyrine, comme le résultat d'une action de contact. Il est facile de comprendre que ce contact sera assuré d'une façon parfaite lorsque les deux capsules de pain azyme, venant à se rompre dans l'estomac, mettront en liberté les cristaux d'antipyrine qu'elles renferment.

Pour réduire au minimum l'action topique de ces deux substances, il est de toute nécessité de proscrire pour elle la formule en cachets.

Le salicylate de soude devra être administré, dilué dans au moins 20 fois son poids d'eau. L'antipyrine sera avec avantage prescrite dissoute dans un verre d'eau de Vichy, qu'on pourra au besoin rendre gazeuse, au moment de l'emploi, à l'aide d'une trace d'acide citrique.

On pourra également avoir recours aux formules suivantes :

Pour le salicylate de soude :

Salicylate de soude.....	6 à 8 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères..	60 —
Curaçao.....	30 —
Eau distillée.....	60 —

A prendre dans les 24 heures ; chaque dose devra être mélangée à 1/2 verre d'eau gazeuse.

Pour l'antipyrine, on pourrait retirer de bons résultats de l'emploi de cette potion de Rivière modifiée :

Potion n° 1.

Antipyrine.....	4 grammes
Bicarbonate de potasse.....	2 —
Sirop de sucre.....	15 —
Eau distillée.....	45 —

Potion n° 2 :

Acide citrique.....	2 grammes
Eau distillée.....	50 —
Sirop de limons.....	15 —

Chaque cuillerée à bouche de la potion n° 1 représente 1 gramme d'antipyrine ; on administre une cuillerée de la potion n° 1, puis une cuillerée de la potion n° 2.

Pour des causes différentes mais non moins importantes, au point de vue pratique, il existe toute une série de substances médicamenteuses qu'il ne faut jamais prescrire en cachets.

Ces composés possèdent des fonctions chimiques différentes, il est donc préférable pour l'étude des incompatibilités qui nous occupent de les réunir en trois groupes.

Le premier groupe renferme les substances déliquescentes absorbant facilement l'humidité de l'air et formant avec le cachet une pâte plus ou moins fluide.

Le deuxième groupe comprend les corps dont le mélange donne naissance à un composé de consistance fluide, se conduisant avec le cachet comme les corps du premier groupe.

Dans le troisième groupe, seront rangées les substances décomposées par l'oxygène de l'air et dont les produits de décomposition colorent le cachet.

Dans le premier groupe rentrent :

1° Les phosphates acides et leurs dérivés les phosphoglycérates.

L'acide phosphorique ordinaire est un acide tribasique c'est-à-dire qu'il peut, en se combinant avec les bases, donner trois séries de sels, des phosphates mono, bi et tribasiques. Avec la chaux, par exemple, il donnera un sel tricalcique, un sel bicalcique, un sel monocalcique.

Les deux premiers sels constituent des poudres blanches, inaltérables, qu'on peut très facilement formuler en cachets. Il n'en est pas de même du troisième qui constitue des lames nacrées, extrêmement déliquescentes qu'il est impossible d'envelopper de pain azyme. Le phosphate de potasse, tel que le fournit le commerce, a été préconisé par Dujardin-Beaumez comme succédané du phosphate de chaux. C'est une substance avide d'eau qui, mise en cachets, ne tarderait pas à tomber en déliquium.

Je n'ai pas à insister ici sur le phosphate acide de soude ; ce sel, qui est surtout un produit de laboratoire, n'est pas utilisé en thérapeutique.

Parmi les dérivés des phosphates acides, il en est un que sa grande solubilité dans les liquides de l'organisme (en dehors de ses propriétés thérapeutiques sur lesquelles je n'ai pas à m'étendre ici) fait employer fréquemment, le *glycéro-phosphate de soude*.

En raison même de sa constitution, comme tous ses congénères (glycéro-phosphate de chaux, etc.) ce sel est assez peu stable, et bien que la question de savoir si, pur, il est susceptible d'être conservé, sans altération sensible, à l'état solide, soit loin d'être tranchée, je crois qu'il est préférable, à l'heure actuelle, de s'abstenir, de le formuler en cachets. Des cachets de 0.25 c. de ce sel prescrits à un malade, formaient une pâte fluide 24 heures après leur préparation.

2° *Le bromure de sodium*. Ce sel est assez souvent prescrit en cachets ; desséché ou non, il est très déliquescent et ne saurait, par conséquent, se prêter à cette manipulation.

3° *Le chlorure de calcium cristallisé* qu'il ne faut pas confondre avec le chlorure de calcium fondu. Ce sel, utilisé en Allemagne, contre les démangeaisons chroniques, absorbe plus ou moins lentement l'humidité atmosphérique.

4° *Le chlorure de strontium*. Ce corps, mis en cachets, se conduit comme le sel précédent.

5° Parmi les ferrugineux à la mode, le *citrate de fer ammoniacal* et le *tartrate ferrico-potassique*, sels s'altérant assez lentement à l'air ; il est donc préférable de s'abstenir, de les prescrire en cachets soit seuls, soit associés à d'autres substances.

6° *La pipérazine* et le lysidine que leur extrême déliquescence rend d'un maniement difficile.

7° *Le chloral* qui ne tarde pas à couvrir de taches huileuses les cachets qui en contiennent.

8° *Les extraits végétaux secs* et en général les produits préparés par évaporation dans le vide. Parmi les extraits, l'extrait sec de quinquina désigné encore sous le nom de sel essentiel de Lagaraye est prescrit assez souvent.

Son mode de préparation le rend extrêmement avide d'eau. Mise en cachets, la liquéfaction de cette préparation est déjà sensible au bout de 24 heures.

A côté des extraits secs, je placerai : a) *les peptones sèches* préparées par évaporation dans le vide. Comme les substances précédentes, les peptones absorbent l'humidité de l'air et se liquéfient ; b) *les extraits d'organes animaux* desséchés dans le vide.

Dans le second groupe, je rangerai les corps qui seuls ne sont pas altérables à l'air, mais qui, mélangés, donnent des composés extrêmement avides d'eau, tombant en déliquescence : tel est le mélange d'antipyrine et de salicylate de soude.

J'ai vu prescrire les cachets suivants :

Antipyrine.....	0.30 centigrammes
Salicylate.....	0.30 —
Bicarbonate de soude.....	0.25 —

Pour un cachet, en préparer 20 semblables.

Deux jours après leur préparation, les cachets ne formaient plus qu'une masse pâteuse, complètement inutilisable.

Les dernières recherches de Patein sur les combinaisons de l'antipyrine et des acides oxybenzoïques ont confirmé ce fait, connu depuis quelque temps, que l'antipyrine donne avec le salicylate de soude, un salicylate double de soude et d'antipyrine, sel très déliquescent. Cette propriété rend donc impossible son administration en cachets.

Dans le dernier groupe, rentrent les iodures alcalins et alcalino-ferrux et les aristols.

Les iodures de potassium et de calcium s'altèrent à l'air, le premier assez lentement, le second très rapidement et mettent de l'iode en liberté qui, au contact de l'amidon renfermé dans la trame du cachet de pain azyme, colore plus ou moins son enveloppe. L'iodure de sodium partage également cette propriété ; de plus, comme le bromure de sodium, il est très déliquescent.

Les aristols, dérivés iodés des phénols, doivent une bonne partie de leurs propriétés à leur faible stabilité, à la facilité avec laquelle ils peuvent mettre en liberté l'iode qui entre dans leur molécule.

Mis en cachets, ils se décomposent assez rapidement grâce au contact de l'air et colorent également leur enveloppe.

En résumé, les substances que je viens d'énumérer ne doivent pas être prescrites en cachets. Je n'ai pas à insister sur les nombreuses formes pharmaceutiques qu'elles peuvent revêtir. Les aristols pourraient être administrés en capsules gélatineuses. Pour la pipérazine, on pourrait, à mon avis, formuler la potion de Rivière modifiée dont j'ai donné plus haut la formule, en ayant soin de mélanger les deux solutions dans un demi-verre d'eau, ayant leur emploi.

### De l'alimentation des tuberculeux

Par le professeur GRANCHER

M. le professeur Grancher a déjà exposé que, pour guérir, le tuberculeux a besoin non seulement de la ration d'entretien, mais aussi de la ration de guérison. L'importance que l'éminent professeur attache à l'alimentation chez ces malades l'a engagé à développer complètement ce sujet et à en régler les détails.

Le médecin, dit-il, doit apprendre à chaque malade à choisir les aliments et le régime qu'il lui faut ; ce qui revient à dire que chaque malade a besoin, sur ce point, d'une consultation spéciale et détaillée, car aucun d'eux ne commence sa cure au même point, avec le même estomac et le même régime antérieur ; de sorte que les retouches ou les changements à apporter à l'alimentation varient dans chaque cas.

Le praticien doit donc avoir présent à l'esprit le classement des aliments par ordre de digestibilité et de nutritivité. Le bon aliment, en effet, est celui qui se digère vite et nourrit fortement.

M. Grancher place en première ligne la *pulpe de viande crue*, qui peut être prise en boulettes roulées dans le sucre, dans du bouillon tiède ou froid, en tartines avec ou sans confitures, mélangée à un peu d'eau-de-vie ou à un jaune d'œuf sucré et aromatisé au punch, ou mieux encore, mélangée à une purée de pommes de terre ou de lentilles. Le véhicule est indifférent, mais ce qui ne l'est pas, c'est la préparation. Aussi le professeur a exposé en détail ce point capital.

On emploie la viande de bœuf, et on lui fait subir trois manipulations successives : le raclage, le pillonnage, le tamisage.

1° Avec un couteau à la lame mousse on racle la surface de la viande, en enlevant à mesure la trame fibreuse, et on obtient ainsi de la raclure de viande à longs filaments.

2° On pile cette viande dans un mortier de pierre, de verre ou de marbre.

3° Puis on l'étale sur un tamis à purée et on l'écrase doucement sur le tamis avec un spatule ou une cuillère. Ce qui passe dans le tamis et une *pulpe* de viande, sans filament et sans grumeaux, d'une digestibilité et d'une nutritivité parfaites. Dans la saison froide, on peut préparer le matin la provision du jour à la condition de la conserver en lieu frais. Mieux vaut cependant, même en hiver, quand on le peut, la préparer au moment même des repas, car elle s'altère facilement. Cette préparation *extemporanée* est indispensable en été.

Certaines personnes préfèrent recourir à la viande de mouton par crainte du ténia. M. Grancher ne partage pas cette appréhension d'abord parce que le pilon brise le plus souvent les œufs du ténia, ensuite parce que quatre-vingt-cinq fois sur cent on se débarrasse du ténia avec un jour de diète lactée suivie, le lendemain, d'une dose de pelletiérine et d'un purgatif. En outre il a, devers lui des exemples de tuberculeux chez lesquels le ténia semble avoir été beaucoup plus utile que nuisible. Aussi il souhaiterait à beaucoup de tuberculeux de prendre le ténia avec le formidable appétit qui l'accompagne souvent.

Ces qualités de digestibilité de la pulpe de viande crue et son pou-

voir digestif, sont tels que cette substance doit faire avec les œufs, le fond de la "ration de guérison" parce que, à dose de 100, 150, 200 grammes et plus, elle ne surcharge nullement l'estomac, se prend avec les repas ordinaires, à titre de supplément, ou en dehors des repas sous forme de goûter, se digère vite et s'assimile admirablement. Elle est très supérieure aux poudres de viande et aux peptones.

Il faut savoir cependant, surtout aux débuts, l'interrompre de temps en temps, pendant quelques jours, s'il survient de la diarrhée ou du dégoût. Au besoin il faut baisser la dose, quitte à l'augmenter ultérieurement progressivement.

Le jus de viande obtenu par la compression de petits morceaux de bœuf, légèrement cuits, peut être employé pendant quelques jours chaque mois au lieu et place de la viande pulpée pour éviter que les malades ne se dégoûtent de cette substance. Mais il faut bien savoir que le jus de viande est composé surtout d'eau, d'un peu d'albumine, de sels et de matière colorante du sang. C'est un aliment très inférieur à la pulpe, au lait, et même aux œufs.

Les poudres de sang et le sang pur bu à pleins verres à l'abattoir n'inspirent qu'une confiance limitée à M. Grancher et il les écarte *a priori* du régime de ses malades.

Au contraire, les poissons, et surtout les poissons maigres, à chair fine, tels que la sole, le merlan, le brochet, la limande sont un excellent aliment très azoté et d'une digestibilité parfaite, sauf pour quelques estomacs qui ne peuvent supporter aucun poisson.

Les œufs sont un aliment aussi précieux que la viande crue, parce qu'ils contiennent beaucoup d'azote et une graisse très divisée et très assimilable. Quand les tuberculeux supportent mal les graisses animales et même le beurre—ce qui arrive trop souvent—le jaune d'œuf, associé ou non à la crème de lait, devient une précieuse ressource.

Comme premier déjeuner, M. Grancher recommande deux ou trois œufs à la coque, presque crus, battus dans un verre, que le malade avale et digère très facilement. On peut y ajouter un peu de café, au lait et quelques biscuits ou du pain grillé, ou de la pulpe carnée ou de la viande froide, ou remplacer le lait par du bouillon. Cela dépend de l'appétit du malade et de la façon dont il digère ce premier repas qui doit être nourrissant mais léger, car il importe que l'estomac soit vide et dispos à l'heure du repas de midi, le plus important de tous.

Le lait, en petite quantité, 150 à 200 grammes, est aussi un bon aliment, mais très inférieur aux deux premiers, parce que sous le même volume il contient infiniment moins d'azote. M. Grancher le considère surtout comme un adjuvant de la cure, comme le véhicule des grands aliments : viande, œufs, farineux, et l'ordonne volontier, en boisson, aux repas, à la condition qu'il soit pris en petites gorgées et sans dépasser 200 à 250 grammes. C'est aussi un excellent aliment de repos, quand l'estomac est fatigué et qu'il convient de le mettre quelques jours à une diète relative. Mais ce serait une erreur d'en faire, à aucun moment, la base du traitement de la tuberculose. Le lait, parfait pour un tout jeune enfant parce qu'il est adapté à ses forces digestives et résume toute la nutrition, tous les aliments, à cette période de la vie, ne suffit, tant s'en faut, ni à la ration d'entretien d'un adulte, ni surtout à la ration de guérison d'un tuberculeux.

Ce qui est vrai du lait de vache l'est aussi des laits d'ânesse et de chèvre. Le premier, plus léger, plus sucré, moins gras, convient surtout au régime de repos pour un estomac surmené.

Il est indispensable que le lait soit stérilisé ou simplement bouilli, à condition que l'ébullition ne précède la consommation que d'une heure au maximum, c'est-à-dire le temps nécessaire pour que le lait se refroidisse. Ce n'est pas assez de faire bouillir une fois le matin la provision de la journée, il faut encore, surtout en été, recommencer avant chaque prise de lait qui s'altère avec une facilité extrême. Cette ébullition ne tue pas tous les germes, mais elle tue tous les pathogènes, t cela suffit, surtout pour un adulte dont l'intestin n'a pas susceptibilité de l'intestin d'un enfant. Bouilli ou stérilisé, le lait est au moins aussi digestible que le lait naturel.

Les céréales fournissent un complément d'alimentation précieux et avec les légumes verts permettent d'éviter la satiété. Le pain contient 6 à 7 0/0 d'albumine et 55 0/0 d'hydrates de carbone. Mais de toutes les céréales c'est le riz que recommande surtout M. Grancher, mais cuit de la façon suivante. A une quantité de riz connue, ajouter une égale quantité d'eau chaude et faire bouillir le tout vivement jusqu'à épuisement de l'eau. Cela dure une demi-heure en moyenne. Puis on retire du feu le riz, dont les grains ont grossi, mais sont restés indépendants, et on assaisonne avec un peu de graisse très chaude et du sel. Ainsi préparé le riz est un aliment dont la digestibilité est parfaite.

Les légumes secs, bien divisés et pulpés, c'est-à-dire débarrassés de leurs celluloses, sont de bons aliments, ainsi que les pommes de terre et les pâtes alimentaires.

Quant aux légumes verts, sauf leur utilité non contestable pour le fonctionnement du gros intestin, on peut les considérer comme des aliments forts médiocres, composés surtout d'eau, de cellulose et de chlorophylle.

Le tuberculeux qui doit utiliser toutes ses forces digestives pour sa guérison, ne fera des légumes verts qu'un usage modéré. Même réduits en purée et bien cuits, même assaisonnés sobrement à la crème, au jaune d'œuf, et au sel, par exemple, ils nourrissent fort peu et ont, comme les légumes secs du reste, l'inconvénient de provoquer des fermentations intestinales excessives et une flatulence quelquefois pénible et même douloureuse. Mieux vaut en user modérément et chercher dans le pain, les pommes de terre, les carottes peut-être, les céréales surtout, les résidus nécessaires aux contractions intestinales et à la défécation. Ces aliments ont en outre l'avantage de laisser au repos les organes annexes de la digestion, notamment le foie, que surmène un régime trop carné.

En somme le régime des tuberculeux doit être mixte avec prédominance de substances azotées.

La meilleure boisson sera l'eau de source pure ou additionnée d'un peu de vin blanc ou de bière. Le lait—à la dose d'un verre au plus—est indiqué quand l'estomac est fatigué. La bière de Malt est quelquefois utile et aussi les boissons chaudes thé léger et café. Il n'y a point de règle fixe. C'est affaire de discernement.

#### Traitement des adéno-phlegmons de l'angle de la mâchoire

Par le Dr ABOU chirurgien des hôpitaux.

Quand il s'agit du cou et qu'on n'a pas la pratique de la chirurgie on est toujours timide. Il y a de quoi. Cependant on ne peut tout abandonner à la nature, surtout quand il s'agit d'un abcès, et que des décollements sont à craindre.

Pour les suppurations à l'angle de la mâchoire, il y a toujours moyens de se tirer d'affaire à son honneur. Il faut savoir ce qu'on a à faire et le savoir bien ; c'est un premier gage de succès.

Le diagnostic est fait, il s'agit bien d'un adéno-phlegmon, de cette bosse rouge, chaude, douloureuse, etc., qui semble une glande sous-maxillaire tuméfiée—alors, précisément, quand la glande n'a rien, que les ganglions de sa loge sont seuls malades.

Deux questions se posent : Faut-il inciser ? Et comment !

Il faut inciser s'il y a du pus, c'est évident. Mais reconnaître le moment où un ganglion enflammé est devenu purulent constitue une première difficulté. Elle n'est pas si difficile à résoudre. Quant tout y est : rougeur, chaleur... et fluctuation, on est bien tranquille, il y a du pus. J'ajouterai qu'il y en a depuis longtemps, qu'on a beau coup trop attendu, que le malade a déjà trop souffert, que la guérison sera trop lente, la cicatrice trop large. Il ne faut pas attendre que le flot de pus devienne perceptible sous la peau, car il y en a depuis longtemps dans le ganglion, avant qu'il y en ait autour. Et, pour reconnaître que le pus est formé dans le ganglion, on n'a qu'à se reporter à ce petit tableau de malade, très court, mais très sûr : notre

homme a mal à la tête, il n'a pas dormi, la peau est œdémateuse. Ces trois signes sont excellents. Notons toutefois que la céphalalgie et l'insomnie ont pu exister, pour disparaître ensuite ; mais alors notre abcès est déjà gros, il pointe et fluctue. Nous sommes déjà en retard pour opérer, hâtons-nous.

Nous voici donc à l'opération. On la ferait bien vite, et sans crainte, s'il n'y avait pas certain voisinage de carotide, de faciale, de linguale. Tout cela effraie quiconque a un peu oublié ses dissections.

Passons donc l'inspection de ces organes dangereux. De la carotide interne et de la jugulaire, pas un mot ; elles sont trop loin, vraiment, et ne risquent rien. Les nerfs ?... le bistouri n'en rencontrera pas. De même pour la linguale. C'est très profond, une linguale, très caché, très reculé. J'en appelle à ceux qui, jadis, la cherchaient en médecine opératoire, et effondraient le pharynx pour la trouver (car elle repose sur lui, tout à fait profondément). On ne la blesserait pas, même le voudrait-on.

Restent carotide et faciale. Tournez la tête à droite et cherchez votre carotide gauche. Elle est en arrière de l'angle même de la mâchoire, en arrière du paquet de ganglions, en arrière, par conséquent, de l'abcès. Si vous n'allez pas fouiller avec votre pointe, délibérément, en arrière de l'angle, vous ne risquez rien, absolument rien. Restons donc en avant de l'angle, si peu que ce soit, d'un demi-centimètre si on veut : cela suffit pour n'avoir rien à craindre de la carotide, la tête étant toujours tournée du côté opposé à celui où on opère. Ce détail—rotation de la tête—mérite d'être souligné, car il est très important.

La faciale est plus rapprochée, on peut l'attendre si on ne sait pas où elle est ; ce ne serait pas un bien grand accident, mais il est facile de l'éviter. On peut la blesser en deux points. D'abord sur le bord de la mâchoire, quand elle apparaît juste en avant du masséter ; mais notre abcès est au-dessous de la mâchoire (voir le côté opposé pour s'orienter et prendre ses mesures), nous resterons donc au dessous du corps du maxillaire. On peut encore atteindre la faciale en un autre point, plus reculé, je veux dire juste au dessous de l'angle même de la mâchoire. Voilà une nouvelle raison, avec la carotide de tout à l'heure, pour éviter cet angle, et inciser en avant de lui.

Récapitulons ces différents points. Pas d'incision sur le corps du maxillaire (faciale). Pas d'incision en arrière de l'angle (carotide). Pas même d'incision sur la verticale abaissée de l'angle (faciale). Celui qui incisera à un centimètre au-dessous du corps de la mâchoire et à deux centimètres en avant de l'angle pourra opérer sans crainte. Il ne blessera rien. Il y a bien encore la veine faciale, mais ce n'est qu'une veine, sa blessure est innocente : d'ailleurs, on passera à côté en suivant scrupuleusement ce que j'ai dit plus haut.

Cela dit, précétons à notre petite opération. Malade couché, bien entendu, par crainte des syncopes. Tête appuyée sur un drap plié, non pas sur un oreiller, pour offrir un point d'appui solide. Face tournée du côté opposé, pour bien exposer la région et bien laisser la carotide en arrière. Un aide maintient la position de la tête. Incision verticale à UN CENTIMÈTRE au-dessous du corps du maxillaire, à DEUX CENTIMÈTRES en avant de l'angle, d'emblée jusqu'au pus, c'est-à-dire profonde de deux centimètres environ. Il est inutile de la faire longue : une très petite voie (15 millimètres) suffit au drainage parfait. Si le pus jaillit, c'est bien. Sinon, le bistouri retiré est remplacé par la sonde cannelée qui débride à l'aveugle, c'est possible, mais ne blesse rien. Le pus qui puisse arriver, c'est qu'il ne sorte que du sang, pas de pus ; ce pus est seulement intra-ganglionnaire et se fera jour le soir, le lendemain. Après ouverture, un drain, assez gros pour entrer à frottement, enfoncé de deux centimètres, et fixé en place par une épingle de nourrice mise en travers. C'est par ce drain qu'il sera très utile de faire, matin et soir, un lavage avec une solution de choral à 4 pour 100, avec la petite seringue urétrale (bouillie) par exemple. Bien entendu, pansement humide pendant les trois ou quatre premiers jours de la suppuration. Quand celle-ci commence à se tarir, on retire le drain, qui est remplacé par une petite mèche de gaze stérilisée, trempée dans le sublimé au

millième. Pansement sec—à la gaze naphtholée par exemple, pour éviter l'odeur de l'iodeforme — vers le sixième ou septième jour, quand il devient difficile d'introduire même une petite mèche.

Agissant ainsi, c'est-à-dire de bonne heure, on n'a qu'une toute petite cicatrice, dissimulée dans la barbe chez l'homme, cachée par la branche de la mâchoire chez la femme.

Reste la question de l'anesthésie. Ce qu'il y a de mieux, c'est la cocaïne à 1 pour 100. Avec une aiguille de Pravaz flambée on injecte deux ou trois centigrammes de solution dans la peau, tout à fait sous l'épiderme, le long de la future incision. Il n'est pas besoin d'attendre plus d'une minute, l'anesthésie est suffisante, et, avec une dose aussi insignifiante, on n'a rien à redouter.

Je finis sur une recommandation de pratique. La peau est rouge, très vasculaire, elle saigne beaucoup d'emblée. Il est donc bon, dès ouverture faite, et avant de mettre le drain, d'introduire une mèche de gaze humide, à frottement, dans la plaie. On fait un peu de compression sur la mèche, avec un tampon, et on attend quelques minutes. Alors, plus rien ne saigne, on retire la mèche, on met le drain et tout est dit.

Voilà un ensemble de préceptes qui, sans doute, paraîtront minutieux ; il vaut encore mieux les observer, cependant, car on opère avec tranquillité et certitude d'être utile à son patient.

#### Névroses dues aux conditions météorologiques

Par L. LÖEVENFELD.—*Deutsche Med. Zeit.*, n° 18, 1897.)

—Les névroses dues aux conditions atmosphériques peuvent s'observer soit isolées, soit combinées avec d'autres maladies nerveuses. Elles atteignent les deux sexes, toutefois Lœvenfeld les a rencontrées plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Aucun âge, à part l'enfance, n'en est exempt.

Dans une catégorie de cas, les conditions héréditaires exercent une influence décisive. Souvent on trouve comme point de départ une maladie générale fébrile. Lœvenfeld n'a pas eu l'occasion de relever dans ses observations l'influence étiologique des anomalies nutritives. Cependant, parmi les personnes âgées, ce sont surtout celles qui vivent bien qui sont atteintes. De même, on ne sait pas encore quels sont les facteurs météorologiques qui interviennent de préférence dans les névroses. Le plus souvent c'est le changement de temps qui exerce cette influence, et en général, le passage d'un temps favorable à un temps défavorable, ce qui indique d'ailleurs la combinaison de plusieurs conditions météorologiques, notamment de l'état hygrométrique, de l'état électrique et de la quantité d'ozone de l'air.

D'après les observations de l'auteur, on peut diviser en deux groupes les troubles qu'on observe dans ces névroses : des phénomènes sensitifs d'excitation, douleurs et paresthésies, et les états de faiblesse motrice. Les douleurs ont souvent un caractère lancinant très marqué. Elles peuvent être limitées à certaines parties du corps ou variées de siège. L'intensité de la douleur est très variable. La durée de l'accès est habituellement de vingt-quatre heures, parfois seulement de quelques heures ; d'autre part, on connaît des cas où les douleurs ont tourmenté les patients pendant plusieurs jours. Les paresthésies sont beaucoup plus rares que les douleurs, elles se manifestent sous forme de lassitude extrême, de raideur, d'engourdissement dans les membres. Quant aux troubles moteurs, l'auteur jusqu'ici n'a pu constater que des états de faiblesse dans les membres supérieurs. Le pronostic des névroses d'origine atmosphérique n'a rien de défavorable chez les individus jeunes ou d'âge mûr sans disposition héréditaire. S'il existe une tare héréditaire prononcée, on ne peut guère compter sur la guérison. Dans les cas où les douleurs se limitent aux membres inférieurs, on peut croire au début d'un tabes. Mais la durée des malaises, et parfois une infection antérieure éclaireront le diagnostic. En tout cas le diagnostic à ce point de vue doit être prudent s'il s'agit d'un jeune sujet, mais à

un âge avancé, à 60 ans, on a peu à compter avec le tabes, par contre, les douleurs déchirantes des membres sont assez fréquentes.

Le traitement consiste d'abord à fortifier d'une façon générale le système nerveux dont la susceptibilité aux changements de température ou de temps doit être combattue. Si les douleurs sont localisées, on emploiera les méthodes locales de traitement (massage, électricité). Lorsque les attaques sont graves, on aura recours aux calmants surtout chez les personnes âgées.

L. JUMON.

#### Comment doit-on traiter l'anthrax ?

(TILLAUX.)

Tant que l'anthrax est en voie d'accroissement, il est et reste dur comme de la pierre. Le chirurgien doit avoir pendant cette période un rôle expectant. Il doit surveiller la marche et s'efforcer de calmer la douleur. Autrefois on mettait un cataplasme qui soulageait le malade. Mais le cataplasme, surnommé poison de la chirurgie, a été abandonné comme étant un terrain de culture pour les bactéries. Aujourd'hui on met des compresses boriquées, chaudes, et le malade souffre encore ; donc ces compresses sont inutiles, et il faut en revenir au cataplasme, mais non au cataplasme d'autrefois, fait sans soin avec des bandes qui avaient traîné un peu partout, avec de la farine de lin qui servait plusieurs fois. Confectionné avec asepsie, le cataplasme donne de bons résultats, car il apporte un soulagement évident. On doit donc faire un cataplasme avec de la farine de lin bien fraîche, de l'eau filtrée bouillie, de la gaze aseptique recouverte de rubérine, et son application diminuera la douleur. En plus, si le malade ne peut dormir, s'il réclame du sommeil, on peut sans inconvénient lui faire des piqûres de morphine ; il ne s'y habituera pas. Les pulvérisations phéniquées conseillées par Verneuil donnent aussi de bons résultats.

Donc la conduite à tenir pendant la première période consiste à : 1° calmer les douleurs ; 2° ne pas faire l'incision cruciale.

Lorsque l'anthrax est parvenu à sa limite et qu'on sent un point de ramollissement le malade souffre un peu moins, et il accuse une température moins élevée. Alors, on attend un peu encore, sans toutefois laisser toute la peau se sphacéler, puis on fait de chaque côté de l'anthrax deux sections semblables, de longueur suffisante, avec des ciseaux plutôt qu'avec le bistouri. Le pus sort alors facilement. On doit rendre la plaie bien propre, par les lavages et les pulvérisations. (*La Tribune Médicale*, 3 mars 1897.)

#### Posologie infantile

FOUGÈRE MÂLE.—Vermifuge employé surtout contre le tœnia. On emploie l'extrait éthéré de fougère mâle aux doses suivantes :

	Par jour
De 1 à 2 ans.....	0 gr. 50 à 1 gramme
De 2 à 5 ans.....	1 à 3 gram.
De 5 à 10 ans.....	3 à 5 —

On l'associe au calomel dans des capsules renfermant 0 gr. 05 de calomel et 0 gr. 50 d'extrait éthéré de fougère ; deux capsules à la fois de 10 minutes en 10 minutes, jusqu'à ce que qu'on ait atteint la dose qui convient à l'âge.

Si l'enfant est trop jeune pour avaler les capsules, on se servira de l'électuaire du Dr Duchesne :

Extrait de fougère mâle.....	0 gr. 50 à 3 grammes
Calomel.....	0 gr. 05 à 0 gr. 50
Sucre.....	8 grammes.
Gélatine.....	Q. s. p. f. une gelée.

HUILE DE RICIN.—Purgatif.

	Par jour
De 0 à 6 mois.....	2 à 4 grammes
De 6 à 15 mois.....	4 à 6 —
De 15 mois à 3 ans.....	6 à 8 —
De 3 à 5 ans.....	8 à 15 —
De 5 à 10 ans.....	15 à 20 —

Pour les très jeunes enfants, on doit la prescrire en émulsion :

Huile de ricin.....	} à 1 gramme
Eau de melisse poivrée.....	
Eau commune.....	} 2 parties
Jaune d'œuf.....	

Voici un autre moyen de préparer l'émulsion : versez la dose d'huile de ricin dans 20 à 30 grammes de lait ; chauffez en remuant avec une cuiller. Quand l'émulsion est produite, édulcorez avec du sirop de fleurs d'oranger.

**QUININE** — *Oncions*. Le chlorhydro-sulfate s'absorbe assez bien par la la peau.

Axonge benzoïnée.....	20 grammes
Chlorhydro-sulfate de quinine.....	4 —

En frictions sous les aisselles.

Si l'on veut employer un sel moins soluble que le bichlorhydrate ou le chlorhydro-sulfate, comme le chlorhydrate basique de quinine, on utilisera la propriété que possède l'antipyrine d'augmenter la solubilité des sels de quinine. Ainsi, pour une injection hypodermique, on pourra se servir de la formule suivante :

Chlorhydrate basique de quinine...	2 grammes 50
Antipyrine.....	1 —
Eau distillée.....	10 centimètres cubes

On dissout à chaud et on a une solution dont un centimètre cube renferme 0 gr. 25 de chlorhydrate basique et 0 gr. 10 d'antipyrine.

**SALICYLATE DE SOUDE**.—Antithermique, analgésique, antirhumatismal.

	Par jour
De 0 à 15 mois.....	0 gr. 25 à 0 gr. 50
De 15 mois à 3 ans.....	0 — 50 à 1 — 50
De 3 à 5 ans.....	1 — 50 à 3 —
De 5 à 10 ans.....	3 à 4 —

**SALOL** (salicylate de phénol).—Possède les mêmes propriétés que le salicylate de soude, mais très atténuées ; sert aussi, en raison de son insolubilité, à l'antisepsie gastro-intestinale.

	Par Jour
De 0 à 15 mois.....	0 gr. 10 à 0 gr. 20
De 15 mois à 3 ans.....	0 gr. 20 à 1 gr. 50
De 3 à 5 ans.....	1 gr. 50 à 3 gr.
De 5 à 10 ans.....	3 à 4 grammes

**TANNIGÈNE**.—Dérivé étheré du tannin. Antidiarrhéique bien supporté par l'estomac. Insoluble.

On l'administre à doses fractionnées dans une cuillerée de lait.

	Par jour
De 0 à 2 ans.....	0 gr. 15 à 1 gramme
De 2 à 5 ans.....	0 gr. 75 à 1 gr. 50
De 5 à 10 ans.....	1 à 2 grammes

La dose quotidienne est administrée en 3 ou 4 fois.

**SULFONAL**.—Hypnotique.

	Par jour
Jusqu'à 3 ans.....	Abstention
De 3 à 5 ans.....	0 gr. 10 à 0 gr. 25
De 5 à 10 ans.....	0 — 25 à 0 — 50

**TRIONAL**.—Hypnotique.

	Par jour
Jusqu'à 2 ans.....	Abstention
De 2 à 5 ans.....	0 gr. 30 à 0 gr. 50
De 5 à 10 ans.....	0 — 50 à 1

## FORMULAIRE

### Bronchectasie infantile.

M. LE DR MOLLE D'AUBKNAS (*Loire méd.*, mai 1897), ayant eu l'occasion d'observer deux cas de bronchectasie chez l'enfant, eut une amélioration rapide équivalente à une guérison par le traitement balsamique intensif suivant :

On formule le mélange :

Eucalyptol.....	5 grammes
Créosote.....	12,50 centig.
Teinture de benjoin.....	25 grammes
Copahu.....	40 —
Huiles d'amandes douces.....	Q. s. pour 100 gr.

On obtient un liquide clair et homogène, d'un maniement très facile. Les proportions sont calculées pour que, dans 1 cent. cube, il y ait approximativement :

Eucalyptol.....	0.05 centigrammes
Créosote.....	0.10 —
Teinture de benjoin.....	0.20 —
Copahu.....	0.40 —

On commence par administrer dans un petit lavement de lait trente gouttes qui représentent environ un centimètre cube du mélange, et qui équivalent à un peu moins d'une demi-cuillère à café ; on augmente peu à peu la dose jusqu'à ce que le malade puisse supporter de une à deux cuillères à café. Le patient éprouve une sensation de cuisson assez forte et à laquelle l'accoutumance est facile au bout de quelques jours. La guérison a été obtenue par M. Molle après onze mois de traitement. Le pronostic sombre que l'on porte d'ordinaire sur les bronchectasies infantiles a déterminé M. Molle à publier ses heureux résultats.

**Mixture pour le pansement de la carie dentaire.**—M. S. DUNOGIER

Acide phénique cristallisé.....	} à 2 grammes.
Essence de citron.....	
Alcool à 90°.....	10 —

Mélez. — Usage externe.

Une boulette d'ouate imprégnée de ce liquide, dans lequel l'essence de citron sert à masquer l'odeur de l'acide phénique, est introduite au fond de la cavité dentaire, préalablement lavée et séchée ; on la recouvre ensuite d'un autre petit tampon de coton chargé de teinture de benjoin.

**Pâte à l'airol pour le pansement occlusif des plaies.**—M. P. BRUNS

Airol.....	} à 10 grammes.
Mucilage de gomme arabique.....	
Glycérine.....	
Argile.....	20 —

Mélez. — Usage externe.

Cette pâte, qu'on applique en couche épaisse, au moyen d'une spatule, sur les plaies préalablement saturées, réaliserait toutes les conditions favorables de la cicatrisation sous une eschare aseptique ; elle assurerait ainsi la réunion immédiate et empêcherait toute suppuration au niveau des points de suture.

**Pommade contre les syphilides impétigineuses du cuir chevelu.**

—M. L. PHILLIPS.

Oxyde rouge de mercure.....	} à 1 gr. 50 centigr.
Oxyde de zinc.....	
Résorcine.....	0 — 60 —
Vaseline.....	30 grammes.

Mélez.—Usage externe.

**Cachets pour l'antisepsie intestinale dans la fièvre typhoïde.**

—M. L. ROYSTER

Thymol.....	} à 6 grammes
Carbonate de gaiacol.....	
Savon médicinal Q. S.....	

Mélez et divisez en 30 cachets. A prendre : un cachet toutes les quatre heures.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Manifestations pathologiques à distance dans les maladies du nez

Par M. le Dr L. N. J. FISER, de Québec, Laryngologiste

Depuis que la Rhinologie a déchiré la voile épaisse qui couvrait toute la pathologie nasale, et que, grâce à une technique bien définie, elle nous a permis de scruter les fosses nasales, d'y rechercher les moindres lésions jusque dans les profondeurs mêmes de ses sinus accessoires, un horizon tout nouveau s'est ouvert à la pathologie et nous a fait bien voir combien peuvent être multiples et diverses les manifestations pathologiques d'origine nasale.

C'est un fait clinique bien constaté, que plus le rôle physiologique d'un appareil est important, plus sa pathologie retentira avec intensité sur le reste de l'organisme. La gynécologie, sur ce point, nous en fournit des exemples frappants ; quelle série innombrable d'accidents morbides ne crée pas de toute pièce la moindre lésion de l'utérus ou de ses annexes dans la période d'activité sexuelle ? Aussi, il n'est pas permis de supposer un seul instant que l'organisme ne réagira pas fortement à la plus légère déviation pathologique de la pituitaire, alors que cet organe participe aux plus hautes fonctions physiologiques, puisqu'il prend une part active au phénomène si important de la respiration et partant de l'hématose et de la nutrition.

Mais la pituitaire joue encore un rôle bien autrement important. C'est avant tout un organe de protection, et c'est surtout à ce point de vue que la pathologie de la pituitaire doit son importance.

Pour que les germes morbides de toutes sortes puissent faire irruption dans l'économie il faut qu'ils la prennent au défaut de la cuirasse, il leur faut, en d'autres termes, une porte d'entrée, un point faible par lequel ils puissent battre en brèche l'organisme animal ; or une seule de ces portes d'entrée leur est toujours ouverte : ce sont les voies respiratoires, constamment en rapport, par leurs fonctions mêmes, avec les milieux extérieurs ; c'est cette béance continuelle de l'arbre aérien où s'engouffre un air presque toujours impur, la plupart du temps chargé de germes pathogènes qui fournit au nez ses principales fonctions.

En effet grâce à son réseau vasculaire si abondant et aux nombreux replis de sa muqueuse, l'air s'y charge d'humidité, sa température s'y élève, les poussières se fixent sur la muqueuse qui les expulse ensuite au dehors par les mouvements des épithéliums vibratiles, tandis que les plus dangereux microbes sont digérés, anéantis par son mucus puissamment bactéricide.

Eh bien ! supprimons toutes ces fonctions, ou ce qui revient au même, qu'une lésion pathologique entrave leur jeu naturel et nous mettons de suite l'organisme en pleine imminence morbide.

D'ailleurs si nous considérons les multiples manifestations éloignées qu'engendrent les lésions des autres organes de l'économie, notamment l'estomac, l'utérus, il est rationnel de croire que le nez lui aussi doit avoir une pathologie assez complexe, s'étendant, non seulement aux organes voisins, mais aussi à ceux qui, par leurs fonctions, leur innervation ou leur circulation, ont avec lui des rapports directs ou indirects.

Un exemple fera mieux comprendre cette dernière catégorie :

Voltoini en 1871 et après lui Hack, nous ont montré que certains accès d'asthme avaient pour origine indubitable, la présence de polypes dans les fosses nasales et qu'en enlevant ces derniers les attaques asthmatiques disparaissaient définitivement ; ils montraient aussi par là l'importance d'un examen sérieux des fosses nasales dans les affections des voies respiratoires.

Or pour bien comprendre la pathogénie de ces accès d'asthme, nous devons tenir compte des rapports qui existent entre l'innervation de la muqueuse pituitaire et celle des bronches et du poumon, et ces rapports il faut les rechercher dans le bulbe. Les noyaux d'origine de

la cinquième paire et du pneumo-gastrique sur le plancher du quatrième ventricule sont placés très près l'un de l'autre et voici comment s'expliquent, du moins d'une façon assez plausible, les accès d'asthme nasal. L'irritation des rameaux nerveux de la pituitaire se reporte à leur noyau d'origine, se propage par rayonnement dans le voisinage si elle est assez forte, ne tarde pas à atteindre le noyau du pneumo-gastrique et voilà l'asthme, la toux, le spasme glottique engendrés.

Les manifestations morbides à point de départ nasal peuvent être immédiates ou tardives et parmi ces manifestations nous distinguerons cinq catégories. Je laisse ici de côté la classification ordinaire qui étudie les désordres d'origine nasale dans chaque organe en particulier, pour adopter celle des divers processus pathologiques de ces lésions à distance.

#### IO LÉSIONS PAR PROPAGATION INFLAMMATOIRE DE VOISINAGE

Les lésions de l'oreille comptent parmi les plus importantes ; la plupart d'entre elles étant consécutives aux affections nasales. Elles viennent presque toutes de la trompe d'Eustache ; soit que celle-ci se ferme par pression des tissus avoisinants sur son orifice et met ainsi obstacle à l'entrée libre de l'air dans la caisse tympanique, soit que l'inflammation atteigne la trompe elle-même et se propage à la caisse. Les lésions du pharynx tiennent aussi dans cette classe une large part.

Les lésions oculaires d'origine nasale tendent à prendre de jour en jour une importance plus grande, cependant leur pathogénie est encore assez obscure.

#### IIo LÉSIONS PAR INFECTION SECONDAIRE.

Ce sont d'abord les infections descendantes des voies respiratoires. De jour en jour on en comprend mieux l'importance.

On a peu de peine à admettre qu'un vulgaire rhume de cerveau puisse n'être que l'avant-coureur d'affections plus graves de l'arbre aérien, bronchites ou broncho-pneumonies aiguës. A plus forte raison doit-on admettre l'influence néfaste des suppurations du nez ou de ses sinus, point de départ des bronchites chroniques si fréquentes après l'âge mûr et dont la fréquence augmente avec l'âge. La rhinite purulente, comme l'a si bien dit Larmoyez, est alors aux bronches ce que la vaginite est aux trompes et aux ovaires.

Les oreilles, ici encore, sont grandement exposées par suite de leur facile communication avec les fosses nasales. Que de fois n'avons-nous pas vu une otite moyenne aiguë éclater subitement à la suite d'efforts pour débarrasser les fosses nasales des mucoosités ou du pus qui les encombraient, les matières septiques ayant été forcées dans la trompe par la violence du courant d'air. L'on pourrait peut-être expliquer de même l'origine de bien de conjonctivites purulentes ou de suppurations du canal lacrymal.

La déglutition continuelle de matières septiques s'écoulant des choanes dans l'arrière-gorge, pus des sinus ou des recessus de l'amygdale pharyngé, croûtes ozéneuses etc, provoque ou entretient des dyspepsies rebelles et infecte le tube intestinal. Des diarrhées tenaces n'ont souvent pas d'autre cause.

Plus graves sont les lésions infectieuses du cerveau, mais celles-ci sont assez rares, nous ne nous y arrêtons pas. Cependant comme le fait remarquer Larmoyez les abcès du cerveau d'origine nasale seraient peut être moins rares si on les méconnaissait moins.

#### IIIo LÉSIONS PAR DÉFAUT DE RESPIRATION NORMALE.

La suppression de la respiration nasale en entravant le rôle de protection du nez expose l'organisme à tous les inconvénients de la respiration buccale, aux inflammations du pharynx et du larynx, aux caries dentaires, aux contagions, aux inflammations aiguës bronchiques ou pulmonaires par la respiration d'un air trop froid et trop sec. C'est aussi pour le nourrisson, un menaçant danger, par l'entrave qu'elle apporte à la succion, c'est l'exposer à tous les inconvénients de l'alimentation artificielle.

D'autres troubles plus généralisés viennent encore se surajouter à cette liste déjà assez longue d'accidents dus au défaut dans le jeu normal de la respiration. L'insuffisance de l'hématose entraînera avec elle

toute la série des maladies de la nutrition. L'insuffisance respiratoire déterminera encore chez l'enfant des déformations thoraciques, elle donnera au visage de l'adénoïdien son apparence si caractéristique.

#### IV<sup>o</sup> MANIFESTATIONS DUES AUX CONNEXIONS VASCULAIRES.

Les relations intimes de la circulation cérébrale avec celle du nez expliquent certains phénomènes qui semblent à prime abord, avoir bien peu de rapports avec la pathologie nasale. Je ne citerai que les céphalalgies, les migraines, l'hypochondrie si fréquentes dans les maladies du nez.

La même relation étroite existe entre la circulation nasale et oculaire, mais le processus morbide des maladies des yeux d'origine nasale n'est pas encore bien élucidé.

#### Vo MISE EN JEU D'ACTIONS RÉFLEXES.

Je ne citerai ici que la toux, le spasme de la glotte et l'asthme.

Pour terminer cette courte étude, et pour entrer dans le domaine de la clinique, permettez-moi de rapporter ici un cas assez frappant de lésions du nez accompagnées d'asthme et de quelques autres troubles à point de départ nasal.

Monsieur X . . . âgé de 48 ans, cultivateur, est venu à mon bureau pour la première fois en octobre 1896, envoyé par un de mes confrères pour un soi-disant mal de gorge dont il souffrait depuis deux ans. L'affection a éclaté à la suite d'une attaque de grippe et n'a pas cessé depuis. — Le malade se plaignait alors de douleurs cuisantes dans l'arrière-gorge accompagnées d'une sécrétion abondante de salive très salée et de saveur brûlante suivant sa propre expression. Les mouvements de déglutition de la salive étaient douloureux. Le malade depuis cette époque éprouve des troubles dyspeptiques ; à de rares intervalles, un écoulement aqueux assez abondant se produisait par les narines. La respiration nasale du reste se faisait assez bien.

Après l'avoir inutilement promené à travers la matière médicale pendant une année entière, son médecin lui déclara finalement qu'il n'y comprenait rien. Le malade vint à la ville consulter un second médecin qui posa le diagnostic d'affection des glandes salivaires, lui prescrivit un traitement dont les résultats au bout de six mois furent nuls. Un troisième médecin fut consulté et tout fut jeté sur le compte de la dyspepsie. On institua un traitement ad hoc, au bout de quatre mois, les résultats étaient nuls. Finalement le malade alla consulter mon confrère qui me le renvoya pour faire un examen de la gorge et pour le traiter s'il y avait lieu. Par l'interrogatoire que je fis subir au malade je découvrais qu'il était pris toutes les nuits de violents accès d'asthme. L'examen de la gorge ne montre rien autre chose qu'une congestion vive d'autant plus forte que l'on remontait plus haut vers les fosses nasales. J'examinai alors celles-ci et j'aperçus dans la fosse nasale droite à 2 $\frac{3}{4}$  pcs de l'ouverture antérieure de la narine un épaississement osseux de la cloison en forme d'éperon plongeant dans la masse du cornet inférieur. Je fis un examen rapide de la salive, sa réaction était normale mais elle renfermait une quantité considérable de chlorure de sodium. L'enlèvement immédiat de cet éperon fut proposé au malade, mais celui-ci se souciait fort peu de laisser traiter un organe dont il n'avait d'ailleurs que fort peu à se plaindre et refusa l'intervention. Je ne revis plus le malade pendant quatre mois consécutifs, mais à son retour il se montra décidé à subir l'intervention proposée, et j'enlevai l'excroissance, séance tenante, à la scie de Bosworth. La nuit même de l'opération il n'eut pas d'attaque d'asthme pour la première fois depuis deux ans et n'en a pas eue depuis. La salive reprit ses caractères ordinaires et tout rentra dans l'ordre, sauf un catarrhe naso-pharyngien, résultat de l'inflammation de longue durée du nez et de l'arrière-gorge. Le malade est encore sous traitement pour cette dernière affection. Il n'y avait pas évidemment ici de lésion de l'appareil salivaire et il faut en rattacher la cause à un trouble nerveux de même espèce que l'asthme nasal dont il souffrait.

Il résulte de ces quelques observations, que l'on néglige peut-être trop souvent l'examen minutieux d'un organe aussi important que le nez ; les manifestations nasales éloignées sont si variées qu'il faut de

parti-pris, examiner soigneusement le nez des malades, quelque soit leurs affections ; l'on évitera ainsi plus facilement des erreurs regrettables de diagnostic et bien des insuccès thérapeutiques.

## REPRODUCTION

### L'avenir des pleurétiques et l'origine tuberculeuse de la pleurésie

Par M. le Prof. JACCOUD, Hôpital de la Pitié.

A plusieurs reprises, à propos d'un malade entré le 9 janvier pour une pleurésie gauche, vous m'avez entendu discuter l'origine tuberculeuse non seulement de cette pleurésie en particulier, mais des pleurésies en général. Faut-il se ranger à la mode du jour et regarder toute pleurésie comme une manifestation tuberculeuse initiale ? Faut-il admettre des pleurésies si niples à frigore ? C'est une question de pratique journalière, de pronostic fort important, qui mérite d'être discutée.

Certaines pleurésies sont d'emblée accompagnées de manifestations tuberculeuses ou surviennent chez des tuberculeux. En pareil cas, il n'y a évidemment aucun doute. Mais il est des cas où l'examen le plus minutieux pratiqué non seulement en arrière, mais comme il faut toujours le faire, au niveau de la région thoracique latérale et en avant, pratiqué non seulement à la base, mais au sommet, ne révèle absolument rien de suspect. En ce cas, sur quelle base peut-on fonder son opinion ?

Les antécédents soit personnels, soit héréditaires, ont une valeur réelle. Mais assez souvent ils restent absolument négatifs. C'est ainsi que, chez notre malade, âgé de 38 ans, nous ne relevons absolument rien qui puisse avoir une valeur. Il n'a eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde dont il semble s'être complètement rétabli.

A défaut d'antécédents, le mode de début peut offrir un intérêt. Plus le début est brusque, plus le pronostic au point de vue de la tuberculose peut être rassurant. Au contraire si le début est trainant si la fièvre est progressive et tardive, si le malade n'est forcé de prendre le lit qu'au bout de plusieurs jours, le pronostic avec un début plus bénin d'apparence devient moins rassurant.

La fréquence même des antécédents tuberculeux chez les pleurétiques a donné lieu à de nombreuses discussions. Plusieurs statistiques ont été fournies, il est intéressant de les rapprocher des résultats que donne l'expérimentation par l'inoculation du liquide pleurétique.

Netter, sur 50 malades, a trouvé 11 fois des antécédents tuberculeux, soit 22 0/0, Ziemssen a trouvé un chiffre très voisin 24, 13 0/0. En revanche, Sittmann a donné un chiffre beaucoup plus considérable 56,88 0/0.

Le chiffre fourni par l'expérimentation singulièrement plus précise et plus décisive est de 40 0/0. Si cette donnée contribue à rendre difficilement acceptable la statistique de Sittman, elle semble montrer que, même en dehors des antécédents héréditaires, la nature tuberculeuse des pleurésies peut exister. Quand ces antécédents existent nettement, peut-on sincèrement rencontrer des pleurésies non tuberculeuses. Ceci semble beaucoup plus rare, et toute pleurésie chez un sujet suspect par ses antécédents doit être elle-même très suspecte.

Ce qui me semble excessif, c'est d'admettre que tout pleurétique est forcément voué à mourir tuberculeux et plus encore, que toute pleurésie est une manifestation tuberculeuse initiale. L'avenir des pleurétiques a fait l'objet de nombreuses recherches. Dans une thèse faite par un élève de Landouzy, une statistique montre que les malades suivis ont tous succombé à la tuberculose dans un espace variant de 3 à 24 ans. Une statistique de Frankel donne 47 0/0 de malades morts ultérieurement tuberculeux ; une statistique de Frolier donne 82 0/0. Mais même chez ces pleurétiques qui succombent ultérieurement après un nombre d'années souvent assez considérable à la tuberculose, il n'est nullement certain que la pleurésie ait été tuberculeuse d'emblée, qu'elle ait, chez eux, constitué la première manifestation de l'infection bacillaire.

Après la pleurésie, quel est en effet l'état des poumons et de la plèvre ? Il est rare, bien rare qu'ils puissent revenir à l'intégrité complète. Le plus souvent il persiste des adhérences gênant les mouvements respiratoires et l'expansion du poumon. Par suite de ces adhérences et de cette gêne un point faible se trouble constitué. Exposés comme les autres aux nombreuses causes de contagion tuberculeuse, ces malades sont moins résistants. Cette même vulnérabilité de l'appareil respiratoire ne s'observe pas seulement après la pleurésie. La pneumonie, elle aussi, peut ne pas être suivie du retour du poumon à l'intégrum. Elle peut lui faire perdre une partie de sa résistance à l'infection. Vous voyez donc que de ce qu'un malade succombe ultérieurement à la tuberculose, il ne faut pas conclure que celle-ci ait existé dès le début de l'épanchement pleural. Le fait offre plus qu'un intérêt théorique. Il a son importance au point de vue de l'hygiène des pleurétiques guéris de leur manifestation aiguë et des moyens à employer pour les mettre dans la mesure du possible à l'abri de la contagion tuberculeuse.

Chez notre malade encore en observation il est surtout intéressant de vous indiquer le traitement employé contre l'épanchement lui-même à la période aiguë. Dès l'entrée, le 9 janvier, la fièvre était tombée. Mais, malgré cette chute de la fièvre il y eut plutôt le premier jour et malgré le régime lacté qui constitue un des meilleurs moyens résolutifs une légère tendance à l'augmentation de l'épanchement. En effet l'espace de Traube qui, le premier jour, n'était pas diminué offrait bientôt—en ayant toujours soin d'examiner le malade dans la position assise—une diminution du tympanisme normal dans une zone large d'un doigt, un doigt et demi à partir du mamelon. J'ai souvent insisté sur la valeur de ce symptôme pour apprécier non seulement la quantité, mais la mobilité de l'épanchement pleurétique. Un purgatif drastique donné le 11 a produit une légère diminution. Malheureusement le lendemain est apparu un retour de la fièvre. Ce retour fébrile s'est accompagné d'une complication nouvelle, un épanchement du côté droit en arrière. Contre cette épanchement récent et cette poussée fébrile la potion suivante :

Julep simple..... 120 grammes  
Tartre stibié..... 0. 20 centigr.

Une cuillerée à bouche toutes les heures a été prescrite.

Le résultat a été excellent. Au prix de quelques vomissements, d'un peu de diarrhée, on a obtenu la disparition complète de l'épanchement droit. Mais l'épanchement gauche est plus tenace et peut-être par suite d'une disposition aréolaire et pseudomembraneuse, la résolution sera-t-elle longue et difficile à obtenir.

#### Amputation du col utérin exécutée suivant un procédé mixte et complétée par le raccourcissement et le redressement de la paroi antérieure de l'utérus.

Par le Dr PICHEVIN.

Tout dernièrement j'ai eu l'occasion de traiter une rétro-dévi-ation compliquée de métrite totale et d'allongement, des portions sus et sous-vaginales du col. J'ai pratiqué, comme je l'ai déjà fait, la série des opérations suivantes : curage de l'utérus, colpo-coeliotomie antérieure, raccourcissement des ligaments ronds par la voie vaginale, amputation spéciale du col avec raccourcissement de la lèvres antérieure du col, colporrhaphie antérieure et colpo-périnéorrhaphie suivant le procédé de Hégar. L'opération a duré exactement 1 h. 30. La première fois que je l'ai faite j'avais mis 1 h. 35. C'est dire (1) que cette série d'interventions peut être exécutée dans une seule séance opératoire.

(1) Il est entendu que je n'abandonne pas l'opération d'Alquié-Alexander qui est indiquée, à mon sens, dans des cas bien déterminés. Il y a peu de jours, j'ai opéré une femme ayant un prolapsus utérin avec rétro-dévi-ation, cystocèle, colpo-cèle postérieure et déchirure périnéale. Cette malade portait depuis 5 ou 6 ans un double bandage inguinal. J'ai fait le curage, l'amputation du col, la colporrhaphie antérieure, la colpo-périnéorrhaphie, le raccourcissement des ligaments ronds, d'après le procédé d'Alquié-Alexander modifié avec cure de la hernie inguinale des deux côtés, en moins d'une heure et demie. On voit donc que la question de temps ne peut être invoquée en faveur de l'une ou de l'autre méthode.

Le point sur lequel je désire attirer l'attention est le suivant :

Quand on pratique la colpo-coeliotomie antérieure pour explorer les annexes, les réséquer ou les enlever et pour raccourcir les ligaments ronds ou pour faire la vagino-fixation, on trace une incision transversale sur la face antérieure du col. La paroi vésico-vaginale est repoussée ; après l'exploration et l'opération dans la cavité péritonéale, on doit suturer le lambeau vésico-vaginal avec le bout de la muqueuse vaginale qui recouvre toute la partie inférieure du col.

S'il existe de la métrite cervicale, il est indiqué de faire une amputation du col.

Que l'on vienne à pratiquer une amputation sous-vaginale suivant l'excellent procédé de Schröder, la muqueuse qui revêt la partie inférieure de la lèvres antérieure du col se sphacélera presque à coup sûr. En effet ce bout de muqueuse est circonscrit par quatre incisions : la première transversale, sur la lèvres antérieure (c'est l'incision faite pour pénétrer dans la cavité péritonéale) ; la deuxième et la troisième verticales (ce sont les incisions bilatérales du col) ; la quatrième, transversale, parallèle à la première tracée à la réunion de la muqueuse intracervicale et de la portion de la muqueuse vaginale qui recouvre la partie inférieure de la lèvres antérieure. Ce lambeau de muqueuse, séparé du reste de la muqueuse, doit être, bien entendu, suturé aux parties voisines pour rétablir la continuité des tissus.

Une mortification de la muqueuse cervico-vaginale est fort à craindre dans ces conditions. Aussi ai-je pensé qu'il était bon de retrancher cette portion de muqueuse, afin d'éviter son sphacèle.

Comme le col était allongé et la muqueuse cervicale enflammée, j'ai résolu d'abattre la partie inférieure de la lèvres antérieure, de façon à supprimer le bout de muqueuse menacé de gangrène et d'enlever, en même temps, le parenchyme cervical sous-jacent.

Après avoir sectionné le col très-haut sur les parties latérales et avoir ainsi obtenu une valve cervicale antérieure et une valve postérieure, je coupai transversalement et assez haut la valve antérieure. La section ne fut pas faite perpendiculairement à l'axe de la cavité utérine, mais obliquement de haut en bas et d'avant en arrière. Ce lambeau utérin taillé obliquement fut suturé à la paroi vésico-vaginale décollée auparavant. La partie la plus basse du lambeau vésico-vaginal servit à border la partie antérieure du nouvel orifice externe.

C'était, en somme, une amputation *sus-vaginale* de la lèvres antérieure.

Sur la lèvres postérieure du col, je traçai les incisions, et fis des sutures comme Schröder le faisait dans son amputation *sous-vaginale*. J'enlevai ainsi la muqueuse cervicale de cette valve postérieure.

La lèvres postérieure ainsi réséquée était plus longue que la lèvres antérieure amputée.

En combinant ainsi l'amputation haute de la lèvres antérieure avec l'amputation sous-vaginale de la lèvres postérieure, j'avais pour but non pas seulement de soustraire le lambeau vaginal de la partie antérieure du col à la mortification et d'enlever une portion d'un col trop long, mais je voulais agir aussi sur la rétro-dévi-ation, ainsi que Nourse en a fait la proposition.

La paroi antérieure de l'utérus étant plus longue que la paroi postérieure du fait de la rétro-dévi-ation, j'ai pensé qu'en tirant en bas sur la lèvres antérieure déjà amputée et suturée, qu'en abaissant le bord inférieur de la valve antérieure jusqu'au niveau du bord inférieur de la valve opposée, je diminuerais la longueur de la paroi utérine antérieure et, par suite, je contribuerais à mettre l'utérus en bonne position.

Les deux lèvres du col étant ainsi placées et maintenues, je suturai la lèvres antérieure à la lèvres postérieure.

Cette amputation du col dans la rétro-dévi-ation compliquée d'allongement de la partie inférieure de l'utérus a pour avantage :

- 1o. De remédier à l'inflammation de la muqueuse cervicale et de supprimer les tissus profondément altérés ;
- 2o. D'obvier à l'excès de longueur du col ;

30. D'éviter le sphacèle de la muqueuse vaginale qui revêt la partie de la lèvre antérieure du col ;

40. De contribuer à maintenir l'utérus en antédéviation. (*Société Obstétricale et Gynécologique de Paris.*)

### Thérapeutique générale des maladies infectieuses

Par M. Albert ROBIN, de l'Académie de médecine. Hôpital de la Pitié.

#### I

##### GÉNÉRALITÉ SUR LES MÉTHODES ANTITHERMIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES.

Chacun sait que, tout au moins jusqu'ici, la bactériothérapie s'est montrée impuissante dans le traitement de la plupart des maladies infectieuses. Il nous faut donc chercher autre chose, pour appuyer une thérapeutique rationnelle.

Vous savez la fortune des méthodes thérapeutiques, dites antithermiques et antipyrétiques ; elles règnent encore en maîtresses avec l'antipyrine et le sulfate de quinine à haute dose pour agents. Et, non contents de ces agents, les thérapeutes en cherchèrent d'autres, et l'on assista à ce singulier spectacle de voir la matière médicale s'augmenter—je n'ose pas dire s'enrichir—d'une interminable liste de toxiques doués de la propriété d'empêcher les oxydations de l'organisme, et partant, d'abaisser la température du corps.

On remarquera que je dis bien toxiques et non pas médicaments. C'est qu'en effet je considère, et à bon droit, comme je vais le démontrer, les antipyrétiques comme des poisons dangereux, susceptibles de causer le plus grand dommage aux malades.

Dujardin-Beaumetz l'avait bien pressenti lorsque, avec cet esprit sceptique et paradoxal qui le caractérisait, il disait au cours de ses dernières leçons : " la véritable et la mieux établie des contre-indications de la méthode antithermique et antipyrétique, c'est, justement la fièvre".

Eh bien ! ce que Dujardin-Beaumetz a seulement exprimé, nous allons l'expliquer, en nous basant sur les faits d'ordre chimique qui servent de base à toutes mes recherches.

Pour bien comprendre le rôle néfaste des antipyrétiques dans la fièvre, il est nécessaire de connaître les actes biologiques de cet état. Le phénomène le plus apparent de l'accès fébrile, c'est l'élévation de la température : jadis deux théories ont été émises relativement à la cause de cette augmentation. Traube acceptait bien que le calorique augmentait, mais il prétendait que la température montait surtout parce que la déperdition de la chaleur ne s'accomplissait plus suivant la normale, ce qui avait pour résultat immédiat une accumulation nocive de calorique dans l'organisme, d'où fièvre. Cette doctrine est surannée, je n'ai pas besoin de le dire, et aujourd'hui les recherches des chimistes ont prouvé que toute augmentation de chaleur de l'organisme est due à un acte chimique. En réalité, il n'y a pas de fièvre sans une désintégration plus énergique des matériaux albuminoïdes ou ternaires de l'organisme, et comme on confondait désintégration et oxydation, qu'on supposait que la désintégration s'accomplissait fébrilement par des procédés d'oxydation, on fit de ceux-ci la cause de la chaleur fébrile.

Naturellement, une fois ce fait reconnu, la thérapeutique devait infailliblement tendre à supprimer ce phénomène de suroxydation, c'est-à-dire à utiliser les propriétés antipyrétiques reconnues à la série de l'antipyrine et de ses synergiques.

Les recherches multiples des physiologistes et des bactériologistes devaient encore favoriser cette tendance. En effet, le processus fébrile est dû à deux facteurs : d'abord l'infection, puis le trouble nerveux qui lui succède ou l'accompagne ; il était donc logique d'utiliser des médicaments capables de lutter avantageusement contre ces éléments pathogéniques.

Or, les recherches de Laborde, de Lépine, de Schmidt, de moi-même et de beaucoup d'autres avaient démontré que les aromatiques du groupe de l'antipyrine sont des produits capables d'exercer des effets à la fois antithermiques, analgésiques et antiseptiques. C'est ce qui

explique la vogue extraordinaire de la médication antithermique, vogue qui dure encore et que l'on aura certainement de la peine à arrêter. C'est pourtant ce que je prétends tenter aujourd'hui.

#### II

##### ACTION DES ANTIPYRÉTIQUES SUR L'ÉLÉMENT INFECTIEUX

Tout d'abord commençons par noter que le rôle antiseptique des antithermiques a été singulièrement exagéré ; on est, en effet, obligé de reconnaître que l'antipyrine, l'acétaniline, la thalline, la kairine, en un mot les plus énergiques des antipyrétiques font très mauvaise figure dans la liste des antipyrétiques où ils sont au tout dernier rang ; par conséquent, leur rôle à ce point de vue est nul et c'est à d'autres substances qu'il faut s'adresser pour agir sur l'élément infectieux. Voilà donc déjà un des côtés du rôle attribué aux antipyrétiques qui se trouve supprimé. Voyons les autres.

Leur rôle sur le système nerveux et celui qu'ils jouent auprès des hématies n'a rien de mystérieux : ce sont des destructeurs de globules rouges ou, tout au moins ils inhibent la fonction oxyhémoglobique de ceux-ci ; quant à leur action sur le système nerveux, elle s'exerce dans le sens de la dépression. Et puis comment les antipyrétiques agissent-ils ? Ils arrêtent d'une manière énergique les oxydations. Mais quand on aura entravé la combustion des matériaux albuminoïdes, aura-t-on tout fait ? Et surtout, aura-t-on véritablement rendu service au malade, car il ne faut pas l'oublier, tout est là. Il ne suffit pas de faire tomber la température, il faut encore savoir si, en même temps, on aura supprimé les phénomènes qui amènent cette élévation de température et surtout si l'arrêt de ces phénomènes est vraiment avantageux pour la maladie.

#### III

##### CAUSES RÉELLES DE LA FIEVRE.

La fièvre est un phénomène complexe, et l'on a trop vite fait quand on a, jadis, accepté les oxydations comme l'unique cause de la fièvre. En réalité les choses se passent tout autrement.

Hoppe-Seyler a montré que la désintégration des matières albuminoïdes a toujours lieu en deux temps : il y a d'abord des phénomènes de dédoublement et d'hydratation qui commencent l'opération, et Berthelot a prouvé dans ses beaux travaux de thermo-chimie que ces actes mettent en liberté une énorme quantité de chaleur. Les produits d'hydratation représentent des matières extractives mal solubles et qui, par cela même, ont tendance à encombrer l'organisme ; de plus, elles sont toutes douées d'un pouvoir toxique sérieux.

C'est en second lieu qu'interviennent les phénomènes d'oxydation véritable, lesquels ont justement pour effet et pour but de détruire les matières extractives, dérivant de la première opération, et d'en débarrasser l'organisme ; il est à noter que ce deuxième ordre de phénomènes produit une quantité de chaleur infiniment moindre que les phénomènes d'hydratation.

En résumé, la destruction des matières albuminoïdes s'accomplit en deux opérations ; la première laisse dans l'organisme des déchets extractifs toxiques dont la formation s'accompagne d'un important dégagement de calorique ; la seconde, beaucoup moins calorigène, a pour effet de brûler complètement, en les rendant plus solubles, les produits de la première opération. Ces données vont nous servir à comprendre facilement et d'une façon particulièrement féconde, pour les applications thérapeutiques, la question de la fièvre.

Mais avant d'entrer dans la discussion des phénomènes pathologiques, je désire dire quelques mots des méthodes qui m'ont servi au laboratoire pour mettre en lumière le rôle important joué dans les maladies fébriles par les processus physiologiques qui viennent d'être exposés.

*A suivre.*

**Sur le rôle de la bicyclette dans l'étiologie et la thérapeutique médicale**  
Société médicale des Hôpitaux

M. L. H. PETIT, après avoir déclaré qu'il n'est nullement l'ennemi de la bicyclette, mais qu'il considère cet exercice comme excellent pour la santé, expose les contre-indications de son emploi.

Il rappelle cinq nouveaux cas de mort survenus à bicyclette ou immédiatement après et attribuables à une maladie de cœur ; il en conclut donc, avec un certain nombre d'auteurs, que les sujets atteints d'une affection cardiaque doivent s'abstenir de cet exercice ou du moins ne s'y livrer qu'avec une extrême modération.

Il en est de même des phthisiques qui, pour la plupart, doivent s'abstenir entièrement de cet exercice. Par contre, les prédisposés à la tuberculose en ont retiré de bons effets et, de même, les sujets atteints de certaines affections nerveuses, de neurasthénie, de chlorose, de constipation, etc.

Enfin, M. PETIT rappelle que diverses affections des articulations, des organes génito-urinaires dans les deux sexes, incomplètement ou très récemment guéries, peuvent être réveillées ou aggravées par la vélocipédie.

M. HALLOPEAU. La bicyclette présente des avantages et des inconvénients et, parmi ceux-ci, je citerai la fatigue du cœur. Ceux qui se livrent à ce sport peuvent être divisés en deux catégories : les cardiaques qui s'abstiennent souvent d'eux-mêmes, ne pouvant supporter la fatigue, et les sujets non cardiaques chez lesquels l'usage de la bicyclette détermine souvent une fatigue du cœur se manifestant par un phénomène particulier : une pause apparaissant toutes les 50 ou 100 pulsations, sans dyspnée ni œdème. Cet accident est un avertissement pour ceux qui l'éprouvent qu'il ne doivent pas se livrer à des courses trop longues et surtout à l'ascension de côtes rapides.

Un autre accident que j'ai encore observé, c'est une sensation d'engourdissement dans les pieds, une anesthésie des gros orteils se manifestant aussi dans les courses prolongées. Cet accident me paraît être dû à la compression exercée par la selle.

M. RENDU. J'ai eu l'occasion de donner mes soins à un confrère qui, à la suite d'une promenade à bicyclette, pendant laquelle il avait monté des côtes contre le vent, avait été pris d'un état syncopal sérieux. Pendant quatre ou cinq mois je trouvai chez ce confrère les signes physiques d'une dilatation aortique qui se traduisait, au point de vue fonctionnel, par une douleur présternale et les autres phénomènes habituels de l'*angor pectoris*.

Je n'oserais pas dire qu'avant les accidents syncopaux l'aorte était saine, mais je puis affirmer que la bicyclette a été certainement la cause provocatrice des troubles angineux.

Ces accidents ont aujourd'hui disparu, grâce à une hygiène sévère, et sous l'influence de l'iodure de potassium.

M. LE GENDRE. J'ai été un des premiers, je crois, à attirer l'attention sur les accidents causés par la bicyclette. Au congrès de Besançon déjà, j'avais émis l'opinion que la bicyclette mettait en évidence des maladies latentes. Depuis cette époque les événements ont confirmé ma manière de voir et, pour ma part, j'ai vu souvent des jeunes filles, bien portantes jusque là, être prises de palpitations, de gêne respiratoire, après s'être adonnées à la bicyclette. L'examen du cœur a permis dans ces cas de porter le diagnostic de rétrécissement mitral, affection qui n'avait pas été soupçonnée avant les exercices de bicyclette.

Je désire, en outre, attirer l'attention sur quelques autres accidents observés chez les cyclistes. Certains d'entre eux ont des troubles de la respiration qui tiennent à ce fait qu'ils respirent mal ou qu'ils ne respirent pas par les fosses nasales. (Cette gêne respiratoire a pour cause soit une déviation de la cloison, soit l'hypertrophie des cornets, soit des végétations adénoïdes, etc.). Un traitement approprié a suffi le plus souvent à faire disparaître cette gêne respiratoire.

Chez certaines femmes présentant des troubles de la circulation utéro-ovarienne caractérisés par des règles trop abondantes, la bicy-

lette, pratiquée pendant la période des règles, a eu un effet des plus heureux. Les règles se sont régularisées et sont devenues moins abondantes.

M. MERKLEN. Les intermittences cardiaques signalées par M. HALLOPEAU, les pauses cardiaques survenant après des promenades à bicyclette faites à allure trop rapide se rapprochent beaucoup de celles qu'on observe chez les personnes âgées de plus de 40 ans qui se livrent à un surmenage quelconque. J'en ai observé, pour ma part, plusieurs exemples, notamment chez un monsieur, excursionniste enragé, qui présentait des intermittences à la suite d'une ascension faite à 3000 mètres. Je dois dire que ces intermittences sont généralement perçues par le malade.

M. HALLOPEAU. Dans les cas que j'ai observés, les pauses cardiaques n'étaient pas perçues par le patient.

M. FERRAND. J'ai fait la même constatation chez plusieurs cyclistes et j'ajouterai que le grand danger de la bicyclette provient de ce fait que le cycliste se surmène le plus souvent sans s'en douter. M. TISSIER, de Bordeaux, a attiré l'attention sur l'automatisme qui, au bout d'un certain temps, s'empare du cycliste. Il marche, le plus souvent, sans se rendre compte de ce qu'il fait et ne peut ainsi apprécier la fatigue, le surmenage auxquels il se soumet.

M. DEBOVE. J'opposerai aux observations précédentes le cas d'un médecin que je connais tout particulièrement, qui est sujet à des intermittences cardiaques qui se produisent au repos, et plus particulièrement le soir, au moment du coucher. Or, ces intermittences cessent dès que ce médecin fait des exercices physiques et notamment de la bicyclette. Il ne faut donc pas exagérer les méfaits de la bicyclette et surtout il convient de ne lui attribuer que ceux dont elle est vraiment responsable.

M. FAISAN. Je reconnais, avec M. PETIT, que la bicyclette présente quelquefois des inconvénients, mais il ne faudrait pas exagérer et lui attribuer toutes sortes d'accidents qui ne lui appartiennent certainement pas.

Je prends comme exemple les cas de mort subite et notamment celui du peintre dont M. PETIT nous a rapporté l'histoire. Ce peintre, après une promenade de 2 kilomètres, a été pris tout d'un coup d'étouffements, de vomissements de sang. Il a succombé quelques minutes plus tard. Certes la bicyclette a favorisé l'accident, mais on reconnaîtra, sans peine, que le peintre était sous le coup de l'ictus pulmonaire qui l'a emporté et qu'il eût succombé après n'importe quel exercice physique.

M. PETIT, dans sa communication, nous a dit qu'il convient de proscrire la bicyclette chez les tuberculeux, même guéris. Il y a là encore une exagération. Chez le tuberculeux dont l'affection est en évolution, la bicyclette est chose nuisible puisque cela exagérera les battements du cœur chez un individu tachycardique le plus souvent, sous l'influence de l'infection tuberculeuse. Mais en quoi peut-elle être nuisible chez le tuberculeux guéri, si elle est pratiquée avec mesure ? Pour ma part, je la crois plutôt utile ; en tout cas elle ne me paraît en rien défavorable.

M. PETIT, d'autre part, nous rapporte l'observation d'une jeune femme prise d'attaque d'hystérie après une promenade à bicyclette. Je crois, pour ma part, que ces attaques se seraient manifestées sous l'influence de n'importe quelle fatigue. J'estime, en tout cas, que chez les névropathes la bicyclette est un excellent exercice ; c'est souvent le seul qui modifie avantageusement leur état mental.

M. JACQUET. Mendelsohn, au travail duquel M. PETIT a fait allusion, rapporte des tracés cardiaques qui montrent qu'après des excès de bicyclette il se produit une accélération des battements cardiaques, un dichotisme exagéré du pouls, une chute de la pression sanguine.

M. DEBOVE. On peut tirer de la discussion qui vient de se produire cette conclusion que l'excès est nuisible en toutes choses, et que, en ce qui concerne la bicyclette notamment, le surmenage seul est dange-

reux. Que les malades s'abstiennent d'en faire, que les gens bien portants en fassent avec mesure, et de la sorte tout accident sera évité.

M. LE GENDRE. Je ne me rallie pas complètement à la conclusion de M. Debove ; je crois, pour ma part, que l'exercice de la bicyclette a quelque chose de dangereux par lui-même. Le surmenage, en effet, est plus facile qu'avec n'importe quel exercice. Ainsi que le rappelait M. Ferrand, l'état cérébral du cycliste a quelque chose de spécial. Le cycliste arrive à marcher d'une façon pour ainsi dire automatique ; il éprouve une sorte d'inhibition cérébrale qui le rend incapable de se rendre un compte exact de ce qu'il fait. C'est là qu'est le danger ; il est intéressant et utile de le rappeler.—*La France Médicale.*

#### Des gangrènes consécutives à l'attrition sous-cutanée directe des grosses artères

La gangrène est relativement fréquente à la suite des lésions traumatiques des grosses artères ; mais les formes et la pathogénie sont loin d'en être toujours identiques. Nous n'avons en vue, ici qu'un type fort curieux de traumatisme artériel : l'attrition sous-cutanée directe, sans luxation ni fracture, et qui succède à un choc, d'intensité et de caractère variables, ayant porté sur les vaisseaux. Nous avons observé deux faits de ce genre : l'un en 1895, l'autre, il y a quelques mois. (Lejars, Société biologie.)

Notre premier malade était un jeune homme de vingt-sept ans, qui avait reçu, dans le creux poplité droit, un coup de tampon de tramway. Le pied et la jambe étaient décolorés, insensibles, froids ; le pouls avait cessé à la pédiuse et à la tibiale postérieure : on ne le sentait pas non plus à la partie inférieure de la poplité. Il n'y avait qu'un épanchement sanguin superficiel, résultant de la contusion, mais on ne trouvait aucune collection hématique importante ; pas de battement, aucun indice d'anévrisme diffus. Au bout de quelques jours, la sensibilité et la chaleur reparurent un peu dans la jambe et le pied, mais ce fut pour s'évanouir à nouveau : et, durant les premières semaines, ces retours passagers de la vitalité se montrèrent à plusieurs reprises. Enfin, la partie inférieure de la jambe et du pied se sphacéla en masse, et l'amputation dut être pratiquée.

Il s'agissait, chez ce premier malade, d'une gangrène humide ; il y eut une gangrène sèche, partielle et périphérique, chez notre second blessé. C'est un homme de trente-huit ans, très vigoureux et de santé excellente, qui, le 21 février dernier, fut renversé par un tombereau chargé de plâtras, dont les deux roues lui passèrent sur le bras droit et sur les membres inférieurs. Je l'examinai deux heures après l'accident, et il me fut ainsi loisible de suivre de très près toute l'évolution du processus ; à ce moment, il était dans un état de collapsus inquiétant, dont les injections sous cutanées d'eau salée eurent quelque peine à le tirer. A part ce choc, il n'y avait pas de lésions viscérales, et tout se bornait à des plaies contuses multiples, et au traumatisme artériel du bras droit. Ce qui frappa, tout d'abord, ce fut l'absence complète du pouls radial et cubital : la main était froide, blanche, immobile insensible ; la sensibilité reparaisait à la partie moyenne de l'avant bras, mais la peau restait froide jusqu'au pli du coude : on sentait, à ce niveau, le long des vaisseaux, et remontant sur le bord interne du biceps, une tuméfaction molle, peu volumineuse ; en ce point et au-dessous, le pouls huméral restait absent, il ne reparaisait que plus haut.

L'existence d'une lésion de l'artère humérale nous parut donc évidente ; j'ajoute qu'il n'existait ni luxation ni fracture, ni collection sanguine de quelque importance, et que la virole tuméfiée qui entourait l'artère semblait uniquement due à un hématome de la gaine.

Le lendemain matin, la main avait repris une certaine chaleur, elle était restée insensible ; la tuméfaction péri-humérale n'avait pas augmenté de volume, elle était seulement plus consistante ; le pouls manquait dans toute la zone indiquée tout à l'heure.

Ici encore, il y eut une série d'alternatives, dans l'état du membre blessé : au bout d'une quinzaine de jours, la main paraissait définitivement perdue, puis la chaleur et un peu de sensibilité se montrèrent de

nouveau, et, finalement, le sphacèle se limita aux trois derniers doigts presque en totalité, et à une partie du pouce et de l'index : le limbe de cette zone mortifiée était, d'ailleurs, très irrégulier, et l'on retrouvait, au-dessus, quelques escarres disséminées. Aussi, ne fut-ce qu'au bout de trois mois qu'une régularisation fut pratiquée. Aujourd'hui, la peau de la main conserve un aspect lisse, rougeâtre ; des douleurs y reparaisent de temps en temps ; le pouls radial est redevenu perceptible, bien qu'il soit faible encore.

Nous n'avons pas eu, chez nos malades, l'examen direct de la lésion artérielle, mais l'absence de toute collection sanguine, témoignant d'une rupture complète, et les résultats de la palpation du pli du coude chez notre second blessé suffisent à nous montrer qu'il s'agit ici, comme dans un assez grand nombre de faits, d'une oblitération de l'artère par la rupture et le recroquevillement de ses tuniques interne et moyenne. Il faut chercher, croyons-nous, dans le mécanisme de cette oblitération, les raisons de ces gangrènes totales ou partielles, que la simple occlusion localisée du tronc artériel ne suffirait pas à expliquer : il arrive, en pareil cas, que la grosse veine satellite soit rompue et oblitérée en même temps, et cette double lésion paraît se rencontrer surtout lors des gangrènes humides, en masse, du genre de celle qui survint chez notre premier malade ; ailleurs, les tuniques internes se déchirent et se recroquevillent au loin, et le caillot s'étend lui-même sur un long segment, fermant la voie des collatérales importantes ; enfin, la contusion du nerf voisin n'est pas non plus, à notre sens, sans exercer une influence souvent manifeste, et l'aspect trophique de la main de notre second malade nous paraît en fournir la preuve.

En pratique, il convient d'insister sur la longue période de vitalité indéfinie, par laquelle passe le membre blessé, sur l'évolution parfois très lente du sphacèle, qui demande longtemps pour se fixer et se limiter. Le pronostic à poser à la suite d'un accident de ce genre, et aussi la conduite à tenir, trouveront des indications précieuses dans ce processus spécial.—*Journal des Praticiens.*

#### De la cure chirurgicale pratique des hémorroïdes

Le nombre des opérations appliquées à la cure des hémorroïdes est fort considérable ; c'est assez dire qu'elles sont fréquemment inefficaces, aussi notre intention n'est-elle pas de faire une énumération qui ne saurait être que fastidieuse, mais d'appeler l'attention des praticiens sur les deux procédés qu'ils peuvent appliquer eux-mêmes, sans éducation chirurgicale excessive, et sans une instrumentation compliquée. Nous voulons parler de la dilatation forcée de l'anus et de la cautérisation.

La dilatation forcée de l'anus a été mise en pratique depuis les belles recherches de Verneuil et Duret sur la circulation de la région ano-rectale, prouvant le rôle que jouait, dans la production des hémorroïdes, la contraction des veines par les anneaux musculaires du rectum. La dilatation, en déchirant les fibres musculaires, rétablit le cours de la circulation et produit la guérison. Que la dilatation se fasse avec les deux pouces introduits dans le rectum et violemment écartés l'un de l'autre, ou avec un instrument spécial, sorte de speculum à trois valves, c'est une opération des plus simples et sur laquelle il est inutile d'insister ; faisons remarquer cependant que la douleur à laquelle elle donne lieu nécessite l'emploi du chloroforme.

Cependant, il semble qu'après avoir généralisé l'emploi de la dilatation anale, on l'ait presque abandonnée. " Il en est résulté, dit le professeur Duplay (1), une réaction en faveur des procédés chirurgicaux, qui, elle aussi, a dépassé le but. Les indications, cependant, me semblent faciles à poser et doivent être tirées principalement de l'état du sphincter." Suivant donc que ce dernier sera contracturé ou relâché, on aura recours à la dilatation forcée ou à la cautérisation qu'on emploiera également dans les cas d'insuccès de la dilatation anale.

(1) G. DUPLAY, *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, Masson & Cie, éditeurs, Paris, 1897.

Les procédés de *cautérisation* sont des plus variés, et si nous décrivons ici celui du professeur Duplay, c'est qu'en réalité il est à la fois très simple et très pratique. L'arsenal chirurgical se compose uniquement d'une grande aiguille courbe, de fils d'argent et du thermo-cautère : aux quatre points cardinaux de l'anus, on embroche les hémorroïdes les plus saillantes. On prend bien soin de ne pas toucher à la peau, de passer seulement sur ses limites avec la muqueuse et de ressortir au centre de l'anus. La tumeur hémorroïdale peut être ainsi soulevée par l'anse que forme le fil d'argent et isolée des parties voisines. Le thermo-cautère étant chauffé au rouge sombre, pour éviter les hémorragies, on détruit tout le bourrelet hémorroïdal sus-jacent au fil d'argent, en le brûlant et en le disséquant, sans toucher à la peau profondément. On agit de même sur les quatre points embrochés ; de cette façon, on ménage des ponts de muqueuse qui hâteront la cicatrisation et s'opposeront à un rétrécissement consécutif.

Il y a des cas, pourtant, où le thermo-cautère devra s'attaquer à la peau : l'indication se présente, lorsque le sphincter anal est très relâché et que le bourrelet hémorroïdal est constamment au dehors. La cautérisation, en amenant alors un certain degré de rétrécissement, s'opposera au prolapsus de la muqueuse rectale.

Cette opération, ainsi qu'on le voit, est des plus simples et peut être pratiquée par tous ; les suites en sont absolument nulles et il n'y a pas jusqu'à la suppuration qui n'ait son utilité, puisqu'elle permet une cicatrisation plus solide. — L. FLOESHEIM.

#### Traitement de l'érysipèle par les pulvérisations chaudes de liqueur de Van Swieten

Méthode de M. A. ROBIN.

Tous les pathologistes s'accordent pour considérer l'érysipèle comme une infection locale, une dermite œdémateuse streptococcienne accompagnée d'une intoxication générale, les complications étant dues en partie à la dissémination des germes dans l'organisme.

Il était donc tout naturel de chercher à lutter contre cette maladie à l'aide de moyens antiseptiques s'attaquant au streptocoque là où il se trouve localisé primitivement, c'est-à-dire dans la plaque érysipélateuse. De fait les tentatives thérapeutiques s'inspirant de cette indication rationnelle ont été nombreuses depuis l'avènement des doctrines microbiennes et, contrairement à ce qu'on a vu pour la diphtérie où le traitement local par les topiques antiseptiques n'a pas répondu à l'enthousiasme des premiers jours, le traitement antiseptique local de l'érysipèle a fait ses preuves.

Mais nombre de ces traitements locaux présentent des inconvénients plus ou moins sérieux qui expliquent pourquoi leur emploi ne s'est pas généralisé ; les injections antiseptiques sous-cutanées ont dû être abandonnées presque aussitôt pour des raisons multiples ; le traitement de M. Talamon par les pulvérisations froides d'éther au sublimé, d'une efficacité certaine et douloureux, occasionne souvent des phlyctènes, peut laisser après lui des pigmentations indélébiles (Le Gendre), enfin il est assez difficile à manier, car on ne sait trop à quel moment s'arrêter dans la pulvérisation ; l'emploi de l'ichthyol, (méthode de Unna et Juhel-Renoy) rend, pendant son application, l'aspect des malades véritablement repoussant.

La méthode de M. A. Robin, employée par lui depuis dix ans, n'a aucun de ces inconvénients.

Voici d'abord en quoi elle consiste ; on se sert d'une solution aqueuse de sublimé au millième : ce n'est pas à proprement parler de la liqueur de Van Swieten, car il n'y entre pas d'alcool ; on ajoute simplement par litre un gramme d'acide tartrique pour prévenir la formation d'un albuminate de mercure.

Ce liquide est pulvérisé à l'aide du pulvérisateur à vapeur ; ce qui a les avantages suivants :

1° La solution de sublimé est diluée par le jet de vapeur et arrive chaude sur la peau du malade ; d'où un effet sédatif très marqué et un effet antiseptique plus considérable qu'avec une application froide (on

sait combien la chaleur renforce le pouvoir microbicide) ; d'où encore un effet antiphlogistique, que, depuis longtemps, on sait intense sous l'influence du spray.

2° La pulvérisation peut être facilement continuée tout le temps nécessaire.

On pourrait aussi, en cas de besoin, se servir d'un pulvérisateur quelconque à la condition de faire chauffer la solution de sublimé ; mais il est évident qu'on obtiendrait une action moins efficace.

*Préparation du malade.*— Le malade est couvert d'une alèze ou d'une toile imperméable, pour qu'il ne soit pas mouillé ; il ferme la bouche et les yeux, ceux-ci étant protégés par un tampon d'ouate ; au cuir chevelu, les cheveux empêchent le liquide pulvérisé d'agir suffisamment ; aussi, dans les érysipèles graves avec un état général inquiétant, doit-on couper les cheveux.

*Manuel opératoire.*— Pour pulvériser, on place les becs de l'appareil à une distance d'environ 30 centimètres de la plaque érysipélateuse, et on imbibe longuement toutes les parties de la plaque, en insistant au niveau du bourrelet limité ; la durée des pulvérisations est variable avec l'étendue de la surface à couvrir ; elle est en moyenne, pour un érysipèle facial, de trente minutes.

Le nombre des pulvérisations est de six à huit les deux premiers jours ; on le diminue quand l'amélioration est manifeste ; bien entendu on ne peut donner sur ce point d'indications formelles, absolues ; tout est subordonné à la gravité du cas, aux symptômes locaux ou généraux, à l'époque de la maladie ; mais il ne faut pas cesser trop tôt les séances de spray et les faire trop courtes, sous peine d'assister à une reprise des phénomènes morbides. En moyenne les pulvérisations sont à continuer trois à six jours.

Telle est, dans toute sa simplicité, cette méthode de traitement local des érysipèles de la face ; applicable tout aussi bien aux érysipèles traumatiques et aux lymphangites graves, elle constitue une arme thérapeutique d'une efficacité considérable. Sans entrer ici dans d'inutiles détails, qu'il nous suffise de citer quelques faits ; la méthode fut imaginée en 1887 au cours d'une épidémie d'érysipèles qui sévissait à l'hospice des Ménages. Il s'agit là d'une population de vieillards, c'est-à-dire d'individus où l'érysipèle a une toute autre gravité que chez un adulte vigoureux, au système cardiovasculaire intact ; au-dessus de soixante-dix ans, l'érysipèle facial, cette maladie bénigne des auteurs, tue dans la proportion de 45% pour les vieillards de 70 à 80 ans, et de 80 0/0 pour les vieillards de 80 à 90 ans (statistique personnelle de M. A. Robin) ; de 60 à 80 ans, la mortalité atteint encore 22 0/0. Or, à partir du moment où M. Robin appliqua systématiquement son procédé de traitement aux érysipèles faciaux, il ne perdit pas un seul malade sur neuf vieillards traités ; l'un d'eux avait 84 ans et son érysipèle était très sérieux (érysipèle ambulatoire avec phénomènes généraux graves). On ne saurait invoquer comme objection l'existence d'une série favorable, car les mêmes résultats se sont observés depuis dans des circonstances très diverses, dans des milieux différents, chez des individus de tous les âges ; sur 77 érysipèles ainsi traités depuis 1887, pas un seul cas de mort ne s'est produit.

Cette méthode n'atténue pas seulement la gravité de l'érysipèle chez les vieillards, les cardiaques, les débilités de toutes sortes, elle abrège sensiblement sa durée. Tandis que d'ordinaire la maladie se juge vers le 6e, 7e, 8e jour, dans huit cas qui ont pu être soignés à temps la durée moyenne a été de quatre jours pour les cas pris à l'origine, de six pour les cas soignés vers le troisième jour.

*Y a-t-il des inconvénients à cette méthode ?* — Jamais le moindre accident d'hydrargyrisme n'a été observé. Jamais, non plus, il ne s'est produit de lésions cutanées, les phlyctènes n'ont pas semblé plus nombreuses que dans les autres érysipèles, et aucun malade n'a présenté ni immédiatement, ni consécutivement (malades revus après plusieurs mois) une pigmentation quelconque. Enfin la méthode peut être mise entre les mains de tous ; on n'a pas à craindre de pulvériser trop.

*Traitement adjuvant.*— Les malades sont mis en même temps au

régime lacté, et leurs urines sont examinées tous les jours au point de vue de l'albumine.

Toute médication antithermique est à rejeter, mais il est inutile d'insister sur la médication tonique, dont l'alcool à petites doses et la quinine constitueront les éléments ; suivant les cas, on peut employer la quinine ou le quinquina : la quinine employée isolément n'a qu'une influence insignifiante sur l'évolution morbide ; mais à petite dose elle intervient avantageusement dans la lutte contre la maladie en augmentant les processus d'oxydation, toujours diminués dans les infections aiguës graves : le quinquina doit être administré (Jaccoud) sous la forme de vin de quinquina à haute dose (200 gr. par jour).

Dans les cas très graves, quand l'état général fléchit, que les symptômes nerveux demeurent inquiétants, les bains froids, institués parallèlement aux pulvérisations donnent des succès inespérés.

Nous n'avons pas à envisager les cas d'érysipèles compliqués ; il ne s'agit plus alors d'un érysipèle, mais d'une streptococcie sous l'une ou l'autre de ses multiples formes, et les indications thérapeutiques varient en conséquence ; mais tant qu'il existe une plaque d'érysipèle en évolution, il faut la poursuivre et l'attaquer par les pulvérisations.

En résumé, le traitement de l'érysipèle par les pulvérisations de sublimé au millième, suivant la technique indiquée ci-dessus, est à la fois très simple dans son application, parfaitement inoffensif et remarquablement efficace ; il diminue la gravité de la maladie, abrège sa durée et procure au malade un soulagement immédiat. On doit l'employer méthodiquement pour tous les érysipèles, et bien entendu aussitôt que possible.—*Le Bulletin médical.*

G. KUSS.

#### Traitement de l'épilepsie.—M. DEGUY.

Les antispasmodiques et les calmants sont les médicaments qui ont tenu et tiennent encore la plus grande place dans la thérapeutique. Le camphre, les fleurs de tilleul et d'oranger, le gallium, l'éther, la morphine calment pour un instant les accès. La belladone, l'atropine sont surtout efficaces dans l'épilepsie nocturne, dans l'incontinence d'urine. On peut employer la formule de Trousseau :

Extrait de belladone..... } àà 0,01 c.  
Poudre..... }

Pour une pilule 2 à 4 par jour, ou bien la formule de Leuret :

Etrait de belladone..... } àà 1 gramme  
— stramonium..... }

Camphre..... } àà 0,05 c.  
Opium..... }

Pour 100 pilules 5 à 10 par jour.

On a préconisé également le nitrate d'amyle (Weir Mitchel, Bourneville), le sulfate ammoniacal, la valériane sous toutes ses formes, les pilules de Méglin, l'oxyde de zinc (Herpin). J. Voisin prescrit quelquefois quatre des pilules suivantes :

Oxyde de zinc..... } àà 0 grammes 10  
Poudre de valériane..... }  
— de belladone..... } 0 grammes 01  
Savon médicinal..... } Q. s.

Pour une pilule.

Le nitrate d'argent a donné quelques succès à Féré. Gowers conseille le borax, l'arsenic. L'antipyrine réussit contre l'élément douloureux, mais ne modifie en rien les accès. Couyba et Hambursin eurent des résultats heureux avec la teinture de coque du levant (20 à 50 gouttes) ou la picrotoxine (1 à 6 milligr.). J. Voisin obtint de légères améliorations avec un sirop composé de bromure de potassium et d'extrait de pivoine, connu sous le nom de sirop antinerveux de Tardif.

Mais le médicament qui a rendu les plus grands services est, sans contredit, le bromure de potassium, à dose assez forte, jusqu'à 10 grammes par jour (en moyenne 4 à 6). L'association du bromure de potassium avec le bromure d'ammonium et de sodium a paru à Ball et à Charcot produire de meilleurs effets que le bromure de potassium seul :

Bromure de potassium..... } àà 25 grammes  
d'ammonium, de sodium..... }

Eau..... 1000 —

On commence par 4 cuillerées *pro die*.

On peut associer le bromure de potassium au nitrate de pilocarpine, dans la formule suivante de J. Voisin :

Bromure de potassium..... 70 grammes  
Nitrate de pilocarpine..... 0.35 —  
Sirop d'écorces d'oranges amères..... 400 —  
Eau..... 600 —

Chaque cuillerée contient un gramme de bromure et un demi-milligramme de nitrate de pilocarpine.

Un fait est à retenir dans l'administration des bromures, c'est qu'elle doit être suspendue lorsque les malades sont en démence et présentent un état spasmodique. Chez ces malades, dit Voisin, l'état gastrique est presque continu et aussitôt qu'on leur donne du bromure, on voit cet état gastrique augmenter, ainsi que les accès. Il faut alors leur prescrire de la lactose, du naphтол, des bains et des pilules de valériane et d'oxyde de zinc.

## FORMULAIRE

### Traitement des oxyures vermiculaires.

M. Comby conseille de procéder de la manière suivante :

1<sup>o</sup> Prendre, pendant trois jours, le matin à jeun, un des cachets suivants :

Santonine..... 5 centigr.  
Calomel..... 10 —

2<sup>o</sup> Faire, pendant trois jours, le soir, au coucher de l'enfant, des applications intra-anales avec la pommade suivante :

Glycérolé d'amidon..... 20 grammes  
Onguent napolitain..... 10 —

### Mixture contre les coupures et brûlures — (SAALFIELD)

Aristol..... 1,0 grammes  
Collodion..... 8,0 —  
Huile de Ricin..... 1,0 —

Coupures, cautérisations, psoriasis.

### Teinture de benjoin contre la gale.— (DE HOLSTEIN)

Le baume du Pérou a été recommandé contre la gale. Le benjoin ayant quelque analogie avec ce baume, ainsi qu'avec le styrax qui a été également préconisé dans le traitement de la gale, M. Vladimir de Holstein a essayé, sur deux personnes atteintes de cette affection parasitaire, la teinture de benjoin en frictions sur les régions atteintes. Dès la première application, les démangeaisons cessèrent et l'éruption commença à rétrocéder. Deux jours après, les malades prirent un bain et elles furent guéries. Il est possible d'admettre que l'effet produit est dû aussi bien à l'action de l'alcool qu'à celle du benjoin ; l'alcool, en effet, peut exercer une influence directe ; d'autre part, il peut faciliter la pénétration des vapeurs de benjoin dans les sillons où se trouve l'acare.

### Potion contre la myocardite des enfants — (SEVENTRE)

Caféine..... } àà 1 gramme  
Benzoate de soude..... }  
Vanilline..... 5 centigr.  
Sirop de tolu..... 50 grammes  
Rhum..... 10 —  
Eau distillée..... 60 —

Une cuillerée à bouche deux fois par jour.

### Poudre pour le pansement des plaies suppurantes — (SCHWARTZ)

Poudre d'iodeforme..... }  
— de salol..... } àà 10 grammes  
Sous nitrate de bism..... }  
Poudre de charbon..... }  
— de quinquina..... }  
— de benjoin..... }

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Étude sur la cause ou condition première de toute maladie

Par M. le Dr C. R. PAQUIN Secrétaire de la Société Médicale Québec

Quand on est au début de la pratique, que quelques années à peine nous séparent de l'Université, ne serait-il pas audacieux de songer à des œuvres purement originales auxquelles pourraient s'intéresser les médecins distingués qui vous lisent au point d'en retirer des profits appréciables. Cependant, le jeune médecin ne peut pas garder ce silence indéfiniment, même au risque de s'attirer la critique des uns en provoquant l'ennui chez les autres. — Avant de savoir enseigner ne faut-il pas savoir apprendre ? En soumettant ce travail aux lecteurs de la *Revue Médicale* je n'ai d'autre but que celui de connaître leur opinion sur les idées et les principes un peu nouveaux qu'il contient. — Bien que cette étude soit présentée comme originale, je vous avoue que j'ai dû puiser aux sources qui m'ont donné l'idée de collectionner ces notes pour notre Société Médicale. — Bouchard, Cyr, Ferran, Poucel, Hayem, Murchisson, ont été les auteurs dont les ouvrages m'ont rendu les plus grands services dans ma pratique depuis quatre ans. Je vous avoue que je serais bien embarrassé aujourd'hui si vous me disiez que les idées du Dr Poucel entre autres sont fausses, car c'est toujours avec la plus grande satisfaction que je les ai appliquées à la clinique, et tous les jours je crois en reconnaître la vérité.

Il y a vingt ans, pour l'École officielle, la cause de la maladie c'était la lésion cellulaire, aujourd'hui c'est le microbe ; demain ce sera autre chose, et ce revirement est si complet qu'il est à peine besoin de refuter maintenant son enseignement d'hier entièrement abandonné. Il ne faut pourtant pas oublier tous les services réels que cet enseignement anotomo-pathologique a rendu à la médecine et tenir compte de sa louable intention d'en faire une médecine positive, en lui donnant pour base la lésion et le microscope pour instrument.

Aussi on ne tarda pas à prendre pour la cause du mal ce qui n'en était que l'effet. — Rien ne s'opposait à ce qu'on recherchât la lésion faite par la maladie dans l'organe, mais il aurait fallu ne pas lui enlever la place que la clinique et la physiologie surtout lui avaient imposée.

En effet cette école ne put rien nous apprendre sur la vie pathologique des éléments cellulaires. Elle se borna à nous en révéler la forme en nous laissant ignorer ce qu'il importait le plus de connaître. Elle devait attendre, pour intervenir, les lésions organiques irréparables. C'était en un mot la médecine d'après les morts. Un changement était devenu nécessaire et il s'opéra. — Les microbes pénétrèrent partout par effraction. La pathologie toute entière devint leur œuvre.

Sans microbes, pas de maladies possibles. Quand on n'en trouvait pas on les supposait, c'était le délire du germinisme.

L'enthousiasme fut indescriptible, le microscope devint la clef de tous les mystères. La conviction gagna tous les esprits. En détruisant le microbe, l'homme pourrait peut-être mourir, mais ne serait plus malade. Ce fut Armand Gauthier qui porta une première atteinte à cette théorie dans sa savante communication à l'Académie en janvier 1886, sur les alcaloïdes dérivés de la destruction physiologique des tissus animaux.

Peter pensa alors que Gauthier venait du même coup soustraire tous les esprits à la tyrannie des microbes, mais un grand nombre préféra attendre. Il eut au moins le mérite et le courage de rappeler que l'homme était un être vivant et qu'à ce titre il pouvait produire, tout comme les microbes, certains poisons, certains déchets et que par lui-même et sans leur concours il pouvait mourir !

Aussi jusqu'à ce que la lumière se fasse plus brillante encore, nous sera-t-il permis de croire que l'homme vit dans un milieu de microbes ; que nous portons en nous peut-être ceux de toutes les maladies, de toutes les putréfactions, de toutes les septicémies tout en nous portant bien, parceque ces microbes impuissants à créer en nous un milieu de culture attendent que nous le leur fournissions, pour caractériser tel ou tel état morbide. Mais que la cellule devienne moins ré-

fractaire, c'est elle qui sera entamée et deviendra la proie du microbe, de là la notion des troubles généraux de la nutrition si bien décrite par Bouchard. Le trouble trophique, que j'ai l'intention de prouver être la cause ou condition première de toute maladie, sera fatal, quelque soit l'intégrité des fonctions organiques.

Ce trouble doit se produire par la substitution moléculaire de principes fixes et moins solubles aux principes instables et solubles. Dès lors les affinités s'émoussent, les échanges se ralentissent et la force décroît.

Dès l'instant qu'un trouble fonctionnel aura amoindri de quelque façon la vie cellulaire, et que le plasma sera devenu acide ou alcalin, les germes divers qui nous pénètrent, pulluleront en lui comme pullulent les germes de la fermentation alcoolique ou lactique.

La destruction de nos tissus par le microbe est donc un phénomène de nutrition, mais avant d'être attaqués par lui nos tissus doivent devenir solubles, car seules, les substances capables de s'osmoser peuvent entrer en fermentation.

La vie mettra-t-elle à notre disposition quelques moyens de défense contre ses innombrables ennemis ? — *L'état bactéricide de nos humeurs* et le *phagocytisme* ont été mis en avant, mais il y a plus c'est au foie que doit revenir le rôle prépondérant dans la défense de l'organisme, parceque c'est lui qui secrète la bile, participe à la genèse du sang, à la transformation des produits de la digestion et exerce constamment à l'égard des matières toxiques qui remplissent l'intestin le rôle de barrière.

Les microbes, en effet, qui pénètrent en nous par les voies respiratoires ou par effraction de l'épiderme sont les moins nombreux. L'intestin au contraire est pour eux un lieu de culture par excellence, si bien que son contenu peut-être considéré comme formé de poisons figurés ou solubles. Ces substances baignant continuellement des surfaces dont la fonction physiologique est l'absorption, passent en partie dans les veines de l'intestin d'où la toxicité bien connue du sang de la Veine Porte. Le sang des veines sus-hépatiques étant un sang normal, c'est donc le foie qui a arrêté ces poisons, les a rendus inoffensifs en les dédoublant.

Si l'organisme à chaque instant de la vie était constitué avec de la matière vivante saine, nous n'aurions rien à craindre de l'invasion de tous ces infiniments petits, si redoutables quand la cellule est malade. C'est bien l'organisme qui est la cause ou la condition de la maladie qui n'arrive jamais sans son consentement. En un mot le microbe ne peut rien sans nous.

Le but de la médecine n'est point de faire marcher des cadavres, mais de rendre les hommes forts, ce qui ne s'obtient qu'avec de la matière vivante saine. Or dans la formation de cette matière vivante, source de tout dans les organismes supérieurs, le rôle du foie est absolument prépondérant. Toute substance quaternaire et minérale introduite dans la grande circulation sans passer par le foie, tuera ou sera éliminée parce qu'elle n'a pas reçu le sceau de la vie que le foie seul confère. — Cet organe n'occupe pas en clinique la place marquée par son importance fonctionnelle. Assurément que la maladie ne commence pas par de l'athérome, par la suppuration des poumons indurés, etc, mais bien dès l'instant que la matière vivante fabriquée par le foie n'a plus sa constitution normale. Lorsque les altérations du milieu interne ont duré assez longtemps, surviennent les lésions organiques avec leurs innombrables variétés.

Les partisans de la théorie cellulaire ont cru que c'était dans la cellule qu'il fallait chercher la lésion initiale d'où dériveraient toutes les maladies. Mais les physiologistes répondent que la structure et la composition de la cellule sont subordonnées à la constitution de leur milieu, c'est-à-dire du plasma sanguin, d'où procède le protoplasma cellulaire. Mais lui-même est un résultat, il est subordonné immédiatement à la fonction hépatique spécialement chargée de sa renouation et de son épuration. Poucel et Bouchard ont donc raison de dire qu'ils ne conçoivent pas une médecine qui attend les lésions le plus souvent

incurables pour faire sur les organes de savantes leçons d'anatomie pathologiques sur une maladie localisée. Ils veulent une médecine qui fouille dans la vie du sujet pour y découvrir le dossier étiologique complet et qui s'oppose au principe du mal.

Mais quelle est donc cette lésion hépatique qui prépare lentement et sans secousse, toujours de la même manière, l'altération du plasma sanguin en fournissant une bile anormale, en élaborant imparfaitement les matériaux absorbés, en épurant insuffisamment le sang des déchets organiques et en ouvrant la porte aux poisons de l'intestin ? — C'est la congestion chronique du foie. Cette affection, paraît-il, est si commune, si universellement répandue, que personne peut-être ne peut se flatter d'en être exempt. Elle reconnaît pour cause :

1° Les influences héréditaires qui sont les plus nombreuses et les plus communes. Etant prouvé que l'on naît avec une tendance à une certaine forme de nutrition anormale et que le foie est essentiellement l'organe formateur de la matière vivante il est tout naturel que ce soit en lui que se manifestent les influences de cet ordre.

2° Les influences morales, dépressives qui produisent les mêmes troubles de nutrition par action vaso-dilatatrice sur tous les organes innervés par le plexus solaire.

3° Les influences de milieu trop longues à énumérer, parmi lesquelles on peut mentionner les températures trop fortes, les ingesta et le défaut d'exercice.

Quels sont les symptômes de la congestion chronique active ?

Au début, dit le Dr Poucel, ils sont si légers, si fugitifs, si irréguliers, si peu en rapport avec l'organe qui les produit, qu'ils échappent souvent, si l'on n'est prévenu, à une observation assez attentive.

La digestion languit, le sommeil est moins bon, moins réparateur, un peu de fatigue au réveil ; quelquefois plus fatigué le matin que le soir au coucher. Tantôt le réveil est anxieux ou provoque une palpitation mêlée d'une sorte d'angoisse ; puis apparaissent les cauchemars dont la fréquence et l'intensité augmentent, les inquiétudes nocturnes ou une insomnie habituelle entre une et deux heures du matin.

Plus tard cette sorte de joie intérieure de bien-être et de consolation organique que donne la santé est remplacée par des tendances mélancoliques, un alanguissement de toutes les fonctions et, avec elles, une diminution notable du ressort vital. L'enfant devient paresseux, inintelligent, ennuyé ; l'adulte prend la vie en dégoût, devient hypochondriaque et misanthrope ; il est préoccupé de sa santé et enclin à exagérer ses maux ou à leur attribuer des causes ou des conséquences les plus mauvaises. — Ensuite il passe en revue un grand nombre de symptômes qu'on retrouve dans les auteurs à l'article des dyspepsies, et des troubles de l'estomac. — Beau prétendait que la dyspepsie produisait le trouble trophique, cause première de toute maladie ; Bouchard rapportait ce trouble à la dilatation de l'estomac. Pour Glenard et Ferrié c'était l'enteroptose qui l'engendrait. D'après Leveu ce trouble s'explique par l'innervation gastrique.

N'est-il pas plus rationnel de prendre toutes ces causes pour des résultats du trouble fonctionnel des organes formateurs du sang ? A mesure que se prolongent et que s'accroissent les troubles gastriques, dit Poucel, le teint perd de son éclat, de sa fraîcheur, les tempes, le pourtour de la bouche et des yeux prennent une teinte plus ou moins subictérique, l'œil est moins pénétrant, moins ouvert, moins éclairé. Cet état se prolonge, en s'aggravant lentement, pendant plusieurs années. Alors on est moins résistant aux influences extérieures et vous savez avec quelle facilité, ces sujets prennent toutes les maladies qui passent.

Localement, la congestion chronique du foie s'accuse par une augmentation de volume de cet organe. Monneret fait remarquer que dans ce cas la limite inférieure du foie est rarement changée, que c'est dans le sens de la verticale que la matité est perdue et cela jusqu'à 6 ou 7 pouces dans la direction du mamelon et de l'aisselle.

Lorsque depuis longtemps le foie est gros et que la nutrition générale a assez souffert, la composition de la bile s'altère profondé-

ment ; ce liquide se sature de déchets organiques et la lithiase biliaire est constituée.

Alors apparaissent trois ordres d'effets constants : " Des troubles mécaniques, réflexes et trophiques. "

I. *Troubles mécaniques.* — La gêne circulatoire du foie entraîne, tout d'abord, une stase sanguine dans le système Porte abdominal et une augmentation de pression dans ce système ; alors apparaîtront 1° les hémorroïdes, 2° la varicose intestinale qui va produire des hémorragies stomacales et intestinales parfois mortelles ; 3° la compression de la veine cave inférieure, d'où les congestions utéro-ovariennes à peu près constantes qui entraînent infailliblement les métrites avec toutes leurs conséquences. De nombreuses observations prouvent qu'il suffit de congestionner le foie pour prévenir l'avortement, l'albuminurie puerpérale, l'éclampsie, et guérir les métrites chroniques beaucoup plus rapidement qu'avec les moyens gynécologiques employés seuls.

La congestion chronique du foie produit encore celle de la prostate, surtout par les anastomoses qui existent entre le plexus prostatique et le réseau hémorrhoidal.

C'est encore par la compression de la Veine Cave que s'explique si facilement la cause des palpitations du cœur et cette somnolence invincible que les hépatiques éprouvent dès que la digestion commence. Par l'augmentation de son volume il ne tarde pas à congestionner le poumon droit et à dérégler le cœur tandis que la rate le congestionne à gauche. De là cette gêne d'expansion pulmonaire, cette suffocation constante à la montée, l'oppression et le besoin instinctif de faire de longues et fréquentes inspirations. Plus tard le poumon est refoulé, la gêne augmente, puis apparaissent des phénomènes d'irritation pulmonaire depuis la toux la plus légère jusqu'à l'hémoptisie. — Souvent intervient le processus inflammatoire qui a très souvent fait croire à une tuberculose pulmonaire. A côté des nombreuses observations rapportées par le Dr Poucel je pourrais y joindre plusieurs cas qui me sont personnels, mais la date de leur guérison apparente n'est pas encore assez ancienne pour être convaincante. En outre n'est-il pas évident que dans bien des cas il suffira d'une influence de cet ordre pour localiser une tuberculisation héréditaire.

II. *Troubles réflexes.* Ces troubles sympathiques n'acquerront leur maximum d'intensité que lorsque la congestion aura altéré suffisamment la fonction biliaire pour arriver à la formation des graviers. Ce n'est qu'à cette période que le foie sera sensible et deviendra douloureux à la pression. — Un fait remarquable et qui explique de nombreuses erreurs de diagnostic, c'est que les douleurs de la lithiase sont rarement perçues dans les voies biliaires. Par réflexivité elle provoquera de la gastro-entéralgie, des douleurs rénales, utéro-ovariennes particulièrement intéressantes en vue du diagnostic trop souvent erroné sous ce rapport.

Les troubles réflexes que la lithiase provoque du côté de la sensibilité et des fonctions du cœur ne sont ni moins nombreux ni moins complexes, de même que du côté du système nerveux de relation, mais le cadre de ce travail ne me permet pas de les étudier ici.

A cette période de la lithiase surgiront des troubles centraux qui porteront sur l'intensité ou la coordination des mouvements, des sentiments ou des idées. — Aussi sommes-nous en mesure d'admettre que, indépendamment des fous par lésion de texture, il doit y avoir de nombreux cas de folie réflexe, de folie toxique tout à fait secondaire et dont la cause unique et immédiate du mal est dans le foie et qui, le plus souvent, n'est que de la lithiase biliaire. En un mot, un bon nombre des hystériques et des névropathes qui remplissent les asiles ne sont probablement que des hépatiques.

III. *Troubles trophiques.* Dans tout trouble trophique il faut bien reconnaître deux périodes distinctes : " La viciation du sang et la lésion organique. " La seconde suppose nécessairement la première, car une cellule étant donnée, sa structure et sa fonction dépendent de sa nutritivité, c'est donc un changement dans la composition chimique qui marquera le début de la maladie et c'est dans le plasma sanguin qu'on découvrira ce changement. De là, la grande importance qu'il y a au

point de vue pratique à découvrir de bonne heure ces altérations du milieu interne, parce que la médication pourrait alors compter sur le concours des cellules qui grâce à leur vie propre luttent plus ou moins longtemps contre la viciation du plasma.

Si l'on tient compte maintenant des innombrables poisons qui infestent l'organisme, on comprendra combien est vraie cette parole de Bouchard : "Que l'homme se trouve constamment sous une menace d'empoisonnement, qu'il travaille à chaque instant à sa propre destruction". — Nous avons vu que si cette intoxication ne se réalise pas, c'est que l'organisme possède des ressources multiples pour y échapper. — Mais si le foie élabore mal la matière vivante, qu'arrivera-t-il ? Les sécrétions biliaires, rénales, intestinales, pulmonaires et cutanées seront nécessairement altérées et le sang gardera des matériaux impropres pour la vie normale, qui serviront dès lors à la physiologie pathologique. — Si au contraire le foie fournit de la matière vivante saine, les émonctoires seront normalement constitués et sans cesse impressionnés par un sang normal. Dès lors ils fonctionneront normalement, et la toxémie ne se produira pas. — Quand on se donne la peine de passer en revue les différents traitements qui ont été préconisés contre toutes les maladies qui désolent l'humanité, on reste convaincu que les meilleurs ont toujours été ceux qui de près ou de loin visaient la décongestion du foie, et avaient pour mission d'éliminer les poisons de l'économie, qu'au contraire ceux qui s'en sont éloignés ont rarement réussi. Je vous avoue que c'est là une méditation qui en vaut la peine, — et qui donne de grandes satisfactions.

Pour être complet, il faudrait nommer toutes les maladies et les étudier séparément à la lumière de ces principes, ainsi que l'ont fait Poucel et Bouchard entre-autres.

Que dire maintenant de l'hérédité ? Flourens a bien démontré que l'hérédité transmet des modifications organiques mêmes acquises, et, lorsqu'elles existent chez les deux ascendants, ces modifications s'ajoutent en se transmettant aux enfants, surtout si elles sont vicieuses. Tous les jours nous trouvons la confirmation de ce fait dans la pratique.

En d'autres termes, il est bien établi que les parents transmettent le terrain, c'est-à-dire un élément figuré sain ou vicié et, avec lui, l'aptitude et la tendance. Voilà pourquoi on retrouve presque toujours les mêmes maladies dans une famille donnée. Les enfants apportent en naissant cette aptitude et cette tendance à voir tôt ou tard leur foie se dérégler ; ce dernier fabriquera un plasma anormal qui sera le premier pas vers la destruction. N'avez-vous jamais remarqué que tous les enfants sans exception qui naissent de parents dyspeptiques et présentant des signes d'un foie congestionné, que tous ces enfants, dis-je, ont la jaunisse après la naissance ? Comme la cause de cet ictère n'est pas bien connue, me serait-il permis de la rattacher à la congestion du foie que l'enfant a déjà en partage. Souvent malgré les soins les plus intelligents, ces enfants ictériques souffrent longtemps dans leur nutrition et leur développement.

A suivre

## REPRODUCTION

### Eclampsie post-partum

Par M. MAYGRIER, Accoucheur des hôpitaux de Paris.

Je viens vous communiquer un cas d'éclampsie post-partum que j'ai récemment observé dans mon service d'accouchements, à l'hôpital Lariboisière. La rareté de cette variété d'éclampsie, la gravité particulière du fait en question et son issue rapidement fatale me semblent dignes d'attirer l'attention de la Société.

Il s'agit d'une femme de 26 ans, enceinte pour la deuxième fois, la première grossesse s'étant terminée par un avortement de 2 mois et demi. Ses dernières règles dataient du 26 août 1897. Depuis un mois et demi, elle souffrait de céphalalgie et avait de l'œdème des membres inférieurs ; elle n'a consulté ni médecin, ni sage-femme. Le 1<sup>er</sup> juin, à minuit, elle ressent les premières douleurs de l'accouchement, et elle se présente à la Maternité de Lariboisière le 2 juin, à 2 h. 30 du matin.

A son entrée, la dilatation est complète ; l'enfant se présente par le sommet en O. I. D. P. et est vivant. On constate un œdème notable des membres inférieurs, de la vulve et de la paroi abdominale. Il est impossible à ce moment d'avoir de l'urine, même par le cathétérisme, pour en faire l'analyse.

La poche des eaux se rompt à 2 h. 40 ; le liquide amniotique est normal. A 3 h. 40, expulsion spontanée d'une fille vivante de 2980 gr. bien constituée. Délivrance naturelle et complète à 3 h. 45. Le placenta, qui pèse 450 gr., ne présente pas d'infarctus hémorragiques.

La femme n'a pas d'hémorrhagie *post-partum* ; elle se trouve très bien, et 2 heures  $\frac{1}{2}$  environ après sa délivrance, elle est transportée de la salle de travail dans celle des accouchées.

Vers 11 heures du matin, elle se plaint tout à coup de souffrir vivement de la tête et de l'estomac ; elle s'agite. A 11 heures  $\frac{1}{2}$ , elle a une première attaque d'éclampsie, 8 heures donc après l'accouchement. L'urine, examinée seulement alors, contient des flots d'albumine.

Je vois la malade immédiatement après cet accès ; elle a recouvré sa connaissance, et répond, quoique avec difficulté, aux questions qu'on lui pose. J'ordonne de la redescendre à la salle de travail, où une surveillance constante sera plus aisée, et je prescris un lavement purgatif avec une goutte d'huile de croton, et l'administration fréquente de lait, à l'exclusion de tout autre aliment, au besoin à l'aide de la sonde. On ne pratique pas de saignée, étant donné la perte sanguine physiologique qui a eu lieu au moment de l'accouchement.

Pendant que l'on effectue le transport de la femme, elle est prise sous nos yeux d'une seconde attaque, à la suite de laquelle elle reste dans un état d'assoupissement assez marqué.

Une troisième et une quatrième attaque ont lieu à 1 heure et à 2 h. 10. Pendant tout le temps, on administre du lait soit par la bouche, soit à l'aide d'une sonde introduite par la voie nasale, lorsque la malade se refuse à boire.

Elle prend ainsi, jusqu'au soir, 1800 grammes de lait environ. La température prise dans le rectum à diverses reprises, ne s'élève pas au delà de 37°8. L'effet du lavement purgatif a été notable, mais l'urine reste rare, et on n'en peut recueillir dans toute la journée plus de 60 grammes.

Après sa quatrième attaque, la femme reprend connaissance, son état général s'améliore, et le pronostic semble devenir favorable. Mais à 6 heures survint une cinquième attaque, et immédiatement la situation devient très grave. La face reste cyanosée, le pouls faiblit, la respiration s'accélère ; le coma persiste. On fait des injections sous-cutanées d'éther et de caféine, on fait respirer de l'oxygène. Une nouvelle attaque est réduite à sa période d'invasion par l'administration d'un peu de chloroforme.

Cependant, la femme se cyanose de plus en plus ; le pouls devient filiforme, il y a 50 respirations par minute ; la température n'augmente pas. Le coma est complet.

Malgré tous les soins qui lui sont prodigués, la malade succombe à 7 h. 10 du soir.

En résumé, la première attaque a eu lieu 8 heures après l'accouchement ; il y a eu en tout six, dont une avortée, entre 11 heures  $\frac{1}{2}$  du matin et 6 heures du soir, et la mort est survenue dans le coma six heures après la dernière.

L'autopsie a démontré que seuls les reins étaient réellement altérés. Petits, boudés, se décortiquant difficilement, ils avaient tous les caractères de la néphrite interstitielle. Le foie gras, et d'une teinte gris jaunâtre, ne présentait ni à sa surface, ni à la coupe aucune trace d'hémorragies. Les autres organes étaient sains.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres : d'abord parce que l'éclampsie post-partum est relativement rare, et aussi parce que cette forme d'éclampsie est considérée par la plupart des accoucheurs, Depaul, Charpentier, Ribemont-Dessaignes, Auvard, entre autres, comme ordinairement bénigne.

Tel n'est pas toutefois l'avis de Cazeaux et du prof. Tarnier, qu

considèrent, au contraire, l'éclampsie qui survient après l'accouchement comme très grave. Le fait que je viens de rapporter confirme cette opinion.

Mais cette observation me semble surtout suggestive à un autre point de vue. Elle est un argument puissant contre la tendance actuelle de certains accoucheurs à recourir à l'accouchement provoqué, voire forcé, et même à l'opération césarienne, comme traitement curatif de l'éclampsie survenant pendant la grossesse.

L'évacuation de l'utérus me semble inutile et dangereuse, et doit être rejetée pour les raisons suivantes :

1° Il y a un certain nombre de cas, rares il est vrai, où l'éclampsie guérit, et où la grossesse continue son cours et se termine normalement.

2° L'éclampsie provoque d'elle-même assez fréquemment le travail.

3° Les excitations prolongées du col aggravent habituellement l'éclampsie. Aussi, s'il est contre-indiqué de provoquer artificiellement le travail, est-il logique, en revanche, de terminer rapidement l'accouchement, quand le travail est commencé.

4° Il est impossible d'affirmer que les attaques d'éclampsie ne continueront pas après l'accouchement, Au contraire, dans un grand nombre d'observations, on a noté la persistance des accès après la délivrance.

5° L'apparition primitive possible de l'éclampsie chez une femme accouchée et délivrée (*éclampsie post partum*) montre enfin l'inefficacité de l'accouchement provoqué pour faire cesser les attaques.

La conclusion qui s'impose c'est que ce n'est pas dans l'évacuation de l'utérus qu'il faut rechercher la guérison de l'éclampsie confirmée. L'intoxication du sang domine tout, et c'est du degré de cette intoxication si difficile à déterminer, que dépend avant tout le pronostic de la maladie. (*Soc. Obstét. et Gynécologique.*)

### Thérapeutique générale des maladies infectieuses

Par M. Albert ROBIN, de l'Académie de médecine. Hôpital de la Pitié.  
(Suite)

#### IV

##### APPRÉCIATION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE DES COMBUSTIONS ORGANIQUES

J'ai utilisé quatre procédés pour étudier les réactions qui permettent de se rendre compte avec certitude de la marche des combustions organiques.

I. *Coefficient d'oxydation azotée.*—L'urée représente le terme le plus parfait de l'oxydation ou de l'évolution des matières albuminoïdes, tandis que les dérivés xanthiques, créatine, créatinine, etc., représentent de leur côté les produits d'une oxydation ou d'une évolution moins complète. A ces matériaux extractifs il faut ajouter les ptomaines les leucomaines, en un mot toutes les matières toxiques de l'organisme, matières bien mieux connues dans leurs effets que dans leur constitution, encore peu définie.

On peut donc, comme je l'ai fait, établir un rapport constant entre l'énergie de ces diverses actions, pour toutes les conditions, physiologiques ou pathologiques, qui peuvent présider à la formation de ces éléments.

Pour cela on dose, d'une part, l'azote total et d'autre part, l'azote de l'urée seule. Le rapport entre ces deux quantités fournira le coefficient d'oxydation azotée cherché.

Dans l'état normal, ce coefficient est représenté par le chiffre 85, ce qui veut dire que, dans les conditions physiologiques, l'organisme transforme d'une façon complète 85 0/0 des matières albuminoïdes désintégrées, le reste, soit 15 0/0, passant à l'état de matières extractives, qui n'ont subi qu'une combustion incomplète.

II. *Quotient respiratoire.*—Je suis en train avec la collaboration de M. Maurice Binet, qui veut bien m'aider dans ces analyses laborieuses, de faire la révision des travaux effectués sur le chimisme respiratoire. Quoique le quotient respiratoire qui exprime le rapport de l'acide carbonique produit à l'oxygène absorbé ne résume pas tous les

enseignements qu'on peut tenir de l'analyse des gaz de la respiration, notons cependant qu'il s'élève normalement à 81,70.

III. *Procédé du benzol.*—Si l'on administre du benzol à un animal, une partie est transformée en phénol et le reste est éliminé à l'état de benzol, de pyrocatechine ou d'hydroquinone. Il est donc possible d'utiliser cette oxydation pour juger du pouvoir oxydant des réactions organiques. Si, par exemple, on administre à un homme sain 1 gramme de benzol, on retrouvera d'une façon constante, dans l'urine, 33 0/0 de phénol, c'est-à-dire que l'oxydation normale aura été de ce taux.

J'ai fait des recherches chez des fébricitants, et j'ai pu constater que le coefficient d'oxydation de la benzine n'était plus que 20 à 30 0/0; cela prouve que les oxydations sont considérablement diminuées dans le processus fébrile. Mais nous allons le voir bien plus clairement encore tout à l'heure.

IV. *Procédé de Nencki et Siebert.*—Il est basé sur ce fait curieux que si l'on fait absorber du lactate de soude à un individu sain, il est brûlé en totalité toutes les fois que la dose a été minime et fractionnée. Ainsi, une dose de 10 grammes doit être brûlée en totalité par un organisme sain et l'on ne doit pas trouver de traces de lactate dans l'urine du sujet. Or, si l'on fait cet essai chez un typhique, on constate que seulement 6 à 8 grammes de lactate de soude peuvent être utilisés. Là aussi, on a facilement la preuve que dans les affections fébriles, les oxydations, loin d'être augmentées, comme on aimait à le croire jusqu'ici, sont, tout au contraire, considérablement diminuées.

#### V

##### ÉTAT DES COMBUSTIONS ORGANIQUES DANS LES MALADIES FÉBRILES

C'est là, en effet, le point important à établir; que se passe-t-il exactement dans les maladies fébriles? Comment s'y opère la désintégration cellulaire? Quel est exactement le facteur augmenté? Sont-ce les hydratations,—premier terme de la désassimilation organique,—ou, au contraire, les oxydations, second et favorable terme de ce travail?

Il faut bien s'en rendre compte, dans les maladies infectieuses, cela a déjà été démontré, l'organisme lutte contre l'envahissement des germes pathogènes par la production de toxines et par une réaction organique intense. Or, cette lutte, par quoi se traduit-elle au point de vue chimique? C'est à quoi vont répondre nos expériences.

Voici les chiffres que m'ont fourni un nombre considérable de dosages. Bien entendu, je ne vais donner ici que des moyennes, car il serait long et d'ailleurs inutile de surcharger cette leçon de trop de chiffres.

J'ai pris le coefficient d'oxydation azotée dans la période d'état de la fièvre typhoïde et j'ai obtenu les résultats suivants,—on se rappellera que le coefficient normal est de 85 0/0. Le coefficient d'oxydation azotée a été :

Dans un cas bénin.....	85,7 0/0
— plus grave.....	82,7 —
— très — .....	72,9 —
— — — .....	72,0 —

Comme on le voit, dans les cas bénins, l'organisme suffit à la combustion des matières extractives, mais dans les cas graves, les oxydations, loin d'être augmentées, sont, au contraire, diminuées.

Voyons maintenant ce qui se passe du côté de la respiration. Mes expériences sont en complet désaccord avec les opinions émises par Liebermeister entre autres, mais elles sont d'accord avec la logique; en voici les résultats généraux.

Le quotient respiratoire normal étant de 85 0/0, j'ai pu constater que, dans le cours de la pneumonie infectieuse et de la fièvre typhoïde à forme grave, les chiffres se trouvent tomber à 75 et même à 62 0/0, ce qui veut dire que l'organisme n'utilise plus que 62 à 60 parties sur 100 de l'oxygène inspire. Dans la fièvre typhoïde, le taux d'oxydation respiratoire se maintient toujours très bas, durant la période grave, et l'on voit, au contraire, les chiffres s'élever rapidement aux périodes de rémission. C'est un résultat totalement opposé aux idées généralement

admisses en matière de fièvre, et cependant il est parfaitement logique.

Un malade de mon service fournit à cet égard des chiffres particulièrement suggestifs : c'est un homme atteint d'infection biliaire grave. Au cours de la première période de la maladie, la température atteignant de 30 à 40°, 3, le malade absorbait, par minute et par kilogramme, 4c.c., 6 d'oxygène et rejetait seulement 4c.c., 6 de CO<sub>2</sub>. Puis la température baissant à 37°, 7, nous avons vu immédiatement la quantité d'oxygène absorbé monter à 7 et 8 centimètres cubes, tandis que le rendement d'acide carbonique égalait 4,7 et 5 centimètres cubes. Par conséquent, lorsque la température était élevée, l'oxydation était basse et réciproquement.

Que conclure de ces faits si curieux ? C'est que, sous le coup de l'empoisonnement infectieux, l'organisme se charge de produits d'hydratation, produit à la fois peu solubles et toxiques, dont la formation s'accompagne d'un dégagement considérable de chaleur. Ces corps dangereux, il faut les éliminer à tout prix ; or, comme les émonctoires sont troublés dans leur fonctionnement, il ne reste plus qu'à compter sur les phénomènes d'oxydation qui seuls peuvent les détruire, en les transformant en produits d'oxydation plus parfaits, en corps solubles qui seront plus capables d'élimination et qui, en outre, seront absolument inoffensifs.

Eh bien ! c'est juste à ce moment où l'organisme a le plus besoin de ses forces oxydantes, que la méthode antipyretique vient entraver cette action salutaire ! Certes, on obtient par elle un abaissement de la température, mais à quel prix ? C'est donc une méthode à tout point de vue condamnable.

Je ne veux pas dire qu'il est inutile de lutter contre l'élévation de température, mais il est, pour cela, d'autres moyens moins dangereux et ce sera ceux-là qu'il faudrait choisir en abandonnant complètement une méthode absolument néfaste.

La véritable indication du traitement des maladies infectieuses c'est de diminuer les hydratations et les dédoublements et, contrairement aux idées admises, de favoriser les oxydations autant qu'on le pourra.

### Les blépharites et leur traitement

Par M. E. VALUDE, — Médecin de la Clinique nationale des Quinze-Vingts

On a décrit, d'après des signes extérieurs distinctifs, une assez grande variété de blépharites, mais en réalité, et au point de vue du traitement surtout, il importe d'en considérer deux classes : la blépharite scrofuleuse ou lymphatique qui se voit surtout dans l'enfance, et la blépharite herpétique ou eczémateuse qui est l'apanage de l'âge adulte, dans l'immense majorité des cas.

Les causes extérieures ne sont certainement pas à négliger quand on étudie les blépharites et les moyens de les traiter, mais il faut regarder celles-ci comme n'étant guère capables que de provoquer l'apparition de la maladie sur son terrain spécial. Ici l'action de poussières donnera la blépharite scrofuleuse, là elle provoquera l'apparition de l'eczéma des paupières. Au point de vue thérapeutique donc, deux tableaux distincts suivant qu'il s'agira de la blépharite lymphatique des enfants ou de la blépharite eczémateuse des adultes, ce qui n'empêche pas que le traitement local ne conserve toute sa valeur.

1° *Traitement des blépharites lymphatiques.* — La malpropreté étant une des principales causes du développement de la blépharite, il faudra, avant toutes choses, recommander des lavages fréquents, soit à l'eau boriquée, soit à l'eau ordinaire bouillie et très chaude. Cette prescription devra être conseillée comme moyen prophylactique et pour empêcher le retour de la maladie.

▲ la période d'état, la blépharite scrofuleuse sera traitée ainsi qu'il suit : s'il s'agit de la forme hypertrophique non ulcéreuse, on appliquera le matin une légère couche de la pommade suivante au précipité rouge, sur le bord des paupières et en dehors de ce bord :

Vaseline..... 10 grammes.  
Sous-acétate de plomb..... 1 gramme.  
Bioxyde rouge d'hydrargyre..... 0gr, 20

M. s. a.

On évitera de mettre une trop grande quantité de pommade, de crainte qu'elle ne pénètre entre les paupières.

Si c'est à la forme ulcéreuse qu'on a affaire, il sera préférable de s'abstenir des pommades, peu propres à tarir la suppuration. Trois ou quatre fois par jour et pendant une demi-heure, on tiendra fermés les yeux du malade, et sur les paupières on appliquera des compresses fines imbibées d'une solution étendue de sous-acétate de plomb (eau blanche faible). Si ce traitement ne suffisait pas à amener la cicatrisation des ulcérations, on passerait quotidiennement sur le bord externe des paupières un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100. Les ulcérations profondes pourront même être touchées légèrement avec la pointe effilée d'un crayon mitigé de nitrate d'argent.

Quand les ulcérations seront fermées, mais à ce moment seulement, on terminera le traitement par l'application de la pommade à l'oxyde rouge, comme précédemment. L'emploi d'une pommade devient également indiqué lorsqu'il s'agit de la variété qui se manifeste par un encroûtement jaunâtre et impétigineux du bord ciliaire avec ou sans ulcérations antérieures.

Dans ce cas-là, à la pommade au précipité rouge, on préférera la pommade suivante au précipité jaune :

Vaseline..... 10 grammes  
Précipité jaune..... 1 gramme

M. s. a.

dont on enduira largement les bords palpébraux, le matin de préférence.

Landolt recommande même, de façon expresse de ne jamais appliquer de pommade le soir en se couchant.

Quand les paupières sont très collées le matin, il importe de ne point les séparer brusquement ni de force, pour éviter l'arrachement des cils et de l'exulcération saignante qui en est la conséquence. On ramollira les parties par un bain d'eau de guimauve dans une œillère ou même par un petit cataplasme laissé quelques temps sur les paupières.

C'est surtout dans la forme impétigineuse que les cataplasmes seront nécessaires.

Mais, quelle que soit la forme de blépharite dont il s'agisse il est indispensable, pour assurer la guérison, de pratiquer une épilation soignée de tous les cils malades. Cette opération demande une très grande attention pour que l'opérateur enlève bien les cils malades et n'enlève que ceux-là. Il y faut apporter tous ses soins. On reconnaîtra les cils qui devront être arrachés à un ensemble de caractères plus faciles à se figurer qu'à dépeindre. Les cils malades sont ternes, raides, d'un noir terne souvent mal plantés et mal dirigés ; ils sont parfois très ténus et très faibles et ce sont alors de jeunes cils qui ont remplacé les premiers emportés par la suppuration du follicule.

Si la paupière tend à se former en ectropion, il sera souvent indiqué d'inciser le point lacrymal pour favoriser l'issue des larmes que l'éversion du bord palpébral vient contrarier. Dans la phase aiguë de la maladie et s'il existe alors de la photophobie, on prescrira au malade des conserves fumées bombées, pour préserver les yeux de la trop grande lumière ; jamais on ne permettra au malade de cacher ses yeux sous un bandeau qui chauffe les parties, entretient l'irritation et la suppuration.

Enfin, et sur le premier plan, peut-être, il faut placer le traitement général à opposer à l'état constitutionnel du sujet.

Comme les malades atteints de la forme scrofuleuse de la blépharite sont très généralement des enfants, on variera chez eux les différents traitements de la scrofule bien connus de tous ; des bains salés répétés deux ou trois fois la semaine ; à l'intérieur le sirop iodo-tannique, qui constitue une des meilleures préparations de ce genre. On pourra toute-

fois, pour éviter la lassitude chez l'enfant, varier cette préparation et administrer les autres toniques et constituants préconisés contre la scrofule : *vin de gentiane, iodure de potassium ioduré, etc.*

Chez les adultes, les préparations iodurées à dose faible remplaceront les sirops, plus anodins, destinés aux enfants. La dose quotidienne d'iodure pourra être de 1 à 2 grammes par jour.

On insistera principalement sur l'exercice modéré, sur le séjour à la campagne, et par-dessus tout sur l'observation rigoureuse des lois de l'hygiène et simplement de la propreté ; c'est là le point le plus difficile à obtenir dans les classes pauvres, qui fournissent le contingent principal de cette maladie et surtout les cas les plus rebelles et les plus accentués.

2o *Traitement des blépharites herpétiques.*— La blépharite herpétique ou eczémateuse peut se voir, comme la forme précédente, chez des sujets lymphatiques, mais on l'observe le plus souvent chez des individus qui n'offrent rien qui rappelle la scrofule. C'est aussi la blépharite des adultes et à ce titre elle s'éloigne de la forme scrofuleuse, puisque, en dehors de l'enfance, les accidents scrofuleux perdent beaucoup de leur fréquence et de leur acuité. Elle est caractérisée par des squames, un état farineux des paupières, l'absence des croûtes jaunâtres et de points de suppuration. Comme traitement il faut placer en première ligne l'épilation, aussi soigneusement pratiquée que dans la forme précédente.

Puis l'on prescrita deux fois par jour des lavages avec de l'eau très chaude, *boriquée* préférablement, mais surtout aussi chaude qu'il sera possible de la supporter. Les cils seront, pendant ces lavages, nettoyés et décapés avec soin et douceur, pour éviter l'arrachement de ceux qui sont normaux et pour ne pas faire saigner.

Si les croûtes qui empâtent les cils sont trop épaisses et trop dures pour être facilement enlevées par les lavages et si les paupières restent agglutinées, on appliquera chaque soir sur les yeux un petit cataplasme destiné à être maintenu pendant toute la nuit. Ce cataplasme sera confectionné soit avec de la *fécule de pomme de terre*, soit avec de la *racine de guimauve* bouillie et écrasée, soit encore, — c'est un remède populaire, mais il est bon, — avec la pulpe d'une pomme cuite.

Si la maladie est de moyenne intensité et siège aux bords seuls des paupières, on emploiera le matin, après le lavage, la pommade à l'oxyde de zinc :

Vaseline..... 15 grammes  
Oxyde de zinc..... 0gr, 50

Mais si les démangeaisons sont peu vives et si la maladie prend une allure torpide, on se servira préférablement de la pommade à l'oxyde rouge déjà formulée.

Enfin, si l'eczéma est généralisé à toute l'étendue des paupières, on peut encore employer la pommade à l'oxyde de zinc comme précédemment, ou la pommade anti-eczémateuse de Hebra :

Emplâtre de diachylon simple..... 10 grammes  
Vaseline..... 40 —

M. s. a.

Étendre une couche épaisse sur un linge fin, et appliquer sur les parties malades.

Toutefois, ces pommades ne seront appliquées que pendant le jour ; durant la nuit il sera préférable de recouvrir les paupières eczémateuses d'une rondelle de toile gommée ou de caoutchouc mince.

Lorsque l'eczéma des bords des paupières a gagné la peau de celle-ci et même la joue, et que la surface exulcérée de cet eczéma, entretenue par l'écoulement lacrymal, est arrivée à être rebelle au traitement simple, il faut employer la méthode substitutive avec une énergie de plus en plus considérable. On essaiera d'abord d'un badigeonnage à la solution faible de *nitrate d'argent*, à 1 p. 100, répété tous les deux ou trois jours. Puis on élèvera le titre de cette solution jusqu'à employer le crayon de pierre infernale ordinaire. Je me suis bien trouvé en pareil cas, d'après l'observation de Despagne, de badigeonnages au *sublimé* à dose corrosive, à 1/500, 1/50 employés progressivement à quelques ours de distance.

Lorsqu'on aura la conviction que l'affection est causée par un rétrécissement des voies lacrymales et qu'elle provient directement du larmolement, on devra en première ligne du traitement placer le *débridement* du point lacrymal et la *canalisation* par la méthode Bowmann. Cette petite opération est encore nécessaire et doit même être exécutée plus largement si la paupière tend à se contourner et à se former en estropion.

Du reste, quelle que soit l'origine première de la blépharite eczémateuse, il est assez ordinaire de voir le cathétérisme des voies lacrymales devenir nécessaire. Que ce soit, en effet, le larmolement qui ait causé l'eczéma ou la blépharite qui ait amené le larmolement à se produire, il ne tarde pas à s'établir un cercle vicieux entre le larmolement qui excite l'eczéma et l'eczéma qui entretient le larmolement. Pour rompre ce cercle vicieux et pour empêcher les lésions, qui s'invêtèrent de plus en plus, de devenir incurables (ce qui arrive encore souvent chez les sujets peu soigneux ou mal soignés) il faut donc traiter à la fois la blépharite et les voies d'excrétion des larmes. Toutefois il vaut mieux n'inciser les voies lacrymales que si ce débridement devient indiqué par la persistance du larmolement.

Comme complément au traitement local, il importe de ne pas négliger le régime convenable aux sujets atteints d'eczéma, et celui-ci devra être aussi peu excitant que possible, d'autant plus que la blépharite dont il s'agit ici se rencontre communément chez les personnes adonnées à l'usage des spiritueux. On évitera donc surtout les boissons alcooliques, les crustacés, les poissons, les salaisons de toute sorte. Au besoin, une saison aux eaux arsenicales serait indiquée.

Enfin, comme les yeux qui présentent de la blépharite eczémateuse à quelque degré que ce soit sont à l'excès sensibles à la lumière, aux poussières et aux vapeurs irritantes, les malades éviteront autant que possible le séjour dans un air vicié, surchauffé ou altéré par la fumée de tabac, (théâtre, café, fumoirs) ; il sera presque nécessaire que le malade lui-même s'abstienne de fumer. Il faudra conseiller le port des lunettes bleues ou fumées, principalement pour aller au soleil ou travailler au gaz.

#### Traitement du cancer de l'estomac

Deux choses sont nécessaires dans ce traitement : 1o un régime et 2o un traitement médicamenteux. Les grandes indications du régime sont, d'après A. Robin (*Bull. Thér.*, décembre 1896), de diminuer ou de supprimer les albuminoïdes, d'arrêter les fermentations vicieuses et d'augmenter la ration des féculents. En ce qui concerne la viande, on ne la supprimera que si le pylore ou l'intestin sont touchés ; on supprimera les aliments facilement fermentescibles, et on insistera sur le régime végétal. Les malades doivent boire peu ; le lait ne sera donné en boisson que si le malade le supporte ; le régime lacté absolu ne sera indiqué que quand les malades viennent d'avoir des hématomésés ou pendant la période des vomissements incoercibles.

La médication pharmaceutique se divise en médication anticancéreuse et médication symptomatique. La première est représentée par trois médications :

1o Le *condurango* administré suivant la méthode de Frerichs :

Ecorce de condurango..... 15 grammes  
Eau..... 360 —

Faire macérer 12 heures et réduire à 180 grammes par ébullition ; une cuillerée à soupe trois fois par jour.

2o Le *chlorate de soude*, absolument contre-indiqué en cas d'albuminurie.

Chlorate de soude..... 8 grammes  
Eau distillée..... 100 —

Par cuillerées à café dans la journée.

3o L'*Aristol*, en pilules de 10 centigrammes, 3 à 4 par jour.

La médication symptomatique répond aux indications suivantes :

1o Réveiller l'appétit, et, à cet effet, on prescrira les strychniques, le vin thériaclal et, dix minutes avant le repas un des cachets suivants :

Chlorure d'ammonium.....	0,15 centigrammes
Bicarbonate de soude.....	0,26 —
Poudre de Dower.....	0,10 —

2o Favoriser la digestion, ce que l'on atteindra en donnant de l'acide chlorhydrique pour suppléer à l'anachlorhydrie des cancéreux, et en donnant au milieu du repas un cachet de :

Pepsine.....	0,50 centigrammes
Maltine.....	0,10 —
Pancréatine.....	0,10 —

3o Diminuer les fermentations avec soit du soufre sublimé à la dose de 15 centigrammes, soit du soufre ioduré à 2 0/0 à la dose de 25 à 50 centigrammes dans un cachet à la fin du repas. Au milieu du repas, on peut donner une cuillerée à soupe de :

Fluorure d'ammonium.....	1 gramme
Eau.....	300 —

et à la fin du repas un peu de naphthol granulé.

4o Combattre les vomissements soit avec les opiacés, l'eau chloroformée, la cocaïne en solution à 15 centigrammes pour 150 grammes d'eau (une cuillerée à café) ou bien encore en donnant 5 minutes avant les principaux repas, V à VIII gouttes de la solution suivante :

Picrotoxine.....	0,05 centigrammes
Chlorhydrate de morphine....	0,05 —
Sulfate neutre d'atropine.....	0,01 —
Eau de laurier-cerise.....	10 grammes

5o Combattre les hémorragies, et ici l'ergotine est le médicament le plus efficace. Dans les cas de petites hémorragies on pourra donner :

Acide tannique.....	0,60 centigrammes
Poudre d'opium brut.....	0,15 —
Sucre en poudre.....	1 gramme

Pour 6 cachets ; un toutes les quatre heures.

ou bien donner de 1 à 3 dragées de perchlorure de fer au milieu des principaux repas.

6o Combattre les douleurs et alors appliquer au creux épigastrique l'épithème suivant :

Emplâtre de diachylon.....	} à 5 parties
— thériaclal.....	
Extrait de belladone.....	} à 1 partie
— ciguë.....	
— jusquiame.....	
Acétate d'ammoniaque.....	2 parties

ou un vésicatoire saupoudré de morphine. On pourra administrer la potion suivante :

Bromure de potassium.....	6 grammes
Chlorhydrate de morphine.....	0,05 centigr.
Eau de laurier-cerise.....	10 grammes
Sirop d'éther.....	30 —
Eau distillée de tilleul.....	120 —

7o Combattre les pyroses, en donnant par jour 1 à 4 des paquets suivants :

Magnésie décarbonatée.....	0,60 centigrammes
Poudre d'opium.....	0,02 —
Sous-nitrate de bismuth.....	0,20 —
Bicarbonate de soude.....	0,75 —

8o Combattre par les moyens ordinaires la constipation ou la diarrhée.

9o Reconstituer les forces par les injections sous-cutanées de glycérophosphates.—M. D.

#### Traitement hypodermique du Coma

On conçoit toute l'importance de la médication hypodermique dans le collapsus et le coma. Voici quelques formules empruntées au formulaire hypodermique de Boisson :

ROUSSEL injecte la *paraldéhyde* à la dose de 1 à 2 seringues.

*Paraldéhyde injectable* (ROUSSEL).

Paraldéhyde.....	20 grammes.
Huile stérilisée Q. s. pour.....	100 c. c.

Chaque seringue contient 20 centigrammes de paraldéhyde.

Dose : de 2 à 4 seringues s'il y a lieu.

La *caféine* est aussi recommandée, et aux mêmes doses, dans le collapsus de n'importe quelle cause, par FRENKEL.

Chez les enfants atteints de bronchite capillaire ou de bronchopneumonie, quand arrive la période de collapsus accompagné d'insuffisance cardiaque, et de menaces d'asphyxie, par troubles dans la circulation ou impuissance du muscle cardiaque, HUCHARD et MONCORVO prescrivent les injections de *caféine*. 20 à 30 centigrammes.

Dans le *collapsus post-opératoire*, DE ROUVILLE pratique les injections de *sérum artificiel*, ou de *phosphate injectable* de ROUSSEL.

Dose : Les doses indiquées par les uns et par les autres sont très variables. D'aucuns préconisent les injections intra-veineuses de sérum artificiels ; quant à nous, nous croyons qu'il est préférable de s'en tenir aux injections hypodermiques et nous sommes aussi l'ennemi des doses exagérées. Jamais nous n'injectons plus de 5 centimètres cubes en une fois ; nous préférons répéter l'injection 5 et même 10 fois s'il le faut. Il nous a toujours paru que ces doses fractionnées et répétées étaient supérieures, et de beaucoup aux doses massives, injectées en une seule fois.

MM. LONGE et PAUCEL se montrent très partisans, dans le collapsus consécutif à la chloroformisation, des injections de *cognac*.

Cognac de bonne qualité.....	30 cent. c.
Eau bouillie.....	70 —

Injecter 5 centimètres cubes de cette solution tiède, à renouveler si nécessaire.

RHODES recommande les injections d'*acide benzoïque camphré*.

Acide benzoïque.....	1 gramme 50
Camphre.....	1 gramme
Alcool.....	12 —

Dose : 1 seringue.

Cette injection, excessivement douloureuse, ne saurait être recommandée.

Dans ce cas nous préférons avec LICEAGA, CHAUVEL, etc., etc., faire une injection de *strychnine*.

SCMILLING, de Nuremberg a montré par l'expérience, que les injections sous cutanées d'*huile camphrée*, si utiles à combattre le *collapsus cardiaque*, employées surtout en Allemagne pour triompher des phénomènes de collapsus, au cours des maladies infectieuses, ne sont pas pratiquées à des doses suffisantes pour en obtenir tout l'effet thérapeutique.

Il se sert d'une seringue de 2 centimètres cubes, et injecte, d'un coup, une pleine seringue d'*huile camphrée*. L'action sur le cœur est manifeste, et il ne faut pas craindre de renouveler l'injection, si l'effet se fait atteindre.— *Journal de Médecine de Paris*.

#### Traitement de l'alopecie de la fièvre typhoïde

(DAUCHEZ)

1o Pour favoriser l'action révulsive des substances médicamenteuses sur le cuir chevelu, on coupera aussi court que possible les cheveux aux ciseaux. — Puis le soir, deux heures avant de coucher l'enfant, les vêtements seront recouverts d'une couche de savon mou de potasse (savon noir) sur une flanelle. — Avec de l'eau chaude à 40°, la tête sera ensuite largement ablutionnée, essuyée et frictionnée chaque soir avec deux cuillerées de la mixture révulsive :

Teinture de cantharides.....	10 grammes
— de cannelle.....	} à 2 —
— de girofle.....	
— de noix vomique.....	
Glycérine médicinale.....	} à 20 —
Vinaigre distillé.....	
Eau de roses.....	200 —

Après cette friction, la tête sera enduite de la pommade suivante :

Quinquina pulvérisé.....	8 grammes
Camphre blanc pulvérisé.....	2 —
Onguent styrax.....	} à 20 —
Vaseline benzoinée.....	

Ce traitement sera effectué de trois à six jours de suite, selon la

tolérance des malades.—Pendant la journée, les cheveux seront simplement enduits d'une couche légère de baume du Pérou.

2o La semaine suivante la tête sera lavée alternativement avec la décoction de saponaire ou d'écorce de quinquina (20 à 30 p. 100).

3o En même temps, on conseillera la préparation suivante :

Lactate de fer.....	1 gramme
Glycérine médicinale.....	} à 150 —
Vin d'Espagne .....	

Un cuillerée à bouche avant chaque repas pendant quinze à vingt jours.

4o Hydrothérapie tiède, suivie de la douche écossaise, vers le quinzième jour. Si le convalescent est trop débilité, frictions avec le liniment de Rosen. (*Journal de clinique infantile.*)

## FORMULAIRE

### Formulaire hypodermique de la quinine dans le traitement des fièvres intermittentes. (ROSENTHAL.)

On peut utiliser le sulfochlorhydrate de quinine.

Sulfochlorhydrate de quinine.....	50 grammes
Véhicule aseptique. Q. s. pour.....	100 c. c.

Chaque seringue de 1 centimètre cube contient 50 centigrammes de sel quinine.

Les autres formules de quinine proposées pour injections hypodermiques sont :

1o Bromhydrate neutre de soude.....	1 gramme
Glycérine .....	5 —
Eau distillée.....	5 —

Chaque centimètre cube contient dix centigrammes. C'est une dose bien faible.

2o Chlorhydrate neutre de quinine.....	2 grammes
Eau distillée.....	5 —
(DUJARDIN-BEAUMETZ.)	
3o Chlorhydrate neutre de quinine.....	2 grammes
Glycérine.....	} à 5 —
Eau distillée.....	

4o Chlorhydrate de quinine.....	1 gramme 50
Ether sulfurique.....	5 —
(BINTZ)	

5o Acide chlorhydrique pur (D = 1,18)	5 grammes
Eau distillée.....	15 —
Chlorhydrate de quinine.....	20 —

(DE BEURMANN ET VILLEJEAN)

Toutes ces formules sont ou douloureuses ou de dosages insuffisants, le lactate de quinine et d'antipyrine, ou le sulfochlorhydrate de quinine sont plus recommandables.

DÉCLAT a insisté longuement sur les bons effets obtenus par lui, dans les fièvres intermittentes, même à forme grave, par l'acide phénique :

Acide phénique neigeux.....	1 gramme
Eau distillée.....	100 —

Une à deux injections de 5 grammes.

### Traitement du coryza aigu simple ou compliqué "hay fever".

Toucher la muqueuse malade avec la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.....	2 grammes
Eau bouillie.....	18 —
Glycérine neutre.....	2 —

(TESSIER.)

ou user de la pommade suivante :

Faire de fréquentes applications dans le nez au moyen de petits tampons d'ouate hydrophile de la pommade :

Chlorhydrate de cocaïne.....	} à 15 cent.
Thymol.....	
Sous-carbonate de bismuth.....	60 grammes
Vaseline.....	30 —

(MENCH.)

Pratiquer encore des insufflations avec l'une des poudres suivantes :

Acide borique pulvérisé.....	2 grammes
Salicylate de soude.....	2 grammes 50
Chlorhydrate de quinine.....	12 cent.
(PHILPROTS.)	
Naphtaline en poudre impalpable....	25 grammes
Acide borique finement pulvérisé. ...	25 —
Camphre en poudre.....	1 —
Extrait de violettes.....	1 —
Essences de roses.....	xx gout.
Menthol .....	25 à 50c.
Acide borique pulvérisé.....	} à 2 grammes 50
Talc en poudre.....	
Chlorhydrate de cocaïne.....	50 cent.
Menthol.....	25 cent.
Salicylate de bismuth.....	} à 5 grammes
Sucre de lait.....	

### Traitement hypodermique de la bronchectasie

(Dilatation des bronches)

Thymol ou menthol 1 à 2 seringues Thymol injectable (ROUSSEL)

Thymol.....	15 grammes
Huile stérilisée. Q. s. pour.....	100 c. c.

Chaque seringue contient : 15 centig. de thymol.

Dose : 1 à 2 seringues dans la journée.

L'une ou l'autre de ces solutions sont préconisées par ROUSSEL

BOISSON, DELACROIX, DE BACKER, pour combattre la fétidité de l'haleine

Le Sulfure d'allyle a été recommandé par le Dr SEJOURNET.

Sulfure d'allyle (SEJOURNET)

Sulfure d'allyle .....	0 gramme 50
Huile stérilisée. Q. s. pour.....	100 c. c.

Chaque seringue contient 5 milligrammes.

De 1 à 2 seringues par jour.

### Traitement du lupus — (BARBE)

L'auteur a eu l'occasion d'expérimenter dans plusieurs cas de lupus le chlorophénol, employé déjà par Elsenberg, Brousse. Le mono-chlorophénol, en solution à 20 p. c. dans l'alcool, lui a donné des résultats très satisfaisants, surtout dans un cas de lupus vulgaire de la face, tellement étendu qu'il était presque impossible de songer, au début du moins, à le traiter par le galvano-cautère, les scarifications. Le traitement a consisté en badigeonnages répétés tous les deux jours pendant plusieurs mois. Au bout de cinq mois est survenue une très grande amélioration ; sur toute la face on voyait un réticulum de cicatrices non saillantes. Il restait quelques petits placards lupiques que M. Barbe s'est proposé d'attaquer ultérieurement avec le galvano-cautère, si le chlorophénol ne suffit pas à les faire disparaître.

(*Soc. de derm.*, 11 mars 1897.)

### La Boroglycérolanoline, nouvel exipient.—(PRUYS.)

Acide borique.....	8 grammes
Glycérine .....	50 —

Dissolvez et ajoutez ensuite :

Onguent de Paraffine.....	120 —
Lanoline anhydre.....	60 —

### Solution contre la myringite chronique sèche.—(STETTER.)

Acide sozoiodique.....	6 grammes 25c
Alcool absolu.....	1 —
Huile de ricin.....	10 —

F. S. A. — Usage externe.

### Remède contre le mal de mer.—(V. CIECHANSKI.)

Chloroforme.....	3 grammes
Alcool .....	12 —
Teinture aromatique.....	15 —

M. S. — A prendre de 20 à 50 gouttes.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Etude sur la cause ou condition première de toute maladie

Par M. le Dr C. R. PAQUIN Secrétaire de la Société Médicale Québec

(Suite)

Le premier effet de la congestion chronique du foie, que l'on rencontre à des degrés divers chez les sept huitième des malades, est donc d'altérer le sang en l'encombrant de produits azotés trop abondants ou insuffisamment solubles, qui ne tardent pas à troubler la nutrition générale, et, par suite, les fonctions. Aussi, l'observation prouve que par le seul progrès du trouble de nutrition, on passe d'une maladie à une autre, d'une diathèse à une autre diathèse.

Pour expliquer cet enchaînement, cette succession d'états morbides, il suffira d'invoquer l'hérédité pour certains cas, et, pour les autres, d'ajouter au trouble trophique du foie certaines conditions de milieu.

Tant que le rein est sain, il pourra compenser quelque peu l'insuffisance hépatique et empêcher l'empoisonnement, mais s'il s'irrite, si son épithélium se desquamine au contact du liquide altéré, il ne tarde pas à être insuffisant aussi, et la toxémie fait alors de plus rapides progrès.

La peau et les muqueuses sont, après le foie et le rein, les deux autres grandes voies d'élimination des déchets azotés.

Si c'est la peau qui a été choisie par l'organisme pour épurer le sang, on ne tarde pas à voir apparaître des éruptions, v. q. urticaires, exzema, impetigo, prurigo etc, furoncles, anthrax etc, ou encore toutes les scrofulides, suivant le degré du trouble trophique. Ces éruptions sont si bien des voies ouvertes à l'élimination de substances nocives, que l'on voit souvent la suppression brusque de ces dermatoses produire, par répercussion, des fluxions viscérales plus ou moins graves.

Si la peau et le rein fonctionnent mal, l'organisme pourra choisir la voie bronchique ou intestinale pour se débarrasser des produits toxiques qu'il renferme.

Dans le premier cas surviendra tantôt une toux sèche, coqueluchoïde, émetisante, tantôt un catarrhe de durée; et si le pneumo-gastrique est touché par l'arthritisme, au catarrhe s'ajoutera l'emphysème et l'asthme.

Lorsque le poison du sang s'élimine par l'intestin, ou lorsqu'il a altéré la bile d'une certaine manière, surviennent la diarrhée ou la dysenterie. En effet, au contact de cette bile altérée et acide, la muqueuse s'irrite, s'enflamme et s'ulcère, comme il arrive pour la muqueuse nasale dans le coriza. Pour ceux qui veulent tout rapporter au microbe, nous soutiendrons qu'il faudra toujours une altération préalable dans la constitution de nos organes, que la nutrition soit déjà pervertie soit dans la totalité de l'être, comme dans les diathèses nutritives, soit partiellement comme dans le traumatisme.

Ainsi dans le sang, le cœur, les artères, les articulations, les tissus et les viscères, selon Poucel, les dégénérescences s'enchaînent et se succèdent, mais ce sera toujours une altération dans la qualité ou la quantité du composé azoté qui marque la lésion initiale; cette lésion une fois produite, la physiologie pathologique, c'est-à-dire la nécrobiose, commence. Au changement de composition correspond un changement de structure qui aboutira, lorsque les conditions seront réunies, à la production de tous les états-morbides généraux ou locaux, aussi bien que de toutes les dégénérescences susceptibles de s'étendre par prolifération, ou de se généraliser par transport des germes, soit cellulaires, soit microbiques. — Jusqu'à ce jour, c'est encore la meilleure interprétation qu'on a pu donner à la formation des différents néoplasmes.

Cette manière d'interpréter la médecine nous paraît avoir deux avantages d'une portée réelle: le premier est de pouvoir, en se guidant sur l'enchaînement et la procession des états morbides, annoncer, à peu près à coup sûr, l'avenir pathologique réservé à chaque individu. Dès l'apparition des premiers signes de congestions chroniques du foie, il faut, dit

Poucel, que le médecin puisse dire à son malade: "Si vous ne faites rien, dans trois ans vous serez rhumatisant, dans dix ans vous serez goutteux, diabétique, calculeux au cataracté. Si vous ne faites rien, vos artères deviendront malades, et, à soixante ans, vous serez apoplectiques. Si vous ne faites rien, vos enfants auront des convulsions, seront scrofuleux ou tuberculeux. Le médecin ne doit pas être seulement guérisseur, il doit être préserveur. Il doit s'appliquer à manier la vie comme d'autres manient la lumière, la chaleur, l'électricité."

Le second avantage à cette conception de la médecine qui est un fait capital, pratique et certain, c'est que le médecin, en surveillant la fonction hépatique, peut réunir les conditions qui accroissent la somme de vie.

Comment peut-on arriver à ce second avantage? Ce sera par une thérapeutique large et clairvoyante comprenant:

1° L'hygiène, c'est-à-dire l'observation des lois de la nature, des lois de la vie, afin de prévenir la congestion chronique du foie.

2° Le traitement direct de la congestion, lorsqu'elle se sera produite, afin de prévenir les manifestations morbides qui en sont la conséquence.

3° Si ces manifestations surviennent, elles seront combattues par les moyens dont l'expérience aura démontré l'efficacité, et on reprendra ensuite le traitement décongestionnant afin d'en prévenir le retour.

A coup sûr, le mal prévu ne sera pas toujours empêché, parce que la santé a, en effet, contre elle une vie sociale contre nature.

Si on pouvait retrancher les veilles prolongées, l'alcool et le tabac, que de maladies on éviterait.

L'alcool est, en effet, un poison du foie et des artères, tandis que le tabac est le poison du cœur et du cerveau, sans compter son action néfaste sur la grande hépatique.

Que ceux qui ont le souci de la santé publique, dit le Dr Poucel, s'appliquent donc à tarir les vraies sources du mal au lieu d'éparpiller leurs inutiles et ruineux efforts à en poursuivre les causes contingentes et conditionnelles! Si l'homme est vigoureux, il mangera les microbes impunément; s'il est faible, s'il est amoindri, s'il est empoisonné, si son foie insuffisant laisse passer les microbes de l'intestin ou leurs toxalbumines dans la grande circulation, il deviendra leur proie, et quelle que soit l'hygiène et l'antisepsie dont on l'entoure, il y en aura assez pour le dévorer, voilà la vérité. Pour que l'hygiène moderne ne soit pas stérile, dit-il encore, il faudra qu'elle donne dans une plus large mesure, dans les diverses circonstances ou âges de la vie, plus de soleil, plus d'air, plus de mouvement, une meilleure alimentation, un sommeil plus prolongé. C'est avec tout cela, et une vie bien réglée et saine, moralement et physiquement, qu'on bâtit les fortes natures et qu'on accroît la somme de vie, parce que cet ensemble concourt à l'intégrité des fonctions hépatiques.

Plus loin il ajoute: "Pour suffire à la déperdition excessive de force qui exige cet état social défectueux au milieu duquel nous vivons, et faire face à la fois au travail et au plaisir, on recherche une alimentation impropre pour l'organisme et des boissons malfaisantes, qui, toutes, tendent à faire prévaloir les nerfs sur le sang et sur les muscles."

Tout en un mot semble si bien conspirer pour rendre l'homme malade, qu'il n'est pas même jusqu'aux fêtes intimes qui ne se résument en un somptueux festin d'ordinaire, véritable empoisonnement par ignorance, où l'art suprême consiste à mélanger les vins et à tromper l'estomac en l'excitant. Après quoi on peut s'attendre à vingt-quatre heures au moins de dyspepsie, de flatulence, lourdeur de tête, d'urines troubles etc, car tout repas copieux est suivi de congestion hépato-rénale. La grande difficulté de nos jours est de savoir défendre sa santé contre les empiètements de nos mœurs, de nos usages, de notre civilisation.

C'est l'alimentation qui doit être la plus surveillée, si l'on veut empêcher la congestion chronique du foie de se produire.

Il faudra réduire au minimum les corps gras, les huiles et le beurre; éviter les sauces, les plats composés, les pâtes feuilletées. Mais

ce qui est particulièrement mauvais, ce sont les aliments trop sucrés et les boissons fermentées. Il faudra proscrire les acides, parce qu'en neutralisant la soude, ils altèrent la fonction du globule sanguin et favorisent la précipitation de la cholestérine dans les voies biliaires. L'alimentation sera d'autant plus saine qu'elle sera plus simple : " Les viandes rôties ou bouillies, blanches ou rouges, les œufs, le pain, les légumes frais ou secs, les fruits, le lait, le café, le thé, le chocolat, voilà les vrais, les seuls aliments utiles. Les autres ne doivent être pris que par exception ou pas du tout."

**Traitement.** Lorsque la congestion se sera produite, voici le traitement tracé par Poucel : " On suivra un régime rigoureux ; on écartera les influences psychiques dépressives, et on multipliera les longues promenades dans la colline afin d'activer la circulation Porte, et de provoquer la sudation par l'exercice. Cependant l'hygiène alors ne suffira plus, il faudra s'aider de la thérapeutique."

Les altérations se trouvant presque toujours associées dans une certaine mesure, la médication devra peu varier. Qu'on ait affaire à une stase veineuse, à un engorgement biliaire ou à un exsudat, les purgations et les cholagogues seront indispensables. Le calomel, le podophylin, le jalap, la poudre composée de magnésie, bicarbonate de soude et de rhubarbe et les œdlitz Chentaud, sont tous des médicaments d'une valeur à peu près égale. — A mesure que disparaîtra la barre épigastrique, l'hépatalgie, les cauchemars, l'inappétence, on diminuera graduellement la fréquence et la dose des purgations. Cette dose ne devra être forte que très exceptionnellement. Presque toujours l'organisme se trouve mieux des procédés de douceur, d'une action faible et prolongée. Quand la guérison sera arrivée, il suffira, pour la maintenir, d'une purgation légère tous les quinze jours, tous les mois ou tous les trois mois suivant les sujets.

On pourra aussi recourir aux vomitifs mais seulement à de longs intervalles.

Les alcalins produiront de bons effets et devront être pris, suivant les cas, à doses variables. Les estomacs excitables se trouveront bien des eaux alcalines non gazeuses. Les eaux contenant un peu de fer conviendront particulièrement aux estomacs atones.

La strychnine produira des effets vaso-constrictifs fort utiles et un certain degré de resserrement de la rate.

La quassine, le boldo, le cascara, surtout aux repas, feront couler la bile vers l'intestin. On fera fréquemment de la révulsion sur toute la région hépatique, ce sera un moyen puissant de décongestion. Les fomentations à la thérébentine, à la moutarde, tapsia, pointes de feu, vésicatoires vullants, les lotions à l'eau très chaude, seront d'une très grande utilité. Lorsque malgré le choix des aliments, ceux-ci entretiennent dans le foie un certain degré d'irritation, de periphlébite, il faudra recourir à la diète lactée rigoureuse, c'est-à-dire qu'on ne devra permettre pendant trois mois que du lait écrémé, et rien autre chose, par quantité raisonnable, toutes les 2 à 2½ heures. Lorsque l'irritation congestive sera passée à l'état chronique, et lorsque la douleur aura cédé, on se trouvera bien de l'iodure de potassium et bromure d'ammonium 3 à 4 grains de chaque, deux fois par jour. Les douches chaudes sont excellentes tant qu'il y a de la douleur. — Après, c'est la douche froide de très courte durée qui sera la meilleure.

Avec ce traitement on devra guérir, sinon soulager, toute une catégorie de malades auxquels les soins les plus variés n'avaient réussi qu'à les faire entrer dans la classe des incurables.

## CLINIQUE MÉDICALE

### Le diagnostic bactériologique et le diagnostic clinique de la diphtérie

M. le prof. J. Grancher. — (Hôpital des Enfants-malades)  
Messieurs,

J'ai pensé qu'il ne serait pas inutile de vous entretenir du diagnostic bactériologique pour vous en faire toucher du doigt le fort et le faible, les avantages et les inconvénients, les supériorités et les défauts.

lances. Je ne me dissimule pas que pour quelques-uns je vais paraître " réactionnaire " tant il est de mode, aujourd'hui, de tout subordonner à l'examen bactériologique, tant quelques-uns proclament que les vieux procédés d'examen par nos yeux, nos oreilles et nos mains ont vécu et que rien ne compte, rien ne vaut, sauf la présence ou l'absence du bacille vainqueur ! Si ce petit malheur m'arrive je me consolerais en pensant que personne n'aime plus que moi les travaux du laboratoire, que personne ne leur a consacré plus de son temps et de ses forces. Je puis donc aujourd'hui, sans aucune pensée rétrograde, dire où commence et où s'arrête, à mon sens et à l'heure où je parle, l'intervention du microscope, des cultures microbiennes et des inoculations expérimentales dans le diagnostic de quelques maladies humaines. Et je commencerai par la diphtérie.

Vous savez qu'en 1883 Klebs vit le bacille diphtérique et que l'année suivante, Löffler, dans un admirable mémoire, décrit ce bacille, qui porte son nom très légitimement, car le seul reproche qu'on puisse adresser à Löffler c'est d'avoir été trop modeste, trop réservé dans ses conclusions. Les trois mémoires de MM. Roux et Yersin, en 1888-89-90, fixèrent définitivement la science sur la spécificité du bacille, sur la toxine qu'il sécrète et sur le rôle de cette toxine dans la pathologie de la diphtérie et de ses suites : paralysie, etc... En 1890, Behring et Kitasato découvrent l'antitoxine, et Behring, dès le commencement de 1893, vérifie sur l'homme les résultats déjà obtenus sur les animaux, du traitement préventif et curatif de la diphtérie par injections sous-cutanées d'antitoxine. Plusieurs médecins allemands : Ehrlich, Wassermann, Aronson publiaient, en 1894, des statistiques semblables à celles de Behring et Boer en 1893, mais sans emporter la conviction. Au contraire, la communication de Roux, en septembre 1894, au Congrès de Buda Pest, communication remarquable par le nombre des malades traités et la clarté des déductions, leva tous les doutes qui flottaient encore sur l'utilité de la sérothérapie.

Vous savez quelle place exceptionnelle a pris la sérothérapie dans le traitement de la diphtérie et quelles espérances ont fait naître, autour des maladies infectieuses, les résultats merveilleux d'une méthode thérapeutique rigoureusement scientifique, commencée par la découverte de la toxine diphtérique due à MM. Roux et Yersin et achevée par la découverte de l'antitoxine et de ses effets curateurs par M. Behring.

Ces découvertes s'appuient elles-mêmes sur celle du bacille de la diphtérie par Löffler qui fit voir comment on pouvait le recueillir, le cultiver hors de l'organisme, et reproduire, avec une culture pure, la diphtérie et ses fausses membranes.

C'est donc à Löffler que remonte le diagnostic de la diphtérie par la recherche du bacille spécifique. Cependant, en France, au moins, c'est surtout après les mémoires de MM. Roux et Yersin que les cliniciens parurent abandonner le diagnostic clinique au bénéfice du diagnostic bactériologique.

Ici, il n'est peut-être pas superflu de faire remarquer avec quelle mesure MM. Roux et Yersin s'expriment sur l'emploi de la bactériologie dans le domaine de la clinique. Parlant de l'examen microscopique et de l'ensemencement sur sérum ils disent : " Ces moyens de diagnostic qui mettent sous nos yeux et entre nos mains la cause même de la maladie sont surtout précieux dans les cas où le diagnostic est difficile même pour des médecins exercés. Nous les avons employés dans plus de cent cas de diphtérie et nous pensons que seuls ils permettent un diagnostic scientifique (1). "

M. Jules Simon fut le premier clinicien qui, s'appuyant sur les recherches des microbiologistes, proclama la supériorité du diagnostic par le microscope et les cultures. Il le fit, du reste, à peu près dans les mêmes termes que MM. Roux et Yersin, mais en affirmant et surtout en généralisant davantage.

Après avoir décrit les caractères de la fausse membrane diphté-

(1) Ann. de l'Institut Pasteur, 1890.

rique et son mode d'invasion : " je vous disais autrefois : n'hésitez pas, c'est de la diphtérie. Aujourd'hui, je n'oserais plus être aussi affirmatif, et dirai simplement : c'est une fausse membrane. Sans doute, dans l'immense majorité des cas, ces caractères cliniques distinguent la diphtérie, mais seule la présence ou l'absence du bacille permet de l'affirmer ou de la nier. " Et il cite à l'appui, des cas où le diagnostic clinique fut réformé par l'examen microscopique et les cultures (1).

M. J. Simon fut suivi discrètement, dans cette voie ; puis, à l'occasion de la sérothérapie le diagnostic bactériologique parut s'imposer à tous comme une nécessité de la pratique médicale. Si bien que, un peu partout, en Allemagne, en France, en Amérique surtout, le diagnostic par cultures sur tubes de sérum et par examen microscopique des fausses membranes tendit à remplacer l'étude des symptômes locaux et généraux de l'angine, quelle qu'elle fut. Dans les sociétés scientifiques et les académies, des exemples d'erreurs commises par le seul examen clinique furent publiés, et avec un grand retentissement, achevant ainsi de discréditer les vieilles méthodes que personne n'osait défendre.

C'est que les services rendus par les travaux du laboratoire, dans cent questions et notamment dans la diphtérie, sont tels, que les rôles sont aujourd'hui intervertis. Il y a trente ans, vingt ans même, le laboratoire était obligé de se défendre contre les " cliniciens purs " ; j'ai connu cette période. Actuellement, le laboratoire occupe toute la scène, et quand il a parlé tout se tait autour de lui. Ecoutez M. Dieulafoy, un des hommes les plus autorisés de ma génération, un de ceux que j'estime et aime le plus : " Je ne voudrais pas revenir sur ce que d'autres ont dit et sur ce que j'ai répété moi-même à satiété. L'observation clinique livrée à ses seules ressources est incapable de dire si une angine est diphtérique ou si elle ne l'est pas ; l'examen bactériologique que peut seul nous permettre d'affirmer le diagnostic. Vouloir procéder autrement, c'est aller au devant des plus terribles mécomptes ; c'est exposer à la contagiosité des enfants, une famille, un entourage qu'on aurait pu préserver ; c'est exposer à la mort un malheureux qu'on aurait pu sauver si la diphtérie avait été diagnostiquée et traitée à temps par le sérum. Les plus habiles cliniciens s'y sont trompés et s'y trompent tous les jours ; il faut donc en prendre son parti et proclamer, une fois pour toutes, qu'en fait d'angines membraneuses, le diagnostic clinique doit s'incliner absolument devant le diagnostic bactériologique (2). "

Or, presque au même moment où M. Dieulafoy, avec le prestige attaché à son nom, proclamait ainsi la déchéance de la clinique, la Société médicale des hôpitaux entendait une communication de M. Variot (3), suivie d'une discussion d'où on peut conclure, pour le moins, que le diagnostic bactériologique de la diphtérie n'est pas toujours facile.

En effet, M. Variot, rapportant sa propre observation, racontait que le samedi 28 novembre 1896, le soir, il fut pris de frissons violents, de fièvre, de céphalalgie avec courbature générale. Le lendemain matin, dimanche, il se plaignait de douleur vers l'amygdale droite avec adéno-pathie du maxillaire du même côté. La fièvre était tombée et la journée se passa tranquillement au coin du feu avec un peu de diète et quelques verres de champagne pour toute médication. Le lundi matin, M. Variot vint à l'hôpital comme d'ordinaire. Sa gorge fut examinée et trouvée rouge avec gonflement de l'amygdale droite et exsudat grisâtre qui, ensemencé sur sérum par M. le Dr Tollemier, chef du laboratoire de l'hôpital Trousseau, donna des bacilles courts et moyens de la diphtérie, avec streptocoques. Et M. Variot ajoute : " S'il m'est permis de poser mon propre diagnostic, je crois avoir été atteint d'une angine extrêmement bénigne, diphtérique, puisque des cultures ont donné du Löffler, associée, puisque ces mêmes cultures ont décelé du streptocoque ".

M. Variot, qui dans cette observation relève surtout l'association microbienne et la bénignité—choses n'allant pas toujours ensemble—conclut, avec raison, que l'association " strepto-diphtérie " peut être bénigne ; qu'il faudrait pour fixer le pronostic de ces associations, un procédé rapide et sûr permettant de reconnaître le degré de virulence des microbes associés, et que l'animal étant le seul réactif de cette virulence, " le diagnostic des angines polymicrobiennes n'est pas du ressort de la clinique pratique puisqu'il exige des manœuvres longues et compliquées ".

La discussion qui a suivi cette communication a été fort intéressante, tant au point de vue des associations microbiennes qu'au point de vue du diagnostic de la diphtérie elle-même. Je ne veux insister que sur cette dernière partie de la discussion. M. Variot a-t-il eu la diphtérie ? Pour lui, la chose n'est pas douteuse : " J'ai eu, dit-il, une angine diphtérique " : il ajoute, il est vrai, une angine " bactériologique ", c'est-à-dire une angine où bactériologie et clinique sont en désaccord.

M. Chantemesse admet aussi que M. Variot a eu une diphtérie très bénigne. " Les diphtéries, dit-il, sont toujours plus ou moins associées, mais les bacilles courts et moyens, en petit nombre, unis à des streptocoques ou staphylocoques, conduisent à l'idée d'une diphtérie légère ; au contraire, un grand nombre de bacilles longs et enchevêtrés, avec streptocoques abondants, signifient diphtérie grave et exigent l'emploi précoce du sérum à dose suffisante ".

M. Sevestre ne dit rien du diagnostic ; il semble donc accepter que M. Variot a eu la diphtérie, diphtérie associée et bénigne, tout ensemble, ce qui n'est pas la règle, mais ce qui se voit.

Mais M. Barbier jette un doute sur le diagnostic même de la diphtérie. " M. Variot dit que la culture sur sérum a donné des bacilles courts et moyens : or, leur nature diphtérique est loin d'être démontrée ; seule l'existence du bacille long, enchevêtré, aurait eu une valeur réelle, au point de vue morphologique du moins ".

Et reprenant la parole, M. Chantemesse semble se ranger à l'avis de M. Barbier : " Quand on nous parle du bacille diphtérique, il faut nous dire si ce bacille est long, s'il a la forme enchevêtrée, et c'est alors seulement qu'on pourra admettre qu'il y a eu diphtérie. "

Ainsi, Messieurs, cette question du diagnostic bactériologique de la diphtérie, soulevée le 4 décembre 1896 à la Société médicale des hôpitaux et agitée par les hommes les plus compétents : chefs du service de la diphtérie dans nos deux hôpitaux d'enfants et bactériologistes réputés, est restée incertaine sur un des points importants, et nous ne savons pas encore si M. Variot a eu ou n'a pas eu la diphtérie.

C'est que, à côté du bacille long, enchevêtré, de Löffler, sur lequel tout le monde est d'accord, il y a les bacilles courts et moyens sur lesquels les bactériologistes sont encore divisés. Tandis que V. Hoffmann, Löffler, Zarniko, Escherich, Barbier, Veillon et Hallé, etc., veulent rejeter ces bacilles ou le plus grand nombre de ces bacilles hors du domaine de la diphtérie en s'appuyant sur des différences de culture et de virulence, Roux et Yersin, Louis Martin, Frankel, Ritter, etc., nient la valeur de ces différences, les unes trop légères, à leur gré, les autres trop contingentes pour caractériser une espèce distincte—et font entrer le bacille pseudo-diphtérique d'Hoffmann dans la diphtérie. Voici ce que disent à ce sujet MM. Roux et Yersin : " Où ferons-nous commencer le bacille pseudo-diphtérique ? au bacille qui ne donne plus d'écume chez le cobaye ou à celui qui en produit un peu ? La nature nous présente tous les intermédiaires entre le bacille diphtérique vrai et le pseudo-diphtérique. Les relations qui existent entre eux sont très probablement du même ordre que celles qui existent entre la bactérie virulente et la bactérie très atténuée " (1).

Et M. Louis Martin décrit trois variétés de bacilles diphtériques : courts, moyens et longs (2).

(1) Bulletin Médical, 1890, p. 549.

(2) Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, 14 nov. 1896.

(3) Séance du 4 décembre 1896. Bulletin de la Soc. méd. des hôpitaux.

(1) Ann. de l'Institut Pasteur, 1890.

(2) Ann. de l'Institut Pasteur, 1893.

En ce qui me concerne, j'avais été très frappé de ce fait qu'on rencontre fréquemment le bacille "pseudo-diphthérique" dans la bouche d'enfants sains. Sur 45 enfants pris au hasard à l'hôpital de la rue de Sèvres et hors des salles de diphthérie, MM. Roux et Yersin ont trouvé ce bacille, et, chose plus extraordinaire encore, "sur 59 enfants d'une école d'un village très salubre située sur les bords de la mer, et où, depuis longtemps, aucun cas de diphthérie n'avait été relevé", les mêmes auteurs trouvèrent 26 fois le bacille pseudo-diphthérique dans la bouche de ces petits écoliers. Il me semblait bien difficile d'admettre, dans ces conditions, la nature diphthérique de ces bacilles, et je priai M. Veillon, mon préparateur, de faire sur ce point quelques recherches de contrôle. M. Veillon, avec M. Hallé, a publié l'an dernier (1), dans un travail sur les vulvites, les résultats de son étude. Il en ressort que le bacille "pseudo-diphthérique" est un bacille vulgaire qu'on rencontre à l'état normal à la surface de beaucoup de muqueuses : nasale, buccale, oculaire, vulvaire, et que, semblable au bacille diphthérique vrai par son aspect sur culture de sérum, il en diffère par d'autres caractères ; la coloration des cultures, leur abondance sur gélose, etc. . . M. Barbier avait de même rencontré ce bacille, sur la conjonctive de beaucoup de rubéoleux et sur d'autres muqueuses et relevé les mêmes différences de culture.

En conséquence, ce bacille "pseudo-diphthérique commun" doit être rejeté de la diphthérie.

Mais l'argument décisif me paraît avoir été donné par Spronck (2). Cet auteur a eu l'idée, empruntée à Pfeiffer, de faire servir le sérum antidiphthérique à la définition du ou des bacilles de la diphthérie. Il prit une culture pure de bacilles courts capable de provoquer à la dose de 2 à 3 cc, en injections sous-cutanées sous la peau d'un cobaye, un œdème local et des symptômes généraux : manque d'appétit, hérissément des poils, maigreur. "Si, dit Spronck, j'avais affaire à des bacilles diphthériques vrais, le sérum antidiphthérique devait être capable de préserver un cobaye inoculé avec cette culture. Or, il n'en a rien été. Une dose de sérum suffisante pour immuniser un cobaye contre l'inoculation sous-cutanée d'une quantité de culture diphthérique mortelle en quarante huit heures, à tel point qu'il ne se produit même aucune trace de réaction locale, ne préservait point un cobaye ayant reçu de 1 à 3 cc. d'une culture fraîche de nos petits bacilles si peu virulents. Les cobayes traités six à douze heures auparavant avec le sérum, présentaient les mêmes symptômes morbides locaux et généraux que les cobayes témoins non traités."

"Il existe donc, dans les angines, un bacille court, pseudo-diphthérique, pathogène pour le cobaye, jusqu'ici inconnu ou pris à tort pour le bacille diphthérique vrai. Ce bacille correspond absolument au petit bacille court de L. Martin."

Cette réaction biologique de l'immunité, positive pour le bacille diphthérique et négative pour le bacille non diphthérique, me paraît tout à fait probante. Ainsi, du reste, en juge M. L. Martin lui-même (3) qui, rappelant ce travail et ces conclusions de Spronck, lui accorde qu'il a démontré que des bacilles courts ne sont pas des bacilles diphthériques, mais il invoque, à son tour, des expériences faites sur un moineau avec un bacille court issu par culture, après vieillissement, d'un bacille long diphthérique, pour affirmer, que certains bacilles courts sont sûrement diphthériques.

De même, Veillon et Hallé acceptent que si la grande majorité des bacilles courts n'est pas de nature diphthérique, quelques bacilles courts cependant sont diphthériques et aussi virulents que le bacille long. Le bacille court diphthérique vrai resterait à l'état d'exception, soit ; mais, tout exceptionnelle qu'elle soit, la présence de ce bacille court et diphthérique vrai rend la diagnostic scientifique et bactériologique de la

diphthérie très difficile, si bien que, à l'heure actuelle, par le seul aspect morphologique il est impossible de dire si un bacille court est diphthérique ou pseudo-diphthérique.

Donc, le moins qu'on puisse affirmer en s'appuyant sur les travaux les plus récents, c'est qu'on a trop étendu le domaine de la diphthérie, en lui attribuant tous les bacilles courts et moyens et qu'il faut reviser sur ce point le diagnostic bactériologique. Seul, le bacille long enchevêtré est nettement, certainement diphthérique.

En conséquence, pour en revenir à l'importante discussion soulevée à la Société médicale des hôpitaux par M. Variot, il est impossible de dire s'il a eu ou non la diphthérie. On ne le saura jamais puisque l'examen bactériologique n'a révélé que des bacilles courts et moyens et n'a pas été poussé jusqu'à l'étude de la virulence par l'inoculation aux cobayes. Or, il y a des bacilles courts diphthériques, et d'autres plus nombreux, non diphthériques, et le seul moyen de reconnaître le bacille court diphthérique vrai est de constater sa virulence. J'en arrive donc à cette conclusion, que si, douze ans après la découverte du bacille diphthérique, les bactériologistes discutent encore sur un point important du diagnostic par le microscope et les cultures, on demande peut-être beaucoup aux médecins en leur conseillant de prendre pour seul guide ce même diagnostic bactériologique.

Nous ne pourrions donner ce conseil que si le diagnostic bactériologique était toujours sûr et rapide.

Le diagnostic bactériologique est-il toujours sûr ? Vous venez de voir que non. La confusion, toujours possible, des bacilles courts et moyens pseudo-diphthériques avec des bacilles courts et moyens diphthériques, diminue la certitude. Sans doute, les angines à bacilles courts et moyens, sans bacille long, sont assez rares : 5 à 10 % environ ; mais les cas où les bacilles courts abondent dans la fausse membrane et gênent la recherche du bacille long sont fréquents, et je pense que, d'ores et déjà, il faudrait suivre le conseil de Spronck, chercher le bacille long, et une fois celui-ci découvert, ne pas s'arrêter à "ces petits bâtonnets gênants" (bacilles courts).

Mais il arrive encore assez souvent que le bacille long, quoique présent dans la gorge, manque sur le fragment de la fausse membrane qui sert à l'examen, d'où le conseil de MM. Roux et Yersin de toujours recourir à la culture sur sérum. Malheureusement, ici, le diagnostic bactériologique manque à la deuxième condition essentielle de supériorité ; il n'est pas rapide, et je connais quelques faits de diphthérie où, pendant plusieurs jours, l'ensemencement a été négatif.

Donc, si le diagnostic clinique a ses incertitudes et ses lenteurs, le diagnostic bactériologique a aussi les siennes. Il apporte la certitude scientifique là où il pouvait y avoir doute ; voilà sa grande supériorité, mais il n'est pas toujours rapide et le malade n'attend pas, ne peut pas attendre. Quand il s'agit de diphthérie et de sérothérapie, ce n'est pas par journées, c'est par heures qu'il faut compter.

Nous, médecins parisiens, médecins d'hôpitaux surtout, avec notre laboratoire particulier ou le laboratoire de l'hôpital qui, à juste titre, a toute notre confiance, nous recourons volontiers au diagnostic bactériologique pour savoir s'il y a des bacilles longs. Le téléphone aidant, c'est affaire de quelques heures et, le plus souvent, on peut attendre. Pour ma part, je me garderais bien, à Paris, d'agir autrement et de ne pas demander au laboratoire la confirmation ou l'infirmité de mes prévisions, sauf, en cas de contradiction, à donner raison à la clinique contre le laboratoire, s'il y a urgence.

Telle n'est pas, telle ne peut pas être la conduite de la grande majorité des médecins.

"En France, disent MM. Sevestre et L. Martin, depuis la découverte de la sérothérapie, on trouve des tubes de sérum chez les pharmaciens, et les grandes villes ont actuellement un laboratoire spécial pour faire le diagnostic. Il suffit dès lors d'ensemencer les tubes et de les envoyer au laboratoire."

A suivre

(1) Archiv. de méd. expér., 1896.

(2) Semaine méd., 12 août 1896.

(3) Traité des maladies de l'enfance. Paris 1896. Article "Diphthérie" de Sevestre et L. Martin.

## REPRODUCTION

**Séro-diagnostic de Widal pour la fièvre typhoïde**

Par E. T. FISON, M. B., B. C. Cantab. (Du *British Medical Journal*).

Après avoir donné l'historique de ce nouveau et puissant moyen de diagnostic, l'auteur en donne la technique suivante :

..... " Et pour la marche de mes expériences j'ai choisi la méthode microscopique de Widal, qui m'a donné des résultats très satisfaisants.

" Tout ce qui est nécessaire, dit Widal, est d'avoir à sa disposition " de pures cultures du bacille d'Eberth, un microscope et quelques " gouttes de sérum, ou même seulement une goutte de sang du malade. "

Avec une aiguille stérilisée on fait une piqûre sur le dos du doigt près de la base de l'ongle, on prend à l'aide d'une pipette capillaire stérilisée environ trois gouttes de sang, on ferme l'extrémité de la pipette à la flamme, prenant bien garde de surchauffer le sang recueilli.

Le doigt doit être nettoyé, mais non stérilisé, précaution qui ne semble pas nécessaire.

En vingt-quatre heures, le sérum est complètement séparé du caillot, et peut être soufflé au dehors presque libre de corpuscules, ou bien on passe le sang au centrifugeur. On fait usage de cultures sur agar du bacille typhoïde, qui réagit à tous les essais.

On se sert d'une émulsion de cultures avec quelques gouttes d'eau, qu'on ajoute au sérum.

Le professeur Delépine appuie pour qu'on ne se serve que de cultures fraîches et virulentes du bacille typhoïde. Pour obtenir ces cultures, il recommande de les préparer dans un milieu solide, et de n'en faire des cultures fluides qu'au moment de s'en servir. J'ai inoculé, dit l'auteur, des tubes sur agar toutes les semaines et de ces tubes, fait des cultures sur bouillon, et m'en suis servi après un développement de vingt-quatre heures à 37° C. Si la culture s'atténue, des inoculations sur agar tous les jours, pendant quatre jours, semblent lui faire reprendre sa virulence.

Ceci fait, on prend un verre (coverglass) propre, sur lequel sont placées neuf pleine anses de l'émulsion de la culture sur bouillon de vingt-quatre heures ; on y ajoute une pleine anse du sérum ; on mélange les deux, on place la préparation au foyer du microscope et on l'examine avec la lentille à immersion.

Une réaction positive se dénote par l'empressement des organismes à se grouper en masses devenant sans mouvement et par un champ limpide entre ces masses.

Il est bon d'examiner l'émulsion ou la culture sur bouillon de temps en temps afin de voir si l'on trouve ces groupements ou s'ils se forment après un temps court.

Dans la majorité des expériences l'observation de la préparation a été faite de suite, et encore au bout d'une demi-heure si la réaction était d'abord partielle ou négative. J'en suis venu à la conclusion qu'il est nécessaire de fixer un temps limité pour l'apparition de cette réaction ; nous l'avons fixé à une demi-heure.

En poursuivant cette série d'expériences, j'ai presque toujours éprouvé le même jour des sérums de malades souffrant d'autres affections que de la fièvre typhoïde, de manière à pouvoir contrôler mes résultats.

Aussitôt la préparation faite, on la met sous le microscope, et si la réaction est positive, voici les phénomènes que l'on voit :

I° Formation de masses d'organismes sans mouvement. Ces masses sont composées d'organismes parfois fermement groupés ensemble, d'autres fois plus librement ; elles sont formées d'organismes en chapelet et non en foyer, et diffèrent ainsi beaucoup des pseudo-groupements qui surviennent, souvent après une période variable, avec les sérums provenant de malades souffrant d'autres affections.

Dans les pseudo-groupements les organismes se tiennent à peu

près sur un même plan, et ne sont pas, règle générale, en masses denses.

2° Une limpidité presque immédiate du champ entre les groupements ; ceci est la partie la plus caractéristique de la réaction.

Les quelques organismes qui restent dans le champ libre se meuvent avec langueur, et souvent on les voit courir vers les groupements pour en augmenter la dimension.

Si on suit bien la préparation avant la réaction complète, on voit bientôt le champ s'éclaircir et les groupements augmenter de dimension. Parfois, cependant, avec du sérum d'un malade atteint de fièvres typhoïdes, la réaction n'est pas tout d'abord aussi définie.

De fait, aux premiers instants on ne peut noter rien autre chose qu'une perte de la motilité ordinaire des organismes ; en peu de temps, toutefois, de petits groupement d'organismes se forment et augmentent jusqu'à ce que au bout d'une demi-heure la réaction soit tout à fait positive. On voit des réactions intermédiaires entre cette dernière et les phénomènes typiques ci-dessus.

## CONCLUSION

I° Il faut se servir de cultures du bacille typhoïde absolument certaines et virulentes. Si la culture s'atténue, il se formera des groupements avec n'importe quel sérum de la manière typique ordinaire. Il est bon d'examiner d'abord la culture afin de voir s'il n'y a pas déjà de groupements avant l'addition du sérum.

II° Il est bon de faire deux dilutions dans la proportion de 1 pour 9 et de 1 pour 2.

III° Il est nécessaire de fixer une limite de temps pour que la réaction se fasse, d'après mon expérience, une demi-heure est un temps suffisant.

IV° Une réaction positive, est, je crois, une preuve absolue de fièvre entérique (pourvu qu'il n'y ait pas d'histoire d'une attaque antérieure), et se trouve dans la grande majorité des cas.

V° Une réaction négative est une forte présomption contre la fièvre typhoïde.

VI° La réaction se montre presque toujours dans la première semaine de la maladie, cependant le diagnostic peut se faire plus tôt par ce moyen que par les moyens cliniques.

VII° Le pouvoir agglutinatif du sérum dure une période non définie mais en règle générale une longue période, ainsi il est nécessaire de rechercher s'il y a déjà eu d'autres attaques.

VIII° Il semble n'y avoir aucune relation entre l'intensité de l'agglutination, la sévérité du cas, ou le degré de la fièvre.

IX° C'est indubitablement la meilleure méthode que nous possédons pour le diagnostic certain de la fièvre entérique.

**La cure radicale de la hernie et ses conditions de solidité**

Par M. le docteur LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

Lorsqu'il y a seize ans, M. Championnière a voulu reprendre scientifiquement la défense de la cure radicale de la hernie, il fut d'abord si mal accueilli, que le mot même de *cure radicale* fut écarté par celui de *cure opératoire* sous prétexte que s'il existait une possibilité de retour de la hernie, la cure ne pouvait être radicale. On était plus exigeant envers le chirurgien qu'envers le créateur, puisqu'on refusait d'admettre l'absence de la hernie tant que subsistait la possibilité de production d'une nouvelle. Cette petite chinoiserie de la nomenclature a disparu, et M. Championnière a pu produire, dès le début, de nombreux exemples permettant d'affirmer qu'après l'opération, la hernie peut être supprimée définitivement. Le sujet est souvent plus résistant à la formation d'une hernie qu'un grand nombre de sujets qui se présentent indemnes de toute difformité de ce genre.

Aujourd'hui que l'opération de la cure radicale est admise, on a plutôt une tendance à lui accorder trop d'indulgence. On admet trop volontiers comme bonnes des interventions opératoires qui sont trop

superficielles, trop peu sérieuses ; on préconise des actions qui sont manifestement trop imparfaites pour donner un résultat sérieux.

La pratique courante de la cure radicale, en faisant mieux connaître les conditions de résistance et les déficiences des difformes, permet de juger sainement de leur valeur. M. Championnière affirme que l'expérience apprend que l'on peut aisément différencier les interventions susceptibles de guérir et celles qui ne peuvent que MASQUER la hernie. Les premières sont difficiles, laborieuses ou longues. Les dernières sont très communes.

C'est en se fondant sur l'expérience de six cent cinquante deux opérations, que M. Championnière expose les faits qu'il a observés.

Non seulement on a prétendu guérir la hernie par des opérations superficielles et rapides, mais on a présenté des cures radicales sans opération. M. Lannelongue a exposé une méthode d'injection au-devant du sac herniaire, faite avec du chlorure de zinc.

C'est là le cas de signaler les interventions qui MASQUENT la hernie. Quels que soient les résultats apparents, il est matériellement impossible qu'on obtienne de la sorte la cure radicale.

Tous les chirurgiens qui se sont occupés de la cure radicale savent que toutes les opérations qui laissent subsister l'infundibulum herniaire, toutes celles qui ne réparent pas la paroi par un artifice quelconque sont des opérations sans valeur. Même si on accorde aux injections une action réelle, il est évident qu'elles ne peuvent rien ni sur l'infundibulum séreux de la hernie, ni sur les parties profondes de la paroi.

En outre, la seule observation des faits de M. Lannelongue apprend que les accidents post-opératoires sont beaucoup plus graves que ceux que l'on observe après la véritable cure radicale. Il existe de la douleur, du gonflement, de l'élévation de température, et la pratique même de l'injection exige la chloroformisation. Ajoutez à cela une action aveugle, et il sera évident pour tout homme compétent en matière de cure radicale que cette intervention est à la fois inefficace et beaucoup plus dangereuse qu'une bonne opération.

Les faits apportés à l'appui ne sauraient compter. On nous a demandé autrefois des années pour juger les nôtres. Aujourd'hui les faits de M. Lannelongue concernant les enfants datent de quelques mois, et ceux observés sur l'adulte datent de quinze jours.

M. Championnière pense qu'il est utile de mettre ces faits en relief, la haute autorité de M. Lannelongue pouvant, par une illusion regrettable, faire faire un recul passager à la chirurgie française, qui avait une grande part dans le progrès de la chirurgie herniaire.

M. Championnière pense que quelques conclusions très pratiques peuvent être retirées d'une longue expérience comme la sienne, et indiquer précisément quelles sont les conditions de résistance de la réparation.

M. Championnière apporte un tableau de : 650 hernies opérées :  
556 hernies inguinales, 507 hommes, 49 femmes ;  
46 hernies crurales, 13 hommes, 33 femmes ;  
22 hernies ombilicales, toutes chez des femmes ;  
14 hernies épigastriques, toutes chez des femmes ;  
12 éventrations, 2 hommes, 10 femmes ;

Sur des chiffres aussi considérables, il devient impossible de vérifier la totalité des résultats. On ne revoit les malades guéris que par hasard. On retrouve assez facilement les cas de récurrence.

Au début de sa pratique, M. Championnière a fait porter des bandages aux opérés. Cela n'a pas été fait pour plus d'une vingtaine de cas, et depuis il n'a jamais fait porter de bandage que pour des cas très rares et suivant une indication spéciale tenant à la nature de la hernie du gros intestin.

*Les opérés de cure radicale ne doivent pas porter de bandage.*

Plus de cent observations bien suivies ont pu montrer la persistance de la cure radicale chez des sujets exerçant les professions les plus variées.

Des manœuvriers de tous ordres ont pu reprendre leur métier. Au premier rang il faut placer des bouchers, des boulangers, des déménageurs.

Un bon nombre d'opérés refusés antérieurement pour le service militaire sont devenus soldats. M. Championnière a pu reprendre un engagé volontaire qui avait été opéré, hernie double, et qui accomplissait son service dans de bonnes conditions.

Plusieurs sont devenus officiers et montent à cheval.

A tous ceux qui se présentent à lui, M. Championnière recommande de faire de l'exercice. Il faut que la paroi puisse résister à tous les exercices nécessaires.

En dehors du monde des manœuvriers M. Lucas-Championnière n'a vu la récurrence que dans des cas absolument spéciaux.

Tous les sujets observés, opérés en ville, n'ont donné aucun cas de récurrence. Il en a été de même pour les cas très nombreux dans lesquels des gens n'appartenant pas à la clientèle hospitalière ont été opérés à l'hôpital. Deux observations seulement de récurrence ont été prises, comme on le verra.

Cependant beaucoup d'entre eux se livraient à des efforts très violents, gymnastique, armes, cheval. L'un d'eux tombait deux ans plus tard en montant en course et restait valide.

Ces résultats sont d'autant plus satisfaisants qu'ils renferment un grand nombre de cas qui étaient franchement mauvais et qu'en faisant une sélection des cas ou en obtenant des opérés plus de mesure dans leurs mouvements, on obtiendraient mieux encore.

M. Championnière montre du reste qu'après l'opération, en examinant la qualité et l'étendue de la cicatrice, on peut prévoir en quelque sorte les chances de retour. Ces chances sont presque nulles si on a pu accomplir les temps de l'opération.

Vingt-trois observations de récurrence ne présentent pas la totalité des récurrences sur six cent cinquante opérés, mais certainement le très grand nombre.

Certaines étaient prévues très grosses hernies chez des gens âgés ; hernies du gros intestin empêchant l'excision complète du sac. D'autres sont dues à des excès musculaires.

Deux bouchers ont eu une récurrence en soulevant un demi-bœuf.

Un homme a été attaqué et piétiné sur le ventre.

L'engraissement a paru à M. Championnière la cause la plus commune et la plus grave de la récurrence. Parmi les cas de clientèle non hospitalière ce sont les seuls cas de la statistique. Deux jeunes gens, un étudiant en droit et un étudiant en médecine, ont fait en quelques mois un engraissement extraordinaire. Le premier a récidivé en six mois, le second seulement au bout de cinq ans. M. Championnière a réopéré l'un d'eux et a trouvé la paroi dans un état d'infiltration graisseuse lamentable.

M. Championnière pense que l'engraissement devrait être surveillé de très près chez ces sortes d'opérés, et qu'il y aurait lieu de faire faire à tous les opérés une gymnastique méthodique. L'usage de la bicyclette peut leur rendre les plus grands services.

Un fait très remarquable c'est que les récurrences deviennent extraordinairement rares dans les trois dernières centaines d'opérés, ce qui tient sans doute à ce que le temps écoulé depuis l'opération est moindre, mais surtout à ce que l'opération est de plus en plus parfaite. C'est du reste un signalé par tous les opérateurs pour toutes leurs opérations, aussi bien au point de vue des résultats qu'au point de vue de la sécurité.

La moralité de cette opération existe. Aucune opération ne saurait être exempte, et les séries peuvent tromper, M. Championnière a eu une série de deux cent-soixante-cinq cas sans mort aucune, il pense donc avoir le droit de le dire.

Une mort par coagulation pulmonaire aurait peut-être été évitée par de meilleures conditions hospitalières.

Une mort par étranglement aurait certainement été évitée si M. Championnière avait été prévenu des accidents qui durèrent plus de quatre jours.

Une petite hémorragie épiploïque emporta subitement, après trente-six heures, un cardiaque à rétrécissement mitral méconnu.

Un homme mourut au bout de trente-six heures après l'ingestion d'une énorme masse d'eau glacée. Pas d'autopsie.

Après ces quatre cas de hernie inguinale, un cas de hernie épigastrique. Le sujet, qui avait eu antérieurement des accidents intestinaux très graves, mourut au bout de neuf jours avec de la parésie intestinale. Il avait subi une laparotomie dans l'intervalle pour détruire des adhérences épiploïques. Il n'existait aucun obstacle matériel à la circulation intestinale et aucune trace d'inflammation péritonéale.

On ne peut admettre que 0,70 p. 100 représente les chances de mortalité auxquelles on expose un opéré de cure radicale. Ces chances sont encore infiniment moins dangereuses. M. Championnière estime que, si on prend un sujet jeune, au-dessous de la quarantaine, exempt de toute tare organique, les chances de mort peuvent être abaissées peut-être au-dessous de 0,20 p. 100, soit 1 sur 500, peut-être au-dessous encore. Mais ce résultat ne peut être obtenu qu'à l'aide de soins très méticuleux.

Il n'y a de cure radicale possible que par une opération très étendue modifiant la paroi et le contenu de la hernie d'une façon très complète. Plus l'opération devient complète et hardie, meilleurs sont les résultats. Les observations et les statistiques de M. Championnière le démontrent surabondamment.

Il faut rejeter carrément toutes les petites opérations, tous les petits moyens qui ne sont petits, du reste, que par leurs résultats. Les injections en particulier sont douloureuses, plus dangereuses et certainement inefficaces. Une ouverture herniaire suffirait à convaincre les plus prévenus.

Les temps indispensables de l'opération de M. Championnière sont les suivants :

Ouverture large de la hernie jusque dans l'addomen, de façon à voir et à réparer le plus haut possible ;

Excision de tout épiploon accessible ;

Destruction du sac et de son infundibulum supérieur ;

Éloignement de tout repli péritonéal de la région herniaire ;

Réparation des parois par *croisement* et non par *réunion*, par juxtaposition simple, de façon à doubler la paroi de toute la région.

Fermeture avec drainage.

On peut arriver à une réparation presque mathématique de la paroi. Mais ce ne sera jamais que par une opération très délicate et très complète. Plus la question a été étudiée, et plus ce fait est devenu évident, la démonstration que M. Championnière a faite par une expérience qui remonte à bien des années et qui comprend plusieurs centaines de cas lui paraît sans conteste possible.

### Traitement des crevasses et gercures

(MOREL-LAVALLÉE)

Le procédé le plus énergique consiste évidemment à s'oindre les mains de glycérine bien neutre, les égoutter ; puis, les recouvrir de gants de peau, ou encore les rouler dans la poudre d'amidon. Mais de ces deux façons, on tache horriblement les objets de literie. Seulement, en deux ou trois applications nocturnes, les crevasses sont guéries, et la peau en est préservée pour une huitaine de jours.

On se salit un peu moins en remplaçant la glycérine par le topique suivant, aujourd'hui classique :

Lanoline.....	100 grammes
Paraffine liquide.....	25 —
Vanilline.....	5 centig.

Mais il faut trois ou quatre fois plus de temps pour obtenir la guérison. Lorsque les gercures ne sont pas très profondes ni très invétérées, le plus pratique, sinon le plus court, est l'emploi des lotions, faites chaque fois que l'on se lave les mains.

M. Morel-Lavallée a l'habitude, depuis longtemps, d'employer la lotion que voici, dont il a établi la formule avec l'aide de M. Genevois, alors son interne à l'hôpital Saint-Louis :

Alcool à 90°.....	80 grammes
Glycérine.....	85 —
Eau de roses.....	30 —
Salol.....	2 —
Teinture de musc.....	2 gouttes

Voici comment on doit procéder : on se lave avec de l'eau légèrement tiédie, en employant le savon le moins irritant possible (savons à la gélatine, pâtes d'amandes, etc.). On s'essuie à l'aide d'une serviette-éponge. Ensuite on verse la lotion dans le creux de la main, et l'on s'enduit alternativement les deux faces dorsales des mains. On frotte alors vigoureusement les deux paumes ensemble contre une serviette tendue, on éponge le bord cubital de la main, mais on se garde bien d'essuyer la face dorsale des doigts et de la main. On les secoue simplement : au bout de deux minutes, tout est sec ; on ne risque de tacher ni ses vêtements ni le papier, et la peau reste onctueuse et protégée.

M. Morel-Lavallée ajoute qu'il ne saurait trop vivement recommander ce procédé à ceux de nos confrères dont les opérations, les antiseptiques irritants ou les contacts infectieux menacent le plus les téguments et qui doivent se laver et savonner le plus fréquemment. Toutefois cette méthode et surtout prophylactique. Des crevasses existant, et la guérison rapide étant impérieusement nécessaire, comme dans notre profession, c'est au pansement glycérimé nocturne qu'il convient d'avoir recours au moins une ou deux fois, — ou à la lanoline aromatisée, ou à une pâte comme celle-ci :

Oxyde de zinc.....	15 grammes
Triturez avec :	
Glycérine.....	45 —
Ajoutez :	
Lanoline.....	40 —
Essence de néroli.....	Q. s.

Il importe de savoir, surtout lorsqu'il s'agit de femmes ayant la peau délicate et sensible, que les préparations usitées produisent une cuisson, voire une douleur d'autant plus prolongée que la glycérine y figure en plus grande quantité. Pour les femmes du monde, M. Morel-Lavallée prescrit constamment les onctions nocturnes à l'aide d'un mélange de lanoline et de paraffine parfumé et amené à la consistance solide à la température ordinaire. Ce mélange doit alors être fondu légèrement devant le feu ou au bain-marie. Il forme, en se desséchant, un vernis sur la peau, et il n'est généralement pas besoin d'un nuage de poudre de riz pour préserver le linge de taches grasses.

L'emploi, après lavage des mains, de la lotion composée dont est donnée plus haut la formule, est en général superflu, sauf pour les personnes faisant dans leur ménage un fréquent usage de cristaux de soude, de lessives ou de savons grossiers et irritants.

(Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.)

### FORMULAIRE

**Solution contre l'angine scarlatineuse.**—(M. H. M. MC. CLANAHAN.)

Eau oxygénée.....	30 grammes
Bicarbonate de soude.....	1 — 20. c.
Eau distillée bouillie.....	60 —

F. S. A.— Usage externe.

On se sert de ce liquide pour pratiquer toutes les deux heures des pulvérisations dans la gorge.

**Pilules de cascara sagrada pour les enfants.**—(PRUYS.)

Extrait de cascara sagrada.....	2 grammes
Extrait de frangula.....	1 —
Poudre d'aloès.....	} à 4 grammes
Poudre de gentiane.....	

Savon médicinal q.s.p.f. pilules No 80.

S.— A prendre le soir 1-4 pilules.

**Sirop de lacto-phosphate de chaux pour les enfants.**

Phosphate bibasique.....	12 grammes 50
Acide lactique concentré.....	q. s.
(environ 14 grammes).	
Eau distillée.....	335 grammes
Sucre blanc.....	630 —
Alcoolature de citron.....	10 —

200 grammes de sirop représentent 0.25 de phosphate bibasique.

Les sirops de chlorhydro-phosphate et de phosphate acide renferment également 0,25 de phosphate bibasique par 20 grammes de sirop ; il faut, pour les quantités précédentes, environ 8 grammes d'acide chlorhydrique pur et 18 grammes d'acide phosphorique médicinal à D = 1.45.

Dose : une à quatre cuillerées à café par jour.

**Suppression de la sécrétion lactée.**

Pour obtenir ce résultat, le Dr JORIE (*Gaz. méd. Liège*, 96) badigeonne 5 ou 6 fois par jour les deux mamelons avec la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.....	5 grammes.
Eau.....	} àà 50 grammes.
Glycérine.....	

Ces applications ont été sans inconvénients, et suppriment la sécrétion lactée au bout de deux à six jours.

**Poudre composée pour le pansement de l'ulcère variqueux de la jambe.—M. F. SIMONELLI.**

Chlorure de sodium en poudre impalpable.....	50 grammes
Menthol pulvérisé.....	5 —

Mélez.—Usage externe

Avec ce mélange on saupoudre toute la surface de la plaie, qui doit être préalablement nettoyée et lavée.

Sous l'influence du chlorure de sodium, les ulcères les plus atoniques ne tardent pas à se recouvrir de bourgeons charnus d'excellent aspect. Lorsque ces derniers auront comblé la perte de substance, on cessera d'employer ce mélange, le sel de cuisine n'étant qu'un stimulant du processus de granulation, mais ne possédant pas de propriétés kératoplastiques, et l'on aura recours aux moyens employés habituellement pour activer l'épidermisation (greffes, cautérisation, etc).

**Cargarisme contre l'amygdalite lacunaire.—(M. LEVY)**

Créosote de hêtre.....	VIII gouttes.
Teinture de myrrhe.....	} àà 60 grammes.
Glycerine.....	
Eau.....	120 —

Mélez.— Usage externe.

**Cachets antidysentériques.—(M. KARTULIS.)**

Calomel à la vapeur.....	0 gr. 50 centigr
Naphtaline.....	1 gramme.
Sucre.....	Q. S.
Essence de bergamote.....	III gouttes.

Mélez et divisez en dix cachets.—Prendre un cachet d'heure en heure.

**Pilules créosotées pour le traitement de la phtisie.**  
(MM. ROMEYER ET TESTEVIN.)

Créoso-magnésol.....	0 gr. 10 centigr.
Miel.....	Q. S.

Mélez. Pour une pilule. Faites 100 pilules semblables. — A prendre : 6 à 10 pilules par jour.

Le créoso magnésol, est un mélange contenant 80% de créosote, qui est facilement supporté par l'estomac et dans lequel la saveur caractéristique de la créosote se trouve masquée. On la prépare de la façon suivante :

Dans un mortier en porcelaine on met 20 grammes de potasse caustique que l'on fait dissoudre dans 10 grammes d'eau distillée. On y ajoute ensuite en émulsionnant 800 grammes de créosote de hêtre et

enfin 170 grammes de magnésie récemment calcinée. Le mélange abandonné à la température ordinaire prend, au bout d'un laps de temps variable pouvant aller jusqu'à trente-six heures, une bonne consistance pilulaire. Ensuite cette masse durcit, mais elle se laisse aisément pulvériser et il est facile de la mettre en pilules par la simple addition du miel.

**Mixture contre les ascarides chez les enfants.—(M. C. W. TOWNSEND.)**

Extrait fluide de spigélie.....	20 grammes,
Extrait fluide de séné.....	90 —
Essence d'anis.....	} àà III gouttes.
Essence de carvi.....	

Mélez. — Donner, suivant l'âge de l'enfant, une demi-cuillerée à café de cette mixture deux ou trois fois par jour.

**INFORMATIONS****Assemblée annuelle de l'Association Médicale du Canada**

La réunion annuelle de l'Association Médicale du Canada a eu lieu le 30 août dans les salles du Synod à Montréal sous la présidence du Dr V. H. Moore de Brockville, Ont. Y assistaient de nombreux membres de l'Association Canadienne et des médecins distingués de l'Association Britannique. Le Dr F. N. G. Starr de Toronto est le secrétaire de l'Association Canadienne.

Le Dr Moore, dans son rapport, passa en revue les progrès des différentes branches de l'instruction, médicale et autre. Il profita de l'occasion pour encourager l'immigration au Canada des classes cultivées par l'exposé de l'étendue et de la grandeur de nos ressources.

Le Président remercie d'abord les membres présents de l'honneur qu'on lui fait en le nommant le Président de l'Assemblée. Il se réjouit de voir à ses côtés des membres distingués de l'Association Médicale de la Grande Bretagne, qu'il considère comme des frères. Leur présence fera époque dans notre histoire en resserrant davantage les liens qui unissent la Grande Bretagne à ses colonies.

Il y aura trente ans le 9 octobre prochain que l'Association Médicale du Dominion fut fondée. Le premier Président fut Sir Charles Tupper. Son but fut :

- 1<sup>e</sup> d'encourager l'étude de la science médicale.
- 2<sup>e</sup> d'unir les membres de la profession
- 3<sup>e</sup> de rendre uniforme l'étude de la médecine dans le Dominion.

Les deux premiers souhaits de l'association ont été largement accomplis, grâce à l'aide des médecins de la Grande-Bretagne et de la république voisine.—

Il regrette de dire que le troisième point reste encore à atteindre, sans doute parce que l'éducation en général est sous le contrôle exclusif de chaque Province du Dominion. De là les différents actes des Législature statuant sur la profession médicale dans les limites de chaque Province.

Pour lui, Dr Moore, il croit qu'il devrait exister une législation uniforme pour toute la profession médicale du Dominion ; et dans ce but l'assemblée devrait choisir un certain nombre de membres chargés de préparer une semblable législation. Les conseils médicaux de chaque Province pourraient ensuite l'examiner et faire amender leurs lois en conséquence par leur Législature respective. L'association médicale du Dominion pourrait ensuite s'entendre avec la Mère-Patrie, et obtenir d'elle le libre exercice de la profession médicale dans toute l'étendue de l'Empire Britannique pour tous les médecins licenciés du Dominion.

La profession médicale a bien mérité du Canada en poussant les gouvernants à établir partout des conseils d'hygiène, chargés d'enrayer les maladies infectieuses, et de les empêcher de se disséminer.

Le Président parle ensuite des découvertes de Pasteur, de Koch et autres, et des bienfaits qu'elles ont apportés dans la thérapeutique. Le Dr Watson Cheyne de Londres, parle ensuite des progrès de la médecine, puis l'on procéda à l'élection des différents comités.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Influence de la lumière sur les microbes

Par M. le Dr Fred. BOULANGER M. D. L. Faubourg St-Jean Québec.

Contemporains de Roux et de Pasteur nous avons le bonheur d'assister aux plus utiles découvertes qui aient jamais été faites en médecine : "ferments et virus sont des êtres animés ; le vaccin est un virus atténué ; la médecine a pour base l'atténuation des virus." Ainsi fut fondée la médecine microbienne, victorieuse aujourd'hui de la rage et de la diphtérie, elle le sera peut-être demain du cancer, de la tuberculose et du choléra.

Toutefois nous ne devons pas être trop exclusifs. Pendant que les disciples de Pasteur cherchent l'atténuation des virus, nous ne devons pas négliger les moyens que nous avons de prévenir les désastreux effets des microbes sur la santé et la longévité

Il est un proverbe qui dit : " Le médecin entre où le soleil ne pénètre pas " ; expression sommaire de l'expérience des peuples qui ont eu l'occasion d'apprendre combien est importante pour la conservation de la vie la lumière du soleil. Cette lumière en effet nous délivre tous les jours d'innombrables ennemis qui pour être invisibles n'en sont que plus dangereux. En 1892 M. Geissler constatait l'effet rétrograde d'une lampe à arc électrique sur le bacille d'Eberth. Downes et Blunt avaient déjà démontré que les bactéries en culture ne se développaient pas quand on les exposait à la lumière du jour ordinaire. Arloing, Janowski, Kotljarski, Arntoir, Gaillard, Roux et Duclaux ont confirmé les mêmes expériences. . . .

Bien plus l'on a démontré que la lumière diffuse n'a pas d'effet bactéricide. Les spores se développent rapidement par un temps sombre et nuageux. De même la lumière du soleil est plus active en été qu'en hiver ; un ciel bleu et serein est plus salubre qu'un ciel lumineux.

Il est une opinion assez exacte qui existe dans l'esprit du peuple : c'est que si le temps est lourd, nuageux et humide pendant plusieurs jours, l'on aura une épidémie. D'ailleurs, allez dans les crèches et les salles d'asile, dans les écoles et dans les maisons étroites, où n'entre pas le soleil, voyez ces frères créatures, chétifs descendant d'une génération débile. Ce sont des êtres sans vigueur, membres grêles, démarche hésitante, mouvements indécis, chairs flasques, peau terne, d'un jaune cendré, cou long et maigre, tête trop forte en apparence parce que le corps est en retard, pommettes saillantes, nez pincé, lèvres minces et pâles, œil enfoncé dans un cercle bleuâtre, expression anxieuse, physiologie de vieillard. Aussi la plupart y meurent-ils de tuberculose ou de quelque autre maladie microbienne. Mais si vous leur donnez du soleil et de la lumière vous en ferez des enfants roses et joufflus, un peu diables mais cœur d'or, car le fond est bon quand le corps est sain.

Mais quels sont les rayons du spectre solaire à qui l'on doit attribuer cette action bactéricide ? De plus ces rayons produisent-ils la mort des bactéries par insolation, c'est-à-dire par leur action thermique ?

Arloing et Janowski ont éliminé la question de température en expérimentant avec des cultures contenues dans des tubes refroidis, où dans des tubes placés derrière des écrans qui absorbaient les rayons calorifiques. L'absence de ces derniers rayons n'influa jamais sur les résultats des expériences.

D'autre part, la lumière du soleil est une lumière blanche, mais cette lumière blanche n'est pas simple, c'est un composé de plusieurs couleurs qui sont elles-mêmes des couleurs simples. Newton l'a démontré le premier. En effet si l'on fait pénétrer un faisceau de rayons solaires dans une chambre obscure et que l'on place sur la route de ces rayons un prisme triangulaire en flint glass ou en quartz, de manière que le faisceau lumineux pénètre obliquement par une des faces du prisme, on peut voir alors sur l'écran qui reçoit ces rayons, non pas

l'image blanche du soleil, mais une bande allongée, lumineuse, formée d'une suite de couleurs très vives ; c'est le spectre solaire. Si le prisme a sa base tournée vers le haut l'on voit à l'extrémité inférieure du spectre un rouge brillant, vif, puis une teinte orangée et jaune, plus haut. Ensuite vient un vert très intense, puis une teinte bleu-vertâtre, puis bleue jusqu'à l'indigo. Après l'indigo vient le violet, dernière couleur visible du spectre. De plus, il est prouvé que chacune de ces couleurs est simple. La preuve en est facile. Si à travers l'écran qui reçoit la bande spectrale l'on pratique un petit trou à l'endroit où se forme le bleu, ce petit trou laisse passer un faisceau de rayons qui vont former une image bleue sur un second écran. Si au lieu d'un second écran l'on place un prisme sur le passage de ces rayons bleus l'image est déviée mais elle restera bleue, elle ne sera pas décomposée. Il en est de même pour toutes les couleurs du spectre solaire.

On s'est encore demandé si les différentes parties du spectre solaire avaient le même pouvoir calorifique. Et l'on a prouvé que la température de ces divers rayons va en s'élevant du violet au rouge.

L'on connaît en outre l'influence de la lumière du soleil sur les couleurs artificielles. C'est un fait démontré en botanique qu'il est de première importance pour la plante d'être exposée à la lumière du soleil ou d'en être privée et que cette lumière contient une proportion convenable des différents rayons du spectre. Plantez des arbres au fond d'une cour étroite, encadrée de bâtiments à quatre ou cinq étages. Ils seront chétifs, grêles et ne croîtront qu'en hauteur, ils n'auront ni force ni vigueur, seront prêts à se rompre sous la moindre brise.

Or, ces diverses influences ne sont en résumé qu'une suite d'actions chimiques, de décompositions ou de combinaisons de substances. Et voilà plus d'un siècle qu'un savant allemand a prouvé que ces radiations chimiques augmentent d'intensité en allant du rouge au violet même dans la région de l'ultra-violet, région invisible du spectre à laquelle appartiennent les rayons X de Röntgen, croit-on.

Étant donné ces connaissances, il était naturel de se demander si tous les rayons du spectre solaire avaient la même action microbicide et dans la négative, lesquels étaient les plus actifs.

Buchner, Duclaux et Roux ont fait des recherches dans ce sens, et ils ont affirmé que ce sont les rayons bleus et violets qui tuent les bactéries.

Pour ma part, j'ai cru qu'il ne serait pas sans intérêt pour les lecteurs de la *Revue Médicale* de leur communiquer deux expériences qui me sont personnelles. Sans prétention d'infailibilité, je crois que les résultats obtenus dans ces expériences seront un argument de plus en faveur de la même thèse.

I Au commencement du mois de juillet dernier j'eus l'occasion de traiter M. S. . . . pour un anthrax sur le cou. Ayant pu recueillir le bacille cause de la maladie, j'en ensemensai de l'eau distillée. Je secouai convenablement cette eau et j'en fis trois portions que je mis dans trois tubes différents, je plaçai un de ces tubes à l'abri de la lumière, j'exposai un second tube aux rayons du soleil et je l'entourai de glace pilée, et je mis le troisième tube à la lumière solaire sans autres conditions. Au bout de quelques heures l'examen microscopique d'une goutte d'eau, prise dans chacun de ces tubes me révélait la présence de spores dans le tube mis à l'abri de la lumière, tandis qu'elles n'existaient plus dans les deux autres tubes. Donc la lumière du soleil tue les spores même dans l'eau pure.

II Après cette première expérience, je pris le tube qui contenait des spores, j'en fis deux parts et je les exposai une seconde fois à la lumière vive du soleil. Je plaçai cependant entre l'un de mes tubes et les rayons solaires une solution orange au bichromate de potasse qui comme on le sait intercepte les rayons bleus violets. Devant l'autre tube, je mis de l'eau pure.

Au bout d'un certain temps, je fis l'examen de ces deux cultures. Je constatai que les spores étaient vivantes et s'étaient multipliées dans le tube protégé par la solution au bichromate de potasse ; tandis que dans l'autre tube les spores étaient presque toutes mortes.

Voilà ce que j'ai pu constater. La lumière du soleil a donc une influence microbicide. Ce ne sont pas les rayons caloriques émanés du soleil qui possèdent cette propriété, pas plus que les rayons lumineux. Cet effet doit être attribué à l'action chimique du spectre solaire, action qui appartient surtout aux rayons bleus et violets.

L'application de ces faits aux animaux supérieurs serait prématurée. L'on cite cependant les expériences du général américain Pleasanton, expériences plus que suspectes à coup sûr. Des cochons qu'il avait placés sous des verres violets avaient, en deux mois, gagné 32 livres de plus que d'autres cochons placés sous des verres blancs. Un jeune taureau, malingre et chétif que le général mit dans les mêmes conditions, était déjà beaucoup mieux au bout de quelques jours ; quatorze mois après il était un des plus beaux types de son espèce. D'ailleurs je préfère les expériences de Roux à celle de Pleasanton, les démonstrations de M. Duclaux à celles de ce général sans armée.

Il est vrai, ce champ d'investigations reste encore ouvert aux chercheurs. Il reste beaucoup à démontrer sur les diverses propriétés de la lumière. Nous en savons cependant assez pour affirmer que la lumière a une influence sur la longévité humaine, bien que cette influence ne puisse pas être étudiée d'une manière parfaitement isolée. Quoi qu'il en soit la privation de la lumière seule ou bien unie au défaut d'exercice, détermine l'étiement chez l'homme. Le sang devient pauvre en fibrine, en albumine et en globules. De là prédisposition à des maladies organiques graves, tuberculose, scrofule, et leurs conséquences. L'insuffisance de la lumière peut même déterminer de l'amaurose par une trop grande fatigue de l'organe de la vision. Elle peut aussi déterminer plusieurs autres troubles de nutrition.

Les *macrobiotes* se font de plus en plus rares il est vrai ; mais l'hygiène a déjà beaucoup fait pour augmenter la moyenne de la vie humaine. Démocrite le rieur, sur qui n'avaient pas de prise les soucis de la vie, mourut à 109 ans, en souriant comme il avait vécu. Fabius le *Temporiseur* sut tenir la mort en échec comme il avait retardé la marche d'Annibal et ne mourut qu'à un âge très avancé. Un jour le cardinal d'Armagnac rencontre sur la porte d'une pauvre maison un vieillard qui pleurait et lui demande la cause de son chagrin. "C'est, dit celui-ci, que mon père m'a battu pour être passé devant mon grand-père sans le saluer". Or le père avait 103, le grand-père 123, et le petit-fils coupable entraînait dans sa 82e année.

Mais ce sont là des cas bien rares, puisque la moyenne de la vie humaine est d'environ 33 ans. Dans les contrées où l'hygiène est en honneur, cette moyenne de vie s'élève à 40 ans, et pour les individus arrivés à leur 41ème année la moyenne de la vie s'élève à 48 ans dans certains pays.

Une vérité ressort de tout cela, c'est que par sa manière de vivre l'homme abrège la durée de son existence normale. C'était pour prévenir ce malheur que tous les anciens Législateurs avaient mêlé des préceptes d'hygiène aux lois qu'ils ont édictées. Moïse, Lycurgue, Solon, et bien d'autres avaient compris le rôle que l'hygiène devait jouer chez les peuples. Chez les païens l'hygiène faisait partie du culte. Hygie, fille d'Esculape, en était la divinité et présidait aux soins de la santé.

Dans notre pays on légifère sur tout excepté sur les moyens de prolonger ou de conserver la vie des citoyens. Aucune divinité ne préside à notre santé. Au médecin seule incombe toute la tâche de préserver du péril un grand nombre d'existences ; tâche pénible quelquefois, mais qui a ses charmes comme tout autre labeur.

## CLINIQUE MÉDICALE

### Le diagnostic bactériologique et le diagnostic clinique de la diphtérie

M. le prof. J. Grancher. — (Hôpital des Enfants-malades)

(Suite)

C'est vrai. Reste à savoir quel sérum vendent les pharmaciens, s'il est frais, s'il est encore capable de nourrir une culture, etc. Si j'en juge par les échantillons qui arrivent de temps en temps à mon laboratoire, je suis enclin à penser que le diagnostic par les cultures est bien aléatoire. Le plus souvent, en effet, le sérum est à demi desséché et incapable de rien cultiver.

Pour savoir comment les choses se passent hors de nos milieux scientifiques, j'ai fait une petite enquête dont les résultats sont assez curieux. Ils vous surprendront peut-être un peu de prime abord, puis, à la réflexion, vous reconnaîtrez que les choses sont pour le mieux, c'est-à-dire qu'elles sont ce qu'elles peuvent être aujourd'hui.

Dans une ville de 25,000 âmes, un pharmacien fort intelligent et que je connais personnellement, a organisé un laboratoire de diagnostic avec un chef de laboratoire habile aux études microscopiques et bactériologiques. Or, j'interrogeais, il y a quelques jours, ce pharmacien et je lui demandais s'il faisait beaucoup d'examen de fausses membranes diphtériques. "Non, me répondit-il, nous en faisons très peu maintenant, tandis qu'il y a deux ans, au début de la sérothérapie, nous en faisons beaucoup ; presque tous les médecins de la ville et des environs immédiats nous demandaient des tubes, ensemençaient les fausses membranes et attendaient notre examen. Cependant, ajouta mon interlocuteur, la vente du sérum ne fait qu'augmenter, et je suis un des bons clients de l'Institut Pasteur." Et comme j'insistais pour savoir la cause de cet abandon du diagnostic bactériologique, non seulement par les médecins du voisinage, mais même par les médecins de la ville—une vingtaine environ—je reçus cette réponse : "Je suppose que les médecins sont revenus au diagnostic clinique, car ils n'hésitent jamais, dans un cas douteux, à faire une injection de sérum, dès leur première visite au malade. Rarement ils attendent et demandent le diagnostic bactériologique".

Voilà pour les médecins de la ville. Quant à ceux qui exercent dans le voisinage lointain, dans les petites villes, bourgs ou villages à dix lieues à la ronde, aucun n'a jamais réclamé un examen bactériologique. En revanche, ils font une grande consommation de sérum. Et l'un de ces médecins, à qui je demandais s'il avait recours au diagnostic bactériologique, me répondit : "Non, cela ne m'est ni commode ni nécessaire. J'emporte toujours un flacon de sérum avec moi et, en cas de doute, je fais une injection que je renouvelle au besoin, en me guidant d'après la gravité des symptômes. Et j'ai sauvé tous mes malades."

Vous voudrez bien noter que le laboratoire dont je parlais tout à l'heure jouit dans tout le pays d'une excellente réputation, méritée du reste. Je l'ai visité, et l'installation, quoique sommaire, est suffisante. D'autre part, la ville en question compte parmi ses médecins plusieurs anciens internes des hôpitaux. Enfin, je connais quelques-uns des confrères des petites villes avoisinantes ; ils sont instruits et éclairés, notamment celui dont je viens de vous rapporter les paroles, qui lit nos livres, nos journaux, et se tient au courant des choses nouvelles. Et cependant, ces médecins ont peu à peu abandonné le diagnostic bactériologique, ou même ils n'y ont jamais eu recours.

De cela faut-il les louer ou les blâmer ? Je n'hésite pas à répondre, il faut les louer ; non pas, entendez-moi bien, de ne pas recourir au diagnostic bactériologique. Je dis seulement qu'il faut les louer de ne pas attendre ce diagnostic et de gouverner leur thérapeutique d'après l'examen clinique. Car, en comptant bien, ce n'est pas vingt-quatre heures, mais trente-six ou quarante-huit heures, ou plus, qu'il leur faudrait pour obtenir ce diagnostic. A moins qu'ils ne portent constamment des tubes de sérum frais, ce qui est impossible, il leur faut d'abord se

procurer ces tubes, faire dans une seconde visite l'ensemencement et envoyer au laboratoire. La mise à l'étuve, le temps d'examen et de réponse, la troisième visite pour l'injection de sérum, tout cela, dis-je — et je ne parle pas d'expériences d'inoculation — représente une perte de trente-six ou quarante-huit heures au moins. C'est beaucoup trop ! Ils n'attendent pas, et, encore une fois, ils ont raison.

Cette conduite est telle, du reste, que le souhaitent MM. Sevestre et L. Martin, qu'on n'accusera certes pas de dénigrer le laboratoire. Parlant des indications et contre-indications du sérum antidiphthérique, ils disent : "Dans les cas d'angine, lorsque l'examen clinique révèle manifestement l'existence d'une diphthérie non douteuse, il faut, sans hésitation et le plus tôt possible, faire une injection de sérum."

"Lorsque l'angine est légère, au début, on peut en général, attendre le résultat de l'examen bactériologique, mais à la condition de surveiller le malade avec beaucoup de vigilance et de se tenir prêt à faire l'injection pour peu que le mal fasse des progrès".

C'est exactement ce que fait le médecin de campagne dont je vous parlais tout à l'heure. J'ai toujours, me disait-il, un flacon de sérum dans ma poche. Dans un cas d'angine suspecte, je fais deux ou trois visites dans la journée et, au premier symptôme alarmant, je fais l'injection...

En cas de croup ou de menace de croup, il faut aller encore bien plus vite et moins encore attendre le diagnostic bactériologique...

"Dans le croup caractérisé, le sérum doit être injecté le plus tôt possible... Bien plus, l'injection doit être faite même si les signes du croup sont encore incertains et pour peu qu'il existe quelques symptômes pouvant faire craindre l'invasion du larynx... Même dans les cas où l'angine fait défaut et si on a quelque raison de craindre un croup d'emblée, il est préférable de faire une première injection sans attendre le résultat de l'examen bactériologique" (Sevestre et L. Martin) (Loc. cit.).

Enfin, et, comme pour compléter leur pensée les mêmes auteurs, dans le chapitre du diagnostic, supposent un désaccord momentané entre la clinique et le laboratoire, entre l'examen et l'étude du malade par les procédés ordinaires et l'étude de la fausse membrane par le microscope et les cultures, et ils écrivent ceci dans une note : Dans ces conditions on peut avoir des cas où la clinique et la bactériologie paraissent se contredire ; cela est dû, le plus souvent, à une erreur de technique, mais si la clinique dit : diphthérie, il faut injecter du sérum, quitte à éclaircir ensuite cette contradiction.

Nous sommes loin, vous le voyez, de la formule de mon collègue et ami, M. Dieulafoy. Il a raison assurément de proclamer la supériorité du diagnostic bactériologique dans certains cas ; mais il faut se garder de généraliser et d'appliquer sa formule à toutes les angines à fausses membranes. La sagesse veut au contraire que le médecin étudie, comme autrefois, attentivement son malade, et qu'au premier symptôme de gravité, même avant le diagnostic bactériologique, même à l'encontre de ce diagnostic, il fasse l'injection de sérum. Celle-ci, à défaut d'examen microscopique et de culture, servira au besoin de réactif, car vingt-quatre ou trente heures après, la défervescence se produit, en même temps que les fausses membranes blanchissent et se décollent. Et, comme dans les expériences de Spronck, il arrive ainsi que la nature diphthérique du mal est prouvée par l'efficacité du sérum antidiphthérique.

Messieurs la conclusion qui se dégage de cette leçon est la suivante, et je suis heureux d'être ici en complet accord avec M. Dieulafoy : le médecin prend son bien partout où il le trouve. Soyez donc cliniciens, et, si vous le pouvez, bactériologistes, mais soyez d'abord cliniciens ! Servez-vous du microscope et des cultures, mais sachez, au besoin, vous en passer. Si j'insiste, c'est que l'isolement des diphthériques dans des pavillons spéciaux rend l'étude clinique de la diphthérie plus difficile qu'autrefois ; et cette difficulté s'ajoutant à cette croyance que la bactériologie suffit, que le laboratoire du pharmacien remplace avec usure l'examen du malade, vous arriveriez bien vite à ne plus savoir reconnaître une angine et une fausse membrane ; ce qu'il ne faut pas.

Donc, en face d'un malade atteint, ou soupçonné atteint de diphthérie, vous prendrez toutes les mesures prophylactiques nécessaires à la protection de l'entourage, et je vous dis : n'attendez pas pour les prendre le diagnostic bactériologique ; toute angine à fausse membrane est contagieuse et doit être traitée comme telle. Mieux vaut ici pêcher par excès de précaution que par défaut.

En matière de diagnostic et de thérapeutique, vous serez, de même, médecins avant tout, et médecins comme Lasèque le voulait, "du pouls et de la langue". Il entendait par là que l'étude attentive du malade et des réactions de l'organisme primait tout le reste.

Je pense comme lui.

#### Rupture du sinus rétropérinéal et perforation recto-vaginale.

Par MM. J. A. DOLÉRIS et LENOBLE.

Il s'agit d'une jeune femme, la nommée B. (Alberte), âgée de 26 ans, modèle, entrée le 6 février 1897 dans le service de M. Doléris à la Pitié.

Son père serait mort à 45 ans d'un cancer de l'estomac et sa mère à 56 ans de son "retour d'âge". Elle a un frère de 32 ans bien portant et deux sœurs, l'une de 36 ans, l'autre de 28 ans, toutes deux en bonne santé, mais la première a eu des couches difficiles, surtout la première fois.

Elle-même a eu, à 9 ans, une coqueluche assez intense, accompagnée de bronchite. Depuis lors elle tousse toujours. Elle n'aurait jamais craché de sang, mais elle a des sueurs nocturnes. Elle a pris pendant longtemps de l'huile de foie de morue et des préparations ferrugineuses contre les pâles couleurs de 9 à 18 ans.

A l'âge de 20 ans, elle contracta la rougeole en soignant un enfant de sa sœur et peu après elle aurait eu un érysipèle de la jambe (?).

Depuis l'âge de 8 ans, elle est sujette à des crises nerveuses de nature nettement hystérique (sensation de boule, conservation de la connaissance, etc). En particulier, elle eut une grande crise d'hystéro-épilepsie à l'âge de 16 ans,

Réglée à l'âge de 16 ans, ses époques revenaient à intervalle régulier. Elle perdait 4 jours chaque fois et salissait 2 serviettes par jour. Les dernières règles ont apparu du 16 mai au 19 mai 1896.

Depuis cette époque, la grossesse marche régulièrement. Mais presque au début le sujet fut atteint d'angine qui nécessita son hospitalisation à Cochin dans le service de M. Chauffard pendant 15 jours. Elle ressentait aussi des crises de névralgie faciale coïncidant avec l'époque où devaient se montrer les règles, et pour lesquelles on lui fit des applications locales de chlorure d'éthyle. A 5 mois de la grossesse elle contracta les oreillons, fut soignée à nouveau pendant un mois dans le service de M. le Dr Chauffard et se plaignit alors de vives douleurs dans la région des ovaires. A 6 mois 1/2, à la suite d'une chute dans un escalier elle fut prise de métrorrhagie qui dura une demi-journée et se calma par le repos.

Le 6 février elle entra dans le service d'accouchements de la Pitié ayant éprouvé pendant les 15 derniers jours d'assez grandes privations dues à la misère.

A cette époque son état était le suivant : Il existait une grande pâleur de tous les tissus avec décoloration des muqueuses, une légère bouffissure généralisée, mais pas d'œdème net. Pas de varices. Le cou était assez volumineux avec frémissement dans les vaisseaux et souffle continu à renforcement systolique.

Les seins étaient assez développés, mais surtout constitués par du tissu adipeux. L'abdomen, régulièrement arrondi, présentait une coloration brune de la ligne blanche. Par le palper position en O. I. G. A. Le toucher montrait que l'engagement était effectué.

Pas de rachitisme, bassin normal.

Le cœur battait régulièrement et lentement dans le 5e espace intercostal. Pas de souffle aux divers orifices. Le pouls lent donnant 62 pulsations à la minute.

Il existait des signes nets de tuberculose pulmonaire au début, en particulier au sommet droit. Diminution de la tonalité, exagération des vibrations, respiration vide avec expiration prolongée, exagération de la voix et de la toux. Pas de bruits surajoutés.

L'appétit était médiocre, les digestions étaient bonnes, il existait une légère constipation.

La malade était extrêmement nerveuse. Indépendamment des crises signalées plus haut, on avait constatée pendant la grossesse, un vaginisme intense. La malade avouait du reste que les rapports sexuels avaient toujours été douloureux. Au moment de son entrée dans le service le toucher vaginal avait déterminé une crise de vaginisme avec début de crise hystérique. Le 15 mars, à dix heures du matin, apparition des premières douleurs. Dilatation complète effectuée à 6 h. 30 du soir. La rupture de la poche des eaux est spontanée. La tête descend dans l'excavation, accomplit sa rotation en occipito-pubienne, mais cesse de progresser par suite de la résistance du périnée. Après une attente de 20 minutes, les bruits du cœur du fœtus devenant précipités on pratique une application de forceps sous le chloroforme.

On constate de suite une déchirure superficielle du périnée de 2 centim. d'étendue (un centimètre empiétant sur la vulve) que l'on ferme immédiatement avec 2 points de suture superficiels au catgut. Délivrance spontanée et complète.

Deux jours après, le sujet se plaint de perdre des gaz par le vagin ; le 18 elle perdait ses matières. Le 19, on constate que le périnée n'est pas reconstitué et que les points de suture n'ont pas tenu. Une déchirure étendue de 3 centim. s'enfonce dans le vagin, sectionne la paroi vaginale postérieure à gauche de la coloane correspondante, mettant à nu la paroi antérieure du rectum. Le sphincter anal est indemne, mais à 2 centimètres au-dessus, sur la paroi latérale gauche du rectum, en dehors de la ligne médiane par conséquent, existe une petite fistule dont les dimensions mesurent le volume d'une pièce de 20 centimes et dont les bords sont entourés par un bourrelet rougeâtre formé par l'éversion de la muqueuse rectale. Ce même jour, la température vespérale prise dans l'aisselle monte à 37°9 ; le lendemain soir à 38° ; le surlendemain à 38°6, le 22 à 38°4, pour redescendre à la normale chaque matin.

Le 25 mars, cette hyperthermie avait pris fin et depuis lors la température s'est toujours maintenue entre 37° et 37°5.

Le 29 mars, M. Doléris pratique la cure radicale de la fistule avec réfection du périnée. Les bords de la déchirure furent largement avivés de façon à mettre à nu une large surface cruentée de forme losangique, comme pour la colpopérinéorrhaphie ordinaire. Les bords éversés de la fistule furent réséqués ; un fil de catgut passé au travers fut attiré par la fistule et l'anus, renversant ainsi vers la cavité du rectum les bords de la fistule. Un double plan de points séparés à la soie réunit les bords de la déchirure et les surfaces avivées. Par mesure de précaution, un crin fut passé profondément à travers le périnée de gauche à droite par l'intermédiaire d'une longue aiguille courbe constituant une sorte de suture d'Emmet, en bourse, destinée à déterminer un affrontement plus parfait.

Du côté du rectum, les bords de la fistule furent maintenus rapprochés par deux petites soies passées à travers leurs bords.

Suites de l'opération excellentes. Les fils furent enlevés le 9e jour. La restauration était parfaite, sauf une fistulette rectopérinéale, rapidement oblitérée.

En somme, il s'agit d'une jeune femme, délicate et débile, offrant des signes incontestables de chloro-tuberculose, et essentiellement nerveuse, qui, à la suite d'un accouchement terminé par le forceps, présente une déchirure recto-vaginale ayant nécessité une restauration complète du périnée vaginal.

On doit se demander d'abord quelle est la cause de la fistule.

L'hypothèse d'une lésion ancienne placée sous la dépendance d'un état organique (tuberculose) doit être écartée d'emblée. Aucun signe ne permet de croire qu'il existait une fistulette agrandie par le fait

de la déchirure. La lésion avait toutes les allures d'un traumatisme récent.

La possibilité d'un effondrement de la cloison recto-vaginale par le forceps au moment de la déflexion de la tête doit être envisagée. Mais il est difficile d'admettre que l'instrument séparé de la cloison recto-vaginale par toute l'épaisseur de la face de l'enfant ait pu se trouver en contact assez immédiat avec cette paroi pour en entraîner la déchirure. En outre, on conçoit mal, en pareil cas, une limitation aussi précise et aussi circonscrite. Les auteurs qui ont fait connaître des observations où des fistules avaient été la conséquence de l'application du forceps, parlent de véritables effondrements, de sillons sanglants d'une certaine étendue établissant la communication entre les deux conduits.

Il nous paraît plutôt que deux grandes causes doivent entrer en ligne de compte dans l'interprétation de l'origine de la lésion que nous faisons connaître. D'une part, l'état nerveux de la malade et le vaginisme opposant un obstacle infranchissable au passage de la tête fœtale ; d'autre part, la qualité mauvaise des tissus mis en cause.

Dans l'espèce, le vaginisme a été la conséquence de la rigidité spasmodique du transverse profond aidé des fibres superficielles du transverse sous-cutané et du constricteur de la vulve. La tête, poussée en avant par les contractions énergiques et irrégulières de l'utérus et des muscles du petit bassin, en particulier du releveur de l'anus est venu buter et presser fortement sur le plancher périnéal dans un espace limité en avant par le transverse profond, et le constricteur de la vulve, en arrière par le releveur de l'anus. Ce point précis est privé de tout soutien musculaire et exclusivement constitué par l'adossement des cloisons vaginale et rectale. Au cours de l'accouchement, en effet, la partie antérieure du releveur de l'anus est comme dissociée dans cet endroit en une série de fascicules peu épais séparés les uns des autres. Si l'on fait intervenir, d'autre part, la mauvaise qualité des tissus dénourris et ne pouvant opposer qu'une résistance médiocre à une compression énergique, on comprendra comment une tête fœtale arrêtée, même pendant un temps restreint, en ce point faible, amènera sa rupture.

En somme il existe en arrière des dernières couches musculaires du périnée, entre le transverse profond et le releveur de l'anus un espace restreint dépourvu de fibres musculaires, constitué exclusivement par l'adossement des cloisons rectale et vaginale et dans lequel la tête fœtale peut venir s'arrêter. Cet espace correspond en arrière à la partie la plus saillante de l'empoule rectale, et nous proposons de le désigner sous le nom de *sinus rétro-périnéal*. Il peut devenir le point de départ d'une variété très spéciale et rupture profonde du périnée différant des ruptures centrales, par ce fait que le rectum est largement intéressé dans la déchirure et qu'une partie fœtale plus ou moins considérable peut apparaître et tendre à se dégager par l'anus. La lésion que nous avons eu l'occasion d'observer nous paraît représenter le premier degré de cette variété et nous ne mettons pas en doute que l'intervention ultérieure du forceps a surtout eu pour effet d'empêcher un délabrement plus considérable.

Nous avons recherché dans la Littérature Médicale s'il n'existait pas d'observations analogues à la nôtre. On verra par le résumé que nous donnons de l'opinion des auteurs qu'un certain nombre d'entre eux ont observé des lésions semblables parfois plus accentuées. Dans nombre de cas le vaginisme est incriminé.

Velpeau (1) parle déjà des perforations recto-vaginales.

Il croit à la fréquence des guérisons spontanées de ces fistules. Il rappelle, à cet égard, les cas de Fichet, de Fléchy, de Sédillot, de Deschamps, de Capuron et de Philippe de Mortagne. Leur guérison peut s'obtenir encore par la suture, l'abaissement du col ou en mettant une grosse canule dans le rectum (Lévet et Deleurye).

Jacquemier (2), à propos des ruptures centrales du périnée, insiste

(1) Traité complet des accouchements, 1835, p. 628-630.

(2) Page 303. Vol II.

sur l'étroitesse et la résistance de la vulve pour les interpréter. Sans ces causes primordiales toutes les autres raisons seraient impuissantes à expliquer l'accident. Plus loin il émet la même idée sous une autre forme. Il cite un cas où, par suite de la résistance du périnée, un pied fit saillie à travers l'anus.

Meckertschiantz (1) a fait une longue étude des diverses variétés de déchirures du périnée et de leur pathogénie. L'action des parties molles maternelles dans leur production est considérable. Il cite un cas où, la tête s'engageant rapidement à travers un vagin très étroit, il se produisit une déchirure compliquée du périnée, telle que la colonne postérieure du vagin se sépara des deux côtés des parois latérales et que le périnée se déchira profondément (*Ann Gynaec.*, Band XX, Cohen I, f. 28).

Plus loin, il rappelle l'action du ligament triangulaire lorsqu'il est gros et inextensible; la tête, dans ces conditions, vient appuyer sur le périnée et le déchire. Pour Florinsky, la résistance des muscles joue le principal rôle dans les déchirures du périnée: en particulier, le sphincter externe de l'anus et le constricteur du vagin. Il n'existe pas moins de quatre parties au niveau desquelles les parties molles sont susceptibles de se déchirer de préférence: 1° le point d'entrecroisement des fibres du constricteur du vagin; 2° la fourchette de la commissure postérieure. C'est là que commencent les déchirures.

Un 3° point (signalé par MM. Budin et Savage) est à l'entrée du vagin.

Chez les primipares, un 4° point existe au voisinage du clitoris. Cohen considère la contraction spasmodique du constricteur du vagin comme la cause capitale des déchirures du périnée.

L'auteur insiste particulièrement sur le vaginisme. Il rappelle le cas de Beneke. Une femme de 25 ans atteinte de vaginisme devient enceinte. Le sommeil chloroformique ne put, au moment de l'accouchement, faire cesser la contracture. Le forceps ne put terminer l'accouchement et fatalement il se produisit une déchirure centrale.

Derrière les parties trop fortement contractées il peut se faire une dépression dans laquelle vient se loger la partie fœtale lorsqu'elle descend. Ces parties se trouvent alors comme paralysées par suite de leur distension excessive jusqu'à ce qu'enfin des contractions très fortes viennent appliquer et pousser la tête contre elles. Il peut alors arriver qu'il se fasse là un diverticulum, un écartement analogue à celui que l'on voit se produire entre les muscles droits dans les cas d'éventration.

Le cas de Stadfeld (1881), avec déchirure centrale du périnée, s'expliquerait ainsi. Le cas de Reignier en serait la meilleure preuve (arrêt prolongé de la tête fœtale et perforation de la cloison recto-vaginale (*Centralblatt*, 1883).

Florinsky a étudié l'influence de la qualité des tissus sur la production des déchirures. Les muscles enlevés à des cadavres lymphatiques se rompent souvent sous une faible pression. Dans le même sens, Chailly Honoré a signalé des périnées fragiles par infiltration graisseuse inter et intramusculaire, les aponévroses devenant elles-mêmes moins résistantes.

Toutes ces causes sont susceptibles d'entraîner la production soit de ruptures centrales, soit de rupture de la cloison recto-vaginale avec issue hors de l'anus soit d'un membre supérieur, soit d'un membre inférieur. Les présentations de la face seraient surtout en cause, plus rarement les épaules, plus rarement encore le siège. Mais les présentations du sommet avec procidence des membres y seraient surtout sujettes. L'auteur cite, à l'appui de sa thèse, un certain nombre de curieuses observations. Enfin, il faut incriminer encore, à propos des fistules, la distension excessive du rectum par des matières fécales ou par des tumeurs hémorroïdales.

Cette question des déchirures du périnée a été reprise à nouveau par Théophile Parvin (2). Il cite le cas de Dupuis. Il s'agissait d'une

présentation du siège dans laquelle un pied se dégagait par l'anus et l'autre par la partie centrale du périnée. Il existait dans ce cas une dépression de la partie rétro-périnéale du vagin. A la suite de cette observation, l'auteur cite un cas personnel, où l'un des pieds produisit une déchirure de la partie inférieure de la paroi recto-vaginale et sortit par l'anus, produisant ainsi une déchirure du périnée postérieur.

Piering (1), enfin, a étudié un cas analogue. Il s'agissait d'une primipare de 41 ans, à orifice vaginal étroit et rigide. Les contractions utérines étaient peu énergiques. Après vingt-quatre heures de travail, la tête à la vulve ne se dégagait pas. Une incision de trois centimètres environ fut pratiquée sur le périnée dur qui ne céda pas. Il se produisit tout à coup une hémorrhagie rectale et la sortie de la main droite et de l'avant-bras hors de l'anus sans déchirure du périnée. Après l'accouchement on put se rendre compte que le périnée et le sphincter externe de l'anus étaient intacts. A gauche du vagin existait une déchirure partant de la colonne postérieure et occupant toute sa longueur. Les bords en étaient déchiquetés, blanchâtres ou noirâtres. La déchirure était large comme la main. La lésion guérit spontanément.

Dunouau, cité par Charpentier (2), admet une altération spéciale des tissus qui abolit la puissance de résistance à la déchirure.

—*Journal de la Médecine de Paris.*

#### Des cirrhoses du foie

« En matière de cirrhose, dit Hanot, le diagnostic se tire de l'état « du tissu conjonctif et le pronostic de l'état des cellules hépatiques. » Comme le fait remarquer justement M. Chauffard (Congrès de Moscou 1897), cette notion capitale est indispensable pour l'intelligence, l'étude et la classification rationnelle des cirrhoses. Toute classification basée exclusivement sur la notion anatomique ou même sur la notion étiologique sera nécessairement imparfaite et répondra mal aux nombreuses modalités de la clinique. Pourquoi, en effet, les cirrhoses veineuses, biliaires, capsulaires, qu'elles soient d'origine infectieuse ou toxique, évoluent-elles tantôt sous le mode aigu, tantôt sous le mode subaigu ou chronique? Pourquoi sont-elles, ici, fatalement progressives, là, au contraire, curables, ou comme arrêtées dans leur évolution?

Il est donc de toute nécessité d'appuyer la classification des cirrhoses hépatiques sur une donnée nouvelle. Or, à côté de la caractéristique anatomique de la cirrhose, généralisation du tissu scléreux à toute la glande et altérations connexes du parenchyme; à côté des conditions étiologiques variées, il faut placer le *mode évolutif* des différentes espèces de cirrhoses, variable avec le pouvoir cirrhogène des agents irritants, avec la vulnérabilité de la cellule hépatique. Tel agent cirrhogène exercera son action irritante sur le tissu conjonctif, tel autre sur l'élément parenchymateux. Doses de l'agent cirrhogène, persistance de l'intoxication ou de l'infection, action brusque et massive, nocivité intense, état plus ou moins vulnérable des cellules, etc., telles seront les causes des nombreuses modalités évolutives du processus. « C'est ainsi que pour des raisons inverses, le plomb et le phosphore « semblent de mauvais agents cirrhogènes, l'un par l'insuffisance, « l'autre par excès de la nocivité hépatique. » Le poison syphilitique, très irritant pour le foie à la période secondaire (ictère syphilitique, ictère grave), respecte davantage la cellule hépatique à une période plus avancée et à un autre degré de sa virulence. Il devient alors essentiellement cirrhogène; et, si le foie de l'hérédosyphilitis diffère tant du foie ficelé tertiaire de l'adulte, il faut en chercher l'explication dans l'apport massif des germes par la veine ombilicale chez l'un, dans leur dissémination irrégulière, « probablement par les rameaux artériels » chez l'autre. Les lésions expérimentales obtenues avec le bacille tuberculeux, le bacille aviaire, les toxines diphtérique, pyocyanique, colibacillaire, streptococcique, staphylococcique, permettent de comprendre la pathogénie des cirrhoses consécutives aux maladies infec-

(1) Déchirures et protection du périnée. Mémoire lu aux Sociétés médicales de Moscou et de Tiflis, 1885.

(2) Traité des accouchements, 1890, page 531.

(1) *Centralblatt für Gynaek.*, 1891. Déchirure du vagin pendant l'accouchement.

(2) Traité des accouchements, 1890, p. 288.

ieuses (fièvre typhoïde, choléra, etc.), si fréquentes chez l'enfant (Palmer Howard). Quant à l'alcoolisme, la cause par excellence des cirrhoses veineuses, son rôle cirrhogène admis par les cliniciens est discuté par les expérimentateurs. La majorité d'entre eux, il est vrai, considère l'alcool comme un agent stéatogène (von Kahlden, Lancereaux, Laffitte, etc.). Mais, il est très vraisemblable que la nature de l'alcool, la dose quotidienne ingérée, son influence sur le pouvoir d'arrêt des cellules hépatiques vis-à-vis des toxines intestinales, sont des facteurs dont il faut tenir compte pour interpréter l'action tantôt stéatogène, tantôt cirrhogène de ce poison.

En résumé, les cirrhoses veineuses relèvent toutes d'une intoxication (poisons exogènes ou endogènes, toxi-infections). Agissant à petites doses, longtemps répétées, elle sera sclérogène ; à doses élevées, massives et très toxiques, la réaction de défense du foie fera défaut, la stéatose et les dégénérescences nécrobiotiques seront prédominantes.

Ce que nous venons de dire des cirrhoses veineuses s'applique également aux cirrhoses biliaires, et l'on trouverait aisément des exemples analogues choisis au milieu des nombreuses formes cliniques qui séparent la cirrhose de Hanot de l'ictère grave. Là encore, le mode évolutif de l'agent cirrhogène domine les notions anatomiques et étiologiques.

La cirrhose hépatique, en tant que maladie autonome, avec ses symptômes, ses complications, son évolution, ses transmissions, n'est donc en réalité que la résultante d'action du processus scléreux, de la nature de l'agent cirrhogène, de sa voie de pénétration et de son mode évolutif.

Un certain nombre des symptômes observés sont sous la dépendance directe du processus scléreux ; d'autres sont d'une pathogénie plus complexe et se rattachent aux troubles fonctionnels des autres organes, de sorte que le syndrome hépatique du début devient peu à peu de plus en plus complexe et aboutit à une maladie *totius substantiæ*.

C'est ici qu'il faut placer un élément de la plus haute importance. Si l'on veut avoir une idée juste et complète des différentes formes cliniques des cirrhoses, il faut absolument tenir compte de l'état anatomique et fonctionnel des cellules hépatiques : le pronostic en dépend, et avec lui, la forme clinique et évolutive de chaque espèce de cirrhose.

Ce rôle de la cellule a été particulièrement étudié par Hanot, à propos d'un cas de cirrhose hypertrophique grasseuse. Depuis, il a été étendu à toute la pathologie hépatique. Quelles que soient les lésions aiguës ou chroniques, pour peu que la destruction du parenchyme soit lente ou incomplète, on voit apparaître des foyers hyperplasiques cellulaires, partout où l'apport nutritif persiste dans toute son activité, c'est-à-dire au niveau des espaces porto-biliaires (hépatites nodulaires de Sabourin, nodules adénomateux). Il s'agit là, à n'en pas douter, d'un processus surajouté, général, puisqu'il a été constaté également dans le cancer du foie. C'est une véritable loi de la pathologie hépatique ; processus de réaction et de défense des tissus ayant de grandes analogies avec le processus de régénération de Weigert.

Appliqué à l'étude clinique des cirrhoses, et rapproché des données anatomiques, étiologique et évolutives, le processus permet de classer trois groupes de faits (Chauffard). Dans une première catégorie (cirrhose de Laënnec, cirrhose hypertrophique grasseuse de Hutinel et Sabourin) l'hyperplasie cellulaire compensatrice est insuffisante : les cellules hépatiques sont détruites rapidement et sans réaction de défense. Dans une seconde série de faits, cette hyperplasie compensatrice est assez complète pour permettre une longue survie, terminée longtemps après par un ictère grave secondaire ou une maladie intercurrente : tel est le cas habituel de la cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot. Enfin, le troisième groupe comprendrait les faits de guérison apparente ou d'amélioration prolongée, grâce à une hyperplasie compensatrice très active (cirrhose alcoolique hypertrophique de Hanot et Gilbert) : l'insuffisance hépatique est retardée indéfiniment.

C'est sur l'apparition tardive et incomplète, ou, précoce ou active de cette insuffisance hépatique que repose l'étude analytique des formes

cliniques des cirrhoses, faite par M. Gilbert (Congrès de Moscou, 1897). Dans cette remarquable étude, sorte de résumé des plus récentes recherches et de nombreux travaux personnels, M. Gilbert divise les cirrhoses du foie en deux grandes catégories : 1° *cirrhoses simples*, caractérisées par la prédominance du processus scléreux, par des lésions parenchymateuses n'entraînant qu'une insuffisance hépatique relative, par leur marche chronique, avec désordres mécaniques importants ; 2° *cirrhoses compliquées*, se distinguant des premières par des dégénérescences étendues et précoces de l'élément parenchymateux, greffées sur la lésion scléreuse, par une insuffisance hépatique parfois si rapide que les désordres circulatoires sanguins et biliaires n'ont pas le temps de se manifester. — Cirrhoses simples et cirrhoses compliquées relèvent d'ailleurs des mêmes conditions étiologiques : " c'est affaire de dose et de terrain ".

Les cirrhoses simples comprennent les cirrhoses toxiques et infectieuses auxquelles il convient d'ajouter la cirrhose d'ordre mécanique liée aux cardiopathies. Parmi les cirrhoses toxiques, les unes sont dues aux auto-intoxications : on les observe dans la dyspepsie (cirrhose dyspeptique de Hanot et Boix), la goutte (Murchison, Rendu) et la diabète (Triboulet) ; les autres, beaucoup mieux connues, relèvent de l'hétéro-intoxication (moules, plomb, alcool). A vrai dire, la cirrhose alcoolique résume en soi l'étiologie tout entière de ce groupe : elle peut revêtir, en clinique, deux modalités très comparables par leurs lésions scléreuses, systématisées et par leur symptomatologie, mais parfaitement distinctes si l'on tient compte de la résistance du parenchyme. Dans l'une (cirrhose de Laënnec), les cellules s'atrophient progressivement, le foie est menacé d'insuffisance, le pronostic est grave ; dans l'autre (cirrhoses hypertrophique alcoolique de Hanot et Gilbert), les cellules résistent, se défendent, s'hypertrophient même, la fonction hépatique est peu ou pas troublée, le pronostic est plutôt favorable, souvent bénin. Enfin, à côté de ces deux grandes formes cliniques de la cirrhose alcoolique, il faut faire une place aux formes frustes (symptômes ébauchés), latentes, anormales (début par l'œdème des membres inférieurs dans un cas de rétrécissement de la veine cave inférieure, Gilbert), et infantiles.

Les cirrhoses infectieuses, comme les cirrhoses toxiques, comprennent deux grandes catégories, suivant que l'agent pathogène est venu du dehors ou bien s'est développé dans l'organisme même : cirrhoses par hétéro-infection ou par auto-infection. A la première catégorie se rattachent les cirrhoses syphilitiques (foie ficelé de la syphilis acquise, foie silex de la syphilis héréditaire) et les cirrhoses tuberculeuses (foie granuleux et foie ficelé tuberculeux de Hanot et Gilbert), sans parler de certaines formes de cirrhose atrophiques et hypertrophiques, consécutives aux fièvres éruptives (rougeole ; Laure et Honorat), à la fièvre typhoïde (Bourillon), au choléra (Botkine), au paludisme (Kelsch et Kiener). Avec les cirrhoses par auto-infection, la systématisation du processus scléreux change : ce n'est plus le système vasculaire, mais le système biliaire qui sert de centre de développement, la disposition insulaire a remplacé la disposition annulaire du tissu fibreux, la circulation sanguine n'est pas compromise, l'atrophie du parenchyme est exceptionnelle. Qu'il s'agisse de la cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot, ou de la cirrhose biliaires par obstruction, dans les deux cas, il y a infection des voies biliaires.

Quant à la cirrhose cardiaque, type clinique des cirrhoses d'ordre mécanique, observée à la suite des longues asystolies, elle se développe autour des veines centrales des lobules, et forme un groupe à part, favorisé peut-être par une disposition anatomique particulière des veines sus-hépatiques (Hanot).

En regard des cirrhoses simples, atrophiques et hypertrophiques, il faut placer les cirrhoses compliquées dans lesquelles les dégénérescences grasseuse, amyloïde et pigmentaire, la nécrobiose, l'hyperplasie diffuse ou nodulaire, la transformation adéno-épithéliomateuse sont l'indice, soit d'une nocivité plus grande de l'agent pathogène, soit d'une suractivité cellulaire. La nécrobiose et la dégénérescence amy-

loide sont en général de peu d'importance dans les cirrhoses, en raison de leur faible extension.

Les cirrhoses, dites grasses, n'ont pas en réalité de facteurs étiologiques bien définis : ordinairement l'influence de l'alcool précède et prépare l'action de la tuberculose. Tantôt la stéatose cellulaire et la sclérose marchent de pair, et l'insuffisance hépatique est un peu plus hâtive (subictère, hémorragies) ; tantôt la sclérose est moins avancée, la néoformation conjonctive n'atteint pas l'état adulte, et dans ce cas, l'insuffisance hépatique est très précoce, l'évolution est terminée en peu de mois. Enfin, dans un troisième groupe de cirrhoses grasses, la formation scléreuse reste au stade embryonnaire, le foie augmente de volume (cirrhose hypertrophique grasseuse de Hutinel et Sabourin) : c'est une véritable hépatite grasseuse.

Les cirrhoses compliquées comprennent en outre les cirrhoses pigmentaires et celles qui s'accompagnent de formations adéno-épithéliomateuses (Hanot et Gilbert). Les premières sont encore mal connues ; elles se rattachent selon toute apparence au paludisme (Kelsch et Kiener), à l'alcoolisme (Letulle, Gilbert et Grenet). L'une d'elle a été plus particulièrement étudiée et observée (type Hanot-Chauffard, du diabète bronzé). Quant aux cirrhoses avec adéno-épithéliome, tantôt la néoplasie cellulaire (adénomes du foie, épithéliome trabéculaire (d'Hanot et Gilbert) ne constitue qu'une trouvaille d'autopsie ; tantôt, son extension illimitée, sa substitution rapide au parenchyme normal donne à la maladie une allure nouvelle qui fait passer au second plan la cirrhose primitive.

Unicité ou multiplicité des agents cirrhogènes, intensité et rapidité d'action, voie d'apport au foie, qualité du terrain sur lequel ils vont exercer leur action, telles sont les données fondamentales qui permettent d'expliquer la topographie des lésions, leur mode évolutif, et les différentes réactions des éléments glandulaires, dans les cirrhoses du foie.

En clinique, l'état anatomique et fonctionnel de la cellule hépatique domine toute la situation et les nombreuses modalités évolutives des cirrhoses sont groupées autour de l'insuffisance hépatique, toujours menaçante en raison de l'instabilité des compensations fonctionnelles cellulaires. A tout moment, ce syndrome guette le malade. En cela, le cardiaque, le brightique et le cirrhotique sont égaux devant le danger.

— *Journal des Praticiens.*

## FORMULAIRE

**Liniment contre les hémorrhoides.** — (M. L. H. ADLER)

Extrait fluide d'hamamelis virginica.	} à 16 grammes.
— d'hydrastis canadensis	
Teinture de benjoin composée.....	4 —
— de belladone.....	32 —

Mêlez. — Usage externe.

**Pour le pansement des plaies suppurantes.** — (SCHWARTZ).

Poudre d'ioforme.....	} à 10 grammes.
— de salol.....	
Sous-nitrate de bismuth.....	
Poudre de charbon.....	
— de quinquina.....	
— de benjoin.....	

**Mélange pour l'antiseptie intestinale.** — (M. J. DE MAXIMOVITCH).

Naphtol a.....	3 grammes.
Chloroforme.....	XV gouttes.
Huile de ricin.....	100 grammes.
Essence de menthe poivrée.....	V gouttes.

Mêlez. — A prendre par cuillerées à bouche dans du vin de Porto de la bière ou du café noir chaud et sucré. Chez les enfants, cette préparation sera administrée par cuillerées à café.

**Vernis antiseptique.** — (NICAISE).

Gomme laque pulvérisée.....	60 grammes
Baume de tolu.....	5 —
Thymol.....	1 gr. 50
Alcool à 90°.....	50 grammes
Ether ordinaire.....	100 —

Filtrez.

## LETTRE DE MONTRÉAL

Montréal 4 Septembre 1897.

A l'éditeur de la *Revue Médicale.*

Cher monsieur,

Laissez-moi vous dire que le tout Québec médical a dû bien soulever, dans le courant de cette semaine, jeter un regard d'envie sur leurs heureux confrères qui ont eu le bonheur d'assister aux agapes royales des maîtres de la science médicale, réunis à Montréal.

Les sociétés, comme les familles, ont leurs jours de deuil et leurs moments de joies, qui se ressemblent par plus d'un côté. Mais aucune n'offre autant ce cachet particulier que les fêtes médicales. On dirait que les Sociétés Médicales, même en pleurant leurs morts, même aux instants de leurs plus grandes réjouissances, ne peuvent oublier que leur vie comme l'existence de leurs membres, appartient au travail, au dévouement, au bénéfice des misères humaines.

Disons plus, leurs labeurs, leurs efforts contre la maladie sont inséparables de leur plus légitime repos.

Cette réunion de l'Association Médicale Britannique à Montréal est restée on ne peut plus fidèle à ce principe.

On s'est réjoui ; on s'est plu à considérer avec une légitime orgueil les travaux faits, les progrès étonnants accomplis ; on a versé quelques fleurs sur ses morts, et on a vénéré ses vivants pour qui " la postérité commence avant la mort, " comme le dit si bien le professeur Richet. Mais on n'a pu retenir cette passion d'études et de perfectionnement inhérente aux médecins.

Des travaux remarquables ont été lus, des questions importantes discutées et passées au creuset de l'expérience des maîtres.

Et voilà comment l'Association Médicale Britannique peut se réjouir encore d'avoir fait œuvre agréable, très douce aux confrères du Canada et très utile aux souffrants, les bras toujours tendus vers la médecine.

Les journaux quotidiens ont été unanimes à féliciter Montréal de sa royale réception, et les lecteurs de la *Revue* y ont été servis à souhait par les fêtes et réjouissances données aux médecins de l'Association.

Passons aux travaux. Le président, M. le Dr Roddick, après une heureuse allusion à la présence du père de la chirurgie antiseptique et aseptique " le plus illustre chirurgien de notre génération " fait l'historique du développement de l'Association Britannique en Europe et dans les colonies.

Il nous présente avec habileté les conditions de climat, les *health resorts*, l'effet du climat du Dominion sur les races Européennes, les eaux minérales Canadiennes et fait ressortir avec avantage l'éducation et l'enseignement médical au Canada.

Le Dr Roddick s'est montré à la hauteur des circonstances et a bien mérité des siens.

Son travail bien choisi et bien fait est de nature à faire connaître avantageusement notre pays à l'étranger.

Cette journée du 31 août s'est admirablement terminée par la conférence du professeur Richet, à l'Université Laval. " L'œuvre de Pasteur et la Conception moderne de la Médecine ". Après quelques pensées à l'adresse de la société dont il est l'heureux hôte, l'orateur voudrait tenter une complète réconciliation entre la médecine et la science dont l'accord est encore contestée quelque part.

" Je prétends, dit-il, que c'est surtout, par la science etc, l'expérimentation que la médecine a faite et pourra faire des progrès, comme le prouve l'œuvre de Pasteur.

"Je ne serai pas démenti en disant que cette œuvre est supérieure à tout ce que nous donne l'histoire de la médecine depuis le commencement des siècles.

"Par Pasteur tout a été renouvelé, régénéré ; la médecine, grâce à lui, en vingt ans, a fait plus de progrès qu'elle n'en avait fait en vingt siècles.

"La vie de l'illustre maître, se résume en trois grandes découvertes.

"Ses liqueurs organiques ne s'altèrent que lorsque un germe vivant vient à y être introduit, et les germes vivants sont partout :

"Et il le prouve par des expériences à jamais célèbres... Mais comment déterminer l'évolution de ces germes dans les organismes vivants."

"En 1867, Pasteur prouvait que dans les maladies des vers à soie les corpuscules brillants qu'on trouve dans les corps des vers à soie malades sont des germes vivants, une espèce vivante particulière, un parasite, qui peut se développer, se reproduire et répandre la contagion.

"Ce n'est donc pas sans un douloureux étonnement que j'ai entendu récemment M. Marshall Ward, dire que la découverte du rôle des micro organismes dans les maladies était due à Koch et datait de 1876.

"Or, depuis dix ans, Pasteur avait publié ses expériences sur la fièvre et la flacherie. Tous ceux, qui après lui, ont démontré quelque fait de détail, si important ou fondamental qu'il soit, n'ont fait que suivre le sillon tracé par le maître.

"Or qu'ils le veuillent ou non, ils sont tous des élèves de Pasteur, comme ceux qui font de la chimie sont des élèves de Lavoisier. Le plus grand des disciples de Pasteur, Robert Koch, quoiqu'il se refuse avec ingratitude à reconnaître son maître, n'a fait que perfectionner certains points de la technique et appliquer son ingéniosité et sa perspicacité pénétrante à la solution des questions secondaires.

"Malgré leur importance pratique, malgré tout, il n'a pu faire du nouveau que sur des points de détail, tout ce qui est essentiel vient de Pasteur lui-même.

"Principe de la vaccination, Pasteur prouve que le microbe pathogène peut être atténué, c'est-à-dire rendu incapable de donner la mort. Mais, si ce microbe ne donne pas la mort, encore peut-il donner la maladie atténuée parfois au point d'être presque insaisissable. Or, l'être qui a été atteint de cette maladie atténuée est protégé contre la forme plus grave de cette même maladie ; et empruntant alors le mot qui consacre l'immortelle découverte de Jenner, Pasteur a dit qu'il y avait alors "vaccination".

"L'œuvre de Pasteur était terminée. Mais ce qui nous frappe ce sont ses applications pratiques immédiates qui amènent forcément l'union nécessaire de la médecine et de la science.

"Tous les travaux sur l'action de la glande thyroïde, les rayons Roentgen, le diabète pancréatique, et la sérothérapie, cette dernière surtout, conséquence directe de l'œuvre de Pasteur, prouvent que la médecine et la science doivent marcher d'accord, car, "Sans les laboratoires, les cliniques sont condamnées à l'immobilité scientifique".

"Il faut que savants et médecins soient animés les uns les autres de ces deux sentiments dominateurs : la foi en la science et l'amour des hommes."

Bien souvent l'orateur fut arrêté par les acclamations méritées de son auditoire distingué.

Pardonnez moi, mon cher rédacteur, cette longue citation.

Mais je ne puis oublier que ce professeur représentait au milieu de nous ce que la France, notre mère à jamais aimée, compte de plus dévoué et de plus grand peut-être, qu'il était l'écho de ce qui pour moi est le centre des grandes conceptions médicales et scientifiques.

Et ce Français parlait notre langue, s'adressait à un auditoire en grande partie canadien français, dans une institution canadienne-française : comment ne pas m'y arrêter : on est toujours babillard quand on parle des siens. Mercredi, la parole est au Dr Osler, de Bal-

timore, qui nous fait l'histoire de la médecine dans les colonies Britanniques.

Cet orateur est un maître de la parole et il sait intéresser au plus haut point.

Pour lui, l'Angleterre d'aujourd'hui est l'image fidèle de l'Ancienne Grèce : elle offre la même garantie de paix et de liberté. Si quelqu'un, dit-il, avec pleine connaissance analysait les traits caractéristiques de la médecine Britannique, il y trouverait certains traits nationaux, suffisamment distincts pour les reconnaître. Trois siècles ne peuvent pas accomplir beaucoup (et il n'y a que cette période de passé depuis que la renaissance de la médecine s'est faite en Angleterre), mais les conditions locales d'isolement qui ont été singulièrement favorables au développement des particularités spéciales au caractère national, ont été sans effet sur la profession médicale. A Linacre, Sydenham et Harvey revient l'honneur d'avoir inspiré la médecine Britannique telle qu'elle existe aujourd'hui.

Linacre dont les écrits relevèrent les études médicales, Sydenham, l'homme pratique, la lumière d'Angleterre, *anglicæ lumen*, comme on l'a surnommé et Harvey, le professeur émérite.

Les établissements coloniaux sont contemporains de la renaissance de la médecine en Angleterre.

On distingue trois périodes dans l'histoire de la médecine dans les colonies.

Au commencement les ministres étaient les grands guérisseurs, et il y en eût de capables.

Puis naissent l'Université de Pennsylvanie, en 1763, le Collège du Roi en 1767, le Harvard en 1782 dont les fondateurs et les professeurs furent formés en Angleterre.

Mais John Huntley fut le véritable fondateur de la médecine coloniale. A partir de 1820 la médecine en Amérique revêt un caractère tout militaire.

Mais l'éveil de la médecine au commencement de ce siècle s'est fait en France. Et quel réveil ! Bichat, Broussais, Laennec, Donis, Andral, Chomel.

Après 1825 les étudiants américains n'allèrent plus à Edimbourg et à Berlin, mais à Paris et nous pouvons dire que de 1830 à 1860 les professeurs et les écrivains de marque passèrent sous le joug gallique.

Durant cette période le Canada vit l'établissement d'universités anglaises et d'écoles médicales. L'influence parisienne moins personnelle, fut exercée surtout par la voie anglaise et écossaise. L'influence française locale sur la médecine Britannique en Canada a été très légère.

Enfin la troisième période, depuis 1860 marque l'apparition de l'influence Allemande et Autrichienne.

Même marche en Australie, à la Nouvelle-Zélande, aux Indes et dans toutes les colonies anglaises.....

Inutile de vous dire, mon cher rédacteur, que dans tout cela l'auteur oublie Québec, car chez nous, la médecine née de l'École de France, est restée essentiellement française. Nos professeurs se sont formés en France presque exclusivement, et les méthodes françaises sont encore celles que nous suivons. Peut-on affirmer aussi que Montréal et même les Universités anglaises des provinces-sœurs n'ont pas subi l'influence française ? je ne le crois pas.

Mais je vois que j'abuse de votre bonté. J'aurais encore beaucoup à dire sur les autres excellents travaux qui ont été lus : nous dirons à plus tard.

Toutefois laissez-moi énoncer, tout-bas un regret que je ne puis cacher. Pourquoi cette abstention des médecins du district de Québec ?

Nous courons vers l'isolement. N'y a-t-il pas chez nous, comme ailleurs, des talents qui ne demandent qu'un champ plus vaste pour se développer et paraître ?

L'élément canadien-français semblait exister à l'autre extrémité de notre globe.

Il faut nous unir ; il faut grandir, mais ce n'est pas dans l'isolement que nous trouverons cette force que donne l'union.

Dr. P. V. FAUCHER.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### De la vaccination obligatoire

Par M. le Dr ARTHUR SIMARD, Professeur d'Hygiène à l'Université Laval à Québec

Je ne me fais aucune illusion sur la difficulté de ma tâche.

Je sais fort bien que venir demander une réforme aussi radicale, toute nécessaire qu'elle soit, c'est heurter de front bien des préjugés enracinés et défendus, des axiomes signés de toutes les facultés ; c'est aller se briser contre des résistances ouvertes ou tacites, tant on aime en certains milieux la quiétude de la routine, tant on se complait dans l'idée que tout doit être parfait et judicieusement ordonné dans notre pays.

Malgré tout le danger qu'il peut y avoir à toucher à l'arche d'alliance, à battre en brèche l'ordre établi par nos gouvernants et par leurs conseillers directs ou indirects, je ne me sens aucune frayeur à penser et à dire, qu'au point de vue de la prophylaxie variolique, il y a encore beaucoup à faire dans ce beau pays ; que si l'on veut le mettre au niveau scientifique de la plupart des pays d'outre-mer, il nous faut avoir la même sollicitude pour la santé publique, parce que c'est elle qui doit tenir la première place dans l'esprit des gouvernants.

La variole est une affection grave ; personne n'en doute. Elle entraîne la mort dans presque la moitié des cas, et ceux qui ont eu l'heureuse veine d'en réchapper, en sont quittes pour en porter la signature indélébile : ce qui, on l'avouera, est loin d'être enviable.

De plus, sa facilité d'extension rapide lui fait tenir un rang honorable parmi les fléaux les plus désastreux, comme le choléra, la peste. Les épidémies de variole se font de plus en plus rares, c'est un fait avéré, notoire ; mais ce n'est pas une raison pour croire qu'il devra toujours en être de même, car la variole n'a rien perdu de sa gravité. Elle continuera à faire de nombreuses victimes, si elle tombe sur un terrain non stérilisé, non réfractaire.

Armés comme nous le sommes pour la combattre et la détruire sur place, après avoir enrayé sa marche envahissante, nous devrions pouvoir anéantir cette affection, et de fait elle a presque complètement disparu dans certains pays, en Allemagne en particulier.

Mais, pour arriver à ce but, il faut prendre les moyens reconnus efficaces et ne pas se croiser les bras en attendant ; qu'une épidémie fasse éruption tout à coup, nos armes doivent être prêtes pour avoir le plaisir d'en essayer l'efficacité, trop souvent aléatoire.

C'est fort beau de parler de l'excellence de l'hygiène, de vanter à son de trompe notre organisation sanitaire, qui, par le zèle de ses employés, mérite sûrement des éloges, mais ça ne donne pas plus de sécurité pour tout cela.

Quelle sanction nos officiers de santé peuvent ils faire valoir pour faire observer leurs réglementations, je vous le demande ?

Ils demandent la vaccination publique ! mais qui va obliger ce bon public à se conformer à ce sage conseil ?

Je le dis sans détours, il n'y a que la vaccination et revaccination d'obligatoire et d'efficace, et c'est à mon sens, le seul moyen pratique de défense contre l'invasion et l'implantation de la maladie au milieu de nous.

Mais voilà, pour rendre obligatoire la vaccination et la revaccination, il faut une loi, et c'est ce qui nous manque.

Malheureusement, tout le monde n'est pas pénétré de l'excellence, de la nécessité d'une pareille mesure, et des bienfaits que notre pays devra sûrement retirer de son application rigoureuse ; car il s'en rencontre encore ici et là des médecins, instruits à n'en pas douter, qui, tout en admettant les avantages de la vaccination, sont loin de lui attacher toute l'importance à laquelle elle a droit.

Insister aujourd'hui sur l'utilité de la vaccination et de la revaccination paraît une chose banale pour la majeure partie des médecins, et à juste titre.

Pourtant, je suis forcé de m'y arrêter un instant, afin de rendre plus saisissante la nécessité d'une mesure générale et obligatoire.

Si aujourd'hui on est convaincu de l'efficacité de la vaccination comme moyen de défense contre la variole, il n'en a pas toujours été ainsi, loin de là. On a lutté longtemps pour savoir si réellement le vaccin donnait des résultats satisfaisants, et même dans ces dernières années encore, les vaccinophobes ont fait des efforts extraordinaires pour détruire et dénaturer, si possible, les résultats obtenus.

Aujourd'hui, leur déroute paraît complète, décisive même. Il a fallu, pour en arriver là, la mise au jour d'un fait qui s'est passé en Allemagne, où grâce à l'application rigoureuse, (*manu militari*), de la vaccination et revaccination, on a pu faire disparaître la mortalité par variole dans tout l'empire Allemand, à un tel point, que le mot variole n'apparaît même plus sur les bulletins de statistiques. C'est ce résultat obtenu en quelques années qui a réduit au silence le plus acharné adversaire de la vaccination.

Il n'y a pas de doute que la vaccination et la revaccination ont produit des résultats surprenants, où elles ont été judicieusement pratiquées.

Il suffit pour s'en convaincre, d'une manière plus frappante encore, de feuilleter les différentes statistiques qui ont servi de base à toutes les discussions sur ce sujet.

Ainsi prenons ce qui s'est passé en Allemagne. Après la guerre de 1870-71, l'armée remporta la variole dans ses foyers, et jusqu'en 1874, elle fit de tels ravages, que la mortalité par variole s'éleva dans tout l'empire Allemand à 252.27 par 100,000 habitants. Naturellement les sociétés médicales allemandes se sont émues de la gravité du fléau et, grâce à leur initiative, une loi fut adoptée et rendue exécutoire le 1er avril 1875 dans tout l'empire allemand. Cette loi veut que la vaccination soit obligatoire pour tous les enfants dans le cours de la première année, et oblige la revaccination pour tous les enfants de 12 ans. Les pères, les tuteurs, qui ne veulent pas se conformer à la loi, sont passibles d'une amende qui ne dépasse pas 187 frs 50 ou à un emprisonnement de 1 à 15 jours. Cette loi a-t-elle donné les résultats qu'on était en droit d'attendre de son application rigoureuse ?

Le Dr Jean Homme (*Revue d'Hygiène et de police sanitaire*, 1888) s'est chargé de nous les faire connaître, d'une façon aussi saisissante que précise.

En moins de treize ans, la variole a disparu de l'empire allemand à un tel point, comme je le mentionnais plus haut, que le mot variole a été supprimé du tableau des statistiques mortuaires, et c'est là un résultat magnifique qui peut défier toute critique.

En Suisse, depuis la loi de 1883, le même résultat s'est produit.

En France, où la vaccination est obligatoire dans l'armée, si on en croit les plus récentes statistiques, la mortalité par variole est, comme en Allemagne, absolument nulle, alors qu'autrefois, avant l'application des nouveaux règlements qui président à la vaccination et à la revaccination dans l'armée, la variole était endémique et faisait annuellement de sérieux ravages. Les statisticiens estiment à 24,000 le nombre de soldats français morts de la variole pendant l'année terrible ; ce qui représente 200,000 malades, alors que sur plus d'un million d'hommes, 459 seulement succombaient dans l'armée allemande.

Ritcher, qui est cité partout, a donné sur les bénéfices à retirer de la vaccination, des chiffres très frappants.

Il cite le fait qu'il a observé à Sheffield où sur 100,000 enfants de moins de 15 ans, 95,000 étaient vaccinés et 5,000 non vaccinés. Ces 95,000 ont donné 180 cas de variole avec 2 décès, tandis que les 5,000 autres ont donné 172 cas, et 70 décès.

« Si, dit Ritcher, tous les enfants avaient été vaccinés, il y aurait eu à peu près 200 variolés, et un peu plus de 2 décès. Au contraire, si aucun de ces 100,000 n'avaient été vaccinés, il y aurait eu 3377 cas avec 1330 décès, c'est-à-dire une mortalité de six cents fois plus grande ».

Nous voyons par ces quelques faits, pris entre mille autres ana-

logues, que la vaccination donne, sans aucun doute possible, de très bons résultats. Mais il ne faudrait pas exagérer. La vaccination, tout excellente qu'elle soit, voit au bout de peu d'années son influence préservatrice s'atténuer, et finir par disparaître complètement, l'immunité ayant duré huit ou dix années à peu près. Il faut donc, si on veut tirer de la vaccination tout le bénéfice possible, procéder à une nouvelle inoculation de la vaccine après une dizaine d'années; c'est ce que l'on appelle la revaccination. Les résultats alors sont encore beaucoup plus brillants, et il suffit, pour s'en convaincre, d'étudier quelques statistiques où il est fait mention d'un degré d'influence préventive relative de la vaccination et de la revaccination.

“ En 1887, dit Léon Lefort, (dans son discours à l'académie de médecine de Paris contre la vaccination obligatoire,) il y avait à Sheffield 18,121 personnes ayant eu antérieurement la variole. Il y eut chez 23 d'entre elles, récidive de variole, soit une proportion de 1.3 par 1000; sur les 63,354 individus revaccinés, il n'y eut que 75 varioleux, soit 1.1 sur 1000, tandis qu'il y eut 230 sur 1000 parmi les individus simplement vaccinés.”

Puisque, continue L. Lefort, les effets de la vaccination s'atténuent avec le temps, si l'on veut voir persister l'immunité relative acquise au début de la vie par la vaccination, il faut qu'elle soit renforcée par la revaccination.”

Si maintenant on examine l'influence de la revaccination au point de vue de la gravité de la variole, on voit sans peine les résultats consolants que l'on obtient.

Prenons encore l'épidémie à Sheffield qui a été bien étudiée sur place :

736 non vaccinés ont donné	552 malades avec	274 morts.
18020 vaccinés .....	4151 “	200 “
63354 revaccinés .....	75 “	1 “
18121 variolés antérieurement	23 “	1 “

Par conséquent les moindres revaccinés résistent autant à la variole que les variolés antérieures, et surtout dans une bien plus grande proportion que ceux seulement vaccinés.

“ Les revaccinés, dit M. Brouardel, sont donc à l'abri de l'épidémie dans une proportion telle, qu'ils constituent une population restée refractaire au milieu d'une population contaminée; l'épidémie régnante n'a pas frappé ce groupe, il s'est comporté comme un roc vis-à-vis du germe variolique.”

L'épidémie de Sheffield, comme la relation de bien d'autres épidémies, démontre qu'une première vaccination, toute bienfaisante quelle soit, est insuffisante, une seconde absolument efficace.

La conclusion de tout ceci, c'est que si toute une population était sous l'influence de la vaccine, aucune épidémie ne pourrait l'atteindre, et que la résistance de ses habitants au virus variolique serait tellement générale, que les quelques cas de varioles importés de l'étranger ne pourraient jamais former des foyers nouveaux et son extinction sur place serait la chose la plus facile du monde. Aussi il n'y aurait jamais d'emballement, jamais de craintes de propagation à l'annonce d'un cas de variole venu de l'étranger, la vaccination et la revaccination ayant mis le pays à l'abri d'une épidémie.

Mais pour que la vaccination et la revaccination puissent donner cette sécurité si désirable, il faut qu'elles soient générales dans le sens le plus étendu du mot.

Je crois que ce desideratum est impossible à obtenir sans une loi spéciale et obligatoire.

Il y a une chose certaine par exemple, c'est qu'avec la vaccination facultative, jamais on aura une population réfractaire; et comme il est démontré que la mortalité variolique d'une nation est en proportion inverse de la rigueur avec laquelle les mesures relatives à la vaccination obligatoire sont observées chez elle, on peut se faire une idée de l'avenir qui nous est réservé. Nous continuons à être un pays dont les frontières toujours ouvertes laissent l'ennemi pénétrer à son gré, et s'y établir assez facilement.

D'ailleurs il y a une foule de causes qui font que la vaccination et la revaccination facultatives ne peuvent pas donner des résultats vraiment pratiques, et on les retrouve toutes, ou la plupart du moins, dans tous les pays.

Ce sont : l'ignorance, les préjugés de quelques-uns, l'esprit de rébellion, la crainte des dangers encourus par l'inoculation du vaccin, surtout la négligence du plus grand nombre, faits qui ont toujours été cause qu'une partie des populations a échappé à la vaccination.

La proclamation des conseils d'hygiène, les incitations, les appels pressants à la vaccination publique, n'ont jamais eu et ne pourraient jamais avoir la prétention de renverser de tels obstacles, que l'on devine partout, et produire la diffusion de l'immunité dans tout un pays. L'opinion de tous les hygiénistes est formée sur ce point, et cela par les faits obtenus dans tous les pays.

C'est pour cette raison, le peu de résultat donné par la vaccination et la revaccination facultatives, que quelques gouvernements ont fait inscrire dans leurs lois le principe titulaire de l'obligation. La Bavière en 1807, la Suède en 1816, le Wurtemberg en 1818, rendent la vaccination obligatoire. L'Angleterre a imposé la vaccination à ses sujets en 1852 par le “ vaccination extension act ”. Je dois l'avouer, les résultats ici, jusqu'à ces dernières années, n'ont pas été très brillants; surtout bien moins qu'ils ne l'ont été en Allemagne depuis la loi de 1874. L'application rigoureuse de la loi a été entravée par les agissements d'utopistes formés en association sous le nom de “ Ligue internationale des antivaccinateurs ”, dont la tête dirigeante est en Angleterre.

A suivre

## REPRODUCTION

A propos du traitement des plaies infectées. Recherches sur les propriétés du formol et du parachlorophénol

Par M. LE DENTU, professeur de clinique chirurgicale (1)

Rien n'est aussi difficile que d'obtenir la désinfection absolue d'une plaie, surtout lorsque l'infection est ancienne. On peut cependant la réaliser par l'emploi isolé ou combiné de plusieurs méthodes qui relèvent toutes de l'antisepsie, sous des formes très différentes. Ces méthodes sont : le lavage, l'irrigation, la balnéation, la pulvérisation, le pansement humide ou sec. Elles utilisent des agents dont le nombre augmente tous les jours, mais dont les plus employés sont encore les solutions d'acide phénique, de sublimé, de chlorure de zinc, les poudres d'iodoforme et de salol.

Ces agents n'ont pas besoin de posséder une action spécifique sur tel ou tel microbe pour être efficaces. Sauf certaines nuances constituant une spécificité relative, ils sont tous indistinctement plus ou moins puissants contre toutes les espèces microbiennes avec lesquelles nous sommes généralement aux prises, à condition qu'ils puissent exercer une influence directe immédiate sur elles.

A la liste des antiseptiques classiques, depuis longtemps se sont ajoutées, en peu d'années, un grand nombre de substances nouvelles de valeur inégale, dont quelques-uns cependant peuvent lutter avec celles qui se sont fait une large place dans la thérapeutique chirurgicale.

Il en est deux dont je me suis attaché à déterminer les propriétés, au point de vue pratique, en procédant expérimentalement sur des cobayes, puis, cliniquement, sur des malades de l'hôpital Necker ou de la ville; ce sont le formol et le parachlorophénol.

Avec des solutions à 5 p. 100 et à 5 p. 1000 de la solution à 40 p. 100 de formol polymérisé du commerce dans de l'alcool méthylique, nous avons pratiqué à plusieurs cobayes des injections sous-cutanées. Les solutions à 5 p. 100 produisent des désordres locaux considérables et possèdent un pouvoir escarriant très marqué.

(1) Congrès de Moscou, août 97.

La dose mortelle, à la suite de plusieurs injections, a varié entre 1 gr. 79 et 0 gr. 10. Ce dernier chiffre est évidemment trop faible et représente une exception. D'après Berlioz et Trillat, la dose mortelle serait donc de 0 gr. 66 par kilogramme d'animal, ce chiffre nous paraît assez exact. Ce qui n'empêche pas que chez l'homme, il faut se méfier de l'absorbant en un coup de 5 à 6 grammes de la solution-mère de formol à 40 p. 100. Certaines précautions sont donc nécessaires pour empêcher la stagnation des solutions employées sur l'homme dans des plaies anfractueuses ou cavitaires.

Les lésions trouvées sur les cobayes de mon laboratoire étaient tout à fait comparables à celles que Pilliet a déterminées par des injections massives. Elles portent sur les reins, le foie, les capsules surrénales et aussi la rate.

Le pouvoir stérilisant du formol étant deux fois plus considérable que celui du sublimé, comme on peut s'en servir en solution au 1/200, on se sert en réalité d'un agent dix fois plus énergique que le sublimé au 1/1000.

Le formol a en plus un pouvoir désodorant absolument extraordinaire ; les tissus gangrenés perdent immédiatement leur odeur infecte, au contact d'une solution au 1/200 ou à 5 p. 1000.

A ces divers titres, le formol est donc un agent de désinfection et de stérilisation de premier ordre. Sous forme de vapeurs, il est digne de confiance dans certaines conditions déterminées, mais je ne m'y fierais pas pour la préparation du catgut.

Par contre, en solution à 5 p. 1000, il est précieux pour l'immersion des instruments. Dans ces proportions, il ne les altère pas, et il n'irrite sérieusement ni les yeux, ni les mains.

Pour le lavage des plaies infectées, pour les pansements, en cas de gangrène étendue ou moléculaire, je ne lui connais pas d'égal jusqu'ici, et la solution au 1/200 m'a paru toujours très bien supportée. Avec une solution au 1/400 ou à 2,5 p. 1000, on obtient encore de bons effets. La solution à 1/1000 est insuffisante lorsque les tissus sont mortifiés et les plaies infectes. On ne doit guère la conseiller que pour la balnéation.

Le parachlorophénol est un dérivé du chlorure et de l'acide phénique. Il se présente sous la forme de cristaux qui fondent à 37 degrés, bouillent à 217 degrés, se dissolvent difficilement dans l'eau, facilement dans l'alcool, l'éther et les alcalis. Il a déjà été l'objet de recherches assez nombreuses dans ces dernières années. Spengler a affirmé qu'une solution à 2 p. 100 était l'agent le plus puissant pour détruire la virulence du bacille de Koch. Par la méthode des fils, la solution à 1 p. 100 tue les bacilles d'Eberth en trente secondes et le bacille du charbon en cinq minutes. Son pouvoir bactéricide serait donc cinq fois plus élevé que celui de l'acide phénique, et des solutions cinq fois plus faibles sont équivalentes aux trois solutions classiques de cet acide. Tels sont les résultats des expériences faites dans mon laboratoire.

Nous avons déterminé la dose mortelle par kilogramme, en injections sous-cutanées par 21 cobayes. Dans une première série d'expériences, nous avons fait une seule injection de solutions à 2, 5 p. 100, 1 p. 100 et 1 p. 1000. La dose mortelle s'est trouvée entre 0 gr. 21 et 0 gr. 26 par kilogramme d'animal. Les animaux qui ont succombé ont eu des convulsions suivies de coma. En deux injections faites deux jours consécutifs, 0 gr. 25 par kilogramme ont été supportées. Avec trois injections pratiquées en trois jours, 0 gr. 26 par kilogramme ont été bien tolérés.

A la suite d'une série d'injections variant de 4 à 50, en un nombre de jours variant de 6 à 66, des doses totales de 0 gr. 51 et de 1 gr. 42 par kilogramme, ont causé la mort ; dans le premier cas, avec 4 injections ; dans le second, avec 14 injections. En revanche, un animal a supporté, sans présenter autre chose qu'une diminution de poids, 1 gr. 34 en 48 injections pendant 66 jours.

Le seul travail expérimental et clinique comparable au mien est celui de Girard (de Berne). Je ne suis pas absolument d'accord avec mon collègue sur certains points.

D'après lui, la dose mortelle serait de 1 gramme par kilogramme d'animal. Je l'ai trouvée de 0 gr. 25 à 0 gr. 26 par kilogramme, après une seule injection, et sur le cobaye.

Le parachlorophénol altérerait peu les instruments. En solution au 1/100, il nous a paru attaquer fâcheusement même le nickel.

Outre son pouvoir microbici le cinq fois plus fort que celui de l'acide phénique, je lui reconnais encore, comme avantages, d'être doué d'une odeur beaucoup moins violente et moins tenace, d'être aussi moins irritant ; et il est, de fait, moins toxique, puisque sa solution au 1/100 correspond à la solution au 1/20 d'acide phénique. Néanmoins son absorption donne assez facilement lieu à des urines noires. C'est dont un agent dont le maniement exige des précautions.

J'en ai fait jusqu'ici trop peu d'applications pratiques pour avoir le droit de poser des conclusions fermes. Je dirai seulement que le parachlorophénol mérite d'être étudié sérieusement et que, sous certains rapports, il pourrait bien, dans l'avenir, mériter la préférence sur l'acide phénique.

*Journal des Praticiens*

### La compression digitale de la prostate

Par A. GUÉPIN, ancien interne lauréat des hôpitaux, membre de la Société de Médecine de Paris.

Dans une série de communications résumant des études communes avec mon maître Reliquet et se rattachant toutes à un travail publié par nous sur les glandes de l'urèthre (1894), j'ai cherché à démontrer que l'hypertrophie sénile de la prostate est ordinairement curable aux deux premiers stades de son évolution. La guérison peut être obtenue par un ensemble de soins (régime, cathétérisme, sonde à demeure, compression de la prostate, etc.) et ces soins, convenablement appliqués, donnent des résultats au moins tout aussi satisfaisants que les opérations dirigées directement ou indirectement contre l'hypertrophie prostatique (castration, vasectomie, cystostomie sus-pubienne, etc.)

Récemment, j'ai considéré dans leur mécanisme intime les modes d'action de la sonde à demeure sur la prostate sénile pour en provoquer la diminution de volume ; aujourd'hui, vu l'importance du sujet, j'entrerai dans quelques détails sur la compression digitale de la prostate.

Par ce terme, il faut entendre : l'évacuation provoquée des sécrétions prostatiques et vésiculaires qui stagnent dans les culs-de-sac glandulaires dilatés. Les mots "massage", "expression prostatique", répondent à d'autres idées, comme on le verra par la suite ; ils ne sauraient être pris pour synonymes de compression digitale. Celle-ci est une petite intervention tout à fait spéciale, dont les indications sont précises, la technique simple et bien réglée, les résultats heureux désormais établis.

Imaginé par Reliquet, il y a environ quinze ans, très fréquemment mise en usage chez ses malades, paraissant toujours avoir abrégé la durée du traitement et complété son effet, elle n'est encore cependant connue que d'un très petit nombre de praticiens.

Les indications en sont précises : c'est, en thèse générale, la stagnation des sécrétions plus ou moins modifiées dans les glandes prostatiques, quand le traitement usuel ne suffit point à la faire disparaître. Il n'est donc pas, pour ainsi dire, une prostatite aiguë, subaiguë ou chronique, partielle ou généralisée, à une période déterminée de son évolution, où la compression digitale de l'organe soit inutile. Mais elle devient presque indispensable au vieillard dont la prostate dilatée subit peu à peu la sclérose péril glandulaire et où les muscles expulseurs des sécrétions prostatiques perdent insensiblement leurs fonctions.

En effet, si la sclérose n'a point trop modifié les tissus, la compression digitale des glandes évacue leur contenu stagnant, favorise leur retrait, régularise leur circulation, et, en somme, aide puissamment à la régression de la prostatomégalie, c'est-à-dire à la guérison. Alors que cette régression définitive n'est plus possible, la compression digitale reste encore un moyen palliatif excellent des troubles urinaires de certains prostatiques, ainsi que nous en avons rapporté des exemples (1).

(1) RELIQUET et GUÉPIN. *Les glandes de l'urèthre*, t. I, p. 107 et suiv.

La technique en est simple et bien réglée : après avoir pris toutes les précautions nécessaires dans le toucher rectal de la prostate, la pulpe de l'index explore méthodiquement l'organe et reconnaît la saillie des glandes dilatées, donnant la sensation de petits kystes proéminents dans le rectum. Pour être autorisé à comprimer un de ces points, il faut que celui-ci présente une certaine mollesse, qu'il cède sous le doigt à la moindre pression, comme une poche qui se vide. Peu à peu, là où le doigt appréciait une saillie, il discerne maintenant une dépression limitée par des bords réguliers et plus fermes, comparable à celle qu'il déterminerait en appuyant sur un morceau de cire molle. Au contraire, à la moindre résistance, à la moindre douleur éprouvée par le malade, le doigt sera retiré. Cette compression digitale doit donc être faite avec la plus grande prudence ; car elle provoquerait et a provoqué, entre des mains inexpérimentées, une exacerbation des souffrances et une poussée nouvelle de congestion prostatique.

Après quelques jours de traitement dans les prostatites aiguës, lorsque les phénomènes douloureux commencent à s'amender, il faut songer à faire la compression digitale ; l'état local reconnu par le toucher renseignera sur son opportunité. De même dans l'hypertrophie sénile, comme dans les prostatites chroniques, ce n'est point au début, mais après avoir utilisé les autres procédés thérapeutiques (lavements, suppositoires, cathétérismes, etc.) pendant une période de durée variable, que l'on évacuera ainsi artificiellement les glandes.

Une seule séance de compression ne permet ordinairement point de vider toutes les dilatations glandulaires ; ensuite, quelques-unes de ces dilatations se reproduisent, c'est la règle, moins volumineuses il est vrai. Il faut donc, à certains intervalles, pendant un certain temps (intervalle et temps que l'observation du malade sert à préciser), renouveler la compression. Je la fais habituellement précéder du passage d'une bougie molle en gomme de calibre moyen (16 à 18).

Pendant que la pulpe du doigt efface les dilatations glandulaires, le malade éprouve la sensation du passage, d'un liquide dans l'urèthre ; et souvent se présentent au méat de grosses gouttes de sécrétion prostatique, purulentes, fétides, striées de sang, parfois au contraire d'aspect presque normal. Le microscope en fait au besoin reconnaître aussitôt l'origine. On doit parfois attendre un instant pour voir s'écouler au dehors ces sécrétions stagnantes. Souvent, elles refluent en partie dans la vessie et l'urine, immédiatement après, sort trouble ou chargée de pus.

Les complications possibles sont toutes imputables à une faute opératoire, même celles qui résulteraient de la pénétration de l'urine dans les glandes dont la cavité reste béante et le canal excréteur dilaté. Ce qui revient à dire que chez le vieillard prostatique, à partir de la seconde étape, on comprimera la prostate sur la sonde à demeure ou en assurant la miction par un cathétérisme régulier.

Après la compression apparaît un calme relatif : les besoins d'uriner sont plus espacés ; les érections pathologiques sont moins fréquentes ; la congestion locale est atténuée ; les urines sont plus claires ; la vessie se vide plus complètement. Au total, amélioration indiscutable et qui peut être définitive.

Il convient le plus souvent de revenir à la compression digitale de la prostate jusqu'au moment où l'organe, diminué de volume, a acquis une consistance uniforme et souple et où cette compression ne provoque plus la sortie d'aucun liquide.

En résumé, pratiquée avec méthode, au moment exact où elle est indiquée, la compression digitale de la prostate vient s'associer aux autres moyens que nous avons décrits bien des fois, pour obtenir et hâter le dégonflement prostatique et faire cesser les troubles urinaires et les accidents infectieux qui en dépendent. Son utilité est particulièrement appréciable dans l'hypertrophie sénile, lorsque les parois des glandes ne sont point trop sclérosées, puisque la guérison de tous les symptômes morbides dont souffre le malade est encore possible ; elle abrège, en outre, la durée du traitement. Dans beaucoup d'affections glandulaires de la prostate et des vésicules, la compression reste un des procédés les plus actifs dont nous disposions pour favoriser le retour des glandes à leur état normal.

—Gaz. des Hôpitaux

### Sur la palpation de l'abdomen dans le bain tiède

Par le docteur SCHUSTER. (*Deutsche med. Zeit.*, No 41.)

Beaucoup de médecins connaissent depuis longtemps l'examen de l'abdomen pratiqué le malade étant dans le bain, néanmoins on a peu souvent l'occasion de recourir à cette méthode d'examen qui peut, cependant, donner d'utiles renseignements. L'an dernier, M. Sée avait appelé l'attention sur ce procédé d'exploration sous le nom d'exploration hydrostatique et rappelait que dans ces conditions la paroi abdominale, même s'il s'agit d'une personne chargée d'embonpoint, n'offre qu'une résistance insignifiante aux doigts qui cherchent à palper les parties profondes. Lennoff au mois de novembre dernier, à Berlin, présentait un modèle de baignoire spécialement destiné à cet examen et disait qu'il avait pu reconnaître un cancer de l'estomac.

En examinant un patient dans le bain, on sent en appliquant la main sur l'abdomen que la résistance de la paroi est extrêmement diminuée. On comprend qu'il soit plus facile de palper à travers une paroi qui semble relâchée et comme amincie les diverses altérations dont l'abdomen peut être le siège, les modifications subies par les organes qui sont plus accessibles. Cet examen même chez les personnes sensibles est à peu près indolore.

Schuster admet que la facilité de la palpation abdominale dans ces conditions est due à la diminution des réflexes dans le bain, qui diminue ainsi la contraction des muscles de la paroi. Ensuite la pression hydrostatique de la colonne d'eau diminue beaucoup la pression intra-abdominale. C'est à cette dernière circonstance qu'il faut attribuer certains effets thérapeutiques du bain chaud, par exemple la réduction plus facile des hernies étranglées ou non. L'examen des articulations sous le rapport de la mobilité est beaucoup plus facile. Les articulations enraidies deviennent plus souples dans le bain, et le bénéfice subsiste quelques temps après. Il est certain ainsi que les conditions plus favorables de la circulation contribuent à faire résorber les produits pathologiques dans le rhumatisme musculaire et articulaire, et permettent de vaincre ainsi la contracture et la raideur des articulations.

Pour vaincre la tension de la paroi abdominale et la réduire au minimum, le patient doit être étendue, les genoux étendus mais élevés dans le bain. Aussi une baignoire pour bain de siège ne convient pas pour cet examen ; en outre, il faut que le corps ou l'abdomen au moins soit complètement recouvert par l'eau. Cet examen dans le bain est si commode dans certaines affections, si peu douloureux, qu'on peut se passer dans la plupart des cas de l'examen sous le chloroforme qui est toujours un inconvénient, parfois un danger, et qui ne peut être employé chez tous les malades. Il restera, cependant les malades dont la sensibilité abdominale est telle que cet examen, même dans l'eau, sera très difficile ou impossible.

La palpation dans le bain tiède doit être employée dans les cas de tumeur des organes abdominaux, estomac, intestin, foie, pancréas, rein, rate, utérus, ovaire, vésicule biliaire, dans les processus inflammatoires, typhlite, para-péritonite, péritonite, abcès sous-phréniques, etc., dans les cas d'anévrysme de l'aorte descendante et de déplacement d'organes.

—La France Médicale.

### FORMULAIRE

Pilules contre le cystite chronique.—(M. L. JAYS).

Bleu de méthylène..... 0 gr. 08 centigr.  
Talc de Venise pulvérisé..... 0 — 12 —  
Lanoline..... Q. S.

Mélez. Pour une pilule. Faites vingt pilules semblables.—A prendre : deux à quatre pilules par jour.

S'éliminant par l'urine qu'il colore en bleu verdâtre et étant doué d'une action à la fois analgésique et antiseptique, le bleu de méthylène remplirait les deux indications capitales du traitement de la cystite, qui sont : combattre la douleur et réaliser, dans la mesure du possible, l'antiseptie des voies urinaires.

**Formules pour le traitement de la néphrite.** — (M. S. PULVIRENTI.)

Ergotine..... 5 grammes à 7 gr. 50 centigr.  
 Acide gallique.... 8 —  
 Extrait et poudre de ratanhia ..... Q. S.

Mêlez et divisez en vingt pilules. — A prendre : quatre pilules par jour.

Dans les cas où la forme pilulaire ne convient pas, on fera usage d'une mixture ainsi composée :

Ergotine..... 2 à 3 grammes.  
 Acide gallique..... 4 grammes.  
 Mucilage de gomme arabique 200 —  
 Saccharine..... 0 gr, 05 centigr.

F. S. A. — A prendre : une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Enfin, si l'existence de troubles gastro-intestinaux contre-indique l'usage interne des médicaments, on aura recours aux injections hypodermiques d'ergotine à la dose de 0 gr. 50 centigr. à 1 gramme par jour.

D'après M. le docteur S. Pulvirenti, assistant de l'hôpital des incurables, à Naples, l'ergotine aurait pour effet, chez les néphrétiques, de provoquer en quelques jours une diminution considérable de l'albuminurie, parfois même sa disparition complète, fait qui s'accompagne généralement de l'atténuation de tous les phénomènes morbides. Lorsqu'il s'agit de néphrite aiguë, la médication par l'ergotine, pourvu qu'elle soit instituée dès le début, serait capable d'amener une guérison rapide. Dans la néphrite chronique, on réussirait à ralentir sensiblement l'évolution de la maladie.

L'ergotine doit être donnée aux doses sus-indiquées pendant cinq à dix jours de suite. Au bout de ce laps de temps on commence à diminuer les doses de façon à ne pas cesser trop brusquement l'usage du médicament.

Il faut s'abstenir de l'usage de l'ergotine dans tous les cas de néphrite où il existe de l'anurie ou le moindre symptôme d'intoxication urémique. Le rein atrophique des artérioscléreux et la néphrite gravitique constituent aussi, comme il est aisé de le comprendre, des contre-indications formelles à l'emploi de ce médicament.

*La Semaine Médicale.*

**Formules pour le traitement du zona.** — (M. A. OHMANN-DUMESNIL.)

Acide arsénieux..... 0 gr. 003 milligr.  
 Poivre noir pulvérisé..... 0 — 15 centigr.  
 Extrait de gentiane..... Q. S.

Mêlez. Pour une pilule. Faites trente pilules semblables. — A prendre : trois pilules par jour, après les repas.

En outre, les parties atteintes seront recouvertes, deux fois par jour, d'une couche d'ouate aseptique saupoudrée du mélange dont voici la formule :

Camphre pulvérisé..... 8 grammes.  
 Sous-nitrate de bismuth..... 16 —  
 Craie préparée..... 30 —

Mêlez. — Usage externe.

On admet généralement que le zona n'exige qu'un traitement symptomatique, attendu qu'il guérit spontanément, en l'espace de trois à quatre semaines. Mais il n'en est pas toujours ainsi, d'après M. le docteur Ohmann-Dumesnil, professeur de dermatologie et de syphiligraphie au Marion Sims College de Saint-Louis ; ce confrère en effet, a vu des éruptions de zona s'éterniser pour ainsi dire. Or, le traitement ardent aurait précisément pour effet d'abrèger d'une manière considérable cette longue durée de l'affection.

**Poudre composée contre l'hyperchlorhydrie gastrique.** — (M. ALT.)

Codéine..... 0 gr. 75 centigr.  
 Bicarbonate de soude..... 50 grammes.

Mêlez. — A prendre : trois à cinq fois par jour, une demi cuillerée, à café de cette poudre dans un peu d'eau, une demi-heure après avoir mangé.

**Traitement du prurit anal.** — (L. BROCC).

Lavages fréquents avec de l'eau de camomille boriquée ou additionnée de coaltar saponiné. Puis le malade applique d'abord une pommade calmante avec de la vaseline et de l'oxyde de zinc, et poudre ensuite en grande abondance, avec la poudre suivante :

Camphre pulvérisé..... 2 grammes.  
 Oxyde de zinc..... 30 —  
 Sous-nitrate de bismuth..... 30 —  
 Talc..... 40 —

La poudre est maintenue autant que possible avec du coton hydrophile.

Quand les parties sont moins irritées, il faut faire tous les deux jours des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent au 25e. On peut encore ajouter à ces moyens, le soir, l'application d'un suppositoire de beurre de cacao, additionné de cocaïne et d'extrait de belladone.

**Potion contre la toux des phthisiques.** — (M. ROLLAND.)

Bromoforme..... XXX gouttes.  
 Alcool..... 10 grammes.  
 Sirop d'ipécacuanha composé..... }  
 Sirop thébaïque..... } àâ 100 —  
 Sirop de laurier-cerise..... }

Mêlez dans l'ordre ci-dessus indiqué pour obtenir un liquide clair. — A prendre : trois ou quatre cuillerées à bouche par jour, entre les repas.

**Limiment contre le goitre parenchymateux.** — (M. POLLAK.)

Aristol..... 0 gr. 50 centigr. à 3 gr.  
 Éther sulfurique..... 5 grammes.  
 Solution alcoolique de savon mou de potasse.. 30 —

Mêlez. — Usage externe.

Au moment du coucher on pratique avec ce limiment des onctions sur la peau du goitre, et le lendemain matin on enlève par le lavage les restes du liquide médicamenteux.

**A TRAVERS LES TRAVAUX DES SECTIONS**

Le cadre restreint de la *Revue Médicale* ne nous permet pas de donner un compte rendu détaillé des importants travaux faits dans les différentes sections du dernier congrès médical (1) qui vient de terminer ses séances à Montréal. Nous nous contenterons de donner, à titre de renseignements, un pâle résumé de quelques-uns des travaux qui, pendant quelques jours, ont concentré l'attention du monde médical américain tout entier.

**MÉDECINE**

M. le Dr Stephen MacKenzie, de Londres, président de la section de la Médecine, a ouvert la séance en lisant un travail intéressant sur "Les influences qui ont fait progresser la médecine pendant les deux siècles et demi derniers". Parmi ces influences, citons avec le distingué conférencier : les perfectionnements apportés au microscope, qui nous ont permis d'étudier plus intimement les divers tissus du corps humain, et qui ont créé une science nouvelle : la *Bactériologie* ; citons encore le thermomètre clinique, l'électricité, l'ophthalmoscope, le laryngoscope, le sphygmographe, le cordiagraphe, l'arteriomètre et le sphygmomètre ; puis la découverte de l'auscultation par Laënnec en 1816 qui donna un nouvel élan à l'étude de la médecine exacte, à tel point que le diagnostic des maladies de la poitrine a atteint un degré de précision qui n'a pas encore été surpassé dans les autres branches de la médecine ; encore, la découverte de la vaccination par Jenner, et enfin les progrès immenses, accomplis dans l'anatomie, la physiologie, la chimie, la physique, l'anatomie pathologique, la pathologie etc, nous ont

(1) B. M. A. Montréal 1897.

permis d'être plus précis, plus exacts dans nos observations et nos recherches sur les maladies.

M. le Dr James Stewart de Montréal, ouvre la discussion sur "L'arthrite déformante spécialement dans ses rapports avec le rhumatisme, les maladies nerveuses et la tuberculose". S'appuyant sur une statistique de 40 cas qu'il a rencontrés dans sa pratique, le conférencier conclut en disant : Que l'arthrite déformante est une maladie propre aux sujets rhumatisants qui ont souffert d'attaques subaiguës de rhumatisme, (la présence d'une maladie contagieuse quelle qu'elle soit, contribuant à augmenter cette prédisposition, de même aussi que les conditions déprimantes) ; qu'il n'y a aucune ligne de division bien tranchée entre certains cas de rhumatisme chronique et les débuts de l'arthrite rhumatisale ; qu'il n'y a aucune raison suffisante pour faire remonter, comme on le fait générale, l'arthrite déformante à une maladie nerveuse ; qu'il n'y a aucune relation entre la tuberculose et l'arthrite déformante ; enfin, que les formes polyarticulaires de l'arthrite déformante sont cliniquement caractéristiques d'une maladie infectieuse. Le traitement générale fut non satisfaisant ; cependant, il retira de grands avantages de bains d'air chaud surchauffé. La discussion engagée sur le sujet fut des plus pratiques. Le Dr Smith, de Bristol, ne croit pas aux rapports entre l'arthrite déformante et le rhumatisme. Il est enclin à considérer la maladie comme étant essentiellement polyarthritique. Le Dr Lindroy, de Belfort, croit purement accidentels les rapports qui semblent exister entre l'arthrite déformante et la tuberculose. Les symptômes nerveux de l'arthrite déformante, spécialement l'atrophie des muscles, le frappent, et il serait enclin à les attribuer aux névrites périphériques probablement causées par une influence toxique. Il croit d'un autre côté à un rapport entre l'arthrite déformante et le rhumatisme chronique articulaire. Pour le Dr Osler de Baltimore, les symptômes d'arthrite déformante ont attiré son attention. Quelques cas de cette maladie, sous son observation, ont simulé la sclérose latérale amyotrophique. Le professeur Jacobi, de New-York, pense que le sujet n'est pas encore tout à fait éclairci et que nous ne connaissons rien des conditions rhumatismales, si ce n'est le rhumatisme aigu. Il penche pour l'opinion du Dr Osler et croit que l'arsenic est le meilleur médicament dans ces cas ; il regrette qu'aucune tentative n'ait été faite pour définir plus clairement l'arthrite déformante. Après avoir cité l'opinion de feu le Dr Sutton, qui considérait l'arthrite déformante comme une maladie de débilité, la discussion sur ce sujet fut close ; le reste de la séance fut consacrée à la lecture d'un travail du Dr Tyson de Philadelphie : "Notes sur le terme propre de désignation des changements du myocarde" ; un travail du Dr Fussell de Philadelphie : "Deux cas d'hémophilie" ; un travail du Dr McCannel : "Pyopericardite à la suite de pleuro-pneumonie, pericardiotomie, guérison" ; puis la séance fut ajournée.

Le Dr R. Saundby, de Birmingham, a ouvert le débat sur le traitement diététique du diabète. Nous extrayons les notes suivantes de ce remarquable travail :

La diète diabétique ordinaire, avec les restrictions inflexibles qu'elle comporte, ne peut-être faite, que si le médecin fait sentir son autorité et si le malade y met de la bonne volonté. Le diabète insipide rentre dans un groupe de maladie dont la désignation et la classification exacte fait encore le sujet de discussion.

La glycosurie est un phénomène anormal, mais elle ne se produit que quand les hydrates de carbone ingérés excèdent la proportion que l'économie peut s'assimiler ; cette proportion varie pour différents individus et peut-être chez le même individu dans le même temps ; les sujets enclins à devenir facilement glycosuriques à la suite de légers excès, sont ceux chez qui on voit apparaître le plus souvent les formes les plus douces de diabète. Dans les cas graves de diabète, la glycosurie existe, même dans la diète carnée, ce qui s'explique par la formation d'une molécule d'hydrate de carbone lorsque l'albumine est convertie en urée. Il suit de là que dans les cas graves de diabète, il n'existe aucune raison physiologique pour continuer une diète sévère dans l'espérance

pourtant de faire disparaître la glycosurie. La justification de notre traitement doit s'appuyer sur les résultats cliniques, et l'on aurait tort de se laisser entraîner trop loin par nos préjugés en faveur d'une doctrine pathologique encore contestée.

Au lieu de suivre une routine aveugle on devrait donner à chaque cas autant d'hydrates de carbone que, d'après nos connaissances, il peut s'assimiler. De tous les hydrates de carbone, il est préférable de donner : lait  $\frac{1}{2}$  chopine, patates bouillies 6 oz, levulose  $1\frac{1}{2}$  oz, et dans les cas non graves,  $4\frac{1}{2}$  oz pain roti sec. Le corps gras devrait, si possible, former la substance d'un repas ; mais les diabétiques semblent absorber très mal les corps gras. S'il n'y a pas d'albuminurie, on peut permettre l'alcool à raison de 4 oz par jour, bien diluée dans de l'eau minérale ou, dans des cas légers, dans une petite bouteille de vin de Moselle ou de Bordeaux ou même dans une pinte de bière légère. Il est très important de ne prescrire que des quantités définies et de se rendre compte de l'effet de la diète par l'examen du poids du sujet chaque semaine, l'analyse de l'urine, la quantité de sucre qu'elle contient ; de ces trois règles la première est la plus importante.

Le Dr Shingleton Smith (de Bristol) croit qu'il est important de bien distinguer les variétés de diabète. Dans la diabète du jeune âge, il hésiterait à laisser trop de liberté. Il a observé, pendant quinze ans, un cas dans lequel le plus petit changement à la diète ordinaire était invariablement suivi de la réapparition du sucre dans les urines.

Le Dr Ebenezer Duncan (Glasgow) pense que les sujets devraient être soumis à une diète diabétique sévère jusqu'à ce que les résultats de cette méthode fussent apparents, et que plus de latitude ne devrait être accordée, que si la débilité apparaît.

Le Dr Tyson (Philadelphie) concourt dans les vues du précédent ; en autant que le sucre est de  $2\frac{0}{100}$ , il plaide en faveur de beaucoup de liberté. La diète carnée simple accroît dans le sang l'acide di-acétique. Son système consiste à surveiller attentivement les urines et à donner autant de liberté que les conditions du sujet le permettent.

Le professeur Jacobi (New-York) croit que la diète se règle surtout sur l'âge du patient. Plus ce patient serait jeune, moins il insisterait sur les hydrates de carbone. Son expérience est que le patient ne se porte pas plus mal quand on lui permet le lait.

Le Dr Duncan de Glasgow, lit un travail sur le traitement de la diabète par le nitrate d'Uranium. Il donne des détails sur cinq cas qu'il a ainsi traités à l'hôpital Victoria de Glasgow. Il a prescrit des doses, de 5 à 15 grains de nitrate d'Uranium, en ordonnant une diète légère. Dans trois de ces cas un changement très notable apparut dans la diminution des urines, l'excrétion moindre du sucre et l'accroissement du poids et de la vigueur. Dans deux cas bien caractérisés, le sucre disparut entièrement et la quantité d'urine devint normale. D'un autre côté les Drs Tyson et Saundby n'attribuent pas autant de vertu au nitrate d'Uranium, qu'ils croient sans action spécifique sur la diabète.

## CHIRURGIE

M. le président Christopher Health, F. R. C. S., de Londres, après avoir remercié les membres de l'honneur qu'on lui a conféré de présider cette section attire l'attention sur les principaux sujets à discuter (1) Appendice et son traitement chirurgical (2) Le traitement du cancer du rectum avec ses indications spéciales d'opération.

M. le Dr. E. Armstrong, de Montréal, présente ensuite un travail sur l'appendicite et son traitement. Il appuie ses remarques sur une statistique de 517 cas réunis à l'Hôpital-Général, à l'hôpital Victoria, et au Western Hospital. La présence de cette maladie, dit-il, a tendance à augmenter durant les trois décades de la vie, à diminuer après 30 ans. Quant au sexe, il y avait deux hommes pour une femme atteints de cette maladie. Il produit un certain nombre de pièces préparées par le Dr Wyatt Johnston. Plusieurs cas provenant d'érosions et d'ulcères facéolides ayant déterminé une chute de l'épithélium et ayant ainsi ouvert la porte à une invasion bactérienne. Comme résultat de l'ul.

cération et de la guérison, il se produit un rétrécissement. Fèces, pus, etc., peuvent être renfermés dans ce rétrécissement et occasionner ensuite une perforation de l'intestin. L'oblitération du canal peut survenir si la contraction commence à une certaine distance de l'appendice.

Cinquante-neuf sur les 389 cas rapportés contiennent des matières fécales. Comme traitement, l'opération a été fortement recommandée comme le seul moyen certain d'obtenir un bon résultat. De 1858 à 1890, à l'Hôpital-Général de Montréal, il y a eu 155 cas de péritonite et de pérityphlite, sur lesquels 37 ont été résolus par la mort, donnant une moyenne de 23.8 par cent de mortalité. Depuis 1890, 517 cas ont été admis dans les trois hôpitaux de la métropole, avec une moyenne de 12.8 pour cent de mortalité, soit une diminution d'environ 50 pour cent. Les résultats deviennent de plus en plus encourageants. Depuis 1890, 84 cas opérés n'ont pas donné un seul décès. La cause du décès est généralement due à la formation d'abcès et à leurs conséquences. En opérant sur des sujets où il y a formation d'abcès, l'auteur conseille l'enlèvement complet de la paroi du sac, ce qu'on peut faire sans infecter la cavité péritonéale. Ainsi ces abcès secondaires ne devraient pas être négligés, afin d'obvier à l'infection du foie par la veine Porte. Quinze cas de fistule fécale sont survenus à la suite d'opération; quatre se sont terminés par la mort, huit ont guéri spontanément, un après l'opération, et deux n'ont pas été rapportés. L'auteur mentionne 29 cas, dont un décès, qui ont été traités à l'Hôpital-Général depuis le 1er octobre 1896. Il conseille le drainage par de larges tubes en caoutchouc, dont l'un dans chaque poas, et un autre conduisant dans le bassin.

Le Dr Ward Cousins, Southsea, accepte les conclusions du Dr. Armstrong. L'appendicite requiert beaucoup d'attentions et de soins. La statistique ne peut aider en rien le diagnostic de la guérison, certains cas ne demandent que la diète et le repos. La grande question est de savoir s'il y a lieu et quel est le temps de faire l'opération.

Le professeur Ball (Dublin) divise l'appendicite en quatre classes : 1° Celles qui se développent soudainement avec la péritonite. 2° Celles où il y a formation d'abcès. 3° Celles où les attaques se répètent et rendent la vie de l'homme misérable. 4° Celles où les symptômes laissent du doute sur l'étendue et la gravité de la maladie. Dans la première, deux opérations sont obligatoires. Dans la troisième, l'opération doit avoir lieu dans l'intervalle des attaques. Dans la quatrième, il a du doute à savoir quand l'opération doit être faite.

M. Jordan Lloyd (Birmingham) pense que la maladie de l'appendicite signifie un mal confiné dans l'appendice, que la situation des abcès dépend entièrement de l'endroit où pond l'appendice.

Sir Wm Hingston (Montréal) a employé un mode de traitement non opératoire de l'appendicite. Il pourrait citer 27 cas où il a refusé d'employer l'opération et où les patients ont subséquemment guéri. Il croit que dans le traitement de cette maladie le médecin et le chirurgien doivent marcher la main dans la main.

Dr Vander Veer (Albany) concourt avec M. Lloyd quant à l'endroit des abcès appendiculaires, et recommande une opération hâtive.

Dr Alex. Hugh Ferguson (Chicago) a traité l'appendicite comme une affection purement chirurgicale. Il ne croit pas que l'opération doive avoir lieu pendant la virulence de l'inflammation, mais bien soit avant, soit après, et ce, sur l'observation faite en opérant des cas d'appendicite clairement définis. Il a fait usage d'injections salines intraveineuses dans les cas d'infection chronique.

Dr Gordon (Portland) recommande fortement le traitement médical de l'appendicite dès le début de la maladie. Il donne de fortes doses de solution saline. Ce traitement a pour effet d'enrayer le mal en peu de temps.

Le président dit que les vues du Dr Gordon sont aussi les siennes. Il a fréquemment fait cesser le mal par l'application de la belladone au-dessus de l'appendice. Le patient doit être tenu à la diète et au lit, comme s'il s'agissait de fièvre typhoïde.

Le Dr Armstrong croit que ce moyen n'a de valeur que dans les premières phases de la maladie. Il n'a jamais eu de succès en drainant au moyen de gaze derrière laquelle il a souvent trouvé du pus. La gaze ne doit drainer que le sérum.

Dr S. E. Garrow (Montréal) lit un travail sur un cas de hernie ombilicale et ventrale sur le même sujet. Il mentionne la rareté du fait, et qu'il n'y a eu qu'un cas semblable rapporté depuis douze ans. Chez le sujet qu'il a observé, le contenu de la hernie sus-ombilicale renfermait le gros et le petit intestins, cœcum et son appendice et l'omentum qui était adhérent et réduit avec difficulté. La hernie ombilicale était petite, en forme de saucisses, non adhérente, facilement réductible.

Dr Alexis Thompson traite ensuite du rétrécissement de l'intestin, conséquence de la hernie étranglée. Le sujet avait 29 ans, une bride de l'intestin était devenue étranglée, déterminant une péritonite locale, l'étranglement se trouvant à l'anneau interne. Le patient se porta bien pendant trois semaines, quand apparurent les symptômes de l'obstruction intestinale. On crut nécessaire d'ouvrir un anus artificiel dans la partie supérieure de l'intestin jusqu'à ce que la partie supérieure fut d'égale dimension à la partie inférieure, alors les bouts furent réunis au moyen du bouton de Murphy.

Le Dr Jos. Bell de Montréal et le Dr C. B. Bell de Dublin soulèvent une discussion sur le traitement opératoire du cancer du sectum. Le Dr Bell dit que ce sujet n'a reçu qu'une attention bien médiocre jusqu'en 1895, lorsqu'il fit connaître les résultats de ses recherches. Au début, l'enlèvement de toute la masse cancéreuse avec ses ganglions, présente une aussi bonne chance de guérison que des opérations faites sur le sein.

L'opération était inutile quand la maladie avait gagné toute la structure du bassin. Le diagnostic n'était fait qu'après l'apparition d'ulcères et d'hémorrhagie. Il peut se faire que même dans des cas avancés on ne sente point de tumeur. Un examen au toucher du rectum fait au début pourrait éviter tel délai. L'auteur divise les cas de cancer en trois classes (1o.) quand la maladie est limitée à l'intestin et que toute la masse cancéreuse peut être facilement enlevée; (2o.) quand il y a invasion par la maladie des ganglions du Sacrum et que l'opération est d'une valeur douteuse; ici, même en cas de récurrence après l'opération, la vie du malade peut être prolongée et son poids augmenté et quelquefois considérablement; 3° quand la maladie a pris beaucoup d'étendue dans les parties molles du bassin et que des métastases se sont formées. Dans ce cas l'opération ne doit pas être faite, mais seulement comme mesure palliative. Dr Bell est fortement favorable à l'opération ostéoplastique, conseillée par Kraske avec remplacement des os. En certains cas il croit bon d'enlever la partie gauche inférieure du sacrum.

La colotomie préliminaire en beaucoup de cas est nécessaire.

Dr Ball (Dublin) plaide en faveur de l'enlèvement de la portion triangulaire du sacrum, au lieu et place de l'opération ostéo-plastique, méthode obviante à tout danger d'infection. Il n'a jamais eu de cas où il fut difficile d'atteindre souvent des parties envahies par le cancer. Au lieu de la colotomie préliminaire, il conseille une bonne purgation de plusieurs jours avant l'opération accompagnée de copieuses injections, de l'administration d'un opiacé la veille au soir et un lavement des intestins immédiatement avant l'opération.

Dr W. W. Kerr de Philadelphie, discute avec connaissance le sujet des deux travaux.

Dr John Ashurst, de Philadelphie, n'est pas bien enthousiaste de ces deux opérations, mais à la fin il a modifié ses idées. Il recommande la colotomie préliminaire, et la résection d'une portion du sacrum.

Le Président lit ensuite une communication du Dr Kraske sur le sujet.

W. B. Roth, de Londres, lit ensuite son travail sur " mille cas de déviation latérale traités par la compression et l'exercice. Il plaide en faveur d'un exercice musculaire et scientifiquement fait. Il a changé

les attitudes dès le premier jour du traitement, qui s'est continué pendant plus de trois mois pendant lesquels un patient lui fit 72 visites. Beaucoup de patients en retirèrent un grand bien, et beaucoup d'autres furent guéris.

Il n'a pas fait d'essai sur les sujets qui avaient des difformités osseuses. Le symptôme dans la moitié de ces cas se manifestait par de la douleur qui en beaucoup d'autres devenait intolérable.

Dr Tait Mackenzie, de Montréal, fait voir et explique l'usage d'un instrument servant à prendre la mesure exacte de la déviation latérale.

Dr Peters, de Toronto, lit ensuite un travail sur " Blessures par arme à feu de la moëlle épinière " et montre des photographies illustrant le cas. Le point capital et intéressant était la perte des reflexes tendineux profonds et le retour des reflexes superficielles après le troisième jour avec exagération subséquente.

Dr Ward Cousins de Southsea, lit un travail sur " Le traitement opératoire du retrécissement organique du l'urèthre ". Il rejette l'emploi de l'opération douloureuse de l'ouverture violente et plaide fortement en faveur de la dilatation graduelle. Il fait voir des instruments qu'il a inventés pour cette opération.

Dr Spanton de Hanlay, lit son travail sur " Deux cas de mënin-gocèle opérés avec succès ; aucun symptôme de retours n'est survenu depuis l'opération, et les deux sujets se portent bien.

Dr Curtis, de New-York, traite ensuite " D'un cas de bilharzia hæmatobia. Quoique le diagnostic fut erroné, l'opération a parfaitement réussi et amené la cessation de l'hématurie.

#### HYGIENE

Le président (Dr E. P. Lachapelle de Montréal) ouvre la séance par un discours sur les progrès de l'hygiène au Canada. Il commence par mentionner les mesures hygiéniques du règne français, dont l'une contenue dans l'ordonnance de Louis XIV sur l'établissement des registres de l'Etat civil, qui est encore en force dans la province de Québec. Les lois concernant les aliments sont devenues en force à Québec quelques années plus tard, lois pourvoyant à ce que les colons furent fournis de bonnes viandes. Passant ensuite à l'hygiène sous le régime anglais, il trouve que pendant plusieurs années rien n'a été fait au point de vue de l'hygiène, que ce n'est qu'en 1795 que fut établie la Quarantaine dans le but de prévenir dans la colonie l'introduction du typhus, qui sévissait alors en Irlande.

Des vaccinateurs furent nommés par le gouvernement en 1815 et 1821, mais la vaccination ne fut pas obligatoire.

En 1822 vint l'apparition du choléra qui donna lieu à quelques mesures hygiéniques, mais ce ne fut qu'en 1849, lors de la seconde apparition de ce fléau, qu'une loi fut passée pour n'être mise en pratique qu'en 1855, lors d'une épidémie de variole. A la Confédération, 1867, la législation sur l'hygiène publique devient plus pratique, et le Dr Lachapelle passe en revue les différentes lois qui alors et depuis ont statué sur la santé publique, et fait voir que l'hygiène au Canada a fait de rapides progrès depuis la formation en 1880 d'un Bureau de santé Provincial.

Plusieurs travaux furent ensuite lus sur les mesures préservatives de la rougeole, la tuberculose, la lèpre.

Le travail du Dr P. H. Bryce (Ontario) est long et traite de la rougeole, de la fièvre scarlatine, de la coqueluche et de la tuberculose. Après en avoir fini avec les statistiques, il recommande la fermeture des écoles, lorsque la fièvre scarlatine et la rougeole sévissent à l'état épidémique. Des avis publics doivent être placardés, et l'isolement pratiqué. Il est favorable aux mesures obligatoires et à l'envoi à l'hôpital le plus tôt possible des cas de rougeole et de fièvre scarlatine.

Il parle ensuite de la lèpre comme ayant causé 16 décès aux Etats-Unis. Au Canada elle n'a pas, semble-t-il, d'indices graves. Il connaît l'asile des lépreux à Tracadie et est d'avis, que, si la lèpre est contagieuse, les lépreux doivent être isolés en colonie. Quant aux tuberculeux, le danger vient du bacille qui peut vivre pendant un an. Les mai-

sons qui ont été occupés par des tuberculeux doivent être désinfectés, vu que la tuberculose est très contagieuse. Les crachats doivent aussi être désinfectés.

Le Dr Probst (Ohio) recommande la promptre reconnaissance de toute maladie chez les matelots de la marine Américaine, et leur envoi à des hôpitaux spéciaux.

Quant à la tuberculose, il insiste sur le fait que les animaux en sont susceptibles et qu'ils peuvent la transmettre dans le lait ainsi qu'aux autres animaux, s'ils ne sont isolés. La mauvaise ventilation des étables est pour beaucoup dans la cause des maladies des animaux.

Dr Handford, de Nottingham, au commencement de ses remarques, dit qu'en Angleterre le besoin en ces matières n'est pas d'une législation, mais d'un ministre de la santé publique. Il y a beaucoup de progrès à faire sous le rapport de l'hygiène et de la santé publique. Là les mesures obligatoires ont complètement manqué leur but. Ce qu'il faut faire d'abord, c'est d'instruire le peuple et gagner sa confiance ; on enseigne la santé, comme on instruit le pauvre. A Nottingham aucun cas de fièvre scarlatine n'a été envoyé à l'hôpital sur l'ordre d'un magistrat ; comme un résultat des dix dernières années, 90 pour cent des cas de fièvre scarlatine ont été volontairement envoyés aux hôpitaux de son district.

Dr Oldright, de Toronto, parle dans le même sens. Des mesures sont nécessaires pour l'éducation du peuple ; et il compte beaucoup sur l'éducation et la persuasion. En Angleterre, la rougeole est beaucoup plus grave qu'au Canada, mais la coqueluche l'est moins que chez nous. Les enfants affectés de cette maladie voyagent sur les tramways et les bateaux à vapeur, sans que les parents y fassent beaucoup attention.

Rien sous le rapport de la prophylaxie de la tuberculose n'a encore été dit ; les chambres occupées par les tuberculeux, qui infectent les chars dortoirs, ne sont pas désinfectées, de là une grande source de danger.

Dr Wolfred Nelson (New-York) parle brièvement de son expérience de la lèpre à l'Isthme de Panama. Généralement il ne la trouve pas contagieuse, et en cela il s'appuie sur les délibérations du congrès médical de Washington de 1893, où étaient présents feu le Dr Beaven Bake et le Dr Leceage, de Mexico, et plusieurs autres tout à fait familiers avec cette maladie.

Dr Carr, d'Angleterre, Sir James Grant d'Ottawa, disent ensuite quelques mots des avantages de la ventilation et du bon drainage dans le cas de fièvre scarlatine et de phtisie.

Le Dr Montizambert, de la Grosse-Ile, Québec, ouvre avec distinction la discussion sur la Quarantaine, telle qu'elle existe maintenant en certains pays. Il soutient que la considération de se prémunir contre les maladies infectieuses doit être une raison capitale pour refuser l'admission dans un pays d'un navire soupçonné.—La longueur d'incubation, la rapidité du voyage, la contagion par les vêtements, sont des facteurs qui parfois rendent possible à une maladie inconnue d'entrer dans un pays : il ne faut pas attendre l'impossible de la Quarantaine.

Mais le système actuel, dirigé contre les maladies infectieuses et les vaisseaux infectés, doit largement protéger un pays de l'invasion de ces maladies.

Les lois du Canada sur la Quarantaine exigent : 1° une inspection immédiate du vaisseau entrant dans le port, et une prompte désinfection et l'isolement des passagers descendus à terre ; 2° la non-retention des gens en santé après le temps expiré de l'incubation. Le Canada a accepté les conclusions de la convention sanitaire de Dresde. Quelques différences existent entre l'Angleterre et le Canada au sujet de la Quarantaine.

Le chirurgien en chef, W. Wiman, lit à son tour un travail sur le système de la Quarantaine des Etats-Unis qui se trouve en parfait accord avec celui du Canada. Puis suit une longue discussion sur ce sujet.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## De la vaccination obligatoire

par M. le Dr ARTHUR SIMARD, Professeur d'Hygiène à l'Université Laval à Québec

(Suite)

Aussi les hygiénistes lui ont-elle fait porter la responsabilité du mouvement épidémique qui s'est de plus en plus accentué en Angleterre de 1891 à 1894. Ces vaccinophobes se sont insurgés, indignés: indignation toute britannique contre l'obligation vaccinale, et en criant sur les toits qu'ils ne sauraient assez flétrir " la plus odieuse tyrannie médicale qui ait jamais déshonoré une nation ", ils ont paralysé la parfaite exécution de la " vaccination extension act ".

En France la vaccination est obligatoire dans l'armée, c'est vrai, ainsi que la revaccination, mais pour les écoles ce n'est pas général.

Dans le rapport de M. Proust, on voit qu'en 1809, Fontanes disait: " Tout élève doit être vacciné avant d'être admis dans le pensionnat ".

En 1834 Guizot, dans le statut sur les écoles primaires, élémentaires, communales, disait: " Nul élève ne sera admis s'il ne justifie qu'il a eu la petite vérole ou qu'il a été vacciné ". " Avons nous pour cela, dit M. Brouardel, la vaccination obligatoire dans les écoles ? "

De plus, la loi de 1886 exige le certificat de vaccine pour l'admission des enfants dans les écoles; la circulaire ministérielle du 25 mars 1890, prescrit bien aussi dans les établissements scolaires la revaccination de tous les enfants au-dessus de 10 ans, mais il y avait tant d'infractions à ces prescriptions réglementaires, tant de catégories de la société qui échappaient à cette obligation, que l'Académie de Médecine en 1891 demandait, par son rapporteur M. Richard, la vaccination obligatoire, contestée par un seul, mais ardent adversaire, Léon Lefort.

Si cette loi d'obligation n'est pas encore dans les statuts français, c'est parce que la chute des ministères, les embarras parlementaires, en ont jusqu'aujourd'hui retardé la passation; et dans un avenir rapproché, la France, elle aussi, pourra par cette loi d'obligation, faire disparaître une mortalité annuelle de 10,000 personnes et empêcher 100,000 autres d'être malades (Brouardel).

En définitive quelle objection peut-on faire à une mesure aussi rationnelle, aussi universellement reconnue comme bienfaisante ?

Est-ce le danger de l'inoculation du virus ? Mais même les adversaires les plus acharnés de la revaccination obligatoire en admettent l'innocuité parfaite à la condition, bien entendu, que le vaccin employé soit du vaccin animal, préparé en pulpe glycérine, et l'opération conduite avec les précautions antiseptiques usuelles.

Je sais bien que des médecins ont rapporté de temps en temps des accidents, mais ce sont de ces médecins qui parlent plus d'antisepsie qu'ils ne la pratiquent réellement, et il n'est pas surprenant qu'entre leurs mains les interventions les plus inoffensives puissent devenir dangereuses. Mais on avouera que ce n'est pas une raison, parce que certains médecins ont pu avoir des accidents sérieux imputables à une méthode surannée, que l'on doit en tenir rigueur à la vaccination, absolument inoffensive en elle-même.

Personne aujourd'hui, si ce n'est " la ligue des antivaccinateurs ", réunion d'excentriques et d'utopistes, ne songe à accuser la vaccination d'un méfait quelconque et les adversaires de la vaccination obligatoire se sont retranchés derrière des arguments beaucoup plus spécieux.

La vaccination facultative, disent ils, est suffisante si on veut bien lui adjoindre l'isolement de rigueur. Au moyen d'un isolement bien entendu des malades, on peut empêcher la propagation et arriver à éteindre sur place une épidémie commençante.

Loin de moi la pensée de nier les avantages de l'isolement, c'est un moyen de prophylaxie qui a fait ses preuves.

Mais je me demande si la séquestration des malades est suffisante

en réalité et capable de suppléer au défaut d'immunité de la population,

Si on veut bien lire le travail consciencieux et si lumineux de messieurs Fauvel et Vallin, présenté au Congrès International d'hygiène, on s'aperçoit bientôt que l'isolement a promis plus qu'il n'a tenu.

A Paris, dès la formation d'hôpitaux d'isolement pour la variole, on a pu se convaincre qu'il se produisait dans le périmètre entourant ces hôpitaux, un grand nombre de cas de variole. Ceci a été manifeste pour l'hôpital Laënnec en particulier.

En 1887 Créigny (De l'épidémie de variole qui a atteint les ouvriers de l'usine à gaz d'Aubervilliers), a produit des observations qui prouvent sans l'ombre d'un doute possible, que l'hôpital des varioleux d'Aubervilliers agissait comme foyer d'infection et contaminait les ouvriers qui travaillaient dans le voisinage.

L'Angleterre nous a fourni des observations très démonstratives. Les Asylum's Hospital, les Smallpox Hospital's, ont été accusés de propager la variole dans les quartiers environnants, et le fait est devenu si criant, qu'une commission royale a été nommée pour s'enquérir de la gravité des faits allégués.

" Il nous paraît clairement établi, disent les rapporteurs, par l'expérience des cinq hôpitaux de variole, pendant ces 6 dernières années, que dans leur état actuel, les Asylum's Hospital sont une cause d'augmentation de la variole dans leur voisinage; cependant la commission fait observer que la communication directe par les personnes peut avoir joué dans cette propagation un rôle plus important que l'air lui-même."

Je pourrais encore citer les travaux de Hil, Tripps et Powers, basés sur des constatations faites au Fulham Hospital; mais il me semble que cela est suffisant pour établir que l'isolement des variolés dans des hôpitaux spéciaux crée un danger de propagation de la maladie dans le périmètre environnant ces hôpitaux.

D'ailleurs M. Colin a fixé à 100 mètres la distance où l'air est généralement contaminé.

Cela veut-il dire que l'isolement ne vaille rien? Pas du tout. L'isolement, uni à la désinfection, aide puissamment à l'extinction de la variole, à la condition que le personnel de l'hôpital soit d'une prudence excessive dans ses communications à l'extérieur et ne fasse jamais une faute d'antisepsie.

L'isolement absolument bien fait serait certes un moyen de premier ordre pour lutter contre la variole; mais il est impossible de lui demander une telle perfection d'exécution.

Si par exemple l'entourage de l'hôpital était constitué de personnes revaccinées, réfractaires à toute épidémie variolique, on ne verrait pas si fréquemment la variole rayonner autour de l'hôpital. C'est pourquoi nous voulons isoler les malades, mais nous désirons aussi que les individus soient revaccinés afin de ne pas être contaminés par les promiscuités conscientes ou inconscientes avec le personnel des hôpitaux d'isolement, avec les parents des malades, les brancardiers etc.

On peut dire la même chose de la désinfection publique. Jamais elle n'aura la prétention de remplacer la vaccination, car son exécution, toute facile qu'elle paraît être, est loin d'être faite sérieusement en maintes circonstances, et cela explique le fait que souvent une maison désinfectée peut contaminer encore après une désinfection municipale.

Faisons de la désinfection, de l'isolement, je le veux bien, c'est nécessaire; mais qu'on ne vienne jamais prétendre que ces deux moyens peuvent remplacer l'immunité donnée par la vaccination et la revaccination.

Mais le grand argument, celui que les adversaires de la vaccination ont toujours préconisé à grand orchestre, c'est que le principe d'obligation est attentatoire à la liberté individuelle.

On viole la liberté du père de famille, disait Léon Lefort, et les adhérents de la vaccination facultative s'en vont répétant que l'on veut forcer les consciences, et porter atteinte à une des plus belles conquêtes

du peuple, la liberté de penser et de se soustraire à tout ce qui paraît léser sa liberté d'action.

Le respect de la liberté individuelle, dans le cas dont il s'agit, n'est, comme on l'a fort bien dit, que le respect d'un préjugé, et cela de l'aveu même de ceux qui l'invoquent.

J'ai toujours pensé dans ma petite sagesse, que le préjugé individuel devait s'incliner devant l'intérêt général d'un peuple. L'état social n'est-il pas fait tout entier de semblables sacrifices ? Et puis en définitive est-ce que la liberté de chacun dans la société est indéfinie ? n'a-t-elle pas pour limites inévitables celle de son voisin et encore plus l'intérêt général ? Non, comme le dit M. Brouardel, " quand l'intérêt général de la patrie s'impose, l'intérêt individuel ou même et surtout le préjugé individuel, doit s'incliner ".

Et ce qu'il y a de plus curieux, c'est que ceux-là mêmes qui déterrent la hache de guerre pour défendre la liberté individuelle, unis avec les vaccinophobes d'Angleterre, si indignés de la tyrannie médicale que comporte l'obligation de la vaccination, prétendent condamner les malheureux variolés à une quarantaine en famille, ou à un isolement obligatoire dans un hôpital, ou, comme en Angleterre, sur des bateaux pontons frétés pour cet usage.

Est-ce que cet isolement absolu, obligatoire, ne viole pas plus encore la liberté personnelle que la vaccination ou la revaccination ?

L'isolement est certes plus vexatoire encore, et a-t-il le mérite de supprimer la maladie, en arrête-t-il seulement la propagation ? certainement non.

Au reste, de pareils arguments sont trop spécieux, ils ne prouvent qu'une chose, c'est qu'on est prêt à voir sa liberté entravée à la condition qu'il ne s'agisse pas de vaccination ; or la vaccination et la revaccination sont reconnues l'unique arme, le seul régulateur des épidémies de variole, comme le dit M. Colin ; s'il est nécessaire pour l'intérêt général que l'on porte atteinte à la liberté individuelle, que ce soit au moins par une mesure de laquelle on puisse légitimement espérer des résultats certains et généraux.

Avec une loi d'obligation dans nos statuts et une organisation bien entendue du service de la vaccination, tout le monde pourra tourner son aile et s'endormir assuré, même en face de quelques cas de varioles momentanément développés dans un coin quelconque du pays.

Seulement pour avoir raison des résistances, il faut, à mon sens, ajouter à l'obligation de la vaccination un corollaire très important, c'est la gratuité.

Car, qui dit obligation de la vaccination, dit en même temps, vaccination gratuite, une bonne partie de la population n'étant pas ou ne se croyant pas, ce qui revient au même, en état de se payer ce luxe-là. Et ce sera un moyen de faire accepter facilement aux quelques recalcitrants le principe de l'obligation qui pourrait par hasard être vu d'un mauvais œil.

On objectera peut-être à la dépense occasionnée par l'exécution de cette mesure ; mais il me semble que le peu d'argent dépensé à assurer la santé publique n'est pas de l'argent perdu et puis en supposant que la somme allouée à la vaccination gratuite fut assez importante, combien de pertes d'argent chez les contribuables, en frais de maladie, de décès, de chômage, seront épargnées, du moment qu'il n'y aura plus d'épidémies de variole. Jules Rochard estime à 10,000,000 francs la somme que l'on économiserait en France si la vaccination était rendue générale par une loi d'obligation.

Enfin le pays lui aussi y gagnerait vu qu'on ne verrait jamais le commerce se paralyser comme cela se voit toujours dans les endroits reconnus contaminés, et les revenus ne courraient jamais de risque de diminuer considérablement, et par l'état languissant des affaires nécessairement entravées, et par la pauvreté relative des contribuables. Je crois le moment propice pour agiter cette question qui en intéresse un si grand nombre et je suis convaincu que si nos confrères se donnaient la main et agitaient de concert cette question, nous pourrions

avant longtemps jouir du bénéfice si grand de l'immunité générale pour la variole.

La variole étant une maladie évitable, il est honteux, comme le disait Peter, d'en être atteint et il est inexcusable de ne rien faire pour se prémunir contre ses attaques.

Car en définitive les épidémies de variole ne sont pas seulement un péril pour un petit nombre de privilégiés, c'est un danger public, et comme nous avons sous la main un moyen de défense reconnu efficace ne comptant aucun danger dans son application, je ne vois pas pourquoi on en userait pas dans notre pays. Il vaut beaucoup mieux prévenir que d'avoir à guérir, disent les hygiénistes. Alors faisons de la prophylaxie, étendons l'immunité variolique à tous les individus, et nous serons certains d'avoir rendu à tous et à chacun un immense service, et pour en faire apprécier encore plus les avantages, qu'il soit gratuit.

### Des métrites et de leur traitement

Par le Dr LUTAUD, médecin-adjoint de Saint-Lazare

Avant d'aborder le traitement des métrites, il faut d'abord établir une classification des diverses inflammations des tissus utérins et les ramener autant que possible à quelques types bien définis.

Les auteurs classiques ont introduit dans leurs ouvrages un si grand nombre de variétés de métrites chroniques qu'il existe nécessairement une certaine confusion. Indépendamment de la métrite aiguë, on a décrit, en effet, la métrite du corps, la métrite du col, la métrite parenchymateuse, la métrite endothéliale, la métrite hémorragique, la métrite fongueuse, la métrite catarrhale, la métrite purulente ; etc. D'autres, enfin, ont classé à part les endométrites et les endocervicites.

Toutes ces classifications peuvent être justifiées, parce qu'elles répondent soit à un symptôme clinique, soit à une lésion ; mais il convient de les simplifier.

Je pense qu'on peut aujourd'hui maintenir seulement deux divisions dans les métrites chroniques, surtout lorsqu'on a simplement en vue la thérapeutique :

1o La métrite catarrhale ;

2o La métrite hémorragique ;

3o La métrite catarrhale occupe surtout le col (*endocervicite*) ; elle présente comme lésions principales, l'ulcération du col, l'hypertrophie et la dilatation des glandes ; comme symptôme essentiel, cette leucorrhée abondante et tenace qu'on a désignée sous le nom de *leucorrhée graisseuse*.

C'est ce symptôme surtout qui attire l'attention de certaines malades. Elles supporteront vaillamment les troubles généraux qu'occasionne la métrite, la douleur abdominale, la difficulté de la marche, la constipation et autres symptômes de la métrite ; mais elles ne peuvent tolérer ce signe pathognomonique ; l'écoulement d'un liquide visqueux, semblable au blanc d'œuf cru, que rien ne peut dissoudre, qui adhère à la vulve, aux poils, aux vêtements. Vous pouvez soulager les femmes de leurs symptômes subjectifs, mais elles ne se déclareront satisfaites, elles ne cesseront de fréquenter les cabinets des spécialistes que lorsque vous aurez fait disparaître cette répugnante sécrétion.

Je ne décrirai pas ici les lésions de la métrite catarrhale. Elles sont constituées par l'hypertrophie et la dilatation des glandes ; lorsque la maladie est ancienne, il y a non seulement hypertrophie, mais multiplication des glandes. A une époque plus avancée de la maladie, le parenchyme utérin est atteint et il se forme une sorte de sclérose spéciale. Il est rare que les troubles atteignent cette gravité ; dans ce cas il peut y avoir de la périmétrite, des adhérences et même des traces de salpingite et de périovarite. Pour déterminer de tels désordres il faut que la période aiguë de la maladie ait été grave et que l'ensemble des organes pelviens ait subi, à une époque quelconque, les caractères d'une inflammation péri-utérine aiguë.

On a dit que la métrite catarrhale chronique était le plus souvent limitée à la cavité cervicale. A mon avis ce fait est loin d'être démon-

tré, et le praticien qui veut obtenir un résultat fera bien d'appliquer un traitement sur la totalité de l'organe, s'il ne veut pas obtenir de mécompte.

Ce qui a pu accréditer l'opinion clinique qui consiste à croire que l'endométrite catarrhale est limitée à la cavité cervicale, c'est non seulement la présence normale des glandes muqueuses dans cette cavité, mais le symptôme objectif principal, qui est l'ulcération et même la lacération du col.

Le rôle pathogénique de cette lacération est trop considérable pour qu'il n'en soit pas dit quelques mots. Il a peut-être été exagéré par Emmet et les auteurs américains. Mais si l'on considère que cette lésion est extrêmement fréquente pendant l'accouchement, qu'elle a même été observée après l'avortement à deux mois, alors même que l'élasticité de l'œuf la rendait peu probable, il faut bien reconnaître son importance étiologique. Il est incontestable que le col ulcéré, ou même faiblement lacéré offre une porte ouverte à l'infection. Il importait donc de signaler cette lésion dont le traitement doit être l'objet des préoccupations des gynécologues.

2° *Mérite fongueuse hémorrhagique.* Cette dénomination n'est pas parfaite, mais elle me paraît cependant répondre au symptôme principal, qui est, non pas la métrorrhagie, mais une sorte de leucorrhée sanguinolente. Tantôt l'écoulement menstruel est simplement prolongé, exagéré et accompagné de douleurs dysménorrhéiques ; tantôt il est retardé ou avancé, mais presque toujours très abondant et alternant avec la leucorrhée graisseuse. Souvent on observe après les règles l'expulsion de fragments de tissus ou de muqueuse (mérite dysménorrhéique, dysménorrhée membraneuse.)

Quoique cette variété de mérite reconnaisse le plus souvent pour cause l'avortement, connu ou méconnu, elle n'est pas toujours accompagnée de lésions ulcéreuses du col qui appartient plutôt à la mérite catarrhale ; elle peut s'observer chez des femmes nullipares et même chez des vierges. Dans ce dernier cas elle reconnaît pour cause la dysménorrhée et la rétention dans l'utérus des produits de la décidue menstruelle.

Dans la mérite hémorrhagique fongueuse, l'organe est ramolli et augmenté de volume. Les troubles trophiques ne sont pas limités à la muqueuse, mais atteignent le parenchyme sous-jacent.

La muqueuse est épaissie, elle est hérissée de villosités et parsemée de granulations pouvant atteindre le volume d'un poids et même d'une framboise. On peut même admettre que ces proliférations jouent, dans l'étiologie des polypes, un rôle considérable.

Je n'entrerai pas dans de plus longs développements sur l'étiologie et l'anatomie pathologique des mérites chroniques et j'arrive au traitement.

Elles sont nombreuses les méthodes préconisées contre les mérites. Comme cela arrive dans toutes les affections chroniques rebelles, le nombre et la variété des traitements sont infinis. Depuis les inoffensives applications de tampons glycerinés, jusqu'à l'ablation totale de l'utérus, tout a été proposé : cautérisations intra utérine, tubage, écouvillonnage, drainage, curettage, amputation du col, etc.

Laissant de côté les méthodes radicales qui ne peuvent être proposées que dans des circonstances toutes particulières, je crois pouvoir exposer un traitement rationnel qui s'applique à la grande majorité des cas de moyenne intensité.

Ce traitement n'a du reste rien d'absolument nouveau et consiste simplement dans une application éclectique des nombreuses méthodes proposées pendant ces dix dernières années.

Si l'on examine les méthodes les plus récentes (tubage, drainage, etc.), on voit qu'elles reposent toutes sur la *dilatation préalable*. Or c'est par la dilatation que je propose de commencer le traitement de la mérite chronique.

Non seulement la dilatation permet l'application de tous les caustiques ou autres agents modificateurs de la muqueuse et des tissus uté-

rins ; elle permet d'assurer et de compléter le diagnostic ; elle nous place, enfin, dans de très bonnes conditions pour pratiquer le curettage si celui-ci est reconnu absolument nécessaire. La première des conditions consiste, en effet, à avoir un utérus largement ouvert, tant pour y faire pénétrer les instruments et les médicaments que pour faciliter l'élimination des produits morbides.

Mais la dilatation, pour être utile, complète et permanente, doit être lente et graduelle. Il existe dans l'arsenal chirurgical un nombre d'instruments fort ingénieux qui produisent une dilatation mécanique instantanée. Ces instruments, qui peuvent être utiles pour extraire les débris placentaires immédiatement après l'avortement, ne peuvent servir dans le traitement de la mérite chronique.

C'est mon regretté collaborateur Vulliet, de Genève, qui peut être considéré comme l'inventeur de la dilatation utérine progressive ; il est juste de reconnaître qu'une partie des progrès accomplis dans l'application des indications intra-utérines sont dus à la méthode ingénieuse de notre confrère genevois.

Le traitement que je propose et qui me paraît très simplifié est le suivant :

- 1° Dilatation lente et graduelle ;
- 2° Nettoyage de la cavité utérine ;
- 3° Introduction dans l'utérus d'éponges aseptiques et médicamenteuses et applications d'agents substitutifs sur la muqueuse malade.

Ce traitement, qui semble compliqué, n'est en réalité que l'application rationnelle des divers procédés destinés à ouvrir l'utérus, à en modifier la muqueuse et à le débarrasser des produits morbides qu'il peut contenir.

Je reviens sur chacun des temps qu'il comporte

1<sup>er</sup> temps. *Dilatation.*—La méthode de Vulliet, que beaucoup de vous sans doute connaissent, consistait à introduire dans l'utérus, après dilatation préalable à la laminaire, des petits bourdonnets d'ouate imbibés d'éther iodoformé ; ces petits tampons étaient laissés dans l'utérus pendant 48 heures, puis retirés et remplacés par des tampons plus volumineux jusqu'à ce qu'on eût obtenu une dilatation suffisante pour introduire des instruments et même le doigt. On obtenait ainsi une dilatation considérable qui permettait d'explorer complètement la cavité utérine, mais qui produisait encore une sorte d'accoutumance aux corps étrangers.

J'ai appliqué cette méthode un nombre considérable de fois, surtout il y a une douzaine d'années, lorsqu'elle a été préconisée. Sans y avoir renoncé complètement, je l'ai simplifiée parce qu'elle prenait beaucoup de temps, qu'elle n'était pas toujours bien supportée par les malades de la ville et qu'elle ne s'accommodait pas toujours à nos habitudes parisiennes, où la patience n'est pas la vertu dominante de nos clientes. Je l'ai simplifiée en employant simplement les tiges de laminaire que je laisse séjourner 12 heures dans l'utérus et dont j'augmente le volume. Entre chaque introduction de laminaire je fais une sorte d'écouvillonnage de l'utérus avec un petit tampon d'ouate imbibé d'éther iodoformé en solution concentrée de 1 gramme pour 10. C'est la solution qu'employait Vulliet ; elle présente, outre ses propriétés antiseptiques, l'immense avantage de provoquer la coagulation des mucosités qui siègent dans l'utérus. M. Doléris a lui-même reconnu cette propriété dans une communication faite récemment à la Société obstétricale (séance de février 1897).

En général, l'application de deux ou trois tiges de laminaire me donne une dilatation suffisante pour pénétrer dans l'utérus et en explorer la muqueuse. Ce premier temps du traitement demande trois jours si j'introduis les tiges de laminaire sans intervalle de repos ; six jours si je laisse 24 heures d'intervalle entre chaque introduction.

Je n'ai pas besoin de décrire ici le *modus operandi* qui est trop connu. Je rappelle seulement à mes confrères qui n'ont pas encore l'habitude des opérations gynécologiques, qu'il est important, pour introduire la tige, d'employer le spéculum et de saisir la lèvre antérieure du col avec une pince à griffe. Cette préhension du col n'est jamais dou-

loureuse. Une fois le col saisi de la main gauche, on exerce une traction plus ou moins forte qui a pour but non seulement d'empêcher le refoulement de l'organe dans la cavité utérine, mais encore de faciliter l'introduction en redressant l'utérus et en transformant en un canal rectiligne le canal utérin qui est toujours plus ou moins coudé au point de jonction du col et du corps.

En procédant ainsi, l'introduction de la laminaire est facile et non douloureuse; en omettant cette précaution, elle est toujours difficile et douloureuse.

Il faut donc introduire 2 ou 3 laminaires dont on augmente progressivement le volume avant d'obtenir le degré de dilatation et l'accoutumance nécessaires pour le traitement.

2<sup>e</sup> temps. *Nettoyage de la cavité utérine.*—Pour bien comprendre l'action des irrigations vaginales et utérines chaudes, il suffit de bien découvrir le col avec un spéculum et de diriger sur l'utérus un jet vigoureux et prolongé avec la solution chaude au carbonate de soude (3%). On verra aussitôt les tissus pâlir, ce qui est dû à une sorte d'ischémie produite par la chaleur et par la contraction du muscle utérin; puis, en introduisant le jet dans la cavité du col, il se produira, sous l'influence de ces mêmes contractions, une élimination considérable des sécrétions mucopurulentes qui constituent le symptôme caractéristique de la maladie qui nous occupe.

Après chaque irrigation, je pratique de nouveau un écouvillonnage avec des bourdonnets d'ouate imbibés d'éther iodoformé; la muqueuse utérine étant souple et pénétrable après les lavages, l'éther introduit, par sa rapide diffusion, une couche iodoformée sur toute la muqueuse utérine.

J'insiste sur cette application dont Vulliet a été le promoteur. Il est évident qu'elle doit avoir une action bactéricide sur les agents pathogènes qui siègent surtout dans les replis de la muqueuse et dans les glandes.

Ainsi, par la dilatation et l'irrigation utérine, j'obtiens l'élimination des sécrétions morbides contenues dans l'utérus. C'est déjà une amélioration considérable, qui suffirait à contenter bien des malades. Mais si l'on veut des résultats durables, il faut faire davantage et modifier la muqueuse utérine elle-même. J'emploie pour cela l'éponge comprimée. Je sais qu'elle a été condamnée au nom de l'antisepsie, mais je voudrais la réhabiliter.

3<sup>e</sup> temps. *Modification de la muqueuse utérine.*—Tous les gynécologues ont remarqué que l'éponge préparée contenait dans ces interstices, lorsqu'elle avait séjourné dans la cavité utérine, des fragments de sang, de mucosité et parfois de muqueuse. L'éponge ne se comporte pas comme la laminaire; sa dilatation est plus rapide, moins douloureuse, et elle pénètre jusque dans les plus petits interstices de la muqueuse utérine malade. C'est un inconvénient lorsqu'elle n'est pas aseptique, mais c'est un avantage au point de vue thérapeutique. J'ai donc voulu utiliser cette propriété dans un but thérapeutique,

Pour cela j'emploie des éponges ordinaires que j'ai soin de faire baigner dans une solution de naphthol ou de sublimé au 1/1000<sup>e</sup> jusqu'à dilatation complète. Ces éponges sont ensuite comprimées et taillées en cône par les procédés ordinaires et conservées dans un flacon bien bouché et rempli d'iodoforme ou de salol (je préfère l'iodoforme).

L'introduction seule de cette éponge, introduction rendue facile par la dilatation faite au préalable à la laminaire et par l'irrigation utérine, constitue à elle seule une médication très utile et très active. Après avoir été maintenue en place 6 ou 8 heures, elle sera retirée, puis une nouvelle irrigation intra-utérine sera faite.

Je crois que ce traitement suffira le plus souvent à guérir la métrite chronique de moyenne intensité.

Mais il est certains cas où la muqueuse utérine a subi de telles altérations que le traitement par la dilatation et l'irrigation devient insuffisant. Telles sont les métrites fongueuses hémorragiques dont j'ai parlé plus haut.

Dans ces cas j'utilise encore les propriétés de l'éponge, non seulement comme agent dilateur et modificateur, mais encore pour porter dans les replis de la muqueuse malade les médicaments caustiques et substitutifs.

Le traitement est exactement comme je l'ai déjà décrit: dilatation à la laminaire, irrigation, puis introduction d'une éponge comprimée et aseptique que j'imbibe pendant deux minutes dans la solution suivante:

Acide salicylique.....	1 gramme
Alcool.....	10 —
Eau.....	240 —

L'éponge ne doit être baignée dans la solution que pendant deux minutes, de façon à ce que sa surface seulement soit imbibée. En prolongeant l'immersion pendant un temps plus long, l'éponge perdrait du reste la consistance nécessaire pour son introduction facile dans l'utérus dilaté.

Une fois introduite, l'éponge est laissée en place pendant 6 à 8 heures environ. Elle sera toujours bien supportée. Lorsqu'elle est retirée, on pratique l'irrigation telle que je l'ai décrite dans le 2<sup>e</sup> temps du traitement.

Playfair et plusieurs gynécologues avaient proposé d'appliquer les médicaments substitutifs sur la ouate enroulée autour d'un portique. Je préfère l'éponge aseptique pour les raisons suivantes.

1<sup>o</sup> Elle peut être laissée en place sans déterminer aucune douleur.

2<sup>o</sup> Elle emplit totalement la cavité utérine en se dilatant et porte le topique jusque dans les plus petits replis de la muqueuse.

En général une seule application suffit pour obtenir la guérison; mais, dans les cas rebelles où le tissu utérin est dérégéré, je conseille d'appliquer deux et trois éponges à 2 ou 3 jours d'intervalle, toujours suivies de l'irrigation utérine.

Je n'ai pas la prétention de donner l'acide salicylique associé au naphthol comme l'unique modificateur qu'on puisse appliquer à la muqueuse utérine. On a employé la teinture d'iode, le perchlorure de fer, l'acide phénique dilué, le sublimé au 1000<sup>e</sup>, la glycérine créosotée. Je crois que toutes ces substances peuvent être appliquées utilement, à la condition de ne pas être trop concentrées et de ne pas produire d'eschares pouvant déterminer une rétraction cicatricielle consécutive.

C'est pour cette raison que j'ai banni de ma pratique les caustiques solides, tels que le nitrate d'argent et le chlorure de zinc, ainsi que la galvanocaustique. Ces caustiques peuvent guérir la métrite, mais leur action destructive dépasse souvent la muqueuse; elle peut amener l'oblitération des orifices des trompes, le rétrécissement et même l'obstruction du canal cervical.

Elles présentent encore un grave inconvénient: c'est de tapisser l'intérieur de la cavité utérine d'un tissu cicatriciel absolument impropre à la fixation et à l'habitation de l'œuf. Les femmes dont l'utérus a été rempli de pâte de canquoin deviennent impropres à la fécondation ou, tout au moins, ne peuvent conduire leur grossesse à terme.

Je crois que le traitement que je viens d'indiquer viendra à bout des métrites les plus rebelles. Il ne demande aux malades qu'une douzaine de jours de traitement et n'expose à aucun risque.

Dans certains cas cependant, il peut être utile de le compléter par une petite opération plus chirurgicale. Je veux parler des cas de métrite catarrhale dans lesquels il existe une lacération du col très étendue, un véritable ectropion de la muqueuse utérine. Vous pouvez guérir l'ulcération du col avec des cautérisations répétées, mais vous ne guérirez jamais l'ectropion sans intervenir avec le bistouri. Or il importe de ne pas laisser une portion de la muqueuse utérine, fût-elle très minime, exposée aux nombreuses infections vaginales. Sans parler de la syphilis, qui est rare, il y a l'infection blennorrhagique, qui est à redouter lorsque l'orifice du col est déchiré et que la muqueuse est béante. Je considère les opérations de Schröder et d'Emmet comme utiles et justifiées dans ces cas.

Mais ces opérations ne doivent être pratiquées, à mon avis, que lorsque la muqueuse utérine a été guérie ou profondément modifiée soit par les traitements que j'ai indiqués, soit par le curettage. En agissant autrement, on rétrécit considérablement l'orifice utérin et on s'expose à laisser derrière soi une muqueuse malade dont les sensations, emprisonnées dans l'utérus, donnent lieu à des phénomènes expulsifs douloureux, ou à des résorptions graves.

J'ai été le premier à faire connaître en France l'opération d'Emmet dans la traduction de Gaillard Thomas que j'ai publiée en 1879. J'ai été un ardent promoteur de cette opération et je dois reconnaître qu'elle ne m'a donné des déceptions que dans les cas où je n'avais pas préalablement soigné la cavité utérine atteinte d'endométrite.

Après quinze ans de pratique, je considère l'opération d'Emmet comme un complément utile du traitement de la métrite catarrhale lorsque, après cessation des phénomènes subjectifs et de la leucorrhée, le col reste entr'ouvert et laisse voir une partie de la muqueuse. En laissant celle-ci exposée à toutes les causes d'infection vaginale, on peut craindre le retour de la métrite. Il est donc préférable de faire cesser l'ectropion et de clore l'orifice utérin. Je ne décrirai pas ici l'opération d'Emmet ; je me bornerai simplement à dire que cette intervention est aussi facile que bénigne et ne présente aucun des inconvénients qu'on a justement reprochés au curettage.

Il est impossible de parler du traitement de la métrite sans dire quelques mots du curettage qui a joui d'une telle vogue pendant ces dix dernières années.

Je suis loin, du reste, de condamner le curettage, mais je crois qu'il ne peut être considéré comme le véritable traitement de la métrite catarrhale simple. Non seulement je lui reproche de constituer un acte opératoire trop important, étant donné l'affection qu'il s'agit de combattre, mais encore j'estime que le curettage ne guérit la métrite chronique qu'à la condition d'enlever la totalité de la muqueuse. Or, cela n'a pas lieu. Même entre des mains habiles et expérimentées, la curette promenée à tâtons dans la cavité utérine, ne ramène pas au dehors la muqueuse tout entière et une bonne partie échappe au raclage.

De plus, si l'utérus n'est pas suffisamment dilaté, les débris détachés par la curette peuvent séjourner dans une cavité qui n'est pas toujours aseptique et donner lieu à des phénomènes infectieux qui gagnent facilement les trompes. Nous savons tous que de nombreux pyosalpinx ne reconnaissent pas d'autre origine qu'un curettage pratiqué dans de mauvaises conditions.

À mon avis, le curettage n'est nettement indiqué que dans les cas suivants :

1<sup>o</sup> Lorsqu'on soupçonne l'existence de débris placentaires à la suite d'avortements spontanés ou provoqués. Dans ces cas, la dilatation utérine devra être suffisante pour permettre l'introduction de l'index et on emploiera une curette mousse de grosse dimension.

Dans certains cas de métrite fongueuse où l'épaississement des glandes et les lésions de la muqueuse constituent des proliférations volumineuses. Dans ces cas encore, la dilatation préalable devra être faite de façon à être sûr de faire un raclage complet et d'assurer l'élimination des produits morbides. Il sera toujours bon de le faire précéder de la méthode curative que j'ai exposée plus haut.

*Traitement général.*—Il est impossible de passer sous silence le traitement général et purement médical de la métrite chronique.

L'absorption de la gynécologie par la chirurgie a été telle, pendant ces dernières années, qu'on avait complètement négligé les symptômes généraux dus à la métrite chronique. Je veux bien reconnaître que les anciens auteurs ont décrit avec trop de complaisance les accidents réflexes qu'éprouvent les femmes atteintes d'affections utérines, mais je ne puis en nier l'existence. Une femme atteinte de catarrhe chronique de l'utérus éprouve des phénomènes gastriques absolument semblables à ceux de la grossesse et pour les mêmes raisons. Il est facile de comprendre qu'un utérus gorgé de mucosités et dont les glandes sont

hypertrophiées et la muqueuse épaissie ait un retentissement sur la santé générale et donne lieu à des troubles digestifs qui ont été désignés sous le nom de dysepsie utérine.

Ceux-ci doivent donc être soignés, de même que les symptômes abdominaux désignés sous le nom de *congestifs*.

Le praticien qui aura à soigner une métrite chronique devra donc surveiller l'état général et chercher des ressources dans la thérapeutique médicale. Il devra stimuler la nutrition par des toniques : coca, kola, quinquina, glycéro-phosphates, par l'hydrothérapie.

On sait que la cure thermale a été longtemps le principal traitement appliqué aux métrites chroniques. Sans y attacher la même importance que nos anciens, il est impossible de nier l'action bienfaisante de certaines eaux sur la métrite parenchymateuse, surtout lorsqu'elle ne donne pas lieu à des érosions graves du col. Je ne citerai aucune station, mais j'indiquerai les eaux alcalines et laxatives pour les cas où domine la dyspepsie, les eaux chlorurées sodiques chez les femmes lymphatiques. Enfin, je considère que le traitement local appliqué dans certaines stations (Salins, Salies) a eu la plus heureuse influence sur certaines métrites.

Mais les symptômes de voisinage les plus fréquents sont la constipation et la cystite.

Presque toutes les femmes atteintes de métrite souffrent en allant à la garde-robe, par l'ébranlement que détermine l'effort sur l'utérus. Elles éloignent le plus possible le moment de la défécation, et c'est pour cette raison, bien plus que par la compression de l'utérus sur le rectum, qu'elles sont constipées.

On devra donc combattre ce symptôme quel que soit le traitement local qu'on choisisse. Il est, en effet, très important d'empêcher l'obstruction et la congestion pelvienne et d'avoir une asepsie intestinale parfaite. On a dans l'arsenal purgatif un assez grand choix, mais je recommande particulièrement l'emploi des eaux minérales naturelles laxatives prises le matin à jeun à petite dose (un verre à bordeaux) et les ovules à la glycérine appliqués dans le rectum.

Je ne m'étendrai pas plus longuement sur le traitement non chirurgical des métrites ; j'ai voulu seulement rappeler que, dans certaines circonstances, l'utérus a un retentissement grave sur l'économie et que nos anciens maîtres considéraient les métrites comme des affections constitutionnelles.

Je n'abuserai pas plus longtemps de vos instants. Je serais heureux d'entendre nos collègues émettre à leur tour une opinion sur la thérapeutique, tant médicale que chirurgicale, des inflammations utérines.

#### Traitement de la fièvre typhoïde

*Balnéation, injections salines, digitale*

par M. DEGUY, interne des hôpitaux

Sans doute, c'est un sujet bien vieux et bien rebattu, et nous hésitions à en parler, si un récent travail de M. Carrieu, professeur de clinique médicale à Montpellier, n'était venu jeter un jour nouveau sur cette question et nous indiquer le meilleur *modus faciendi*, en présence d'une dothiéntérie. Le traitement de choix, d'après le savant professeur de Montpellier, se résume dans deux grandes indications, la *balnéation* et les *injections salines* sous forme soit d'hypodermoclyse, soit d'angéioclyse. Diverses autres indications secondaires pourront surgir et c'est alors que les médications quiniques, antiseptiques intestinales et autres, trouveront leur emploi.

En ce qui concerne la balnéation, on peut ranger en deux groupes les divers procédés employés, à savoir les bains à température constante et les bains à température décroissante. Dans le premier groupe, les bains préconisés diffèrent peu au point de vue de la température et se distinguent plutôt par la durée du bain variable suivant les auteurs. La seconde méthode a été mise en usage par notre maître, M. le professeur Bouchard, et c'est de l'avis de Carrieu et du nôtre la meilleure ; ses avantages sur la première sont considérables. M. Bouchard administre

des bains dont la température initiale est de deux degrés inférieurs à celle du typhique, on y plonge le malade, et, ce dernier restant dans le bain, on le refroidit insensiblement de un degré chaque dix minutes par adjonction d'eau froide. On s'arrête lorsque l'eau du bain arrive à 30°, on sort alors le malade. La durée du bain sera donc d'autant plus grande que la température du malade sera plus élevée.

Carrieu a légèrement modifié cette pratique en ce sens qu'il administre les bains à une température initiale de 37°, c'est-à-dire à la température normale du corps. " Que le malade ait 38 ou 40, dit-il, la sensation produite n'est pas pour lui plus désagréable que si l'eau était à 38°. Nous ajoutons de l'eau froide pour abaisser la température de 1 degré en cinq ou dix minutes de façon à arriver à 30° dans moins d'une heure. La durée du bain est donc d'environ une heure, dans certains cas, de trois quarts d'heure seulement. L'avantage de cette durée un peu réduite, c'est que le malade se fatigue moins dans le bain, ce qui arrive infailliblement avec des bains de durée plus longue." Carrieu préconise l'addition au bain d'acide borique, de créoline, de lysol ou de naphtholate de soude pour éviter autant que possible les infections secondaires cutanées. Le nombre des bains à donner dans la journée est variable, cinq à six en moyenne.

A cette médication, il faut adjoindre les antiseptiques intestinaux, les toniques, les purgatifs si c'est nécessaire ; et on insistera sur l'alimentation liquide.

Les avantages que trouve Carrieu à la balnéation tiède refroidie, sont un abaissement régulier de la température, abaissement général sur la température de la journée et abaissement après chaque bain. Le pouls n'est pas influencé par les bains tièdes prolongés comme par les bains froids. Ces derniers présentent même un certain danger par la constriction vaso-motrice périphérique que l'action de l'eau froide, appliquée brusquement sur le tégument externe produit infailliblement ; le pouls se concentre, devient petit et plus rapide. Dans le bain tiède prolongé, au contraire, le pouls prend une ampleur qu'il n'avait pas auparavant ; sa fréquence même est modifiée, il se ralentit, et on observe qu'il bat 10 à 15 pulsations de moins pendant et après le bain.

Le grand reproche qu'on peut faire au bain froid, c'est qu'il provoque une constriction générale des artères périphériques, le cœur se trouve alors brusquement surmené et gêné dans son fonctionnement. Après la balnéation tiède cet inconvénient ne se produit pas. De plus, le système nerveux, l'appareil respiratoire ne sont pas impressionnés au même point par l'eau tiède et par l'eau froide, et on a moins à craindre l'épuisement du système nerveux par des secousses brutales et des sensations pénibles. Sans doute, le bain tiède, ne tonifie pas au même degré que le bain froid, mais du moins il fait uriner avec abondance, et les urines émises ont leur toxicité augmentée.

En résumé, Carrieu conseille les bains tièdes progressivement refroidis quand on voudra abaisser la température chez des typhiques délicats ou à système nerveux impressionnable ; quand le cœur est simplement menacé ; quand il y aura crainte d'hémorragies ou de congestions viscérales. Les bains froids seront au contraire préférés chez les malades lourds, apathiques, peu sensibles, présentant d'emblée des phénomènes d'adynamie ; ou bien, dans ce cas, si on ne veut pas employer les bains froids, on donnera des bains tiède terminés par une affusion froide. Nous adoptons absolument les conclusions de M. Carrieu, mais maintenant nous nous séparons de lui quand il prescrit l'angéiolyse. Il est absolument vrai que c'est une indication capitale dans la fièvre typhoïde que de relever la tension sanguine abaissée soit du fait exceptionnel d'une perte sanguine abondante, soit le plus souvent par l'action même du poison morbide, paralysant les vaso-moteurs, d'où ces hypotases, ces congestions viscérales, ces rougeurs cutanées par plaques, ces raies vasculaires produites sur la peau par le passage d'une pointe mousse, le dicrotisme et la vacuité du pouls, l'embryocardie, l'affaiblissement du premier bruit. Mais comment relever cette tension ? L'Angéiolyse après l'accident funeste survenu à Widal n'est pas

exempt de danger, et doit toujours rester une ressource *in extremis* quand tout espoir est perdu, mais on ne doit pas, croyons-nous, en faire un système thérapeutique. Il est vrai qu'Ovide raconte (cité par Carrieu) que la magicienne Médée rendit la jeunesse et la santé au vieil Eson, en lui injectant dans la jugulaire un bouillon de plantes aromatiques, mais l'angéiolyse est loin de donner toujours cet heureux résultat et nous ne pouvons mieux faire que de répéter ici ce que nous disions déjà dans ce journal (5 décembre, 1896). L'hypodermoclyse exempte de dangers devra être préférée par les médecins qui encourraient une responsabilité trop grande si un accident leur arrivait et l'angéiolyse sera le moyen auquel on aura recours en dernier ressort. Nous n'insisterons pas sur les avantages de ces injections salines, avantages d'ailleurs bien mis en relief par M. Carrieu et qui se produisent aussi bien, quoiqu'un peu plus lentement avec l'injection hypodermique qu'avec l'injection intraveineuse. Donc, les injections salines sont indiquées et l'accord est fait sur ce point ; mais il en est un autre sur lequel il est utile d'insister, ce sont les bons effets qu'on peut retirer en certains cas de la digitaline, et à ce sujet nous citerons le fait suivant que nous venons d'observer récemment dans le service de M. Huchard : Une malade entre le 20 février, à la salle Delpech, pour une dothiéntérie à marche normale et dont le diagnostic est vérifié par la réaction agglutinante de Widal, mais seulement le 2 mars et après deux recherches négatives antérieures. L'allure de cette fièvre typhoïde paraissait normale et le pronostic semblait bon, l'état général n'était pas inquiétant ; cependant, le pouls était rapide et petit, variable, instable, et M. Huchard nous met en garde d'après ce symptôme qui, pour lui, assombrissait le pronostic. La tension artérielle était faible, et vers le 2 mars des râles fins de congestion apparurent aux deux bases, les oscillations fébriles furent plus grandes. Les jours suivants, le délire apparaît avec un anéantissement complet, la balnéothérapie froide ne donne aucun succès et l'état de la malade s'aggrave. Par deux fois, le 3 et le 7 mars, nous donnons XX gouttes de digitaline qui remontent la tension artérielle et produisent une amélioration momentanée, mais la malade retombe vite dans son état de prostration extrême. Les bains froids restent sans action et on les cesse alors. Les râles de congestion des bases pulmonaires restent tenaces et s'accompagnent de dyspnée, malgré l'application de ventouses, et les soins hygiéniques donnés à la malade que l'on relevait du décubitus au moyen d'oreillers.

Le 10 mars, la température vespérale monte à 41°, le pouls est à 140, le pronostic s'assombrit de plus en plus ; le 11, même état, l'aggravation continue et les râles de congestion augmentent dans le poumon, les bains froids repris le 10 sont sans résultat marquant. Le 12, apparition d'un souffle tubaire à droite ; la percussion et l'auscultation révèlent un bloc pneumonique très étendu occupant les 2 lobes inférieurs du poumon droit, les râles congestifs persistent à gauche. M. Huchard reprend les bains, mais une terminaison fatale est imminente. En désespoir de cause, le 15 au matin, la température étant de 39°8, on cesse la balnéation et on donne un milligramme de digitaline cristallisée en une fois. Le 30 au soir, température 37°2 ; le 31 au matin, temps 36°3. La malade, toujours dans un état comateux, reprend un peu dans la journée, et le 17, la température vespérale et matinale restant à 36°, une considérable est survenue, la malade commence à parler. Les craintes que nous avions eu d'une hémorragie intestinale se dissipent, mais le souffle tubaire persiste.

Le 18, la température remonte le matin à 37°8, on redonne 1/2 milligr. de digitaline, et le soir, la température était revenue à 36°3, le pouls tombé de 120 à 100, la pneumonie entre en défervescence et apparaissent de nombreux râles crépitants. Les urines sont toujours rares.

Puis la guérison se fit à grands pas, et le malade resta en convalescence jusqu'au 20 avril ayant eu depuis le 19 mars une température restant toujours entre 35°2 et 36°6. La guérison était totale le 26 mai où il n'y avait plus de râles congestifs aux bases pulmonaires.

et si la malade n'est pas sortie à cette époque de l'hôpital, c'est à cause de considérations spéciales.

En somme, dans ce cas particulier, nous sommes convaincu, et c'était également l'avis de l'entourage et de ceux qui avaient examiné la malade, la digitaline l'a sauvée. Nous ne croyons pas que, dans ce cas, il y eut coïncidence entre la défervescence du bloc pneumonique et l'administration de la digitaline, puisque la fièvre avait tenté de remonter le 18 et que les râles sous-crépitaux de retour ne sont apparus que le 19. Quoi qu'il en soit, la déduction thérapeutique à tirer de l'observation, c'est l'efficacité de la digitaline dans la dothiéntérie avec pneumonie, et c'est l'innocuité qu'elle a présentée, en ne déterminant pas, ce que nous avions craint, une hémorragie intestinale par rehaussement brusque de la tension artérielle.

Une seconde déduction, ce sont les améliorations momentanées que la digitaline à faibles doses nous avait données au cours de la dothiéntérie, améliorations qui nous paraissent pouvoir s'expliquer simplement. L'abaissement de la tension artérielle favorise l'absorption des toxines microbiennes ou autres, elle facilite la repullulation des microbes et entrave le leucocytose. Or, la digitaline est le médicament par excellence pour relever la tension artérielle ; aussi, n'est-il pas étonnant de la voir produire de bons effets dans les maladies infectieuses. Nous avons déjà pu nous convaincre de son utilité dans la pneumonie et la grippe, et dans diverses désinfections mal déterminées, nous l'admettons également pour la fièvre typhoïde, bien que nous n'ayions pas un nombre d'observations aussi grand que pour les premières maladies. L'état du poulx et du cœur sont l'indication à l'usage de la digitaline, et, si malgré son administration faite dans des conditions déterminées, variables avec chaque malade, le poulx ne se ralentit pas, ne prend ni force, ni ampleur, il faut redouter, jusqu'à un certain point, une complication. Dans la dothiéntérie, la digitale n'est pas antithermique comme dans la grippe ou la pneumonie, mais son rôle toni-cardiaque est si important qu'il en justifie par cela même l'emploi. Toutefois, il faudra l'administrer avec prudence quand il y a embryocardie ; et souvent, on se trouvera bien d'employer parallèlement ou alternativement l'ergot de seigle. Parola en 1856, et Billard 10 ans après, avaient vanté les bons effets de cette médication. Duboué emploie la poudre d'ergot de seigle, 1 à 3 grammes par jour ; M. Huchard préfère l'ergotine ; d'après lui, cette médication relève la tension artérielle abaissée et augmente la contractilité des vaisseaux amoindrie, elle fortifie les vaisseaux. Dans certains cas également, d'après le même auteur, les injections de caféine, d'éther ou d'huile camphrée seront excellentes contre le collapsus cardiaque.

— *Journal des Praticiens*

#### Diagnostic clinique de la scrofule.

M. H. NEUMANN croit que la scrofule est toujours de nature tuberculeuse et non pas seulement un terrain favorable à l'ensemencement tuberculeux. La diathèse dite scrofuleuse est déjà la tuberculose. Mais il y a de nombreux symptômes dans la scrofule qui ne sont pas de nature tuberculeuse et qu'on pourrait appeler para-scrofuleux. Le plus important des symptômes est l'adénite cervicale. Ces ganglions sont infectés par des affections tuberculeuses qui siègent dans les amygdales, les glandes palatines et pharyngiennes, et enfin, les poumons. On s'est demandé s'il existe une tuberculose primitive des amygdales. Neuman croit que ces glandes sont souvent le siège d'une auto-infection qui atteint ensuite les amygdales. Mais dans ces dernières années, on a pensé aussi que les amygdales peuvent servir de terrain de culture aux bacilles qui sont introduits par la salive et l'air respiré. On a pu y constater des bacilles tuberculeux sans scrofule et celle-ci en l'absence de bacilles. Comme la tuberculose ulcéreuse du poumon est rare chez les enfants, on peut exclure l'infection primitive des amygdales.

L'infection des ganglions cervicaux est beaucoup plus fréquente par les ganglions bronchiques et pulmonaires. On trouve à l'autopsie

des enfants qui ont succombé dans les premières années, des ganglions bronchiques très souvent tuberculeux. On peut supposer l'existence de cette infection lorsqu'on trouve, le long du cou, une chaînette ganglionnaire s'étendant jusqu'à l'ouverture supérieure du thorax. Cette co-existence des ganglions cervicaux et bronchiques est très fréquente, car l'adénopathie bronchique tuberculeuse existe chez plus de la moitié de ces malades. Ces ganglions, en réunissant la trachée à la colonne vertébrale, déterminent une respiration bronchique très rude. L'expiration est prolongée dans la fausse susclaviculaire droite et on entend la respiration bronchique dans les fausses sus et sous épineuses. A la base, la respiration est affaiblie par suite d'une certaine compression de la bronche. La percussion donne peu de résultat, en avant le bruit est mat par suite de la tuméfaction du ganglion du médiastin.

Il y a une relation étroite entre l'adénopathie bronchique et la phthisie et l'on ne peut soutenir exclusivement la théorie de la contagion. Si l'adénite cervicale n'est pas toujours attribuable à une affection primitive de la gorge, on peut cependant constater un rapport étroit entre les deux. Lorsqu'il existe des ganglions scrofulo-tuberculeux, on trouve au moins dans un tiers des cas le gonflement des organes pharyngiens par suite de la stase de la lymphe. La tuméfaction des amygdales n'est qu'un symptôme éloigné de tuberculose. La tuméfaction des amygdales a ensuite pour conséquence des altérations de l'oreille moyenne, une tendance au catarrhes infectieux aigus. L'otite qui se produit pour cette cause est plus rare et récidive facilement. Plus tard, il se produit des modifications secondaires des cornets et du squelette de la face. Le bord alvéolaire est raccourci, les dents permanentes tournent autour de leur axe. Il se produit un aspect caractéristique que l'on rapporte à la scrofule. Cet habitus scrofuleux est surtout très net de 9 à 14 ans.

Les phénomènes scrofuleux de la peau et des muqueuses doivent être recherchés surtout sur la face : ce sont les eczéma chroniques, la rhinopharyngite chronique à laquelle s'ajoute l'otite aiguë. Mais on ne doit pas considérer toutes les maladies de la peau ou des muqueuses sans examen comme étant de nature scrofuleuse ; il en est ainsi de l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu, de l'impetigo contagieux. L'eczéma prurigineux, le lichen rubes, les abcès cutanés au contraire ont maints rapports avec la scrofule.

Neumann distingue trois périodes à la scrofule, une première de 1 à 4 ans pendant laquelle se fait l'infection primitive par les bacilles tuberculeux. C'est la première période de l'ensemencement direct. La deuxième période est celle de la scrofule floride, des eczéma ; il existe enfin une période tardive. En dehors des symptômes bien connus de la scrofule, Neumann fait ressortir l'importance de la fièvre, qui s'observerait non seulement dans les cas de suppuration avec rétention du pus mais dans les adénites scrofuleuses combinées avec des phénomènes pharyngiens. La température fébrile est peu élevée et ne dépasse guère 38°5.

Enfin comme circonstance pouvant être utile au diagnostic, Neumann cite les conditions d'hérédité qui donnent une proportion de 30 p. 100 de tuberculose chez les parents est parfois de 50 p. 100 chez les collatéraux.— *La France Médicale*.

#### Des hémorroïdes et de leur traitement opératoire

Depuis quelques années, la question du traitement chirurgical des hémorroïdes a été fort souvent soulevée dans la littérature médicale et plusieurs chirurgiens ont proposé de nouveaux procédés opératoires. M. L. Mandelberg en publie également un, celui de M. Schalita (de Kieff) ; or, comme ce dernier a déjà opéré par ce procédé, tant dans son service que dans sa clientèle privée, plus de 1000 malades, et qu'il a toujours eu d'excellents résultats, son procédé nous semble mériter l'attention. Tout d'abord l'auteur de l'article que nous analysons expose quelques considérations sur l'étiologie, l'anatomie pathologique, le pronostic des hémorroïdes que lui suggèrent les observations de ce millier d'opérés, que nous allons brièvement rapporter.

Pour Mandelberg, il est très important de ne pas oublier que, dans cette affection, il ne s'agit pas seulement de dilatation des veines, mais encore, et avant tout, de lésion de tout le segment inférieur de la muqueuse rectale. Cette lésion se traduit souvent cliniquement par une diarrhée profuse rebelle, que seule l'excision de la muqueuse malade, si l'on n'intervient pas trop tard, peut arrêter; cette diarrhée serait peut-être due à la dégénérescence amyloïde de la muqueuse.

Les données de l'auteur, relatives à l'étiologie, sont très intéressantes : elles démontrent que le rôle de la vie sédentaire des affections hépatiques et de la compression (utérus gravide) est plus que secondaire. L'auteur a, en effet, examiné à ce point de vue les observations de 610 malades opérés par Schalita à l'hôpital et a trouvé sur ce chiffre seulement 24 malades à profession nécessitant la station assise prolongée (3,93 p. 100). Aucun d'eux n'avait de maladies de foie. Enfin, sur 610 sujets, il n'y avait que 38 femmes (6,23 p. 100). Chez aucun des malades, il n'y avait de coïncidence d'hémorroïdes avec des varices ou du varicocèle.

En se basant toujours sur ses observations, l'auteur considère les hémorroïdes comme une affection très grave, car elle s'arrête rarement dans son développement, amène souvent des diarrhées profuses cachectisantes et une anémie grave par les hémorragies. Aussi le traitement doit-il être radical.

La technique de M. Schalita ne constitue pas, à proprement parler, un type opératoire nouveau, mais seulement un procédé nouveau. Voici en quoi il consiste : le malade étant endormi, on fait la dilatation forcée du sphincter à l'aide des pouces placés d'abord dans l'axe transversal, puis dans l'axe antéro-postérieur. Grâce à cette dilatation, la muqueuse rectale devient accessible à l'œil et au doigt, dans une étendue de 4 à 5 centimètres, et fait même souvent hernie à l'extérieur. On place alors quatre ou cinq pinces Museux sur la muqueuse et les paquets variqueux, de façon que la branche externe des pinces soit placée sur la ligne cutané-muqueuse. On applique à la base de chacune d'elles une pince à forci-pression qui prend toute la muqueuse malade et les paquets hémorroïdaires, mais sans pincer la peau, et on enlève les pinces Museux. On coupe la muqueuse au niveau des pinces et on cautérise au thermocautère la surface avivée. On prend ensuite une bande de gaze iodoformée de 50 centimètres environ, on y fait quatre languettes, on introduit un bout dans le rectum et on dispose les quatre languettes autour de la plaie. Après quoi, on enlève les pinces à forci-pression et on fait le pansement. Il arrive parfois que les pinces déclanchent lorsque la muqueuse est déjà coupée; mais l'hémorragie n'est pas grave et on n'a qu'à saisir la muqueuse avec une autre pince. Toute l'opération ne dure que cinq à sept minutes, et même entre des mains non expérimentées dix à douze minutes au plus; c'est à peine si le malade perd quelques gouttes de sang. Ce procédé se recommande donc à ce point de vue tout particulièrement.

Pendant les premières heures qui suivent l'opération, le malade éprouve des douleurs assez vives, mais dans la soirée elles cessent complètement. Il faut ne pas oublier de recommander au malade le repos le plus absolu dans son lit pendant douze ou dix-huit heures. Le tampon iodoformé est enlevé le troisième jour et pendant trois ou quatre jours, c'est-à-dire jusqu'à ce que la granulation commence, on applique après chaque selle un tampon à l'émulsion iodoformée. La cicatrisation se fait au bout de dix jours.

D'après Mandelberg, le procédé de Schalita est beaucoup plus facile à exécuter, plus rapide et plus exsangue que tous les autres recommandés en ces derniers temps (Withhead, Reclus, Quénu, Podrèze, etc.). Il présente en même temps l'avantage de n'exiger qu'une anesthésie de très courte durée, ce qui est surtout important lorsqu'il s'agit de malades épuisés. Il n'y a pas de contre-indications. Quant aux résultats, ils sont, dans tous les cas de l'auteur excellents. (*Gaz. heb. méd. de la Russie mérid.*, 1896).

### Des troubles de la menstruation dans les maladies du cœur

Par le docteur ALFRED GUILLMARD.

Les maladies du cœur influencent la menstruation dans son apparition : à la puberté; dans sa disparition : à la ménopause; et pendant la vie génitale.

La puberté peut être avancée ou retardée par une cardiopathie; les lésions mitrales tendent plutôt à la retarder, les aortiques à l'avancer. Des hémorragies utérines surviennent parfois dès ce moment.

Pendant la vie génitale, les femmes sont exposées aux ménorrhagies, aux métrorrhagies, à la dysménorrhée et au catarrhe utérin.

La ménopause, contrairement à la puberté, paraît hâtée par les lésions mitrales et retardée par les lésions aortiques. Les métrorrhagies de la ménopause ne sont pas rares. L'hypertension artérielle et l'artério-sclérose entrent pour une bonne part dans leur production. On voit aussi, mais rarement, se produire des pertes, chez des femmes âgées, longtemps après la ménopause.

Les hémorragies utérines ne s'observent que chez les cardiaques en état d'eusystolie ou d'hyposystolie; elles font place à l'aménorrhée, dès que survient l'asystolie confirmée. — *Gazette des Hôpitaux*.

### Mélange pour tarir la sécrétion lactée. — (M. BELGOM.)

Sulphate d'atropine.....	0 gr. 003 milligr.
Sulfate de magnésie.....	90 grammes.
Infusion de gentiane.....	240 —

F. S. A. — A prendre par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

### Mixture contre la toux quinteuse de la bronchite aiguë.

(M. W. H. THOMSON.)

Sulfate de morphine.....	0 gr. 05 centigr.
Hydrate de chloral.....	5 grammes.
Emulsion d'huile de lin.....	150 —

F. S. A. — A prendre : une cuillerée à bouche une heure après chaque repas.

### Mixture antiasthmatique. — (M. CLYMEY.)

Teinture d'opium.....	4 grammes.
Ether sulfurique.....	8 —

Mêlez, — Prendre cinquante gouttes de cette mixture toutes les demi-heures jusqu'à ce que la crise se soit suffisamment amendée.

### Potion contre la méningite tuberculeuse et la tuberculose pulmonaire aiguë chez les enfants. — (M. E. LUTON.)

Acétate de cuivre.....	0 gr. 10 centigr.
Julep gommeux.....	100 grammes.

F. S. A. — Faire prendre deux cuillerées à café de cette potion par jour (pour un enfant de 3 ans 1/2).

### Pilules contre l'anémie consécutive aux accès de fièvre palustre (M. LOCKWOOD.)

Poudre d'ipéca.....	0 gr. 015 milligr.
Acide arsénieux.....	0 — 0015 décimiligr.
Fer réduit.....	} à 0 — 12 centigr.
Extrait de coloquinte com- posé.....	

Mêlez. Pour une pilule. Faites trente pilules semblables. — A prendre : trois pilules par jour.

### Cachets contre les crises douloureuses de l'ulcère de l'estomac. — (BOS.)

Exalgine.....	3 grammes
Extrait de belladone.....	30 centigr.
Phosphate de lait.....	30 —
Sucre de lait.....	5 grammes

Divisez en dix cachets.

Un à deux au moment de l'accès douloureux. (*Gaz. heb.*)

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Considérations sur les affections syphilitiques de l'œil

Travail lu, devant la section d'Ophthalmologie B. M. A. (Montréal 1897), par M. le Dr JULES JEHIN PRUME. — Ex-chef de Clinique du Dr Abadie (de Paris). — Oculiste. Adjoint à l'Hôpital Notre-Dame. — Oculiste à la Polyclinique de l'Hôpital Général des Sœurs Grises. — Secrétaire du Département d'Ophthalmologie, British Medical Association, Montréal, 1897. — Membre de la Société Française d'Ophthalmologie de Paris.

De toutes les affections qui viennent troubler notre pauvre humanité, une des plus universellement répandue est la syphilis.

En somme qu'est-ce que c'est que la syphilis. Une maladie infectieuse ? Evidemment, puisque toutes les observations cliniques semblent vouloir le démontrer. Une affection se manifestant par une série de phénomènes, connus, démontrés et parfaitement typiques, envahissant notre économie par degrés tout d'abord, pour en frapper tôt ou tard, indistinctement, les moindres éléments. C'est tout d'abord une affection purement locale, caractéristique, qui disparaît pour donner plus tard des phénomènes disparates, et cependant presque toujours constants. En effet, quoi de plus singulier et de plus éloigné que les différentes périodes de cette maladie. Vous soignez aujourd'hui un individu qui a un chancre des parties génitales, ce même malade vous revient quelques semaines ou quelques mois plus tard avec une éruption des téguments, des affections de la bouche, de la chute des cheveux, et cependant tout cela se tient. Quelques années plus tard le patient peut avoir soit une maladie du nez, du foie, des yeux, que sais-je et c'est toujours la syphilis. C'est pourquoi le maître Lancereaux, ne cessait de nous répéter dans ses magistrales cliniques :

« Un médecin doit être toujours sur ses gardes : chez un malade quel qu'il soit, il faut soupçonner : La syphilis, l'hystérie, l'alcoolisme. Ces affections pouvant revêtir les formes les plus étranges, peuvent, si l'on ne se tient sur ses gardes, nous mettre de tout au tout à côté du diagnostic véritable. »

Combien de médecins après avoir traité les premières manifestations syphilitiques, chancres, plaques muqueuses, etc., croient leurs patients à jamais débarrassés des germes de la maladie. Et cependant dix ans, quinze ans, vingt ans s'écouleront lorsqu'un beau jour le syphilitique ressentira des phénomènes qui l'obligeront à aller consulter son médecin.

Donnez à ce malade du mercure, de l'iode de potassium et vous le verrez sinon se guérir du moins s'améliorer. Chez ce malade la syphilis n'était pas morte, elle s'était endormie, et voilà que, soudain, au moment où l'on s'y attend le moins, elle s'éveille plus terrible que jamais.

Au bout de vingt ans ?

Oui, même au bout de vingt ans.

Comme nous l'avons précédemment énoncé, la syphilis peut indistinctement frapper tous les organes de l'économie ; c'est donc une maladie qui tout en rentrant dans le domaine de la pathologie générale est du ressort de toutes les spécialités. C'est dont comme spécialiste que nous allons traiter de cette question.

Les injections intra-veineuses de substances médicamenteuses sont connues depuis assez longtemps et ces dernières années ont été spécialement étudiées par les Drs Abadie, Bacelli, Darier, Desguin, Gori, Dinkler, Kezmarsky, et d'autres. Nous avons été à même de pratiquer des injections intra-veineuses de bleu de méthyle et de salicylate de soude. Le Dr Bacelli, de Milan, injecte depuis longtemps par cette méthode des solutions de sublimé, ses théories ont été discutées et expérimentées par le Dr Dinkler de Berlin. D'autres médecins ont même expérimenté cette méthode pour le traitement de diverses maladies, citons le Dr Desguin, d'Anvers, qui a pratiqué des injections intra-veineuses de sublimé dans des cas de septicopyhémie, le Dr Kezmarsky dans des cas de septicémie puerpérale.

Nous n'avons pas la prétention de donner ici un nouveau traite-

ment pour les affections syphilitiques, mais simplement un mode d'administration du mercure, devant rendre de grands services à la thérapeutique générale.

Le mercure a été administré un peu sous toutes les formes, sirop de Gibert, protoïdure, injections sous-cutanées, frictions, injections sous-conjonctivales, etc., etc. Mais il existe des cas dans lesquels les voies digestives semblent se fatiguer, où les injections sous-cutanées sont refusées par les malades, où les injections sous-conjonctivales aussi bien faites que possible sont tellement douloureuses que les patients ne peuvent les endurer. Les frictions bien suivies n'amènent chez quelques personnes que des résultats peu certains.

Dans d'autres circonstances il est urgent d'obtenir un résultat rapide, une action immédiate. Comment pourra-t-on suppléer aux inconvénients des différentes méthodes d'absorption du mercure, c'est en ayant recours à de nouveaux procédés. En médecine on n'arrive à quelque chose que par l'expérimentation, la méthode intra-veineuse a été étudiée, maintes fois expérimentée et malgré les quelques désavantages qu'elle semble présenter, on est arrivé à un résultat pratique et utile.

Chez combien de malades toutes les méthodes possibles avaient été employées sans donner aucun résultat, et quelques injections intra-veineuses suffirent pour donner une amélioration quasi-merveilleuse. — Les observations sont là pour le prouver, nous en donnerons quelques-unes cueillies au hasard parmi les nombreuses que nous possédons.

Nous avons assisté au début des injections intra-veineuses, à Paris, nous en avons pratiqué plus de deux mille et nous croyons être à même de présenter ces moyens thérapeutiques avec tous les avantages ou désavantages qu'ils peuvent avoir et de donner les moindres détails de sa technique opératoire.

Quel est le réel avantage des injections intra-veineuses, sur les autres modes d'administration du mercure ?

C'est en analysant les désavantages que peuvent produire les autres méthodes que nous arrivons à répondre à cette question.

Si l'on donne le mercure par les voies digestives : pilules de protoïdure, sirop de Gibert, etc., il arrive qu'au bout d'un certain temps on est quelquefois obligé de cesser le traitement à cause du mauvais état dans lequel se trouvent les organes de la digestion, dyspepsie, diarrhée, gastralgie, on rencontre même, dit Fournier, des sujets dont l'estomac et les intestins se montrent absolument réfractaires au mercure, et qui, littéralement, ne les tolèrent pas.

Les frictions n'ont pas le désavantage de fatiguer les organes digestifs, elles ont une action rapide, mais d'un autre côté, tous les praticiens savent combien il est difficile de faire accepter ce traitement en clientèle particulière. Beaucoup de personnes refusant d'oindre leurs téguments avec une pommade à l'aspect sale et repoussant. Cela n'est qu'un détail, il est vrai, mais qui doit être considéré. En plus de cela les frictions peuvent causer des affections mercurielles de la peau. Enfin la stomatite.

Il est curieux de constater qu'avec les injections intra-veineuses la stomatite n'existe pas ou à peu près. Nous le répétons, nous avons pratiqué près de deux mille injections intra-veineuses et nous n'avons eu que deux cas de stomatites et encore très légères.

Les injections sous-cutanées sont très employées, nous en avons fait jusqu'à cent dans une journée. Elles sont quelquefois très douloureuses ; si elles sont pratiquées dans la région lombaire, les moindres mouvements sont cause de douleurs ; dans la région fessière, autre série d'inconvénients qu'il n'est pas difficile de comprendre ; dans les bras elles produisent un engourdissement du bras et de la main. Ces phénomènes ne sont heureusement pas toujours constants, mais ceux qui ont traité spécialement les affections syphilitiques savent combien elles causent d'ennuis au médecin et de souffrances au malade.

En plus, il se produit des nodosités, qui ne disparaissent souvent qu'à la longue et qui sont une source d'ennui, de désagréments pour les malades. Nous avons été à même de constater bon nombre de fois

des abcès, et cela malgré les soins les plus excessifs. Lavages au sublimé et à l'alcool, flambage de l'aiguille à la flamme d'une lampe à l'alcool, pansement au collodion. Ces abcès sont généralement très longs à guérir, il se produit comme une mortification des tissus; ils sont surtout fréquents chez les sujets lymphatiques. Nous avons eu surtout deux malades, une jeune fille de 18 ans, et un enfant de 9 ans, qui présentaient tous deux les symptômes d'un lymphatisme absolu.

Les injections sous-conjonctivales peuvent être employées dans certaines affections syphilitiques du globe oculaire. On emploie pour les faire une solution de sublimé (Bi-chlorure d'Hydrargyre) à la dose de 1 pour 1000. Que ces injections soient faites à doses massives ou simplement de quelques gouttes, elles sont très douloureuses. Voici du reste, comment on procède; On anesthésie l'œil avant l'injection avec quelques gouttes de cocaïne (Sol. 1 p. 20), mais aussitôt que l'effet de ce médicament est passé, le malade commence à éprouver des douleurs excessives pouvant durer de deux à trois heures. Notre ami le Dr. Moissonnier, de Paris, et moi, avons légèrement modifié cette méthode en ajoutant au liquide à injecter quelques gouttes de cocaïne. Nous avons obtenu d'assez beaux résultats, mais en tenant compte cependant des malades ayant pour la cocaïne une véritable idiosyncrasie. Nous sommes grand partisan des injections sous-conjonctivales qui rendent chaque jour de grands services en thérapeutique oculaire, et qui depuis quelques années semblent vouloir prendre un très grand développement. Mais nous les croyons plus aptes à rendre service dans les affections infectieuses locales de l'œil, que dans une affection dépendant d'un état général de l'économie.

Les injections intra-veineuses ont pour elles une action rapide, pas ou peu de symptômes généraux si les doses sont convenablement réglées.—Il est aisé de comprendre que le médicament étant envoyé directement dans le courant circulatoire, l'action est plus directe et les doses pouvant se donner moins fortes seront plus facilement contrôlées.—Pas de phénomène locaux, sauf dans les cas où les injections seraient faites par mégarde dans le tissu cellulaire péri-vasculaire, ce qui arrive lorsque le sujet a un système veineux peu développé.—C'est pourquoi il est préférable de s'abstenir lorsque l'on a affaire à un malade n'ayant pas de veines superficielles très apparentes; car chez lui on produirait les mêmes inconvénients que l'on rencontre dans les injections sous-cutanées.

Le sel mercuriel que nous employons dans les injections intra-veineuses est le cyanure d'hydrargyre.—C'est un sel très toxique, soluble dans l'eau, l'éther et l'alcool.—C'est en 1874 que Cullingworth employa pour la première fois ce sel de mercure en injections, depuis, un grand nombre de médecins en font usage, citons au hasard, Abadie, Boer, De Wecker, Darier, De Speville, Güntz, Galezowski, Mandelbanun, Signumd, Panas, etc., etc.

La préparation de Cyanure d'Hydrargyre pour les injections intra-veineuses, demande un soin spécial. Aussi nous allons nous permettre d'entrer dans certains détails de pharmacologie que nous croyons indispensables.

Nous employons le cyanure d'hydrargyre à la dose de un pour cent, c'est-à-dire :

Cyanure d'hydrarg. . . . . 1 gramme.  
Eau distillée et filtrée. . . . . 100 grammes.

Voici comment M. Girard, pharmacien de Paris, ancien interne des Hôpitaux de Paris, préparait la solution pour la clinique du Dr Abadie.

Prenez un gramme de cyanure d'hydrargyre que vous faites fondre dans cent grammes d'eau distillée et filtrée. Vous filtrez le tout que vous placez ensuite dans une bouteille bien propre ayant passé par le four Pasteur. Vous mettez le tout à l'étuve et vous bouchez ensuite à l'émeri.

Vous vous trouvez alors en possession d'un liquide parfaitement

limpide et stérilisé ne possédant ni grumeaux ou poussière pouvant jouer le rôle de corps étrangers.

Les médecins devront donc être excessivement sévères au point de vue de la limpidité de la solution préparée.

Comme instrumentation :

Une seringue,  
Une aiguille en platine iridiée,  
Une lampe à alcool,  
Une bande de flanelle,  
De l'ouate hydrophile,  
Une solution d'alcool au tiers, ou un peu d'éther,  
Du collodion.

Puisque c'est à l'aide de la seringue que nous allons projeter le liquide dans la veine, il nous faut un instrument des plus complets, possédant des qualités spéciales.

Les seringues dont nous nous servons ordinairement pour les injections sous-cutanées possèdent un corps de pompe en verre, garni d'une monture en acier nikelé, elles sont munies d'un piston en acier terminé par un bouchon de composition différente. Ce sont, soit de l'amiante, du caoutchouc ou du liège. Ces pistons, qui rendent dans les injections sous-cutanées de réels services, deviennent dans la médication intra-veineuse fort dangereux. En effet, ils ont le désavantage de se stériliser difficilement, les différentes pièces formant leur ensemble ne se séparant pas avec facilité. En plus que faut-il éviter dans une injection intra-veineuse; tout corps étranger pouvant jouer le rôle d'embolie; or les pistons en amiante ont la faculté de s'effiloche, ces brindilles d'amiante transportés dans le courant circulatoire présentent un danger constant qu'il faut éviter; les pistons en liège se brisent par petites parcelles et présentent par ce fait les mêmes inconvénients. Quant aux seringues à pistons en caoutchouc elles présentent deux désavantages, premièrement, le caoutchouc se séchant, met souvent la seringue hors d'usage pour quelques heures; il faut pour éviter ce désagrément lubrifier le piston à l'aide d'une huile quelconque, inutile d'insister sur l'asepsie de ce système.

Or il convient d'avoir un instrument dont toutes les parties soient parfaitement démontables; par ce fait, stérilisables. Possédant ni piston en amiante, liège ou caoutchouc. C'est donc un instrument idéal, qu'il faut posséder.

Cet instrument a été réalisé par une maison de Paris, M. Wulff-Luër, qui a lancé sur le marché une seringue construite totalement en verre. Cette seringue fut présentée à la Société de Biologie de Paris par le Dr Malassez de l'Académie de Médecine, et à la Société d'Ophthalmologie et à la Société de Syphiligraphie, par le Dr Charles Abadie.

Cette seringue, venons-nous de dire, est tout en verre, corps de pompe et piston. Elle ne se compose que de deux pièces, le corps de pompe et le piston, pouvant à toute volonté se séparer l'un de l'autre. Le piston est construit de telle façon, que le glissement est doux facile, ne laissant pas échapper de liquide et ne permettant pas à l'air de pénétrer à l'intérieur de la seringue. Quant à la stérilisation, on peut faire monter l'instrument à une température de 125 degrés à l'autoclave, et cela sans risque de le casser. (Expériences du Dr Malassez.)

Nous voici donc en possession d'un instrument parfait, et qui par sa transparence permet de constater si le liquide que l'on va injecter, contient des corps étrangers ou des bulles d'air.

Les aiguilles présentent aussi leur petit point d'étude: elles sont généralement fabriquées, soit en acier ou en platine iridiée, nous recommandons particulièrement ces dernières. Quoique plus dispendieuses, les aiguilles de platine présentent des avantages considérables. Avant de faire une injection (quelle qu'elle soit) il est important de bien stériliser l'aiguille. On arrive à ce résultat en faisant flamber l'aiguille à la flamme d'une lampe à alcool. Or la chaleur détrempe les aiguilles en acier qui se brisent alors avec facilité (autre danger) ce qui n'arrive pas aux aiguilles en platine. Chez le Dr Abadie, nous faisons

une moyenne d'injections de quatre-vingts à cent par jour. Or nous n'employons qu'une aiguille par semaine. Nous recommandons toutefois qu'après avoir fait usage d'une aiguille, il est prudent d'en enfoncer la pointe dans un morceau de moelle de sureau, ce qui évite de l'émousser.

Quant au manuel opératoire, rien n'est plus simple.

Vous prenez une bande de flanelle (longue d'un mètre et large de quatre doigts), que vous attacherez solidement autour du bras de votre malade, tout comme si vous vouliez procéder à une saignée. Vous recommandez à votre patient de laisser pendre son bras, d'agiter les doigts pour que les veines se gorgent bien de sang.

La question du système veineux, pour ce traitement, est d'une importance capitale. Il faut que le malade possède des veines bien saillantes, pas filiformes, car il serait contraire d'essayer d'injecter chez une personne ne possédant pas des veines bien distinctes. La raison de cette abstention est le danger dans lequel on se trouve d'injecter du liquide dans le tissu peri-vasculaire et produire des nodosités ou des abcès très douloureux. Il est préférable dans ce cas d'avoir recours aux frictions ou aux injections sous-cutanées dans la région fessière.

Quant au choix de la veine, rien n'est déterminé, on prend la plus saillante, la plus superficielle. Si le vaisseau est mobile on peut le fixer avec le pouce et l'index de la main gauche, pendant que l'on injecte de la droite.

Ayant placé la bande et fait le choix du vaisseau dans lequel vous désirez injecter, vous lavez soigneusement la partie avec du sublimé (bi-chlorure d'hydrargyre à 1 p. 2000) et vous passez ensuite un tampon imbibé d'alcool ou d'éther.

Vous prenez votre seringue et faites flamber l'aiguille à la flamme d'une lampe à alcool, vous puisez de la solution à injecter, vous refflambez l'aiguille et faites jaillir quelques gouttes de la solution pour chasser l'air pouvant être contenu dans la seringue ou dans l'aiguille. Ceci fait, vous regardez par transparence pour voir si la seringue ne contient pas d'air ou des poussières.

Vous recommandez au malade de tenir le bras horizontalement et vous piquez le vaisseau dans le sens de la veine (ceci pour éviter de le percer de part en part). Lorsque l'aiguille arrive dans le vaisseau on éprouve une sensation de vide qui est due à ce qu'ayant traversé les différents tissus on entre soudain dans l'air du vaisseau. Avant d'injecter il est nécessaire d'enlever la bande, vous poussez le piston, enlevez votre aiguille et bouchez votre petite plaie avec de l'ouate hydrophile imbibée de collodion.

Notre opération est terminée, si toutefois ceci mérite le nom d'opération : le tout prend à peine de deux à trois minutes.

Le malade n'éprouve aucune douleur. Et comme plusieurs me l'ont dit, le temps le plus désagréable, est celui où l'on pose la bande ; celle-ci amenant par compression, un engourdissement assez pénible du bras et de la main.

Dose : L'injection se fait avec une seringue d'une capacité d'un centimètre cube. Chaque centimètre cube d'une solution au centième, contient un centigramme du sel mercuriel.

Le titre de la solution dont nous nous servons est de :

Cyanure d'Hydrargyre..... 1 gramme  
Eau..... 100 grammes

La dose pour un adulte est de, maximum, un centigramme.

Il est utile de ne pas arriver tout de suite à la dose maximum, car on peut produire des symptômes gastro-intestinaux des plus désagréables. Il arrive même des cas, où l'on a vu des malades se croire empoisonnés.

Nous avons traité une dame, qui, quelques heures après l'injection sous-cutanée, fut prise de douleurs gastro-intestinales, vertige et vomissements, à un tel point, qu'elle se crut empoisonnée.

Chez cette personne, qui est très bien aujourd'hui, nous n'avons pu dépasser une demi-seringue, (un demi centigramme) soit, la moitié de la dose maximum.

Il est donc prudent de commencer par injecter un quart de seringue et monter progressivement jusqu'au niveau de tolérance du sujet. Pour les enfants on commencera par un huitième de la seringue et on ira jusqu'à un demi centimètre de la solution, c'est-à-dire jusqu'à une demi seringue. Nous avons eu un jeune malade âgé de 14 ans, atteint d'otite scléreuse et de kératite parenchymateuse ; chez lui nous avons élevé la dose jusqu'à un centigramme, mais c'est assez rare ; et même chez ces petits malades il faut agir avec une extrême prudence.

Le traitement mercuriel, comme tout espèce de traitement, n'agit que lorsqu'il est continué pendant un certain temps.

Voici comment nous avons l'habitude de procéder :

PREMIÈRE SÉRIE :— Vingt injections, une tous les deux jours. Un repos de vingt jours.

DEUXIÈME SÉRIE — Vingt injections, une tous les trois jours. Un repos de vingt jours.

TROISIÈME SÉRIE :— Vingt injections, une tous les quatre jours. Un repos de vingt jours.

DERNIÈRE SÉRIE :— Une injection par semaine tant que le médecin le jugera nécessaire.

Nous avons eu des patients qui, quoiqu'ayant cessé leur traitement revenaient à des époques plus ou moins éloignées, pour une série de quatre à six injections.

Nous avons passé à la hâte sur deux questions, d'une importance telle que nous croyons nécessaire de leur consacrer quelques lignes spéciales. Nous voulons parler de l'hydrargyrisme et du moment à choisir pour cesser le traitement. Tous les troubles pouvant être causés par le mercure, dit Fournier, peuvent se ranger sous les quatre chefs que voici :

I EFFETS PTYALIQUES.— Ce sont la salivation et la stomatite mercurielle. Stomatite totale ou limitée avec goût métallique, odeur sui-generis. Il est important de cesser le traitement lors des premières manifestations, d'entretenir la bouche et les dents dans des conditions d'hygiène absolue. On fait usage à cet effet de poudre à dents et de gargarismes. Voici quelques formules que nous croyons utiles :

POUDRES A DENTS.— Professeur FOURNIER, (Fac. de Paris).

Poudre de Charbon Pulvérisé..... } àà 60 Grammes  
Poudre de Quinquina..... }  
Essence de Menthe..... Q. S.

Professeur PANAS. (Fac. de Paris).

Poudre de Quinquina..... } àà 15 Grammes  
Poudre de Cachou..... }  
Poudre de Tannin..... 1 Gramme  
Essence de Menthe..... 5 Gouttes

GARGARISMES.— JULES SIMON (Hop. des Enf. mal.—Paris).

Eau de Botot..... 200 Grammes  
Alcool de cochlearia..... 10 "  
Teinture de Quinquina..... 8 "  
Teinture de Cachou..... 4 "  
Teinture de Benjoin..... 2 "

Professeur FOURNIER.— (Fac. de Paris).

Glycérine pure..... 30 Grammes  
Borate de Soude..... 10 "

Personnelle.—

Teinture d'Iode..... } àà 5 Grammes  
Teinture de Myrrhe..... }  
Acide Borique..... 10 "  
Chlorate de Potasse..... 20 "  
Eau distillée..... 200 "

Pour se gargariser toutes les heures.

II TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX.— Se manifestant par des colliques, crampes d'estomac, diarrhées. Les opiacés rendent ici de grands services. Il est aussi nécessaire de suspendre quelques temps le traitement ou de le surveiller.

III TROUBLES DE LA NUTRITION.— Chloro-anémie toxique, saturation mercurielle. Cesser le traitement, Tonique.

IV ACCIDENTS CUTANÉS.— Accidents très rares, mais pouvant

donner beaucoup de mal au médecin, par la difficulté du traitement. Ces accidents se manifestent par une série de troubles cutanés, ayant l'apparence d'érythèmes polymorphes desquamatifs, eczéma granité, scarlatine (dite mercurielle), dermatite exfoliatrice.

Le traitement mercuriel doit pour agir être prolongée pendant un laps de temps plus ou moins long ; même lorsque les symptômes de la maladie semblent être disparus. Il faut espacer les injections. Tout d'abord une tous les deux jours, puis tous les trois, quatre et huit jours.

Faut-il cesser entièrement le traitement ?

Ceci est une question des plus importantes et nous croyons prudent de dire, qu'il est préférable de continuer les injections pendant ou après la disparition des symptômes ; en en faisant une tous les quinze jours.

Quant au moment du jour où l'on doit pratiquer l'injection, il n'y en a pas de précis. Nous les faisons généralement deux heures après les repas.

*A suivre*

## REPRODUCTION

### Hygiène thérapeutique. — Cœur et bicyclette

" Faute d'exercitation corporelle est cause unique de peu de santé et briefveté de la vie. "

Telle est la pensée que je lisais, il y a quelques jours seulement, dans les œuvres de François Rabelais, et qu'il prête à un " grand médecin ", Othoman Vadare. Cela est vrai. Mais, n'y a-t-il pas, comme pour toute thérapeutique hygiénique, une sorte de posologie de la médication ? N'y a-t-il pas des contre-indications, et l'exercice de la bicyclette peut-il être permis ou défendu à tous les cardiaques, et dans quelle mesure ? L'an dernier, dans le *Traité de thérapeutique appliquée*, au chapitre " hygiène du cardiaque ", j'ai voulu formuler quelques règles à ce sujet, et l'on me permettra de reproduire tout ce passage, malgré sa longueur :

" Dans ces derniers temps on a beaucoup médité de la bicyclette ; on a signalé des morts subites arrivées à des cardiopathes, des intermittances du cœur et des dilatations cardiaques chez des individus auparavant bien portants. Une mort subite survenant pendant un exercice musculaire quelconque, à un *angineux* ou encore à un *aortique*, n'a rien de surprenant, et à ces malades comme aux *cardio-artériels* atteints de *dyspnée toxique*, le cyclisme doit être formellement défendu. Cette défense quoiqu'elle vise alors des accidents beaucoup moins graves, est également applicable aux *cardio-valvulaires*, surtout lorsqu'ils auront déjà présenté quelques troubles de compensation. Quant aux *intermittances*, aux *faux pas du cœur* observés parfois à la suite de courses vélocipédiques même modérées, on les voit survenir surtout chez les dyspeptiques, ou chez ceux qui, n'étant atteints d'aucune affection gastrique, vont à bicyclette immédiatement après les repas, ou encore chez d'autres qui fument sur leur machine. Il y a ainsi deux prescriptions qu'il convient de faire, et c'est peut-être à l'une de ces causes, à la première sans doute, qu'est dû le fait (qui nous a été communiqué par Hallopeau) de faux pas du cœur survenant après des courses vélocipédiques. Nous le croyons d'autant mieux que le malade en question, ausculté par nous, ne présente aucune trace d'affection cardiaque.

" Chez un individu indemne de toute affection de ce genre, l'usage modéré de la bicyclette est incapable de nuire aux fonctions du cœur, et celui-ci ne parvient à être forcé que chez ceux qui se livrent à de véritables tours de force vélocipédiques. Du reste le poumon ne souffre aucunement de cet exercice musculaire, comme J. Lucas Championnière l'a bien établi ; il acquiert même une plus grande capacité respiratoire. Aussi, chez certains cardiaques jeunes dont le myocarde et les artères ont gardé leur intégrité, chez les *miraux* atteints plutôt d'une simple lésion que d'une maladie de cœur, nous ne serions pas éloignés de croire que la bicyclette, loin d'être nuisible, pourrait devenir un instrument de thérapeutique médicale ; mais à la condition de doser cet exercice comme un médicament, de l'arrêter toujours à la fatigue, de défendre des vitesses trop grandes (pas plus de 10 à 12 kilomètres par heure), et les montées sur de trop fortes pentes ; à la condition encore de prémunir les malades par des vêtements spéciaux contre toute cause de refroidissement. Mon collègue Toupet m'a cité l'observation d'un malade d'une trentaine d'années, atteint d'une insuffisance mitrale bien compensée, chez lequel l'exercice méthodique de la bicyclette a

heureusement facilité l'action de monter sans essouffement, ce qui était impossible auparavant. Voilà donc à l'étude une question intéressante, et le traitement d'Értel se ferait d'une façon agréable et utile, par le cyclisme ! Mais, de nouvelles observations sont nécessaires pour nous faire sortir d'une très prudente réserve sur ce sujet.

" En tous cas on aurait tort de faire plus longtemps de l'exercice de la bicyclette un épouvantail pour toutes les maladies du cœur, même lorsqu'elles sont bien compensées. "

Depuis que ces lignes ont été écrites, je ne me suis pas départi de cette " prudente réserve ", quoiqu'en Angleterre, Samson ait proposé la bicyclette pour remplacer la cure de terrains d'Értel, quoique Fletcher Little l'ait indiquée comme moyen de traitement de la dilatation cardiaque, quoiqu'en France, Emile Martin, dans sa récente thèse inaugurale (1) ait vu dans la dégénérescence graisseuse du cœur la principale indication de l'exercice vélocipédique.

Lorsque cet exercice est exagéré, il peut faire naître des affections cardiaques, comme la dilatation du cœur, ainsi que Hershell (2) en a fourni des exemples ; il peut même donner lieu assez brusquement à une insuffisance aortique par rupture valvulaire, comme mon cher collègue et ami Launois en a cité un cas en 1896, à la Société médicale des hôpitaux. Il s'agissait d'un malade, alors indemne de toute affection cardiaque ou aortique qui, après un trajet de 1.452 kilomètres en sept jours de Paris à Madrid, présenta tous les signes d'une insuffisance aortique. Et l'on ne compte pas encore les myocardites par intoxication de surmenage qui lentement se développent ou s'accroissent, surtout chez les vieillards ou les artério-scléreux encore latents, dont le myocarde est insuffisamment nourri par des artères coronaires lésées ou rétrécies.

Un auteur anglais (3), Richardson indique un moyen, bien simple, trop simple de répondre à la question de savoir si un cardiopathe peut aller à bicyclette : " Le mieux, dit-il, est de laisser au malade lui-même, la responsabilité de trancher la question. " Eh bien, s'il est un cas où l'on ne doit pas prendre conseil du malade, c'est bien celui-là. Car, sur sa machine qui " ne demande qu'à marcher ", le cycliste devient incapable de doser l'exercice, il ne sait plus distinguer l'usage de l'abus, en vertu d'un *état cérébral* bien particulier indiqué par Ph. Tissier, et qui tend à " provoquer une régression du moi conscient vers le moi inconscient, de la volition intellectuelle vers l'aboulie automatique ". M. Legendre a fait judicieusement remarquer que " la bicyclette n'est pas un sport comme les autres ; elle s'en distingue par cette anomalie, que la fatigue, la tachycardie et les autres inconvénients sont comme dissimulés à l'individu qui s'y livre, trompé qu'il est par la facilité même avec laquelle cet exercice est accompli... C'est une sorte d'inhibition du cerveau, d'automatisme, comme dit Tissier, par suite duquel la conscience de certaines sensations physiques s'engourdit, de même que la pensée s'obnubile ; cette sorte d'anesthésie, comparable de très loin sans doute, à celle du haschich, est même un des charmes de la course rapide à bicyclette, elle explique que beaucoup de gens lui demandent et en obtiennent l'oubli momentané des inquiétudes et des chagrins... (4)

Il résulte de cet état cérébral, que vous aurez beau recommander avec L.-H. Petit de ne jamais dépasser la vitesse de 18 kilomètres à l'heure et de ne jamais faire plus de 50 kilomètres par jour, il arrivera souvent au cycliste d'être entraîné, sans le savoir, à transgresser ces sages et prudentes prescriptions. D'un autre côté, ces chiffres n'ont pas une valeur absolue, et tel cycliste qui s'astreint sagement à ne faire que 45 kilomètres en un jour, peut tomber malade pendant plusieurs mois. Comme le fait remarquer Faisans, le nombre des kilomètres parcourus n'est qu'un des côtés de la question, et il y a encore à considérer la nature du terrain, la qualité de l'instrument et la qualité de

(1) La bicyclette considérée au point de vue hygiénique et médical, par G. M. EMILE MARTIN. (Thèse in de Bordeaux, 1897).

(2) *The Lancet* 1895.

(3) Cité par E. MARTIN.

(4) PH. TISSIER. Psychologie de l'entraînement intensif (*Revue scientifique*, 10 octobre 1894). — P. LE GENDRE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 juin 1897).

l'homme : d'où il résulte, ajoute-t-il, qu'on ne sait pas où commence et où finit la modération, et que " pour la bicyclette, plus que pour les autres sports, il est beaucoup plus facile de s'abstenir que de se modérer. "

Puisque ce genre de sport peut élever rapidement les pulsations de 70 à 100, 150 et même 200 par minute, puisqu'il exagère la pression sanguine, qu'il porte son action sur le cœur droit dont il détermine assez rapidement la dilatation ainsi que celle du ventricule gauche, puisque son abus si facile donne lieu à des accidents de surmenage (fièvre, albuminurie, myocardite), on doit le défendre à presque tous les cardiaux, sans exception, même lorsqu'il s'agit d'une affection latente et bien compensée. La preuve, c'est qu'on a vu des rétrécissements mitraux, latents jusque-là, entrer dans la période de compensation, du jour où les malades ont fait usage et abus de la bicyclette.

Une autre contre-indication, indiquée par Le Gendre, est relative à l'imperméabilité nasale, qu'elle soit due à une déviation de la cloison, à une rhinite hypertrophique, ou à des végétations adénoïdes. Ces malades respirent surtout par la bouche, et il en résulte qu'ils ne peuvent aller à une allure assez vive sans éprouver de l'essoufflement rapide et de la tachycardie. La respiration nasale est indispensable aux bicyclistés, et lorsqu'elle est entravée pour une cause ou pour une autre chez les cardiopathes, il y a ainsi deux raisons pour défendre l'usage, même modéré de la bicyclette.

Depuis la première communication de M. L.-H. Petit à l'Académie de médecine en 1894, sept ou huit cas de morts subites survenues à bicyclette ont été signalés. Pour ma part, je crois cet accident beaucoup plus rare qu'on ne le croit généralement, et je n'ai connaissance que d'un seul fait mortel qui m'a été incomplètement rapporté au sujet d'un de mes malades atteint d'angine de poitrine coronarienne. Mais un accès angineux étant provoqué par un effort quelconque, on conçoit parfaitement qu'il puisse se produire même pendant un exercice vélocipédique très modéré, surtout lorsque le malade marche à une allure rapide, contre le vent, après le repas, et lorsqu'il gravit une montée un peu forte. J'ai même vu chez un homme de cinquante ans une aortite absolument latente jusque-là se révéler pour la première fois à bicyclette, sous forme d'accès angineux auquel il n'a d'ailleurs pas succombé.

Quoique Richardson ait cité l'exemple d'un octogénaire qui s'est livré pendant assez longtemps et sans aucun accident à l'exercice modéré de la bicyclette, et qu'il ait pu en une journée faire un trajet de 80 kilomètres (ce qui n'est pas précisément de la modération), je suis d'avis que, passé un certain âge (60 ans par exemple), le médecin consulté doit se montrer très sévère à ce sujet, surtout lorsqu'il constate la moindre lésion du cœur, des vaisseaux ou des reins. A ce point de vue, les personnes âgées, celles notamment qui ont dépassé la soixantaine se montrent bien imprudentes. . . .

En résumé, la bicyclette, même avec modération, doit être absolument PROSCRITE dans toutes les cardiopathies artérielles et l'aortite même lorsqu'elles sont latentes, la dilatation ou l'anévrysme de l'aorte chez les malades atteints de dyspnée toxico-alimentaire, d'angine de poitrine coronarienne ou simplement nerveuse, de cardio-sclérose ou de néphro sclérose même au début, de tachycardie essentielle paroxystique, de pouls lent permanent avec attaques syncopales, de cardiopathies valvulaires ayant déjà franchi la période d'hyposystolie, de dilatation du cœur droit consécutive à la dyspepsie ou à une affection des voies digestives, dans l'âge sénile, à toutes les périodes de la tuberculose pulmonaire.

La bicyclette doit être SURVEILLÉE dans les affections valvulaires bien compensées, et surtout lorsque les malades présentent des signes d'imperméabilité nasale. Parmi les maladies valvulaires, le rétrécissement mitral, affection dyspnéique par excellence, offre le plus souvent une contre indication à l'usage de la bicyclette. Les intermittences et les faux pas du cœur ne sont pas une contre-indication, puisque ces altérations de rythme cardiaque sont souvent indépendantes d'une lésion

quelconque de l'organe ; mais il faut faire une exception pour la forme arythmique de la cardio-sclérose.

La bicyclette pourra être CONSEILLÉE utilement aux *névropathes*, aux *anémiques* ou aux *chlorotiques*, aux sujets atteints de *goutte* ou d'*obésité*, de *diathèse urique*, de *varices* profondes des membres inférieurs, aux *dyspeptiques*, à la condition toutefois que les troubles gastriques n'aient eu aucun retentissement sur le cœur droit.

Enfin, la question du traitement de certaines affections du cœur par les exercices vélocipédiques, mêmes bien dosés et modérés, doit être réservée, et à ce point de vue je répète ce que je disais l'an dernier : De nouvelles observations sont nécessaires pour nous faire sortir d'une très prudente réserve à ce sujet.

Les considérations dans lesquelles je viens d'entrer et qui sont appuyées sur mon expérience personnelle et celle de différents auteurs, permettront, je l'espère, de résoudre plus facilement une des questions les plus délicates de la pratique médicale. Elles montrent au moins qu'il ne faut pas s'appuyer toujours sur la latence de certaines affections aortiques pour permettre de ne pas déconseiller l'usage de la bicyclette dans ces cas, et en outre du fait que j'ai observé et que j'ai cité, je veux encore à l'appui, remettre en mémoire l'observation suivante que Rendu rapportait à la Société médicale des hôpitaux (4 juin 1897) :

Un de ses confrères et amis, doué d'une excellente santé et n'ayant jamais fait de maladie sérieuse, usait de la bicyclette sans excès pendant les vacances. Il y a deux ans, en montant une rampe un peu forte, il éprouva des accidents graves caractérisés par des tendances syncopales, une anxiété épigastrique excessive, une douleur rétro-sternale persistante avec irradiations cervico-brachiales, en un mot avec les signes classiques d'une aortite aiguë. Bientôt, on constata de la dilatation de l'aorte, et le malade conserva longtemps une facilité extrême d'essoufflement et de douleur rétro-sternale par l'action de monter rapidement les étages. Sous l'influence d'un traitement prolongé par l'iodure de potassium à petites doses, tous ces symptômes, avec la dilatation aortique, ont fini par disparaître depuis quinze mois, et la bicyclette a été naturellement abandonnée.

Sans doute, dans ce cas, comme Rendu l'a fait judicieusement remarquer, on ne peut pas dire que la bicyclette a été capable de créer de toutes pièces une affection de l'aorte, mais elle l'a certainement fait évoluer rapidement, alors qu'elle était à l'état latent.

J'ai dit encore que pour les personnes âgées, le simple usage de la bicyclette est toujours un abus. J'ajoute que celle-ci doit être encore défendue à ceux qui ne parviennent jamais à "s'entraîner". En voici deux exemples que j'emprunte à M. L.-H. Petit :

Un homme de 68 ans, prenant une leçon de bicyclette dans un vélodrome, descend de sa machine, se sentant mal à l'aise après trois tours de piste, et il s'affaisse sur le sol.—Un autre homme du même âge, "aussi maladroit au bout de trois semaines qu'au premier jour", et s'essoufflant sur sa machine, finit par mourir presque subitement comme le précédent malade.

Voilà des accidents qui donnent à réfléchir, et quoiqu'on puisse encore en discuter la fréquence, je ne vois jamais sans effroi, des gens de cet âge, se livrer imprudemment, comme des jeunes gens qu'ils veulent toujours être, aux exercices vélocipédiques, sans frein ni mesure (1).—H. HUCHARD.

(1) Après la lecture de ces considérations pratiques, il faut que l'on comprenne bien: Je ne suis nullement l'ennemi de la bicyclette; au contraire, je pense que ce genre sportif peut être très utile hygiéniquement dans un grand nombre de circonstances. Mais toutes les bonnes médications ont leurs contre-indications, et celles de la bicyclette devaient être formulées plus nettement encore que je l'avais fait l'an dernier dans le *Traité de thérapeutique appliquée*.—H. H.

**Vaginisme avec orgasmes vénériens liés à la réplétion vésicale**

Par MM. Paul PETIT et VALLON

Très mince, très maigre, Madame B., 33 ans, a la physionomie d'une personne mal portante. Elle appartient à une famille où les maladies nerveuses seraient fréquentes dans la ligne maternelle. Son grand-père était atteint, depuis l'enfance, d'une atrophie de tout un côté du corps ; une cousine aujourd'hui vieille fille a depuis longtemps des attaques de nerfs qui l'ont empêchée de se marier ; une autre cousine, âgée de 18 ans, est également sujette à des crises nerveuses ; enfin, une sœur est hystérique.

Toute sa vie, Madame B., a été malade ; réglée à 14 ans, mariée en 1881 à son cousin germain, elle a eu trois grossesses qui se sont terminées avant terme : le premier enfant n'a pas survécu ; des deux autres, l'un est âgé de 9 ans, l'autre de cinq ans.

L'accouchement est extrêmement rapide, il ne dure pas plus de dix minutes, c'est comme "une crise de nerfs". Dans les deux jours qui suivent, tranchées très douloureuses.

D'après son mari, Madame B., à l'approche de ses règles a toujours été maussade, acariâtre même jusqu'à la méchanceté ; mais, depuis sa dernière grossesse, elle est encore bien plus troublée. Pendant les 5 ou 6 jours que dure la période menstruelle, elle souffre de violents maux de tête, est comme anéantie, n'a plus bien conscience de ce qu'elle fait et perd la mémoire. Dans les jours qui précèdent elle est d'une irascibilité telle qu'on ne peut lui faire la moindre observation ; elle a des colères violentes, de véritables rages. Pendant les 2 ou 3 jours qui suivent, elle est toute drôle, comme honteuse.

Dans l'intervalle des périodes menstruelles, la santé de Madame B., pour être moins mauvaise, est cependant loin d'être bonne : céphalalgie presque continuelle, étourdissements fréquents, cauchemars la nuit, gastralgie avec rejet des aliments solides, enfin troubles très particuliers du côté de la sphère génitale.

Depuis son premier accouchement, qui remonte à onze ans, Madame B., quand elle a envie d'uriner, éprouve des sensations voluptueuses très vives. Ces sensations se produisent surtout quand elle marche ; elle ressent alors une crispation qui la force à s'arrêter ou à se cramponner au bras de la personne qui l'accompagne. Les passants s'aperçoivent de son trouble et plusieurs fois il lui est arrivé, étant seule, de recevoir des propositions amoureuses. L'orgasme vénérien est suivi d'un accablement extrême. Une fois qu'elle a uriné, Madame B., peut se remettre en marche, mais quand sa vessie est pleine de nouveau, la sensation voluptueuse réapparaît. Il en est ainsi plusieurs fois dans la journée et même au lit pendant la nuit. Il y a en effet polyurie ; or c'est quand la vessie distendue par l'urine vient faire saillie sous la paroi abdominale que naît la sensation voluptueuse et celle-ci s'exagère par une pression exercée sur le bas ventre. Elle se manifeste dès que se produit le besoin d'uriner, jamais avant lui ni sans lui (le coït étant plutôt douloureux) et ne finit qu'avec lui. Le besoin durerait une heure que la sensation durerait le même temps. Pendant la grossesse elle devient presque continue.

L'imagination ne paraît jouer aucun rôle dans la production du phénomène. Étant jeune fille, Madame B. éprouvait parfois des sensations "énervantes", mais non voluptueuses. Elle n'a jamais eu d'habitudes d'onanisme, jamais de rêves érotiques.

Les sensations voluptueuses s'accompagnent d'une certaine angoisse et même en hiver, de sueurs abondantes ; par leur répétition elles amènent un état de grand épuisement, d'anémie et de surexcitation malade. Madame B., évite le plus possible d'aller en voiture ou en bateau, les mouvements de ces véhicules lui sont pénibles. Elle n'a de goût à rien, la vie lui est à charge et, souvent des idées de suicide ont hanté son cerveau.

Fait bien digne de remarque, la période menstruelle qui s'accompagne de troubles variés et intenses met fin, pour toute sa durée, aux sensations voluptueuses du côté des organes génitaux.

Souvent Madame B., est prise de besoin de sortir ; elle ne peut

rester chez elle. Ce n'est pas le désir de se procurer des sensations voluptueuses, qu'elle est loin de rechercher, mais l'impossibilité de tenir en place.

Pas traces d'érosions, de rougeurs, de lésions quelconques au niveau de la vulve.

Le toucher vaginal détermine immédiatement une contracture spasmodique qui semble porter tout à la fois sur le constricteur vulvaire et le releveur anal. Néanmoins, la douleur concomitante étant peu marquée, l'examen profond est assez facile et permet de constater, à part un léger degré d'antéversion de l'utérus, l'intégrité complète des organes génitaux internes. Rien de particulier non plus du côté du système urinaire.

La malade a été revue le 16 juin dernier par l'un de nous. Elle avait pris régulièrement 5 gr de Br. K. par jour, mais au lieu et place de douches s'était contentée d'ablutions froides. L'état général était meilleur, la malade dormait bien, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps, et elle semblait un peu moins maigre. Le coït était moins douloureux. Mais les sensations en question étaient toujours aussi fréquentes et aussi fortes.

Cette observation nous a paru digne d'intérêt, car nous n'avons trouvé d'analogie ni dans la littérature gynécologique, ni chez les auteurs qui à l'exemple de Krafft-Ebing et Moll se sont occupés de perversions sexuelles.

Le centre d'innervation de la vessie n'est pas loin du centre génital : on comprend donc que, sous l'influence de l'hyperexcitabilité de la moelle lombaire, une excitation se diffuse de l'une à l'autre. Il est cependant plus probable que, chez notre malade la confusion des deux réflexes, reconnaisse comme intermédiaire la congestion vésicale. On sait, en effet, que la distension de la vessie ne va pas sans la congestion de ses parois et que cette congestion se transmet fatalement au corps caverneux du pénis ou du clitoris, étant donné la solidarité des plexus veineux de ces organes, d'où les érections si communes, du moins chez les enfants et les vieillards du sexe masculin, alors qu'un besoin d'uriner se fait impérieusement sentir. Que le réflexe, de par le nervosisme du sujet, soit un peu plus prononcé et l'on comprend que l'orgasme puisse aller jusqu'au bout. Cette explication est, du reste, tout à fait d'accord avec l'influence que paraissent avoir eu les grossesses sur la façon d'être ou le développement de la maladie : en effet, comme nous l'avons indiqué, pendant les grossesses, les sensations voluptueuses étaient "presque continues", ce qui va bien avec la pléthore veineuse concomitante et elles semblent s'être montrées, pour la première fois, à la suite du premier accouchement, ce qui permet l'hypothèse d'un certain degré de varicocèle pelvien.

Contrairement à la grossesse, la menstruation semble détourner vers les centres psychiques toute l'irritabilité nerveuse du sujet.

Cette lamentable névrose locale est à rapprocher de la spermatorrhée neurasthénique chez l'homme, et l'on comprend qu'elle s'allie, étant donnée ses origines, au vaginisme. On comprendrait de même qu'elle s'alliât à l'irritabilité vésicale. Chez notre malade le vaginisme est très accentué, mais on ne constate pas les phénomènes propres à la vessie irritable. Les besoins fréquents d'uriner semblent relever uniquement de la polyurie et il n'y a ni dysurie, ni contracture spasmodique à la fin de la miction. Cette constatation est d'accord avec l'opinion de Zuckerkandl. Dacheux et autres, qui sans nier l'influence nerveuse à titre adjuvant, sont portés à voir les véritables causes de l'irritabilité vésicale dans une hyperhémie du bas fond dépendant d'une inflammation génitale. Or notre malade paraît indemne de ce côté.

Au point de vue thérapeutique, tout semble se résumer, chez elle, en une hyperexcitabilité de la moelle lombaire en rapport avec un certain degré de déséquilibre mental, plus une exagération de la congestion physiologique qui accompagne la réplétion vésicale. Nous espérons obtenir davantage du bromure de potassium lié à une hydrothérapie mieux conduite ; en cas d'insuccès, il y aura lieu d'essayer des

injections intravésicales d'eau azotée, de l'extrait thyroïdien, de l'électricité galvanique et statique, du massage et particulièrement des mouvements décongestionnants de la gymnastique suédoise.

— Soc. Obstét. Gynécolog. de Paris.

**De l'uro-diagnostic de la fièvre typhoïde**

Par le docteur Adrien MERCIER

Puisque la granulie, la méningite, la pneumonie et même le rhumatisme articulaire aigu peuvent offrir la symptomatologie complète de la fièvre typhoïde, il est important pour le clinicien de négliger aucun des éléments de diagnostic qui sont à sa portée. Sans doute, le séro-diagnostic a pris une importance considérable et méritée dans la différenciation des maladies à forme typhoïde, mais, comme M. Widal l'a dit lui-même au Congrès de Nancy, si dans la grande majorité des cas on peut compter sur la séro-réaction dans les premiers jours, il est des cas où cette réaction peut être retardée et même faire défaut durant tout le cours d'une dothiéntérie.

Il est donc du plus grand intérêt, dans les cas douteux, d'interroger les urines.

1° Diminution de l'urée ou tout au moins maintien de l'urée à son taux normal dans la fièvre typhoïde à son début, augmentation de l'urée dans la pneumonie, la méningite, la granulie, le rhumatisme articulaire aigu à forme typhoïde.

2° Par l'action de l'acide nitrique, apparition dans les urines des typhiques, et des typhiques seulement, des trois disques superposés : indican, albumine, acide urique sont les résultats obtenus.

Nous n'entendons pas dire que l'uro-diagnostic, pas plus que le séro-diagnostic, soit infaillible ni même constant. Il y aurait évidemment un grand intérêt à ce que tout changement dans l'urine d'un ou de plusieurs de ses principes traduisit certaines modifications de l'organisme d'une manière aussi constante qu'un changement de proportion des globules du sang traduit, par exemple, la leucémie. Il n'en est pas ainsi. L'urologie n'est qu'un instrument d'exploration. Les renseignements qu'elle donne n'ont qu'une valeur intrinsèque assez restreinte si on les envisage isolément. Il serait aussi absurde d'établir un diagnostic sur un caractère urologique isolé que de se fonder sur une modification de la température et du pouls. Mais, au contraire, si on réunit les signes urologiques à tous les autres signes, ils prennent une utilité incontestable.

En un mot, quand on hésite entre une fièvre typhoïde et une granulie, par exemple, l'urologie de ces affections n'est point assez parfaite pour que l'examen des urines puisse trancher la question ; mais cet examen, si les signes cliniques s'y prêtent, permettra de tirer des présomptions qui feront interroger plus scrupuleusement les autres symptômes et bien souvent d'éclaircir les doutes, d'éclairer complètement le diagnostic.

**Sur la néphrite aiguë Bénigne chez les enfants**

Par le docteur Louis DUPEU.

La néphrite aiguë est beaucoup plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Elle reconnaît pour causes toutes les maladies infectieuses, en particulier la scarlatine et la diphtérie. Une place importante doit être faite à l'angine et à l'amygdalite qui servent de porte d'entrée à l'infection secondaire. La fièvre ganglionnaire agit de même. Il existe également une néphrite aiguë primitive et une néphrite d'auto-intoxication. Le froid ne joue qu'un rôle secondaire.

La néphrite aiguë débute dans le décours des maladies infectieuses ; exception doit être faite pour celle qui accompagne la fièvre ganglionnaire, cette dernière survenant ordinairement en pleine période fébrile. La durée varie entre quelques jours et plusieurs semaines, quelquefois même un ou deux mois. Le plus souvent la guérison est obtenue rapidement en une quinzaine de jours.

Les symptômes sont l'albuminurie, l'œdème (bouffissure des paupières), l'oligurie, la présence de cylindres et de cellules dans l'urine,

parfois l'hématurie. L'œdème de la face est généralement un signe de début ; l'anasarque est assez rare.

Le diagnostic est facile : il peut être basé sur la rétractilité de l'albumine, sur la présence des cylindres dans l'urine. Le procédé de M.M. Achard et Castaigne pourrait être utilement appliqué dans le cas où l'albumine fait défaut, et dans les cas où elle constitue le seul symptôme.

Le traitement comprend le régime lacté, les purgatifs drastiques et les ventouses scarifiées. Les lavements froids peuvent être efficacement employés — *Gazette des Hôpitaux*.

**Traitement des tranchées utérines**

Les tranchées utérines des nouvelles accouchées sont dues la plupart du temps à des causes mécaniques, qui tiennent à une réplétion de la vessie et du rectum, à la présence dans l'utérus d'un débris placentaire, d'un caillot, etc. Quelquefois les causes en sont purement réflexes et résident dans une excitation de l'appareil génital ou mammaire. En raison de cette double étiologie, le docteur Audebert, de Bordeaux, propose (*Gaz. hebdom.* 1897, n° 44) le traitement suivant :

1° Vider la vessie (par le cathétérisme, si besoin) et le rectum (par un lavement évacuateur).

- 2° Laudanum..... XV gouttes
- Eau bouillie..... 40 grammes

pour un lavement à garder.

Ou bien :

- Antipyrine ..... 3 grammes
- Sirop de bromure de potassium..... 30 —
- Hydrolat de feuilles d'oranger..... 60 —

à prendre par cuillerées à soupe, une toutes les trois heures.

Ou bien :

- Extrait fluide de viburnum prunifolium } à 15 grammes
- d'hydrastis canadensis }

20 gouttes toutes les deux heures dans une boisson chaude.

5° Pratiquer l'expression utérine dans l'intervalle des coliques.

4° Injections vaginales à 45°.

5° Si ces deux derniers moyens n'amènent pas la déplétion de l'utérus, faire des injections utérines à basse pression et avec prudence, mais en dernier ressort seulement.

**FORMULAIRE**

**Remède contre les plaies occasionnées par l'usage de mauvaises chaussures**

- Savon de potasse du commerce..... 52 parties
- Eau..... 27 —
- Vaseline..... 15 —
- Oxyde de zinc..... 6 —
- Essence de lavande..... q. s.

Pour un liniment, pouvant être utilisé également contre l'hyperhydrose des pieds.

**Contre le pityriasis versicolor**

- Alcoolat de lavande..... 120 grammes
- Sublimé..... 1 "
- Huile de lavande..... 4 "
- Savon-vert..... 80 "

Cette friction, d'odeur agréable, appliquée sur la peau, sans l'esuyer, fait disparaître rapidement les plaques de pityriasis. On prend un grand bain trois jours après la lotion.

**Injections sous-cutanées contre les affections rhumatismales**  
— (BOZZOLO)

- Salol..... 1 gramme
- Chloroforme..... 1 —
- Huile d'amandes stérilisée..... 8 —

Deux à quatre seringues de Pravaz par jour. (*Gaz. hebdom.*)

**Cachets digestifs et stimulants**

Poudre de fèves de Saint-Ignace.	3 centigrammes
Pepsine extractive.....	30 —
Maltine.....	10 —
Poudre récente de noix de kola.	20 —

Pour un cachet.

Un cachet au milieu du déjeuner et du dîner. (*Gaz Hep.*)

**Liniment révulsif contre le lumbago**

Baume de Fioraventi.....	20 grammes
Alcool camphré.....	10 —
Laudanum de Roussau.....	10 —
Essence de térbentine.....	2 —
Chloroforme.....	5 —

M. s. a.—Usage externe. (*Gaz hebdom.*)

**BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE****Comité de Législation**

Le Comité de Législation s'est réuni, les 4 et 5 août 1897, à l'École de Médecine de l'Université Laval, à Québec, Étaient présents, M. le Dr L.-J.-A. Simard, Président; l'Hon. Dr D. Marciil, M. C. L. Vice-Président; Drs Rinfret, M. P., Bissonnette, M. P., P. Beausoleil, Gauthier, Parke et Belleau, Secrétaire.

Le Comité a l'honneur de faire rapport, comme suit, et recommande :

1° La nomination d'un conseil de discipline professionnelle, composé de quatre gouverneurs élus par le Bureau, et du Président, qui sera *ex-officio* Président de ce Conseil;

2° Les devoirs du Conseil seront d'entendre les plaintes qui pourront être portées contre tout membre du Collège, de faire les enquêtes qu'il jugera nécessaires, et de donner sa décision en conformité avec le code d'étiquette, adopté par le Collège des Médecins et des Chirurgiens, le 25 septembre 1878;

3° De prononcer, suivant la gravité des cas : 1° la censure; 2° la privation de toute charge et même du droit de voter pour un terme discrétionnaire, n'excédant pas six ans; 3° la privation pour un temps déterminé du droit d'exercer la profession de médecin; 4° le Conseil de discipline aura le droit de condamner l'une ou l'autre partie aux frais ou de les diviser; 5° il pourra y avoir appel de la décision au Bureau de Médecine.

4° Le tarif suivant a été adopté après légères modifications :

Visite de 8 heures a. m. à 9 heures p. m., n'excédant pas 2 milles \$	1 00
“ 9 heures p. m. à 8 heures a. m.....	2 00
Chaque mille additionnel de jour.....	0 50
“ “ nuit.....	1 00
Détention pendant le jour.....	10 00
“ “ la nuit.....	12 00
Consultation au bureau d'ordonnance, le jour.....	1 00
“ “ “ la nuit.....	2 00
“ avec confrère, le jour.....	5 00
“ “ la nuit.....	10 00
“ par correspondance avec un confrère.....	5 00
Certificat de santé ordinaire, après examen.....	5 00
“ avec rapport sur les détails de la maladie et de la mort	5 00
Examen <i>post mortem</i> externe.....	5 00
“ “ avec autopsie.....	15 00
Accouchement ordinaire.....	5 00
“ avec version.....	10 00
“ forceps.....	10 00
“ compliqué de rétention prolongée du placenta—	
Extraction du placenta.....	10 00
Fausse couche.....	5 00
Accouchement gémeaire.....	10 00
Cathétérisme, cas ordinaire.....	3 00
Cathétérismes subséquents.....	1 00

Vaccination.....	1 00
Vénésection.....	1 00
Extraction de dents.....	0 50
Injection hypodermique.....	1 00
Introduction de la pompe stomacale.....	5 00
Application de ventouses, sangsues.....	1 00
Thermocautère.....	5 00
Anesthésie générale.....	5 00
Réduction de fracture de la cuisse.....	25 00
“ “ jambe ou du bras.....	20 00
Dislocation de la hanche.....	\$30 à 50
“ “ jambe ou du bras.....	25 00
Fracture de côte.....	5 00
Fracture de la rotule.....	20 00
Dislocation du maxillaire.....	5 00
Autres fractures et dislocations.....	\$5 à 20
Amputation de la cuisse.....	40 00
“ “ jambe ou bras.....	30 00
Disarticulation de la hanche.....	100 00
Hernie étranglée, réduction de.....	10 00
“ opération.....	50 00
Cure radicale des hernies.....	100 00
Trachéotomie.....	25 00
Ablation du sein.....	\$25 à 50
Amygdalotomie.....	10 00
Amputation des doigts ou d'orteils.....	5 00
Pour toutes autres opérations, l'honoraire sera basé sur l'échelle précédente, selon leur importance et gravité.	

**MÉDICAMENTS**

Potion médicinale.....	50c. à \$1
Poudres, pilules, pastilles, selon le nombre.....	20c. à \$1
Lotions, liniments, etc, selon la quantité.....	50c. à \$1
Et autres médicaments dont le prix sera dans des proportions basées sur l'échelle précédente.	

5° Le Comité recommande les modifications suivantes au sujet de l'exercice de la médecine :

Au lieu des trois premiers alinéas de l'article 3998 ; 1° Est considérée comme pratiquant illégalement la médecine, toute personne dont le nom n'apparaît pas au registre médical de la province de Québec, et qui se permet de donner des drogues, et de faire des opérations chirurgicales ou obstétricales quelconques, soit à domicile, soit ailleurs, soit seule ou en compagnie de médecins et chirurgiens.

Toute telle personne sera passible d'une amende de cinquante piastres pour la première conviction et de cinquante piastres de plus pour chaque conviction subséquente ; 2° Toute personne qui illégalement annonce soit par la voix des journaux, soit par circulaire imprimée ou écrite à la main, soit par carte ou enseigne, faisant croire qu'elle est qualifiée à pratiquer la médecine, est passible de la même pénalité pour chaque offense ; 3° Votre Comité recommande la modification suivante dans le mode de recouvrement des pénalités : la poursuite pourra être prise non seulement devant une cour de circuit du comté ou du district dans lequel l'offense a été commise, mais aussi devant un juge de paix du même district ou comté.

Toute personne trouvée coupable sous cet acte et qui donnera avis qu'elle en appellera de la décision de la cour, devra donner des sécurités suffisantes pour le montant de la pénalité et des frais, ainsi que ceux en appel.

6° Votre Comité recommande de retrancher de l'Acte Médical la partie suivante de l'article 3987 : “ Rien dans le présent article, etc., etc.” ou d'ajouter au même article, dans le cas d'insuccès : “ Tel certificat n'aura de valeur que dans les localités où il est impossible de se procurer facilement les services d'un médecin, et à moins qu'un double de ce certificat ait été transmis au registraire pour enregistrement.”

Québec, 5 août 1897.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Considérations sur les affections syphilitiques de l'œil

Travail lu, devant la section d'Ophthalmologie B. M. A. (Montréal 1897), par M. le Dr JULES JEHIN PRUME. — Ex-chef de Clinique du Dr Abadie (de Paris). — Oculiste. Adjoint à l'Hôpital Notre-Dame. — Oculiste à la Polyclinique de l'Hôpital Général des Soeurs Grises. — Secrétaire du Département d'Ophthalmologie, British Medical Association, Montréal, 1897. — Membre de la Société Française d'Ophthalmologie de Paris.

(Suite)

## OBSERVATIONS

OBSERVATION I.—M. B. H., garçon de recette dans une banque de Paris, âgé de 33 ans. Est venu nous consulter dans le courant du mois d'octobre 1894, pour une paralysie complète de la troisième paire, côté gauche.

Le malade nous donne sur ses antécédants les indications les plus précises.

C'est en 1882, que pour la première fois il ressentit les manifestations de la syphilis. Il s'en fut consulter son médecin ordinaire qui lui prescrivit des pilules de Ricord et de l'iodure de potassium.

Le malade suivit le cours classique de la maladie, chancre, roséole, plaques muqueuses, chutes des cheveux, ophalées nocturnes, etc., etc. Au bout de six mois de ce traitement le malade voyant disparaître tous les symptômes de l'affection, cessa de se soigner.

En 1884, deux ans plus tard, il eut une paralysie de la troisième paire, cette fois du côté droit. Il fut traité par l'iodure et les frictions et opéré de strabisme avec de très bons résultats.

En 1894, dix ans plus tard, dans le courant du mois d'août, il ressentit des troubles de l'œil gauche, strabisme, ptosis. Il recommença l'iodure et les frictions, mais sans résultat. C'est alors qu'il vint à la clinique du Dr Abadie.

Son état général laisse fort à désirer. Il est toujours fatigué, douleurs fulgurantes dans les jambes, d'une intensité telle qu'il ne peut dormir durant la nuit.

TRAITEMENT.—Injections intra-veineuses, une tous les deux jours. Iodure de potassium, électrisation péri-orbitaire.

Après six injections l'état général est sensiblement amélioré, plus de lassitude, il est beaucoup plus fort, moins de douleurs dans les jambes et il peut dormir la nuit.

Après la dixième injections plus de douleurs fulgurantes.

Après la douzième, le ptosis commence à diminuer.

Après la vingtième il n'existe plus de ptosis, mais le strabisme, quoique considérablement diminué, existe toujours.

Premier repos de quinze jours.

Il nous revient état généralement bon, mais le ptosis est légèrement revenu.

Après la deuxième série plus de ptosis, presque plus de strabisme.

Nouveau repos, nouvelle série, après soixante-quatre injections intra-veineuses son état local et général est superbe. Les injections n'ont jamais produit chez ce malade le moindre trouble.

OBSERVATION II.—M. E. V., âgé de 40 ans, employé de l'Etat, département des postes, vint nous consulter le 2 mai 1893.

Diagnostic : Irido-choroïdite syphilitique.

C'est vers le mois de juillet 1883 que le malade eut les premiers symptômes de la syphilis. Son médecin lui prescrivit des pilules de protoiodure et de l'iodure de potassium. La période secondaire fut chez lui presque nulle, roséole à peine apparente, presque pas, ou pas de chute de cheveux. Absolument rien du côté de la bouche, ni du pharynx, pas de céphalées nocturnes.

Deux ans plus tard, en 1885, vers le milieu du mois d'août, il fut atteint d'une double iritis, suivie, à quelques jours d'intervalles, d'un violent rhumatisme. On lui donna des frictions d'onguent napolitain sur le front et les tempes, à l'intérieur, de l'iodure de potassium et du

salicylate de soude. Après quelques jours de traitement, tous les phénomènes disparurent, mais en laissant l'œil gauche très faible.

Le 15 juillet 1890, il était de nouveau atteint d'une violente poussée de rhumatisme, et le 2 août, nouvelle attaque d'iritis sur les deux yeux. Même traitement que précédemment, guérison, mais l'œil gauche est encore diminué.

Le 25 novembre 1892, nouvelle attaque de rhumatisme suivie d'iritis, même traitement. L'œil gauche est entièrement perdu, l'œil droit est fortement diminué.

Le 2 mai 1893, poussée d'iritis et de rhumatisme, le malade vint consulter le Dr. Abadie, qui lui ordonna des injections sous-cutanées de cyanure d'hydrargyre. Après soixante-treize de ces injections, il peut lire de l'œil droit mais ne voit rien du gauche.

Ayant été obligé de s'absenter et par ce fait de discontinuer le traitement, il nous revient en novembre 1894, complètement aveugle avec nouvelle attaque d'iritis et de rhumatisme.

On procéda alors aux injections intra-veineuses : Après trois séries d'injections, il peut se conduire. Le 1er mai 1895 on pratiqua une iridectomie de l'œil droit, et cela lui permet de se livrer à certains travaux.

Il vient généralement à la clinique une fois par semaine. Son état général est très bon, il n'a jamais souffert des injections intra-veineuses.

OBSERVATION III.—M. Jacques T., peintre en bâtiments, âgé de 30 ans, constate le 20 mars 1894, que sa vue très bonne jusque-là, baisse très fortement. Croyant que cet état n'était dû qu'à la fatigue due à son état, il ne s'en préoccupa guère, et se contenta de se reposer pendant quelques jours et de porter des conserves en travaillant. Comme l'affection au lieu de diminuer ne faisait que croître, très inquiet il s'en fut consulter un spécialiste qui lui fit une série d'injections sous-cutanées de strychnine et lui prescrivit de l'iodure de potassium. Cette médication n'ayant donné aucun résultat, le patient de plus en plus désespéré, s'en vint nous consulter.

Diagnostic : Chorio-rétinite syphilitique avec retentissement sur le nerf optique.

Acuité Visuelle :

3 avril 1895 (Echelle de Wecker)

O. D. V. — N. D. à 1 mètre 50

O. G. V. — N. D. à 1 mètre 50

Après 16 injections intra-veineuses :

13 mai 1895 :

O. B. V. — N. D. à 1 mètre 75

O. G. V. — N. D. à 2 mètres :

8 juillet 1895.

O. D. V. — N. D. à 2 mètres

O. G. V. — N. D. à 2 mètres 50

Etat général excellent, le malade va de mieux en mieux.

OBSERVATION IV.—M. G., employé de commerce, âgé de 32 ans, vient le 20 octobre 1892, consulter pour une double chorio-rétinite, avec retentissement sur le nerf optique de l'œil gauche.

C'est en Algérie, où il faisait son service militaire, que le malade nous avoue avoir contracté la syphilis. Il fut soigné par le major de son régiment qui lui fit suivre le traitement classique. Il passa successivement par les deux premières périodes de l'affection.

En 1885, lors de son retour en France, voyant que sa vue s'affaiblissait il s'en fut consulter un spécialiste qui lui prescrivit, électrisation péri-orbitaire, et Bromure de Strontium. Le malade suivit le traitement sans résultat jusqu'en 1892. Découragé, il vint à notre clinique.

20 octobre 1892 :

O. D. V. — 1-6 à 5 mètres.

O. G. V. — à peine l'ombre de la main.

L'état général du patient est mauvais, rhumatisme, il est faible douleurs la nuit dans les jambes.

TRAITEMENT : Injections sous-conjonctivales de sublimé (1 p. 100). Iodure de Potassium, salicylate de Soude, électricité.

8 novembre 1892 :

O. D. V. — 1-6 à 5 mètres.

O. G. V. — rien.

On continue le même traitement.

29 décembre 1892.

O. D. V. — 1-6 à 5 mètres.

O. G. V. — rien.

Voyant que l'on n'obtenait aucun résultat après 72 injections sous-conjonctivales, on eut recours aux injections sous-cutanées de peptonate d'hydrargyre (1 p. 100). Dose 1 centigr.

27 janvier 1894.

O. D. V. — 1-5

O. G. V. — Distingue un peu la main.

Après cent trente injections.

O. D. V. — 1-5

O. G. V. — Ombre de la main.

Injections intra-veineuses.

27 février 1895.

O. D. V. — 1-2

O. G. V. — Compte les doigts à 20 centim

8 Avril 1895.

O. D. V. — 2-3

O. G. V. — Compte les doigts à 50 centim.

Etat général excellent.

OBSERVATION V. Madame E. G., femme de chambre, âgée de 28 ans, vient le 2 janvier 1895, consulter pour des troubles de la vision d'une intensité telle qu'il ne lui est plus possible de se conduire seule.

L'examen ophtalmoscopique révèle une double névrite optique.

Adroitement interrogée sur ses antécédants, la malade nous donne les renseignements suivants :

Le 24 août 1894, elle accoucha d'un enfant mort-né de huit mois, peu de temps après, elle fut prise d'une très forte éruption cutanée avec céphalées nocturnes et chute des cheveux.

Dans les premiers jours du mois de novembre elle s'aperçut que sa vue diminuait et peu de temps après elle devenait complètement aveugle.

On institue chez elle le traitement mixte, iodure de potassium et frictions mercurielles. Après quinze jours du traitement, une gingivite très forte l'oblige à suspendre le traitement, sans avoir cependant obtenu le moindre résultat du côté des yeux.

Après un repos de quelques jours, nous mettons la malade aux injections intra-veineuses.

15 mai 1895 :

O. D. V. — 1-2 } à 5 m.  
O. G. V. — 1-2 }

La malade eut en tout soixante injections intra-veineuses sans avoir éprouvé le moindre malaise.

OBSERVATION VI. Melle Marthe Le P., comptable, âgée de 19 ans, vint consulter le 9 mai 1895, se plaignant que sa vue baisse de jour en jour et qu'il ne lui est presque possible de se livrer à aucun travail. Lorsqu'elle veut écrire elle voit une foule de mouches courant sur son papier, cela lui procurant une obsession telle, que sa santé générale en souffre énormément. D'une apparence robuste, elle a cependant de fréquents accès de faiblesse, des maux de tête, des étourdissements. Elle n'a jamais été vraiment malade, ni frères ni sœurs, tous morts en très bas âge. Son père est tabétique et en plus est atteint de la manie des persécutions.

La jeune fille ne présente comme signes de spécificité, qu'un type des plus parfaits de dents dites d'Hutchinson.

DIAGNOSTIC : Chorio-rétinite avec trouble du corps vitré, d'origine syphilitique héréditaire.

C'est en 1893, qu'inquiète sur l'état déplorable de sa vue, elle consulta un spécialiste qui lui fit faire des frictions mercurielles pen-

dant quinze mois et iodure de potassium sans le moindre résultat que des stomatites.

Le Dr Abadie, lui fit faire des injections intra-veineuses. Après les dixièmes elle pouvait reprendre son travail. Malheureusement son système vasculaire était fort peu développé, nous fûmes obligés de suspendre les injections intra-veineuses. Depuis lors l'amélioration s'est maintenue, grâce à des injections sous-cutanées de cyanure d'hydrargyre, mais aucun progrès ne s'est réalisé avec ces dernières.

OBSERVATION VII.— Melle Eliza G., femme de chambre, âgée de 24 ans, vers le 5 janvier 1895, commença à s'apercevoir que sa vue baissait considérablement. Ce n'est que trois mois plus tard, c'est-à-dire le 23 avril qu'elle vint à notre clinique, décidée de tout faire pour sauver ce qu'il y avait de vision.

DIAGNOSTIC.— Atrophie des nerfs optiques,..... d'origine.... la malade a un bon aspect général, son père, sa mère, ses frères sont tous bien, mais elle a eu il y a quelques mois, une légère éruption cutanée, avec maux dans la bouche et dans la gorge, céphalées nocturnes, chute des cheveux.

TRAITEMENT.— Electricité, iodure de potassium, injection sous-cutanées de strychnine, injections intra-veineuses de cyanure d'hydrargyre.

Le jour de son entrée à la clinique :

O. D. V. — 1-2

O. G. V. — 1-2

Après première série d'injections :

O. D. V. — 1-2

O. G. V. — 1-2

Après six mois de traitement :

O. D. V. — 2-3

O. G. V. — 2-3

L'état général est parfait.

OBSERVATION VII.— M. L., employé de commerce, âgé de 47 ans, s'aperçut subitement, vers le milieu de l'été de 1888 qu'il devenait aveugle. Fort inquiet, il s'en fut consulter un spécialiste qui porta le diagnostic d'atrophie des nerfs optiques et qui lui donna comme traitement des injections sous-cutanées de strychnine et de l'électrisation péri-orbitaire.

Au bout de trois mois, voyant que sa vision, au lieu de progresser, diminuait de jour en jour, il abandonna son médecin et s'en fut trouver un autre, que lui prescrivit le même traitement en y ajoutant toutefois de l'iodure de potassium.

Après avoir suivi sans aucun résultat ce traitement, il s'en fut trouver un troisième oculiste qui lui fit continuer le second traitement, mais en y ajoutant des frictions avec de l'onguent napolitain.

Le 13 octobre 1893, il venait s'enregistrer à la clinique.

DIAGNOSTIC.— Chorio-rétinite spécifique.

TRAITEMENT.— Injections sous-conjonctivales, 16 sans résultat.

Injections sous-cutanées, 130 sans résultat.

Injections intra-veineuses. — Voici les résultats obtenus par chacune des méthodes, depuis l'arrivée du malade.

13 octobre, 1893 :

O. D. V. — 1-10

O. G. V. — 1-8

Après les injections sous-conjonctivales :

4 novembre 1893 :

O. D. V. — 1-10

O. G. V. — 1-8

Après les injections sous-cutanées :

O. D. V. — 1-8

O. G. V. — 1-8

Après trente-trois injections intra-veineuses :

30 mai 1895 :

O. D. V. — 1-6

O. G. V. — 1-4

Etat général superbe.

OBSERVATION IX — Michel I. . . , 38 ans, bijoutier, vient nous consulter le 28 septembre 1895.

Atrophie double des nerfs optiques d'origine syphilitique. Le malade nous avoue avoir contracté cette affection il y a une dizaine d'années. Etat général mauvais, fortes douleurs dans les reins, dans les jambes, ces douleurs sont d'une intensité telle, qu'il lui est quelque fois impossible de dormir.

Après dix injections intra-veineuses, l'acuité avait passé de 28 septembre 1895 :

O. D. V. — Compte les doigts à 25 centimètres

O. G. V. — 1.6 à 5 m. (échelle de Wecker)

à

O. D. V. — Compte les doigts à 1 mètre

O. G. V. — 1.4 à 5 mètres

Etat général excellent, plus de douleur, le malade est très satisfait.

OBSERVATION X — Emile B. . . , âgé de 16 ans, laitier, vient à la clinique le 27 février 1895, pour un ptosis complet de l'œil droit. Paralyse de la troisième paire.

Pas d'antécédents personnels, mais le père qui l'accompagne nous fait confidentiellement l'aveu qu'il a contracté la syphilis peu de temps avant son mariage.

Le 15 septembre 1894, le jeune malade s'en fut consulter un médecin qui lui prescrivit de l'iodure de potassium et des frictions à l'onguent napolitain ; mais sans aucun résultat.

Nous le mettons aux injections intra-veineuses et iodure de potassium à l'intérieur, électricité péri-orbitaire.

Après 33 injections intra-veineuses, plus de ptosis.

Le malade est très bien, est revenu nous voir trois mois après le traitement et l'amélioration a parfaitement persisté.

OBSERVATION XI — M. Jean G. . . , cuisinier, âgé de 51 ans, résidant à Nice, (France), vient consulter le 26 septembre 1895.

Depuis 14 mois sa vue baisse à un tel point, qu'il ne peut plus lire et reconnaît difficilement quelqu'un dans la rue.

DIAGNOSTIC — Atrophie double des nerfs optiques d'origine syphilitique.

Le malade avouant avoir contracté cette maladie il y a trente-cinq ans, (à l'âge de 16 ans !)

Acuité visuelle :

O. D. V. — 1-20

O. G. V. — 1-20

Après six injections intra-veineuses.

O. D. V. — 1-10

O. G. V. — 1-10

Le malade obligé de s'en retourner à Nice, part avec une lettre pour son médecin qui continua le traitement.

OBSERVATION XII — Eliza G. . . , cuisinière, âgée de 29 ans, habitant Paris, vient nous consulter le 24 juin 1894, pour une double irido-choroïdite d'origine syphilitique. La maladie est en pleine période secondaire, elle perd ses cheveux, plaques muqueuses de la bouche et vastes syphilides de la peau.

Injections intra-veineuses. Après dix injections les cheveux ne tombent plus ; la bouche est guérie. Après dix-huit injections la peau ne présente plus trace de syphilides. Après vingt injections les yeux sont très bien. La malade a suivi les trois séries réglementaires d'injections et n'a jamais éprouvé aucun symptôme fâcheux pouvant être attribué aux injections intra-veineuses.

Chacun de ces malades ont été étudiés avec soin, et présentent croyons-nous des preuves suffisantes de l'efficacité de la méthode. Nous ne voulons pas dire que les injections intra-veineuses soient une panacée, non, mais nous les croyons aptes à rendre de grands services dans la thérapeutique syphilographique tant générale que spéciale.

Les avantages réels des injections intra-veineuses, sont : une action rapide, sûre, des résultats des plus significatifs chez les malades

où tous les autres traitements mercuriels n'avaient obtenu que des résultats vagues ou encore occasionné des troubles fâcheux.

Le Dr Gorl de Munich, qui pratique journellement des injections intra-veineuses de sels hydrargyriques, écrivait dans *Munchener medicin Wocheuschrift* (1895 No 20 page 465) :

I — Les injections intra-veineuses sont indolores.

II — La quantité de mercure injectée est minime et rigoureusement dosée.

III — La guérison des manifestations syphilitiques est obtenue très rapidement.

IV — Les injections sont absolument inoffensives (du moins à en juger par les faits connus jusqu'à ce jour).

V — Le traitement n'attire pas l'attention et il n'oblige pas les malades à interrompre leurs occupations.

#### ON PRÉTEND QUE LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES SONT DANGEREUSES.

Le Dr M. L. Desguin ; (publié dans les *Annales et bulletins de la Société de médecine d'Anvers*) (février 1895) ; a obtenu des résultats excellents en faisant des injections intra-veineuses de sublimé dans la septicopyhémie. Sur quatre malades condamnés il en a sauvé trois. Aucune des injections ont amené chez les malades aucun trouble ni local, ni général.

Le Dr Racelli, a préconisé les injections intra-veineuses ; il pratique journellement de ces injections et prétend ne jamais avoir eu d'accidents.

Le Dr Charles Abadie a préconisé la méthode en France.

Le Dr Kezmaraky a obtenu de très beaux succès en faisant des injections intra-veineuses dans des cas de septicémie puerpérale grave, (inject. de sublimé).

Le Dr Dinkler, de Berlin ; La rapidité d'action du médicament injecté par la méthode intra-veineuse l'explique, quand on considère qu'avec ce mode d'introduction, le sel de mercure se trouve immédiatement dans le sang.

En plus, le Dr Drinkler souscrit à ce qu'à dit le Dr Racelli, lorsqu'il attribue un des principaux avantages du traitement intra-veineux, à l'action énergique exercée par la substance médicamenteuse sur la paroi des vaisseaux.

Le Dr Barier, de Paris, n'a jamais eu le moindre accident avec les injections intra-veineuses.

Le Dr Du Castel, de Paris, médecin à l'hôpital St-Louis, publie dans le volume VI du *Traité de Thérapeutique appliqué* du Professeur Albert Robin :

Injections mercurielles intra-veineuses : Le Professeur Guido Bacelli a recommandé les injections intra-veineuses de sublimé, Abadie s'est fait le défenseur de cette méthode ; il en a surtout constaté la puissance contre les affections des yeux et le système nerveux ; le sel mercuriel employé par ce savant observateur est le cyanure d'hydrargyre, à la dose de 1 centigramme tous les deux jours ; jamais il n'y a eu d'accidents, à la condition de s'entourer de toutes les précautions d'une antisepsie rigoureuse.

Le Dr Julien a pratiqué de nombreuses injections intra-veineuses sans accidents (*Société Syphilographique de Paris* 1897).

Le Dr Beaudoin : Affirme que les chirurgiens font aujourd'hui, très fréquemment les lavages du sang, par injections intra-veineuses, sans observer d'accidents (*La Semaine Médicale* (Paris) 1897, No 22, page 186).

En somme, que rapprochet-on à la méthode intra-veineuse ?

Ce sont les dangers pouvant survenir tôt ou tard :

Quels sont ces dangers ?

Les corps étrangers.

Les bulles d'air.

Ces deux objections ne tiennent plus debout, avec l'emploi d'une seringue convenable et d'un liquide bien préparé.

Les thromboses.

Les embolies.

Voici certes deux observations plus sérieuses et qui prêtent à de nombreuses considérations, mais la médecine étant avant tout une science d'observation, ce sont les observations qui donneront raison ou tort à ces deux objections.

Il est vrai que nous produisons une blessure locale d'un vaisseau pouvant donner lieu à une inflammation plus ou moins vive. Mais avec toutes les précautions antiseptiques employées de nos jours, et que nous avons largement décrites, pouvons-nous hésiter un instant ?

Pouvons-nous hésiter un instant, pour des objections peu prouvées, (les observations sont là) à ne pas donner à un malade une application thérapeutique qui peut le sauver.

Nous le répétons, avec notre révérend maître le Dr Abadie :

Les injections intra-veineuses ne sont pas une panacée, mais sont certainement appelées à rendre en thérapeutique syphilitique de très grands services. On a déjà de nombreuses preuves, il ne reste qu'à poursuivre nos travaux.

### CONCLUSIONS

Les injections intra-veineuses ne doivent être faites que dans les cas graves de syphilis où l'on désire avoir un résultat immédiat.

Lorsque les autres traitements mercuriels n'ont pas donné, ou fort peu, de résultats.

Lorsque les autres modes d'applications du mercure ne sont pas acceptés par les malades.

### REPRODUCTION

**Influences exercées par les états pathologiques des générateurs sur la constitution des descendants (1).**

Par M. A. Charrin.

Depuis quatre ans j'ai pu observer un certain nombre d'enfants issus de mères atteintes, pendant les derniers mois de leur grossesse, de différentes infections : syphilis, rhumatisme articulaire aigu, diphtérie, influenza, oreillons, phlegmon, érysipèle, pneumonie, pleurésie, tuberculose, etc.

J'ai vu très rarement, chez le nouveau-né, se développer la maladie même dont la mère était affectée, mais j'ai constaté souvent des lésions ou des troubles fonctionnels différents de la maladie maternelle mais causée par cette maladie.

J'ai enregistré un cas de syphilis rapidement mortelle, caractérisé par des ulcérations cutanées, de la sclérose du foie, des décollements épiphysaires, etc. Ce qui était particulièrement digne de remarque, c'était l'intensité, l'étendue des dégénérescences muqueuse et fibreuse du placenta. L'altération du filtre placentaire avait-elle facilité le passage de l'agent pathogène ?

J'ai vu, d'autre part, une femme souffrant d'arthropathies multiples, mobiles, fébriles, qui furent modifiées par le salicylate de soude ; elle donna naissance à un garçon qui avait également des gonflements péri-articulaires au niveau des deux articulations tibio-tarsiennes ; l'administration d'un peu d'antipyrine les améliora. La mère et l'enfant ont guéri.

Pour les autres infections, je n'ai jamais constaté l'hérédité directe.

Tantôt les rejetons sont nés à terme avec toutes les apparences de la santé ; tantôt il y a eu avortement, mort prématurée ; enfin, j'ai réussi à déceler des anomalies avec une fréquence plus grande, au moins dans mes cas, que chez les enfants issus de parents normaux.

D'une manière générale, quand ces enfants de femmes infectées naissent à terme, leur poids est inférieur au poids moyen des rejetons

de mères parfaitement saines ; les difformités, les malformations sont chez eux moins exceptionnelles : becs-de-lièvre, pieds-bots et autres anomalies qui rappellent ces monstruosité que M. Gley et moi avons obtenues expérimentalement chez les animaux intoxiqués par les produits microbiens.

La croissance s'opère moins régulièrement, mais promptement : au lieu des augmentations quotidiennes de 25 à 30 grammes, on constate que l'accroissement du poids ne dépasse pas 20 grammes et que, même, il peut être nul.

Les enfants libres de toute hérédité morbide, placés dans un calorimètre spécial du professeur d'Arsonval, rayonnent environ 8 à 9 Cal., en un temps qui varie de quarante à soixante minutes ; introduits dans ce même calorimètre, les rejetons de mères infectées habituellement ne dégagent, dans le même temps, que 7, 6, 4 Cal.

Les urines de ces enfants sont ordinairement plus toxiques que celles des nouveau-nés normaux.

Injectées dans les veines du lapin, aux doses considérables de 100 à 180 grammes par kilogramme, les urines des sujets nés de parents sains produisent parfois la mort ; l'animal qui n'a pas été tué sur le coup survit définitivement.

Les urines des nourrissons nés de parents malades, fréquemment moins pauvres en urée et en matières colorantes, provoquent parfois la mort immédiate quand on les injecte dans les veines du lapin à une dose voisine de 90 grammes par kilogramme ; et, si l'animal ne succombe pas immédiatement, sa survie est, dans nombre de cas, limitée : il meurt au bout de quelque temps.

Ces données relatives au poids, à la croissance, au rayonnement, à la toxicité, à la composition des urines, varient avec l'âge, avec les semaines ; les enfants choisis avaient, le plus souvent, de un à six mois pour établir ces comparaisons, il convient de tenir compte de ce facteur.

Quant à l'alimentation, elle a uniquement consisté en lait de femme ou en lait stérilisé ; les enfants normaux, les témoins pour ainsi dire, de nos expériences, ont été pris fréquemment parmi les fils ou les filles des nourrices qui allaitaient en même temps et leur enfant et les nouveau-nés issus des femmes malades ; la qualité des aliments a donc été identique. Les doses ingérées ont oscillé entre 600 grammes et 800 grammes, le défaut de croissance tenant souvent, du moins en apparence, non à l'insuffisance de cette alimentation, mais à des métamorphoses digestives imparfaites, à une absorption incomplète ; il existe, à ce point de vue, plusieurs types de mauvaise nutrition.

À ces troubles, soit physiques, soit fonctionnels, permettant de distinguer les organismes marqués héréditairement, il convient d'en ajouter d'autres, de nature anatomique.

Quand ces sujets anormaux succombent, il n'est pas exceptionnel de ne découvrir aucune altération viscérale ; par contre, j'ai réussi à déceler de la congestion des reins, un écartement excessif des travées du foie, une infiltration du parenchyme hépatique par de la graisse, etc. ces enfants n'ayant jamais pris que du lait, élément qui n'a passé, à aucune époque, pour un générateur de pareilles détériorations, aucune cause acquise ne semble être intervenue ; il est donc nécessaire, à moins d'admettre un agent mystérieux, de remonter aux parents : la mère seule était soumise à notre observation.

Par quels procédés l'influence maternelle parvient-elle à réaliser ces désordres ? Pour répondre à cette question, on est contraint de quitter le terrain solide des faits acquis pour risquer quelques hypothèses. — Il est permis de supposer que ces dégénérescences sont dues aux toxines, dont l'existence, à la fin de la grossesse, résulte de l'évolution même du mal ; l'expérimentation proclame à la fois leur passage au travers du placenta, leurs aptitudes à créer de semblables lésions. — Il se peut aussi que ces principes aient altéré les cellules maternelles, les cellules de la génération comme les autres ; or, les tissus des nourrissons que nous avons étudiés dérivent de ces cellules débilisées, et des éléments aussi affaiblis sont impuissants à engendrer des parenchy-

(1) Communication à l'Académie des Sciences. de Paris.

mes résistants ; voilà pourquoi ces parenchymes ont évolué dans un sens pathologique, surtout au niveau des zones où, dans le foie précisément, l'activité vitale a exigé des efforts. — La toxicité urinaire augmentée prouve, d'ailleurs, que les plasmas, chez ces enfants à ascendants contaminés, contiennent plus de poisons que les humeurs des autres ; ces poisons, en outre, même lorsqu'ils dérivent des cellules de l'économie (acides urique, lactique, urates, etc.), peuvent engendrer des lésions de tissus, abaisser la résistance aux parasites de l'infection, et dès lors, on trouve dans ces données qui, à l'exemple des autres explications, ne manquent pas de bases positives, de nouveaux motifs propres à révéler la genèse des anomalies constatées.

Quoi qu'il en soit, ces recherches (la syphilis, peut-être quelques autres virus mis à part) tendent à établir que l'hérédité directe est chose rare, sans doute parce que, dans nombre de cas, le placenta plus épargné que dans la vérole retient mieux les germes, sans doute aussi pour d'autres raisons : résistance du fœtus, état bactéricide de ses humeurs vis-à-vis de certains microbes.

Ces recherches tendent, en outre, à substituer, aux mots vagues de conditions du terrain, des données précises, montrant que si les agents pathogènes évoluent plus volontiers dans des organismes déterminés, c'est qu'en partie par voie d'hérédité ces organismes ne ressemblent pas aux organismes qui procèdent d'ascendants indemnes de toute tare. — L'infection au premier rang, à côté d'elle, ainsi que je l'ai vérifié, des affections non bactériennes, des auto-intoxications, des dyscrasies sanguines, des cachexies cardiaques, une sénilité physiologique précoce, etc., exercent sur la descendance des influences telles que les rejets différents des autres nouveau-nés et par l'état statique et par l'état dynamique et par les attributs fonctionnels des cellules, et par la composition chimique des humeurs, et par la structure anatomique des tissus ; dès lors, on conçoit que les qualités des plasmas de ces organismes considérés comme milieu de culture, que leurs réactions définitives et en présence des bactéries, conduisent à des résultats defectueux.

#### Epithélioma de la vulve. — Infection locale post-opératoire. Empoi du sérum antistreptococcique.

Par le docteur A. MORELLE, chef de service à l'Institut chirurgical de Bruxelles. (1)

L'emploi du sérum antistreptococcique est une question fortement discutée à l'heure actuelle. Les essais que l'on en a fait sont trop peu nombreux pour qu'on puisse tirer à ce sujet des conclusions définitives. J'ai eu l'occasion de l'employer dans un cas d'infection locale post-opératoire ; ce sera l'objet de cette communication.

Mme B., 51 ans, se présente à l'Institut chirurgical le 2 décembre. Elle se plaint d'avoir des démangeaisons aux parties génitales ; en se grattant elle se fait saigner.

A l'examen on voit une tumeur qui occupe la partie droite des organes génitaux externes. La grande et la petite lèvre sont confondues en une masse dure, végétante, ulcérée à plusieurs endroits dans sa partie interne. Ces ulcérations profondes secrètent une sanie blancheâtre, d'odeur très fétide. Si l'on essaie de délimiter la néoformation, on voit qu'elle s'arrête en arrière à 5 centimètres de l'anus ; le vagin est entrepris sur une hauteur de 6 à 7 centimètres ; en haut le méat de l'urètre est environné par la tumeur qui a envahi le clitoris. Dans le pli de l'aine on sent plusieurs ganglions durs, dont l'un a le volume d'une noix.

Le diagnostic d'épithélioma s'imposait. Il fut du reste confirmé ultérieurement par l'examen microscopique de la tumeur et des ganglions extirpés.

L'opération est pratiquée le 6 novembre. Je commence par l'extirpation des ganglions de l'aine : incision de 12 centim. parallèle au pli : enlèvement des ganglions et de tout le tissu graisseux jusqu'à l'aponévrose crurale ; suture complète de la plaie et pansement. Immédiatement après, enlèvement au bistouri et aux ciseaux de la tumeur vulvai-

re ; l'incision est faite à plusieurs centimètres de la limite extérieure du mal. Toute la moitié droite de la vulve, le clitoris et la partie supérieure de la grande lèvre à gauche sont extirpées ; le seul point délicat de l'opération est la dissection de l'urètre ; elle est facilitée grâce à l'introduction d'une sonde pleine dans ce canal. Les lèvres de la plaie sont aisément réunies ; le méat urinaire est suturé. Pansement au dermatol, sonde à demeure.

Le 6 novembre au soir 37°.

Le 7 novembre au matin 37°4, le soir 38°6.

Le 8 novembre, la malade se plaint un peu de douleur à l'anus. La plaie de la vulve donne un peu de pus. Matin, température 37°4 ; soir 39°2.

Le 9 novembre. A l'examen de la plaie de l'aine on sent manifestement de la fluctuation ; je fais sauter un point de suture. Du pus s'écoule en grande abondance. A la vulve, certaines sutures ont déchiré les tissus ; la plaie sécrète abondamment. Les urines sont troubles.

L'examen bactériologique du pus de l'aine, du pus de la vulve et des urines démontre la présence de trois micro-organismes : le proteus de Hauser, le staphylocoque pyogène doré et le streptocoque pyogène ; ce dernier était en plus grande abondance dans les cultures. En plus, dans l'urine il y avait du bacille commun.

Après l'ouverture de l'abcès la température tombe le soir à 39°3.

Le 10 novembre température matin 37°, le soir 38°.

Le 11 " " " 37°, " 38°.

A partir de cette date la température n'a plus jamais atteint 38°.

Voici l'état de la malade au cinquième jour après l'opération : une fistule à la partie interne de la plaie inguinale, laissant couler assez bien le pus ; les deux lèvres de la plaie vulvaire sont presque entièrement séparées sauf au milieu. Comme traitement local on fait des lavages deux fois par jour avec une solution de formol à 1 % en même temps qu'un enveloppement humide avec le même liquide.

Mais dans les environs du pli de l'aine une rougeur commençait à se montrer. Petit à petit cette rougeur s'étendit d'une part vers le haut de la cuisse, d'autre part vers la peau du ventre, en même temps qu'elle dépassait en dehors l'épine iliaque antérieure et supérieure. La région est manifestement gonflée et douloureuse. La malade présente en ce moment un peu de décubitus.

Malgré les lavages répétés, la rougeur continue à s'étendre les jours suivants. L'état de la malade n'était pas sans inspirer des inquiétudes. Les caractères de cette infection locale ressemblant à ceux que l'on voit dans les streptococcies, je me crois autorisé à faire l'essai du sérum antistreptococcique.

Le 16 novembre, à 5 heures du soir, je commence par circonscrire, au crayon de nitrate d'argent, les limites de la rougeur.

Je délimite de la sorte une large bande parallèle au pli de l'aine, d'une hauteur de 12 à 15 centimètres environ. Elle dépasse l'épine iliaque antérieure et supérieure et envahit la partie interne de la fesse.

Suivant les conseils de M. Denys, de Louvain, je pratique l'injection de manière à ce que les lymphatiques qui absorbent le sérum l'amènent dans le territoire infecté. J'injecte soixante centimètres cubes à six places au côté externe, antérieure et interne de la partie moyenne de la cuisse.

L'injection est peu douloureuse. — A 8 heures température de 37°.

En même temps je répète l'examen bactériologique du pus de l'aine ; de plus, je fais dans la partie externe de la plaque rouge une piqûre profonde. A l'examen du sang, on voit les mêmes organismes que dans la plaie inguinale.

17 novembre (15 heures après l'injection). Le pus a changé de couleur ; il est devenu semblable à une bouillie rougeâtre. La rougeur n'a plus augmenté. Température 36°8, soir 37°4.

18 novembre (40 heures après l'injection). La rougeur a manifestement diminué. La partie de la peau qui se trouve en dedans de la

(1) (Communication faite à la Société médico-chirurgicale du Brabant.)

ligne de démarcation est redevenue pâle ; la rougeur a presque diminué de moitié en hauteur. L'examen microscopique du pus de l'aine montre que les bacilles (proteus) et les staphylocoques sont encore assez abondants ; mais on ne voit plus de streptocoques. Cependant il y en avait encore de vivants dans le pus, car leur présence a pu être décelée par des cultures en bouillon. — La température du 18 fut le matin 36°8, le soir 37°7.

Les jours suivants la rougeur disparut progressivement.

La marche de la maladie fut dès lors une amélioration progressive.

La sécrétion purulente à l'aine diminua. La plaie vulvaire se réunifia par une seconde intention. Lorsque la malade quitta l'Institut, le 26 novembre, il ne reste plus qu'une fistule peu profonde à l'aine ; quelques parties de la portion supérieure et inférieure de la plaie vulvaire ne sont pas encore complètement réunies.

Je note comme épiphénomène l'apparition, dix jours après l'injection, de larges plaques erythémateuses et surélevées qui sont le siège de démangeaisons très vives, enlevant le sommeil à la malade. Ces taches n'existent qu'à la cuisse droite elles disparurent au bout de deux jours sans aucun traitement.

—Gazette de Gynécologie.

#### De l'adénopathie trachéo-bronchique d'origine tuberculeuse chez l'enfant

Par M. le docteur Paul DELTHEL

Le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique s'impose dans bien des cas chez l'adulte, grâce à ses signes fonctionnels fréquemment confirmés par l'examen physique. Il est bien autrement difficile chez l'enfant, quoi qu'en aient dit quelques-uns. Les signes fonctionnels sont rares, les signes physiques difficiles à percevoir. On sait que l'examen du poumon lui-même est difficile chez l'enfant. D'ailleurs, comment examiner avec toute la minutie nécessaire le thorax d'un enfant somnolent, grognon, à respiration irrégulière comme le sont les méningitiques ? La méthode de Röntgen qui a été essayée pour ce diagnostic a donné des résultats encourageants, mais les cas rapportés ne sont ni assez nombreux, ni assez concluants.

La constatation de cette adénopathie permettrait peut-être dans les cas douteux de faire pencher le diagnostic vers la méningite tuberculeuse et, avant l'écllosion de cette maladie, de la prévoir, peut-être même de la prévenir, par un traitement approprié.

Mais la conséquence pratique qu'on peut aujourd'hui tirer de la constatation de l'adénopathie trachéo-bronchique est une déduction prophylactique.

Trois portes d'entrée ont été surtout incriminées dans la tuberculose infantile.

1° *La voie placentaire.*—Il existe des exemples très nets de tuberculose congénitale cités par Charrin, Berti, Jacobie, Birch, Hirschfeld, Landouzy, H. Martin, Aviragnet, Sabouraud, mais c'est une rareté. L'opinion générale est aujourd'hui que l'enfant naît non pas tuberculeux, mais tuberculisable.

2° *La voie intestinale.*—Le lait a été accusé des pires méfaits. Il résulte des recherches de Nocard et Galtier (Congrès de tuberculose 1888, et Congrès d'hygiène de Londres 1891) que la mammité tuberculeuse qui peut facilement infecter le lait est rare, que, à part ce cas, le lait est rarement bacillifère, que d'ailleurs tout lait bacillifère n'est pas nécessairement infectant. Il y a nombre d'enfants nourris exclusivement au sein et cependant frappés de tuberculose ; la rareté relative du carreau prouve également, le peu d'importance de cette voie de pénétration.

3° *La voie pulmonaire.*—La connaissance de cette porte d'entrée est devenue notion populaire. Nous ne citerons que le fait suivant : Une sage-femme phthisique, qui avait pour habitude de ranimer les nouveau-nés par l'insufflation de bouche à bouche, inocula la tuberculose à une série d'enfants, qui pour la plupart moururent de méningite tuberculeuse (Comby). Dans un grand nombre d'observations, nous

trouvons, à côté du petit malade, la maladie qui le guettait ; la prophylaxie de la méningite se confond donc avec celle de la tuberculose.

Que le début se fasse par le poumon ou par les ganglions trachéo-bronchiques, c'est toujours par la voie respiratoire que se fait l'infection primitive, et c'est de ce côté que l'hygiéniste devra porter tous ses efforts.—Gaz. des Hôpitaux.

#### Traitement de l'hydrocèle

Par E. DESNOS

Les trois procédés le plus souvent employés aujourd'hui sont la ponction avec injection iodée, la ponction avec cautérisation nitratée et l'incision antiseptique.

a. *Ponction et injection.*—Le scrotum étant lavé au savon et à la brosse, puis lavé avec une solution antiseptique faible (éviter l'acide phénique) ou à l'éther, le chirurgien, après s'être assuré de la position du testicule, saisit la tumeur de la main gauche et l'immobilise de manière à éviter le glissement de la peau sur la vaginale ; puis sur un point situé généralement en avant et en haut de la tumeur, il pratique une ponction avec un trocart d'un calibre moyen (correspondant au numéro 12 à 15 de la filière Charrière) ; dès que le liquide est évacué, il applique son doigt sur la canule pour éviter l'entrée de l'air, et injecte une quantité suffisante du mélange suivant pour remplir la cavité sans la distendre.

Teinture d'iode.....	20 grammes.
Iodure de potassium.....	2 —
Eau distillée.....	60 —

On se sert pour pratiquer l'injection soit d'une seringue non métallique, soit d'un petit entonnoir adapté à la canule tenue verticalement et dans lequel on verse simplement le liquide (Guyon). Celui-ci est maintenu dans la poche au moyen du doigt appliqué sur la canule et la tumeur malaxée légèrement ; on évacue le liquide, on retire la canule et on ferme la petite plaie avec un peu de collodion riciné. Puis les hourres sont maintenues relevées : il est bon d'établir une compression ouatée à l'aide d'un spica (Horteloup).

Pour diminuer la douleur très vive que provoque l'injection iodée, on a conseillé d'employer la cocaïne qui n'est pas sans danger. En pareil cas, nous commençons par ponctionner la tumeur à l'aide d'une seringue de Pravaz pour retirer une petite quantité de liquide que nous remplaçons par une quantité un peu moindre d'une solution de cocaïne exactement titrée de façon à ne pas dépasser la dose de 4 à 8 centigrammes suivant le volume de la masse liquide.

b. *Ponction et cautérisation nitratée.*—Dans l'extrémité de la rainure d'une sonde cannelée, on place une petite quantité de nitrate d'argent solide qu'on fait fondre à la flamme et qui devient ainsi adhérent au métal. La ponction étant faite comme nous l'avons dit on introduit la sonde cannelée par la canule jusque dans la vaginale dans laquelle on promène l'instrument pour la toucher sur divers points.

c. *Ouverture large.*—Avec des précautions aseptiques et antiseptiques parfaite, on pratique sur toute la hauteur de la tumeur une incision de la peau, puis de la vaginale. On fait, s'il y a lieu, l'ablation des fausses membranes, kystes, corps étrangers, on lave avec une solution phéniquée à 3 p. 100 ; la plupart des auteurs pratiquent une résection de la vaginale dans une étendue variable ; généralement on suture isolément la vaginale au catgut, la peau au crin de Florence ; il est prudent de placer un drain à la partie inférieure.

Signalons enfin un nouveau procédé de traitement par les courants continus ; il consiste à introduire dans la poche, après ponction, avec un trocart spécial, une solution d'iodure de potassium, puis à mettre celle-ci en communication avec le pôle positif, l'autre électrode étant appliquée sur la cuisse ; de l'iode naissant se dépose sur les parois (Gautier) ; ce procédé nous a donné de bons résultats.

La ponction avec injection iodée est applicable à la grande majorité des hydrocèles d'un volume moyen et peu anciennes ; elle nous paraît préférable à la cautérisation nitratée qui est moins douloureuse.

mais expose à des récurrences plus fréquentes. L'ouverture large doit être réservée aux hydrocèles volumineuses, anciennes, ou à parois épaissies ou à celles qui ont récidivé après d'autres traitements plus simples.

**Traitement de l'eczéma par l'acide picrique**

Le Dr A. BROUSSE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, propose ce traitement : 1° Dans les *eczémas aigus* ; 2° Dans les *poussées aiguës des eczémas chroniques*, particulièrement s'il y a tendance à l'exulcération épidermique et au suintement) ; 3° Dans les *eczémas séborrhéiques (impétigineux)* de l'enfance.

Ce traitement est contre-indiqué dans les *eczémas chroniques* et généralement dans tous ceux qui s'accompagnent d'un épaissement de l'épiderme (*eczémas lichénoïdes*). Néanmoins il a l'avantage, même dans ces cas, de calmer les *démangeaisons*.

" Nous nous servons, dit M. Brousse, de la solution saturée d'acide picrique, d'après la formule de Thiery :

- Acide picrique..... 12 grammes.
- Eau bouillie tiède..... 1 litre.

Laisser refroidir et décanter.

Nous faisons, avec cette solution, un badigeonnage au pinceau des parties affectées, en ayant soin de dépasser légèrement les limites du mal, puis nous les recouvrons soit directement avec du coton hydrophile, soit avec des compresses de gaz imbibées de la même solution et exprimées, par-dessus lesquelles on place le pansement ouaté. Suivant le précepte de Thiery pour le traitement des brûlures, nous appliquons le pansement picrique *sec*, nous gardant de le couvrir de taffetas gommé. Le pansement est renouvelé tous les deux jours en moyenne.

Mais il est une précaution qui nous paraît indispensable, c'est de faire précéder l'emploi du traitement picrique par des lavages et des applications antiseptiques, de façon à *aseptiser* autant que possible la surface cutanée affectée, et à ne pas enfermer sous le pansement des microbes de la suppuration. En effet, certains accidents (abcès, suppuration), survenus dans le traitement des brûlures par l'acide picrique, ne paraissent pas reconnaître d'autres causes, et nous-même avons vu, dans un cas d'eczéma de la paume des mains insuffisamment aseptisé, des petits abcès miliaires se produire sous le pansement picrique. Nous réaliserons cette antisepsie locale par des lavages et des applications faites avec une solution boriquée." (*Montpellier médical.*)

**Traitement conservatoire de la carie dentaire**

On sait que, jusqu'à il y a quelques temps, pour guérir la carie dentaire, on était obligé tout d'abord de tuer le nerf et puis ensuite de plomber la dent, ce qui exigeait un certain nombre de séances. Abraam a inventé une préparation particulière, la formagène, grâce à laquelle le traitement de la carie dentaire est notablement simplifié et peut être fait en une seule séance ; en outre, la formagène supprime tout de suite la douleur et promet de ne pas tuer le nerf.

Kohn (*Thérap. mod. russe*) a expérimenté la formagène dans 42 cas et les résultats qu'il a obtenus sont absolument démonstratifs.

La formagène est un ciment composé d'une poudre et d'un liquide. La poudre est composée essentiellement de chaux obtenue par la calcination du marbre et de sels iodés ; le liquide représente un mélange d'eugénol, d'acide phénique cristallisé et de lysol. La poudre et le liquide sont saturés par le gaz de formaldéhyde. En les mélangeant, on obtient un ciment qui se solidifie en l'espace de quelques minutes.

Étant donné la composition du ciment, on s'explique facilement son action : l'eugénol et l'acide phénique calmant la douleur, le formaldéhyde tue les microbes et les préparations iodées dessèchent la pulpe.

La manière de procéder est assez simple : après avoir enlevé la dentine ramollie, on applique sur la pulpe doucement, sans exercer de pression, le ciment formagénique. Au bout de cinq à huit minutes, lorsque le ciment est complètement solidifié, on peut plomber la dent, soit avec le ciment, soit avec de l'amalgame. (*Méd. mod.*)

**FORMULAIRE**

**Formules diverses du sérum artificiel**

- 1° Chlorure de sodium..... 7 gr. 50
- Eau distillée stérilisée q. s. p..... 1000 gr.

(Sérum chirurgical.)

Employé dans le collapsus et la septicoémie péritonéale post-opératoires, dans l'éclampsie puerpérale, chez les typhiques et les urémiques graves, dans le choléra et les maladies infectieuses.

- 2° Eau stérilisée..... 1 litre.
- Sulfate de soude..... 10 gr.
- Chlorure de sodium..... 5 gr.

50 à 100 centimètres cubes (Hayem).

- 3° Sulfate de soude..... 10 gr.
- Phosphate de soude cristallisé..... 5 gr.
- Eau distillée..... 1000 c. c.

5 à 25 centimètres cubes (Lutaud).

- 4° Chlorure de sodium..... 6 gr.
- Carbonate de soude..... 3 —
- Eau distillée..... 1000 —

30 à 50 centimètres cubes (Cantani).

- 5° Chlorure de sodium..... 6 gr.
- Carbonate de soude..... 3 —
- Eau distillée..... 1000 —

2 à 500 centimètres cubes (Samuel).

- 6° Chlorure de sodium..... 75 cent.
- Eau distillée..... 1000 gr.
- Bicarbonate de soude..... 50 cent.

10 centimètres cubes pour le collapsus pneumonique (Schies).

- 7° Chlorure de sodium..... 50 gr.
- Eau..... 100 —

20 à 30 centimètres cubes dans l'anémie grave (Vignési).

- 8° Sulfate de soude..... 8 gr
- Phosphate de soude..... 4 —
- Chlorure de sodium..... 2 —
- Acide phénique neigeux..... 1 —
- Eau stérilisée..... 100 —

5 à 10 centimètres tous les deux jours (Chéron).

- 9° Eau stérilisée..... 100 gr.
- Phosphate..... 10 —
- Sulfate de soude..... 2 gr. 50
- Chlorure de sodium..... 5 gr.
- Acide phénique neigeux..... 1 gr. 50

5 à 10 dix centimètres cubes (Huchard).

- 10° Eau distillée..... 1000 gr.
- Iode pur..... 1 —
- KI..... 3 —
- Na Cl..... 5 —

200 à 300 centimètres cubes contre la tuberculose pulmonaire (de Renzy). — *Indépendance Médicale.*

**Mélange pour le traitement local de la laryngite tuberculeuse. — (M. R. BORNY.)**

- Acide phénique..... 1 à 5 grammes
- Acide lactique..... 2 à 15 —
- Glycérine neutre..... 20. —
- Mélez. — Usage externe.

On insensibilise d'abord la muqueuse laryngée au moyen d'une solution de cocaïne à 10%, puis on touche les parties atteintes avec le mélange ci-dessus formulé. On se sert au début de glycérine ne contenant qu'une petite dose d'acide phénique et d'acide lactique, puis on augmente progressivement la quantité de ces substances jusqu'à la limite indiquée.

Ces applications réuniraient les avantages des deux méthodes qui sont actuellement les plus usitées dans le traitement de la tuberculose du larynx, à savoir la cautérisation à l'acide lactique et les badigeonnages avec la glycérine phéniquée.

**Suppositoires contre la dysenterie des enfants.**—(M. T. GUIDA.)

Sulfate neutre d'alumine et  
de potasse ..... 0 gr. 20 centigrammes  
Acétate de plomb ..... 0 — 05 —  
Beurre de cacao ..... 20 grammes.  
Cire fondue ..... XX gouttes.

Mélez et divisez en dix suppositoires. — Introduire un suppositoire toutes les trois à quatre heures.

L'emploi de ces suppositoires est spécialement indiqué à la période où les épreintes se sont amendées sous l'influence d'irrigations intestinales faites avec une solution de tannin à 1%, additionnée de quelques gouttes de laudanum de Sydenham.

**SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC**

À la demande de plusieurs médecins, la Société Médicale de Québec avait cru bon de suspendre ses séances durant la vacance universitaire pour recommencer avec l'ouverture des cours.

Pour les trois derniers mois de l'année 1897, les séances auront lieu comme par le passé à l'Université Laval à 8.30 heures P. M., le deuxième jeudi de chaque mois. Les médecins qui pourraient s'intéresser au succès de cette Société, ainsi que Messieurs les étudiants en médecine, sont cordialement invités à y assister.

À l'avenir on n'aura qu'à consulter la *Revue Médicale* pour obtenir les renseignements sur tout ce qui concerne la Société. Cette *Revue* publiera, en effet, toutes les semaines:

- 1° La date et l'heure des Séances.
- 2° Quelques-uns des principaux articles du règlement et la liste des membres nouveaux.
- 3° Les minutes de chaque assemblée, ainsi que les travaux et discussions qui y seront entendus.
- 4° Les sujets qui devront être livrés à la discussion et autant que possible tout ce qui fera les frais de la séance suivante. Ainsi la prochaine séance aura lieu jeudi le 14 octobre courant.

Sujet: "Déontologie Médicale."

Tous les membres sont cordialement invités à présenter les difficultés qu'ils rencontrent dans leurs rapports avec leurs confrères et leurs clients.

Prière à ceux qui auraient l'intention de faire quelque chose pour le succès de cette société, de préparer quelques travaux pour elle, de ne pas attendre une invitation spéciale et d'en donner le sujet au secrétaire ainsi que le mois durant lequel ils s'engagent à le présenter à la Société.

Ainsi on obligera beaucoup ceux qui s'occupent plus spécialement de l'organisation des séances.

Toute discussion sur les travaux publiés dans les journaux de Médecine et plus particulièrement dans la *Revue Médicale* sera tout à fait bien vue de la Société.

Par ordre du président

C. R. PAQUIN M. D.  
Secrétaire.

**LISTE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC**

Dr. M. J. Ahern, Québec.

S. Bolduc, St-Michel.

L. P. Boulet, Québec.

P. H. Bédard, "

Az. Bédard, Lorette.

Ephraïm Bédard, Anc. Lorette.

Alex. Boucher, Lorette.

M. A. Brophy, Ste-Foye.

J. A. Bourget, Lévis.

J. B. Blouin, St-Thomas.

F. Boulanger, Québec.

F. P. Boulanger, Lévis.

M. D. Brochu, Québec.

L. Catellier, "

Jos. V. Côté, Cap St-Ignace.

P. Coote, Québec.

J. Constantin, Roberval.

J. B. Deblois, Chateau-Richer.

F. H. Dorion, Québec.

Ph. Dubé, St-Sylvestre.

J. A. Dufresne, Déchambault.

L. F. Fiset, Québec.

R. Fortier, "

P. V. Faucher, "

M. Fluhman, Roberval.

Tancrède Fortier, Ste-Marie Beauce.

Albert Giroux, Isle Verte.

L. M. Genest, St-Bernard.

Chs. E. Gingras, St-Sauveur.

Aug. Hamel, Québec.

Oct. Hebert, "

E. Laberge, "

Ed. Lebel, "

Henri Lacourcière, St-Victor Beauce.

Arthur Lavoie, Sillery.

B. E. Lahaye, Grondine.

Alph. Lessard, Québec.

L. P. Legendre, Ste Croix.

F. Jos. Langlais, Trois-Pistoles.

Frs. Langlais, " "

Eugène Larue, St-Flavien.

Philippe Lord, Lévis.

J. E. Ladrière, "

G. E. Martineau, Québec.

Albert Marois, "

Michel Moreau, Montmagny.

Edgar Morin, Limoilou.

Alf. Morissette, St-Hénédié.

Arm. Marcotte, St-Basile.

Eug. Mathieu, Québec.

J. M. MacKay, Ste Foye.

Alph. Marcoux, Québec.

Ph. Picard, Rivière du Loup.

C. R. Paquin, Québec.

George Paquin, Portneuf.

Eugène Paquet, St-Aubert.

Art. Potvin, Québec.

Art. Robitaille, Québec.

C. E. Roy, Mastai Beauport.

Art. Rousseau, Québec.

L. J. A. Simard, "

Arthur Simard, "

Thomas Savary, Pont Rouge.

L. A. Sirois, Ste Anne Lapocatière.

Henri Simard, St-Jean Port Joli.

P. Synott, Eboulements.

M. Savard, Ste Marie.

Edwin Turcotte, Québec.

Arthur Vallée, "

Charles Verge, "

Jules Taschereau, St-Joseph Beauce.

C. E. Vaillancourt, St-Anselme.

J. Z. Triganne, Somerset.

L. J. O. Sirois, St-Ferdinand.

Jos. Theberge, Montmagny.

Jos. Guérard, Québec.

Albert Jobin, "

C. E. Lemieux, "

## TRAVAUX ORIGINAUX

## DE LA TENORRHAPHIE

Son histoire et sa thérapeutique chirurgicales appuyées d'une observation

Par M. le Dr ALFRED V. ROY, de Lévis.

Je ne viens pas aujourd'hui vous parler d'un sujet bien nouveau et bien extraordinaire pour les chirurgiens qui ont dû certainement rencontrer maintes fois le même cas dans leur pratique. Je m'adresse surtout aux médecins pratiquant la médecine en général et pouvant se trouver comme moi dans la nécessité de faire de la chirurgie obligatoire, dans les cas d'urgence par exemple.

Avant d'exposer le sujet qui nous intéresse, je demanderai à mes bienveillants lecteurs, la permission de leur communiquer quelques notes puisées un peu partout sur l'histoire des plaies des tendons et leur traitement.

L'histoire des plaies des tendons se résume en celle de leur thérapeutique chirurgicale qui est très ancienne et que l'on a appelé, "Tenorrhaphie."

C'est surtout au poignet et à la main qu'on rencontre le plus souvent ces blessures, soit 90 pour cent. Ensuite vient le cou-de-pied, le tendon d'Achille, le tendon rotulien.

Les plaies contuses des tendons sont très fréquentes et sont dues en général au choc d'un obus, ou d'un coup de bâton.

D'autres produites par un coup de sabre ou de couteau ou par une vitre brisée, (comme nous le verrons dans le cas qui fait le sujet de cette étude), et qui déterminent la section nette du tendon, qui se rétracte aussitôt à son bout musculaire s'il n'est pas retenu par quelques brides tendineuses.

Ces sections ne sont pas toujours complètes; quelque fois le cylindre ou bandelette n'est qu'entamé mais peut le devenir ensuite par une contraction musculaire brusque. Il en résulte un écartement qui préside à l'évolution définitive de la plaie.

Une quantité très variable de sang remplit le foyer de la plaie tendineuse qui s'oppose parfois à la réparation, si des vaisseaux voisins volumineux ont été lésés en même temps. Cet épanchement disparaît en général du cinquième au sixième jour, mais ceci n'a rien de fixe.

La rétraction porte toujours sur le bout musculaire. Le bout périphérique se laisse entraîner passivement par le jeu des antagonistes. Le degré de rétraction varie suivant la force et la direction des fibres musculaires, et suivant les rapports anatomiques du tendon lui-même, son glissement facile ou ses adhérences; aussi, l'écartement est moindre à la face palmaire des doigts qu'au poignet.

Le degré d'écartement influe beaucoup sur la reconstitution du cordon tendineux, mais il faut compter encore sur la vascularité de la gaine, et aussi avec l'âge et la plasticité du sujet. On attribuait déjà chez les anciens au riche réseau vasculaire qui entoure le tendon d'Achille la rapidité de sa cicatrisation.

Mais ce qui influe le plus c'est la marche de la plaie. S'il y a suppuration les bouts s'éraillent, se sphacèlent, il y a perte de substance, et pas d'union. S'ils se réunissent la cicatrice adhère par une grande étendue à la peau.

S'il n'y a pas union entre les deux bouts, chacun de ces bouts se termine par un léger renflement en nodus ou s'affile et tous deux peuvent adhérer à la peau, mais le plus souvent le bout périphérique seul adhère à la cicatrice cutanée.

C'est aux recherches de Chs. Robin, Virchow, Feltz, Corail, aux expériences sur la suture à distance et à la greffe tendineuse que l'on doit la connaissance de la réunion inter-tendineuse.

Au quatrième jour, les bouts tendineux s'arrondissent en masse; leurs cellules spéciales, les noyaux de leur gaine conjonctive et ceux du tissu ambiant prolifèrent et ébauchent déjà, avec les leucocytes du sang

épanché, une sorte de bouchon inter-tendineux; au neuvième jour, c'est un cordon mou, rose, aminci à son centre et biconique, embryonnaire encore, mais où des fibrilles se mêlent aux noyaux. Au quinzième jour, le cal est devenu fibreux, mais il lui reste à s'épaissir, et ce n'est guère au bout de cinq ou six semaines, que sa résistance est à peu près égale à celle du cordon primitif et qu'il peut recouvrer l'intégrité de son fonctionnement; mais il reste reconnaissable, et, comme une pièce surajoutée, il tranche sur le reste du cordon, par son diamètre plus étroit, sa coloration plus grise, sa surface plus terne. Mais ce n'est pas là une règle, et si l'affrontement était intime, on ne trouve le plus souvent qu'une étroite ligne cicatricielle qui s'efface à son tour.

L'analogie est donc étroite entre le mode de formation du cal tendineux et celui du cal osseux; là aussi, le tendon lui-même, sa gaine, le tissu conjonctif prennent part à la constitution du tissu de cicatrice.

Hunter invoquait "l'organisation du sang épanché et fut soutenue par Ammon (1857).

Bouvier insista le premier sur le rôle de la gaine tendineuse, c'est par le frôlement et l'épaississement du segment de gaine intermédiaire aux deux bouts tendineux et vidé par leur rétraction, qu'il explique la genèse du cordon cicatriciel, théorie exclusive, mais qui s'est vérifiée en partie.

Une autre théorie c'est celle du blastème. Elle fut soutenue par Henle, Chs Robin, Adams, en Angleterre. Elle expliquait par une formule très simple l'exsudation d'un blastème générateur des éléments cellulaires, l'accroissement primitif et la réunion définitive des bouts sectionnés. Mais elle ne devait pas résister à des moyens d'étude plus précis.

Déjà Bizzozero, en 1868, ne laissait plus au blastème qu'un rôle secondaire.

La théorie cellulaire devait remplacer toutes les autres. Elle fut défendue par Türker, Dandera, Virchow, Remak, Cornil et Ranvier. Elle a été maintes fois confirmée et par l'examen des tendons cicatrisés chez l'homme et par les ténotomies expérimentales. Car nous savons que sous l'influence de l'irritation traumatique il se fait au dépens du tendon, de sa gaine, du tissu cellulaire lâche, une prolifération embryonnaire, origine du cal inter-tendineux.

Krauss, dans un mémoire en 1888, confirme ces faits par l'étude histologique et du tendon et du muscle, à la suite de la ténotomie expérimentale. C'est cette dernière théorie qui est maintenant acceptée.

Les signes qui nous font reconnaître la section nette d'un tendon sont habituellement faciles. Le premier, le plus apparent, et celui qui frappe le plus le malade, est sans contredit, l'impotence qui est immédiate. Elle est totale d'emblée, ce qui ne veut pas dire que le mouvement auquel prend part le muscle rompu soit totalement aboli, s'il est seul intéressé, dans le groupe des muscles synergiques.

Quelques fois nous avons un écoulement de synovie dans les plaies des tendons engainés. Nous avons aussi la déformation et les attitudes qui s'ensuivent; elle est marquée surtout aux doigts. A l'index, la plaie a-t-elle sectionné les deux tendons dorsaux, il retombe inerte, demi-fléchi, impuissant à s'étendre. Entre les deux bouts c'est une gouttière plus ou moins profonde que l'on constate. Le bout périphérique reste en général près de la plaie et il se montre à l'angle inférieur dès qu'on relève le doigt ou qu'on rend aux doigts leur situation normale, mais le bout central s'est dérobé à une distance plus ou moins lointaine et il faut recourir à l'expression musculaire pour le rendre accessible. Parfois il est introuvable.

Ceci étant posé, je présente l'observation qui m'a donné le sujet de ce travail.

M. A. G... de Lévis, 26 ans, typographe, le 11 fév. 1897 en jouant avec un chien, donne du dos de la main droite dans une vitre et se fait une blessure d'un demi pouce de long sur le travers du dos de la main au niveau de l'articulation des métacarpiens, il y eut hémmorragie assez considérable et le blessé constata qu'il ne pouvait plus relever l'index ni le pouce.

La plaie fut nettoyée et suturée par un médecin, après avoir enlevé tous les morceaux de verre apparents. La guérison se fit rapidement mais les mouvements de l'index et du pouce ne se rétablirent pas.

Le quinzième jour après l'accident le blessé vint me consulter, et je constatai que dans la cicatrice, il y avait un petit corps dur et sensible qui me fit supposer dans la plaie fermée, probablement encore une parcelle de verre, je constatai aussi que l'index était fléchi, et ne pouvait s'étendre seul. Le pouce ne pouvait pas non plus faire de mouvements d'extension.

Le blessé se trouvait donc dans l'impossibilité d'exercer son métier de typographe qui requérait spécialement l'usage de l'index et du pouce. Je lui proposai de l'opérer.

Il entra à l'Hôpital de Lévis le 16 du même mois, où, aidé des docteurs Ladrière et Simard jnr, je l'opérai le lendemain.

Après chloroformisation et anesthésie complète je fis une incision de deux pouces et demi, dont le centre correspondait au milieu de la cicatrice, dans la même direction que l'extenseur de l'index mais un peu en dehors, jusqu'à la gaine des tendons communs des extenseurs, que j'ouvris sur la sonde cannelée.

Je trouvai aussitôt les deux bouts périphériques des extenseurs propres et du commun de l'index, unis ensemble, formant un léger renflement adhérent à la cicatrice. Par l'expression on aperçut le bout musculaire de l'extenseur commun qui n'avait aucune adhérence, mais je ne pus trouver le bout musculaire du tendon propre de l'index. En faisant les recherches de ce muscle, le bistouri donna contre un corps étranger, profondément engagé dans les tissus et que j'extrayai avec difficulté, c'était un morceau de verre pointu de un pouce et un tiers de long, et d'une largeur d'un tiers de pouce, à la base. Il était situé en avant des tendons des extenseurs des doigts qu'il avait coupés à demi, sans avoir déterminé aucune réaction inflammatoire.

Ne pouvant trouver le bout musculaire du tendon propre de l'index, je le suturai, après l'avoir avivé de chaque côté aux tendons communs des doigts, au moyen d'une boutonnière pratiquée dans le corps des tendons, dans le sens de la longueur. Je suturai aussi les deux bouts de l'extenseur commun de l'index et les deux de l'extenseur du pouce, qui avaient été aussi coupés.

Toutes ces sutures ont été faites au catgut stérilisé. Je continuai les mêmes sutures pour la gaine, et le orin de Florence pour la peau. Pansement antiseptique et appareil inamovible, les doigts allongés.

J'enlevai le pansement la huitième journée. La plaie a guéri par première intention sans aucun gonflement. Je commençai alors les mouvements passifs qui étaient relativement peu douloureux. Je les continuai tous les jours pendant trois semaines, époque où il est sorti de l'Hôtel-Dieu, jouissant de mouvements d'extension pour tous les doigts ensemble, de même que pour le pouce, et pouvant facilement saisir les petits objets avec le pouce et l'index. Deux mois après l'opération, M. G., reprit son métier, travaillant aussi facilement et étendant l'index et le pouce aussi rapidement qu'avant l'accident.

Par l'exercice et le massage constant, l'index est parvenu à se mouvoir seul comme pour l'autre main sans le secours des autres doigts.

Il n'est resté pour tout vestige, que la cicatrice qui se meut un peu dans l'extension, et ce peu d'adhérence semble vouloir venir à céder.

Mais cette évolution des plaies des tendons est loin d'être uniforme. Il est tel cas fort simple où les deux bouts sont aisément rapprochés ; où la plaie ne s'enflamme pas et où la réunion définitive n'exige que quelques semaines. Assez souvent, il est vrai, il reste des adhérences à la gaine ou à la peau, mais elles cèdent peu à peu aux mouvements, et au bout de cinq à six semaines, la fonction est entièrement rétablie.

La guérison peut être compromise par une série d'accidents : comme complications inflammatoires ; synovites purulentes par infection. D'autre fois la réunion se fait au prix d'une large adhérence cutanée, la peau est mobile au dos de la main, par exemple,

les mouvements s'exécutent en la plissant et la cicatrice interposée aux bouts tendineux fait corps avec eux et les suit dans leur fonctionnement.

Enfin la réunion n'a pas lieu, que les bouts restent libres ou qu'ils se soudent à la face profonde de la peau. C'est alors la permanence établie de l'impotence fonctionnelle et de la déformation. Cette série de complications doit nous rendre réticent sur l'avenir fonctionnel du tendon coupé.

J'ajouterai encore quelques mots sur les différents traitements qui ont été employés.

Galien condamnait la suture des tendons, et durant de longs siècles, les dangers de la piqure des nerfs restaient de croyance générale, mais il fut répudié par Avicenne et un grand nombre d'autres, tels que Roger (de Parme) Lanfranc, Guillaume de Salicet qui ne craignirent pas de coudre les tendons, mais ce n'était que des faits isolés.

Ambroise Paré (1607) rapporte une suture des deux tendons fléchisseurs du jarret faite avec succès par "Étienne Tessier, Maître Barbier chirurgien".

Biénaise, au milieu du XVII<sup>e</sup> siècle remit en honneur la suture tendineuse.

Il y a différents modes opératoires suivant les circonstances.

Si les deux bouts du tendon restaient juxtaposés, cas très rares, on pourrait se demander s'il ne suffirait pas de maintenir le membre dans une position favorable par un appareil inamovible, de panser antiseptiquement et de ne suturer que la peau. Ce traitement si simple est quelques fois de mise, mais cet affrontement par l'attitude n'est pas toujours exact et de plus il est exposé du fait de la contraction musculaires ou des déplacements accidentels à de fréquentes irrégularités. Il sera donc plus sage de passer un ou deux fils, ne fut-ce qu'à titre provisoire, mais le problème opératoire se présente ordinairement dans de toutes autres conditions.

Si les bouts sont écartés qu'on les retrouve tous les deux, et que l'affrontement est possible, la *ténorrhaphie* est alors tout indiquée. Le premier temps est la recherche des deux bouts. Le périphérique est toujours facilement trouvé. Pour le bout musculaire on comprime de haut en bas méthodiquement, et on voit alors sourdre l'extrémité tendineuse. Si on ne réussit pas, on peut alors ouvrir la gaine sur la sonde ou si l'opération doit être poussée plus loin on débride à l'exemple de Sedillot et Wetzell un point sur la gaine elle-même, mais par une incision latérale et parallèle. On taille ainsi un lambeau cutané qu'on rabat en sens inverse ou sous lui, dans le tissu cellulaire, on cherche la gaine et on l'ouvre en long.

Une fois les bouts trouvés on procède à la suture proprement dite qui se fait quelques fois au fil d'argent pour les gros tendons mais presque toujours avec le catgut ou le crin de Florence, ce dernier, d'après les expériences de Van-Hoscke étant le plus sûr. On suture ensuite la peau, pansement antiseptique et immobilisation. On ne peut fixer le temps exigé pour que la cicatrice tendineuse soit solide, car ça varie suivant l'endroit.

Si l'on retrouvait les deux bouts mais que l'affrontement fut impossible il faudrait alors avoir recours à l'anastomose qui remonte à Missa (1710) mais qui à bien dire ne prit rang dans la chirurgie qu'en 1875 après les observations de MM. Tillaux et Duplay.

Enfin l'affrontement et la suture par anastomose peuvent être impraticables. Dans ces cas difficiles la chirurgie a eu recours à la *suture à distance proprement dite* sans nulle interposition ; elle a été pratiquée par Auger (1875) et par Glück (1884).

On a aussi fait la greffe tendineuse ou *ténoplastie*, le segment interposé est une portion de tendon empruntée au sujet lui-même ou plus souvent aux animaux.

Czerny a établi un procédé qui est la *suture à distance par doublement du bout périphérique*.

Il y a encore d'autres procédés de conception ingénieuse mais d'application fort rare.

## REPRODUCTION

## Crampe des Lecteurs. — Une analogie

Par M. H. Wright, M. D. Brooklyn

Le terme "névroses d'occupation" est une désignation convenable pour un groupe de maladies dont certains symptômes prennent naissance dans la tentative d'exercer une action musculaire souvent répétée, ordinairement dans celle que fait le malade dans l'exercice de sa profession (Gowers).

Considérant l'analogie dans les symptômes, les conditions, les actions, les causes, et les effets entre les muscles atteints dans la crampe des écrivains et les muscles oculaires, nous avons choisi, pour le présent, le titre de "crampe des lecteurs."

La crampe des lecteurs inclurait le spasme ou la crampe des fibres musculaires de l'iris, du muscle ciliaire, et des muscles extrinsèques des yeux.

Elle ne comprendrait pas le nystagmus, excepté celui des mineurs, le spasme qui accompagne la paralysie d'un autre muscle, ou le spasme des muscles oculaires dans la méningite, la chorée, l'hystérie ou l'éclampsie, mais la crampe ou le spasme produit par l'exercice des yeux sur un objet à courte distance.

Le but principal de l'article est d'attirer l'attention sur la crampe ou le spasme des muscles extrinsèques.

Les traits typiques de cette classe de troubles sont le spasme ou la crampe, l'incoordination dans le groupe de muscles affectés, la parésie dans ce groupe, avec des troubles vasomoteurs et sensitifs.

Toute occupation qui demande l'usage excessif d'un groupe de muscles peut donner naissance à ces désordres, mais celles dans lesquelles les groupes musculaires les plus fins et le plus finement coordonnés sont mis en action fournissent le plus haut pourcentage des cas (Riggs, in Hare's Therapeutics). Quand nous considérons l'effort musculaire constant et continu et l'exercice des muscles oculaires de ceux dont l'occupation nécessite la concentration des yeux sur leur ouvrage, quand nous songeons à l'ajustement parfait et à l'équilibre nécessaire de ce groupe de muscles de l'œil essentiels pour les devoirs de cette occupation, quand nous nous rappelons combien sont complexes et délicatement balancés tous les mouvements du groupe oculaire, nous pouvons croire que ce spasme ou crampe peut naître facilement.

Nous pouvons voir la contraction spasmodique du sphincter de l'iris sous l'influence d'un corps étranger dans l'œil ; on observe fréquemment les effets d'un spasme du muscle ciliaire ; nous pouvons sentir le spasme de l'orbiculaire des paupières. N'est-il pas naturel de conclure par analogie à la possibilité d'une crampe ou d'un spasme d'un ou de plusieurs muscles oculaires extrinsèques ?

Il doit se faire une bonne dépense de coordination dans le groupe musculaire oculaire dans la vie ordinaire. Combien, dans les mouvements variés de l'œil, il doit y avoir, pour ainsi dire, de choix les plus délicats d'instruments musculaires. Combien, doit être parfaite et exacte cette harmonie pour obtenir et maintenir une position continuelle propre des deux yeux dans chaque condition !

Combien plus de coordination est requise dans les yeux que dans la main ! Adduction, abduction, flexion, et extension dans la main ; adduction, abduction, élévation, et dépression dans les yeux ; mais avec cela, accommodation et convergence. Plus difficiles et plus complexes doivent être les cellules qui sont chargées de la coordination des yeux que celles qui sont dévolues à la main ; plus faciles à fatiguer et à épuiser pour le lecteur que pour l'écrivain.

Si "l'action réflexe", "les centres d'un nerf irritable", "l'énergie nerveuse irrégulière", ou "surmenage de muscles normaux ou faibles", cause des crampes ou spasmes dans d'autres groupes, pourquoi pas dans le groupe oculaire, où un équilibre musculaire doit être plus nécessairement exact ?

Si "la peine", "la suranxiété", "les responsabilités d'affaires", "un tempérament irritable, névrotique, sensitif", ou "une nutrition

défectueuse" sont des causes excitantes au commencement et dans la suite des névroses d'occupation, pourquoi la même influence n'affecterait-elle pas le groupe oculaire de la même façon ?

Nos bons auteurs nous disent que ce spasme des muscles extrinsèques est rare, et que ces cas ont une déviation de l'œil—v. g. vide Hock.

La crampe des lecteurs n'est pas de telle nature à produire un excès d'action suffisante pour causer une déviation marquée de l'œil, mais une condition spasmodique rendant déficiente cette harmonie nécessaire à l'usage naturel et continu des yeux. Le spasme des muscles extrinsèques dans la crampe des lecteurs est de courte durée, provoqué par l'exercice des yeux sur des objets proches pendant de longues périodes, indiqué par un "élanement", un "tiraillement" des yeux, accompagnés d'une sensation d'yeux "qui tournent" et souvent associé à la céphalalgie et au vertige. Le malade a conscience de la grande concentration d'énergie qu'il déploie pour garder ses yeux à l'ouvrage, comme résultat survient une grande fatigue ou incapacité de continuer l'usage de ses yeux. Outre cela, il se fait des changements dans la conjonctive, la choroïde et la rétine. En mesurant ou en testant de près ou de loin, nous trouvons qu'il y a souvent un affaiblissement de quelque muscle individuel ou de quelque paire de muscles. Il y a défaut d'harmonie dans leur action, un manque de balance même quand on les essaye pour un moment.

Une personne qui souffre d'un astigmatisme hypermétropique avec quelque insuffisance musculaire porte un prisme sphéro-cylindrique correcteur propre et bien choisi. Par temps elle se plaint d'être obligée d'arrêter tout à coup son travail quand l'objet est proche, parce que ses yeux "tirent et élancent", ou ils "tiraillement et font mal", ou "les lettres ou les mots dansent", tellement que le malade a le vertige, ou bien ne peut ni lire ni travailler tant qu'il n'a fermé ses yeux et ne les a laissés au repos un certain temps. L'attaque soudaine d'un ou de plusieurs de ces symptômes suggère l'idée d'un spasme ou d'une crampe.

Ou bien une personne névrotique de pauvre nutrition, avec quelque erreur de réfraction, et quelque insuffisance musculaire, portant une lentille propre et un prisme correcteur, se plaint que l'exercice de ses yeux sur des objets proches produit, après un temps, une sensation comme si les yeux "tournaient". N'en est-il pas de même d'une crampe, d'un spasme ?

N'avons-nous pas connu des personnes avec des verres convenables qui ont réduit au minimum l'usage de leurs yeux sur des objets proches, en raison de ce tiraillement subit, de cet élanement soudain, de cette incapacité de continuer l'exercice des yeux ?

Porter un correctif propre pour la réfraction, et un prisme pour aider les muscles faibles, devrait rendre les conditions pratiquement normales, mais l'incapacité soudaine de diriger ses yeux suggère l'idée d'un spasme ou d'une crampe.

Ils se reposent un certain temps, la crampe se relâche, et ils redevennent bien pour retomber tout à coup.

Quelques-uns disent : "Oh ! c'est nerveux. Vous avez besoin d'un prisme plus fort. Vous devez faire de la gymnastique oculaire." D'autres disent : "C'est impérieux. Vous devez faire "couper" un des muscles."

Nous, comme oculistes, nous ne voyons pas les malades au moment de la crampe ou du spasme. Ils laissent leur bureau ou, leur cabinet de travail, la bibliothèque ou le piano, la lettre à moitié écrite, ou la nouvelle à moitié lue, et viennent nous voir ; mais la crampe s'est relâchée.

Il est intéressant et instructif de faire venir ces malades au bureau vers la fin de leur "journée de travail", et écrire, lire, ou coudre jusqu'à ce que les troubles de ce caractère surviennent, et alors d'observer avec soin les mouvements des paupières, de l'iris et des yeux. Donnez-leur une page avec des lignes de 10 à 12 pouces de long. Observez les mouvements de chaque œil, et voyez si un d'eux

ne se meut plus vite ou plus lentement que l'autre. Notez si les mouvements sont fermes et graduels, ou traînants et irréguliers.

Notez, si un œil semble se fixer mieux que l'autre.

Faites-les lire sous la faible lumière d'une chandelle, et ensuite sous la brillante lumière d'une lampe électrique.

Remarquez bien la distance du livre des yeux quand ils commencent à lire, et quand ils se plaignent; aussi faites-les lire avec un œil fermé ou recouvert, et notez avec le plus grand soin le mouvement, s'il y en a, de l'autre œil.

Une observation attentive donnera quelque aperçu confirmant l'action irrégulière, spasmodique, ou la crampe de quelques-uns des muscles du groupe oculaire.

Cette classe de malades peut travailler d'un seul œil avec aisance à courte distance. En alternant, ils peuvent obvier à ces troubles. Ceci obvie au besoin de convergence. Le droit interne n'a qu'un devoir à remplir. Il a besoin de moins de coordination. Cela porte à démontrer l'importance du rapport entre l'accommodation et la convergence, et l'harmonie nécessaire à une action commune parmi le groupe des muscles oculaires.

La loi fondamentale ou impérative qui gouverne les muscles du globe de l'œil est que la fossette centrale de la rétine de chaque œil doit recevoir l'image de l'objet observé.

Pour assurer une telle vision binoculaire parfaite les relations de coordination inhérentes demandent une action très intime, très prompte, et d'une exactitude parfaite de chaque muscle individuel (Noyes).

Le trouble des mouvements dans l'amblyopie du strabisme ordinaire ne diffère essentiellement en rien du désordre de la vision congénital ou acquis de bonne heure dû à des changements anatomo-pathologiques. Dans le dernier cas (nystagmus proprement dit), il y a un mouvement de pendule constant autour de la position d'équilibre; dans le premier cas, il y a des mouvements de tiraillements d'un côté, connus comme tiraillements de pseudo-nystagmus.

Dans les deux formes il y a une innervation corticale défectueuse. Dans le nystagmus vrai, il y a un désordre de l'innervation ferme, constant, uniforme; les tiraillements des pseudo nystagmus se montrent sous forme de troubles de l'innervation inégaux et changeants comme, par exemple, dans l'épuisement cortical rapide après des mouvements extraordinaires ou forcés (Knies).

Chez les personnes dont la vision est, disons,  $\frac{6}{50}$  avec correction, avec insuffisance de quelque muscle (strabisme latent), avec un système nerveux débilité, et les yeux fatigués durant de longues périodes, ne peut-il pas y avoir des tiraillements, invisibles peut être, mais suffisants pour empêcher une vision binoculaire parfaite et sans fatigue, en d'autres termes, ne peut-il y avoir des spasmes ou crampes? L'explication la plus satisfaisante de la cause de la crampe des écrivains est un défaut d'équilibre de coaction des centres moteurs variés concernés dans l'acte d'écrire (Dercun).

Ne peut-il y avoir défaut de coaction des centres moteurs variés concernés durant la lecture, et ne peut-il s'ensuivre un spasme ou crampe? Un épuisement cortical, permettant aux cellules nerveuses d'exiger d'un nerf un travail excessif et irrégulier, ne peut-il pas produire une crampe dans les muscles mis en jeu durant la lecture? Knies parlant du désordre des muscles oculaires volontaires, dit: "En général, les spasmes jouent un rôle subordonné; ils sont dus à l'irritation de ces parties dont la destruction causerait la paralysie."

Noyes écrit: "On peut aussi faire la remarque que plusieurs cas d'asthénopie musculaire ne sont pas tant des évidences d'un pouvoir défectueux de certains muscles que celles d'une action continue et excessive ou d'un spasme des muscles chargés d'un rôle d'opposition et de guide. C'est seulement de cette façon qu'on peut expliquer plusieurs cas de guérison par des prismes ou de légères ténotomies."

Alexander Duane écrit: "Il n'est pas improbable que de faibles degrés de spasmes musculaires sont au fond de quelques-uns des cas

d'hétérophorie que nous rencontrons". Enfin, il est vraiment probable qu'un grand nombre de cas de déviation légère sont dues à une diminution d'action modérée d'un muscle combinée à un surménage (spasme secondaire) d'un autre. La similitude entre l'action constante des muscles des doigts engagés durant l'écriture et l'action constante des muscles des yeux durant la lecture amènent l'idée que de même que la première fait naître parfois une crampe, la deuxième a le même effet.

Il y a trois théories regardant la pathologie de la crampe des écrivains:

1° Une maladie locale: une faiblesse de quelques muscles qui permet l'action exagérée de leurs antagonistes, ce qui augmente le spasme.

2° Une action réflexe; le résultat de la stimulation des nerfs sensitifs dans l'acte d'écrire.

3° Une origine centrale; un défaut d'entente convenable dans l'action simultanée des centres moteurs concernés dans l'acte d'écrire.

Cette dernière semble être la plus satisfaisante.

Dans le groupe musculaire des yeux, nous pouvons avoir toutes ces causes. Si nous rencontrons dans les muscles oculaires les mêmes causes qui font naître la crampe des écrivains dans leurs mains, ne pouvons-nous pas avoir une crampe dans les muscles mis en jeu durant la lecture? Une tension constante de tous les muscles oculaires sur un objet rapproché pendant longtemps, avec un muscle ou une paire de muscles faibles, des nerfs surmenés, et une écorce épuisée, sont les conditions favorables qui conduisent au spasme ou à la crampe du groupe des muscles oculaires.

—New-York Medical Journal, Sept. 11, 1897.

## INFLUENCE DE L'ACCOUCHEMENT

Sur les maladies nerveuses que présente ultérieurement l'enfant, et en particulier sur la maladie de Little ou sur des états analogues.(1).

Par M. le docteur VERRIER (de Passy).

Après avoir rappelé les travaux de Duchenne et constaté l'insuffisance de sa classification, qui ne comprend que les paralysies infantiles obstétricales, M. Verrier propose une nouvelle classification, où il fait rentrer toutes les maladies nerveuses infantiles suites d'accouchement. La première classe comprend tous les traumatismes et les paralysies infantiles obstétricales de Duchenne; la deuxième classe, les maladies nerveuses d'origine infectieuse et toxique provenant de la mère, du père et de l'enfant; la troisième classe, celles d'origine intra-utérine, ou se produisant au moment de l'accouchement.

Il rapporte une observation pour chaque classe, prise dans le service de M. le professeur Raymond, avec son autorisation, et conclut à introduire dans le cadre qu'il a tracé la paralysie spasmodique infantile, ou "spastic rigidity" de Little, ainsi que les origines de certaines syringomyélies, dues à des hématomyélies traumatiques survenues au moment de l'accouchement.

Mais il insiste sur l'insufflation de bouche à bouche ou avec le tube de Chaussier, qu'il accuse de produire des accidents toxiques par l'envoi dans les poumons de l'enfant d'acide carbonique, qui ne serait pas sans influence sur les spasmes paralytiques des nouveau-nés, et qu'il range pour cette raison dans sa deuxième classe. Enfin M. Verrier soutient la théorie de M. Raymond pour le diagnostic clinique de la maladie de Little: 1° état spasmodique limité aux membres inférieurs; 2° troubles de la sensibilité avec anesthésie dissociée; 3° troubles du côté des sphincters; 4° naissance en état d'asphyxie par suite des difficultés de l'accouchement.

Si tout le monde est d'accord sur ce syndrome, on n'aura pas de peine à s'entendre sur le diagnostic anatomique. Malheureusement, il

(1) Communication au Congrès international de neurologie de Bruxelles.

n'en est pas ainsi, et l'on a souvent pris des affections spasmo-paralytiques de l'enfance pour la maladie de Little vraie. D'où, les uns, avec M. Pierre Marie, assignent à la maladie de Little l'arrêt de développement du faisceau pyramidal ou sa dégénérescence, et comme condition étiologique, la naissance avant terme, sans qu'il soit besoin d'y ajouter les difficultés de l'accouchement. Les autres, avec M. le professeur Raymond, prétendent que le fait d'être né avant terme n'est pour rien dans le développement de la maladie de Little; la production d'une lésion cérébrale antérieurement à la naissance ou au moment d'une naissance laborieuse est tout. M. Verrier se range à cette opinion et ajoute que l'insufflation par suite de l'asphyxie, notée par Little lui-même, est aussi un facteur important dans la production de la lésion cérébrale, et conclut à ranger la maladie de Little dans la troisième classe de sa classification.

#### Fongosités provenant d'un curetage

Par M. le Dr PICHEVIN

Nous avons eu l'occasion de donner des soins à une dame qui ne paraît pas son âge et qui jouit d'une excellente santé. Elle est un peu nerveuse. Elle a eu, il y a dix ans, du rhumatisme goutteux au gros orteil et deux ans après une crise de colique néphrétique. Si l'on ajoute à ces accidents passagers une légère attaque d'influenza il y a deux ans et quelques migraines qui ont existé à peu près à la même époque et qui ont disparu, on aura au complet toute l'histoire pathologique de cette malade.

La menstruation a fait son apparition vers l'âge de 12 ans, revenait tous les 25 jours durant 4 ou 5 jours et n'était pas très abondante. Pas de fleurs blanches. Pas de douleurs. Pas de constipation.

Mme R... s'est mariée à 22 ans. Les règles ont toujours conservé les mêmes caractères. Il n'y a jamais aucun retard, eu de fausse couche et pas d'enfant. Pas d'infection gonococcienne. Il existait une leucorrhée légère et éphémère après la menstruation.

Depuis assez longtemps Mme R. souffrait dans le bas-ventre, pendant la marche, mais les souffrances n'étaient pas vives; il s'agissait plutôt d'une pesanteur. Il y a deux ans elle se décida à consulter un médecin qui porta le diagnostic de fibrome.

Jusqu'en novembre 1896 les règles n'ont jamais manqué. En décembre il y eut une première suppression menstruelle. Le 18 janvier, les règles apparurent pendant 2 ou 3 jours et d'une façon très discrète. Le 28 février Mme R. constata un très léger suintement sanguin par la vulve. Le 20 mars elle eut une perte de sang abondante qui a résisté aux injections chaudes, à l'ergotine, etc., et qui a duré presque sans interruption jusqu'au 13 juin de cette année. Le sang ne sentait pas mauvais. Pendant toute la durée de cette perte la malade souffrait modérément de la région lombaire.

Le toucher bi-manuel permet de constater au fond d'un vagin étroit, un col petit, haut situé, difficilement accessible. L'orifice externe est étroit. Il n'y a ni aversion ni ectropion. La consistance du tissu cervical est normale. L'utérus en antéversion est volumineux, mobile, régulièrement développé et dépasse la symphyse de 2 ou 3 travers de doigts. La matrice ne présente aucune saillie à sa surface; ses dimensions semblent être augmentées également dans tous les sens et son volume égale celui d'un poing un peu fort.

Les culs-de-sacs vaginaux sont libres. Il n'existe pas d'annexite ni à droite, ni à gauche.

Nous avons pensé, M. Grilhaut des Fontaines et moi, qu'en présence de cette hémorragie persistante, chez une femme de 50 ans ayant un utérus volumineux, il était indiqué de dilater et d'explorer l'utérus.

Nous ne pouvons nous contenter d'étiqueter ce cas sous la rubrique "hémorragie de la ménopause" et permettre à la perte de continuer. Nous avons lieu de soupçonner une inflammation de la muqueuse utérine ou un épithélioma du corps de l'utérus et pour associer notre

diagnostic sur une base solide il fallait avoir entre les mains la muqueuse utérine de cette malade.

La cavité utérine avait 9 centimètres environ et était manifestement plus large qu'à l'état normal. La curette ramena des débris de muqueuse fongueuse en assez grande abondance. Ces fongosités siégeaient dans la cavité du corps, en arrière et à gauche sur une surface de 6 à 7 centimètres carrés environ.

L'examen microscopique fut absolument démonstratif. Il s'agissait d'une endométrite glandulaire.

Cette observation démontre l'utilité d'explorer la cavité utérine chez les femmes qui, au moment de la ménopause, ont des pertes de sang.

Sans doute les hémorragies utérines de l'âge critique sont fréquentes et quelques-unes, transitoires, peu importantes, disparaissent spontanément. Ces métrorragies sont sous la dépendance des troubles de vascularisation qui apparaissent à la ménopause.

Dans certains cas, il existe incontestablement des lésions importantes qui semblent se porter de préférence sur les vaisseaux.

Le cas que nous avons observé entre-t-il simplement dans la catégorie des métrites dites fongueuses? (On sait que, dès 1856, Trousseau avait constaté ces fongosités chez les femmes âgées). Nous ne le croyons pas.

Nous ferons remarquer que les lésions étaient localisées en un point, et que la malade n'avait jamais eu d'hémorragie jusqu'à 50 ans.

Nous pensons qu'il s'agit d'une endométrite glandulaire développée chez une femme ayant un fibro-myome utérin interstitiel. Les lésions de l'endométrite dans les cas de fibrome utérin ont été bien décrites par Wyder et par Von Campe.

Le curage nous a permis d'éliminer le diagnostic de cancer auquel nous avons pensé, mais sans nous y arrêter. L'opération a été utile, car elle a permis de mettre immédiatement fin à des hémorragies contre lesquelles on a épuisé toutes les armes de la thérapeutique médicale.

M. DOLÉRIS. — Les hémorragies survenant à la ménopause, doivent en effet faire penser au cancer; cependant, il faut se rappeler que les hémorragies de la ménopause surviennent sous forme de pertes, à la suite d'une suppression de règles, tandis que l'hémorragie du cancer est insidieuse, peu abondante et se produit souvent dans l'intervalle des règles. (*Soc. Obst et Gynéc. de Paris.*)

#### L'irrigation rectale à double courant

Le principe de l'irrigation à double courant est très ancien. On a déjà décrit beaucoup de modèles de ces irrigateurs. Celui de Robert Coleman Kemp se compose de deux tubes s'emboîtant l'un dans l'autre. Le tube intérieur est ouvert au bout de l'instrument, le tube extérieur est muni de deux ouvertures latérales. L'irrigateur est généralement en verre ou en caoutchouc dur ou mou. Le tube le plus court a 12 centimètres et demi de long et de 1 à 2 centimètres de diamètre. Le plus long tube, le tube rectal, est toujours flexible, il a 1 centimètre et demi de diamètre pour les adultes sur 30 à 35 centimètres de longueur. Pour les enfants, 1 centimètre de diamètre sur 20 centimètres de long. La valeur de ces irrigations dans les maladies chroniques du colon est hors de doute. Les solutions chaudes à 40 degrés sont préférables aux froides. L'auteur a employé les solutions suivantes :

A. Eau de graine de lin : 7 à 8 grammes de graines de lin dans un litre d'eau. Faire bouillir et filtrer

B. Solution salée normale : 4 grammes de sel dans un demi-litre d'eau.

C. Solution salée avec de l'huile de menthe ou de l'huile de canelle (de v à xx gouttes dans un demi-litre d'eau).

D. Eau bouillie.

E. Acide borique, 2 à 4 grammes dans un litre, parfois dans un demi-litre d'eau.

F. Permanganate de potasse, 18 centigrammes dans deux litres d'eau.

G. Bichlorure de mercure à 1/10000.

Les solutions A, B, C, D ont été employées pour des traitements prolongés et avec une durée moyenne d'une heure par séance.

Deux ou quatre litres de la solution E, une ou deux fois par jour. Deux litres de la solution F, deux fois par jour. Pendant trois jours consécutifs, deux litres de la solution G, une fois par jour, comme dans la colite membraneuse.

Les cas traités par l'auteur comprennent la colite simple catarrhale, la colite membraneuse, la dysenterie aiguë et chronique, la constipation chronique, la rétention fécale, l'entérite fébrile ; les grandes irrigations rectales ont parfois réussi dans les attaques d'éclampsie et dans l'urémie.

Par la méthode que M. Kemp nomme la méthode circulaire, on peut faire parvenir le liquide jusqu'au cæcum. Lorsque le rectum est bien vidé, on couche le malade sur le côté gauche, en lui soulevant les cuisses : on lui fait une irrigation, on lave le côlon descendant, en laissant les gaz s'échapper. On place ensuite le tube de retour et on fait pénétrer un litre de la solution ; on tourne alors peu à peu le patient sur le côté droit, en soulevant toujours les cuisses, et on introduit le second litre de liquide. Enfin, on soulève graduellement le patient pour arriver à le faire asseoir. On enlève le tube de retour ; il s'échappe la valeur d'un litre, et le malade garde le second litre. Il ressent une sensation de plénitude dans le cæcum. La percussion révèle à ce niveau une sonorité nouvelle. On enlève le tube, et quelque temps après, il se produit des contractions intestinales. Le lendemain, on renouvelle l'opération, on fait garder également un litre, les signes physiques sont identiques. On change alors de procédé. On laisse s'échapper aussi le second litre : les signes physiques disparaissent.

On peut nettoyer, par ce moyen, toute la région du côlon et préserver celui-ci de toute absorption septique. (*Rev. de therap. méd.-chir.*)

#### Intoxication par la digitale et la caféine ; indications et doses.

M. le professeur Jaccoud est un des cliniciens restés fidèles à l'infusion de digitale dans les maladies du cœur ; il ne donne qu'exceptionnellement la digitaline et, en ce cas, il donne la préférence à la digitaline cristallisée.

La dose à prendre varie de 20 centigrammes à 1 gramme en vingt-quatre heures, jamais plus ; encore ne donne-t-il la dose maxima qu'un seul jour et la diminue les jours suivants selon les effets produits. Jamais il ne continue plus de cinq jours de suite. Il laisse reposer le malade trois jours pleins et y revient ensuite, s'il est nécessaire. Avant d'administrer la digitale, il soumet pendant vingt-quatre heures le malade au régime lacté absolu.

M. Jaccoud appelle l'attention de ses auditeurs sur l'intoxication par la digitale et énumère les symptômes qui la révèlent d'habitude. Les premiers symptômes d'intolérance ne sont pas toujours les nausées et les vomissements, mais bien des modifications du côté du pouls et de l'excrétion urinaire. Ainsi le pouls qui était lent et fort devient fréquent et faible ; il y a d'abord diurèse abondante, puis le lendemain la quantité d'urine revient au taux primitif. Dans d'autres cas, l'intoxication se traduit au début par de l'excitation cérébrale, de l'insomnie, et des phénomènes nerveux d'ordre divers.

Dès la constatation de ces signes d'intolérance, supprimez la digitale, et, si son indication persiste, remplacez-la par la caféine à la dose de 1 gramme. Ce médicament a bien ses inconvénients, mais il ne sont pas les mêmes que ceux de la digitaline.

Il y a trois manières de donner ce médicament, dont la dose varie

de 25 centigrammes à 1 gramme 20 en cachet ou en julep. Quand on la donne sous cette dernière forme, il faut, pour en favoriser la solution, l'associer est une quantité égale de benzoate de soude. Enfin, en cas d'intolérance gastrique, on peut l'administrer sous forme d'injections sous cutanées, et injecter une seringue de Pravaz de la solution suivante : 4 grammes de caféine et de benzoate de soude, et 10 centimètres cubes d'eau. Chaque seringue Pravaz contient 40 centigrammes de caféine.

Notons en passant qu'on ne peut prolonger longtemps l'usage de la caféine, dont l'intoxication se produit par l'insomnie, de l'agitation et quelquefois du délire. (D'après le *Bull. Méd.*)

#### Nouvelle méthode de traitement du cordon chez le nouveau-né

Le traitement du cordon chez le nouveau-né, tel qu'il se pratique dans le service de M. Bar, est très simple, très sûr et mérite d'être essayé par le praticien. Il consiste essentiellement à remplacer le fil de la ligature classique par une pince hémostatique.

La pince est placée dès que les battements ne se font plus sentir dans la tige funiculaire, c'est-à-dire après que la circulation fœto-placentaire s'est arrêtée d'elle-même, ce qui, comme on sait, fait gagner au nouveau-né environ 92 grammes de sang, quantité dont il eût été privé par une ligature immédiate.

La pince est placée perpendiculairement à l'axe du cordon, immédiatement au ras de la peau de l'ombilic, afin de ne laisser en dessous de la pince qu'une quantité très petite de cordon. C'est une condition essentielle pour obtenir une rapide dessiccation. Les anneaux de la pince sont appliqués ensuite sur le ventre du nouveau-né, et on sectionne le cordon le plus près possible de la pince. Après s'être assuré que l'hémostase est obtenue, on fait un pansement à l'ouate hydrophile stérilisée, pansement qui doit entourer la pince de toute part et la bien séparer de la paroi abdominale. Une compresse languette enferme le tout et l'enfant est placé dans son maillot.

La pince est enlevée au bout de vingt-quatre heures. On trouve alors que le segment du cordon qu'elle étreignait a subi des modifications très importantes. Aplati transversalement, il est devenu mince, lamelleux, transparent, parcheminé, et porte sur ses deux faces l'impression profonde des rainures de la pince. Cette lamelle cornée est enlevée d'un coup de ciseaux à la limite de la peau, et un pansement à la gaze antiseptique termine cette petite opération. Parfois, une goutte de sérosité roussâtre, qui remplissait encore la veine ombilicale, se présente après le coup de ciseaux, parfois un peu de sang rouge vient mouiller le pansement après la section du segment lamelleux ; mais tout se borne là.

Après la section de la lamelle cornée, il reste dans la cicatrice ombilicale un petit moignon souvent déjà desséché, qui tombe lui-même vers le quatrième ou le cinquième jour après la naissance, laissant après lui, dans un grand nombre de cas, une petite ulcération rougeâtre, facile à apercevoir en écartant les lèvres du bourelet ombilical, et qui s'infecterait facilement si on ne prenait soin de continuer les pansements antiseptiques, jusqu'à cicatrisation complète. Les pansements, fréquemment souillés par l'urine et les matières fécales, doivent être remplacés deux fois par jour, au moins, et toutes les fois, du reste, que les soins de propreté l'exigeront.

Tant que la cicatrisation n'est pas complète, on s'abstiendra de donner des bains à l'enfant. — (*Presse méd.*)

#### Un nouveau symptôme de cancer

G. Bogdan (*British Medical Journal* cite le cas d'une femme de 48 ans, qui souffrait de cancer de l'estomac. La maladie avait passé par une longue période latente. La malade présentait sur chaque joue une plaque de décoloration rouge-vineuse, formée par la dilatation de

veinules superficielles ; la tache était nettement tranchée sur le fond jaune pâle de la peau environnante. A l'aide de ce symptôme seul, Bogdan put porter un diagnostic de cancer probable à une période où il n'y avait pas encore d'autre signe manifeste de cette affection. Il regarde ces varicosités superficielles sur les joues comme un aide de valeur pour reconnaître de bonne heure certains cancers ; l'auteur l'a rencontré dans environ les deux tiers des cas de cancers qui sont tombés sous son observation ; il est particulièrement fréquent dans les cas d'épithélioma de l'estomac et de l'utérus, mais moins commun dans cette maladie maligne des autres organes.

**Traitement de la constipation chez les enfants**

Par M. G. LYON.

On peut combattre la constipation habituelle chez les nourrissons à l'aide de divers moyens. Le lavement est de tous le plus efficace ; souvent le lavement simple avec l'irrigateur ou une grosse poire de caoutchouc suffit. Dans les cas tenaces, on est conduit à faire un véritable lavage de l'intestin en introduisant une sonde molle aussi haut que possible.

On peut ajouter à l'eau du lavement soit une pincée de sel marin, 0 gr. 30 p. 1000, soit de la glycérine, une cuillerée à soupe pour 200 gr. d'eau, soit de l'huile, 2 cuillerées à soupe pour 1 jaune d'œuf et 200 gr. d'eau. Enfin on peut additionner le lavement de 15 gr. de miel de mercuriale.

Les suppositoires peuvent remplacer les lavements.

A l'intérieur, on peut employer le sirop de chicorée composé, 1 à 2 cuillerées à café ; le sirop de fleur de pêcher, 1 à 4 cuillerées à café ; l'huile d'amandes douces, 1 cuillerée à café ; le calomel, 0 gr. 5 jusqu'à six mois, 10 centigr. jusqu'à 1 an, 15 à 20 centigr. jusqu'à 18 mois ; la magnésie, une pincée dans de l'eau sucrée ; la manne 5 à 10 gr. dans du lait ; l'huile de ricin, ½ cuillerée à café jusqu'à six mois.

Au-dessus d'un an, on peut faire usage de l'huile de ricin, 5 à 10 gr., facilement pris lorsqu'elle est associée au vin de Malaga, à du bouillon dégraissé, du jus d'orange, une infusion de café ou un looch.

On peut aussi donner une décoction faite avec des pruneaux et 2 à 3 grammes de follicules de séné ou le séné associé à la manne.

Eau bouillante.....	200 grammes
Manne en larmes.....	30 "
Follicules de séné.....	4 "
Poudre de café torréfié.....	10 "

Passer et faites prendre dans la journée (Sevestre).

A partir de 2 à 3 ans, on peut donner diverses autres préparations.

Voici quelques-unes des formules les plus recommandables:

Réglisse.....	60 grammes
Séné pulvérisé.....	60 —
Souffre lavé.....	30 —
Poudre de fenouil.....	30 —
Sucre.....	180 —

1 à 2 cuillerées à café par jour.

Extrait hydroalcoolique de cascara.....	0 gr. 50
Sirop simple.....	50 —
Teinture de cannelle.....	2 —

1 à 2 cuillerées à café.

Podophyllin.....	0 gr. 02
Sirop de guimauve.....	95 —
Cognac.....	5 —

1 à 2 cuillerées à café tous les 3 à 4 jours (Bouchut).

Scamonnée.....	0 gr. 50
Sucre.....	Q. s.

pour 1 paquet.

Calomel.....	160 gr.
Sucre.....	Q. S.

pour un paquet.

Teinture de baumé.....	4 gr.
— rhubarbe.....	} à 10 gr.
— badiane.....	

20 gouttes au commencement de chaque repas.

Teinture de cascarrille.....	} à 10 gr.
— rhubarbe.....	
— cannelle.....	
— colombo.....	
— gentiane.....	
— noix vomique.....	5 gr.

10 gouttes dans un peu d'eau froide avant le repas. (Jules Simon).

Pepsine.....	1 gr.
Acide chlorhydr.....	0 gr. 50
Eau.....	120 —
Sucre.....	10 —

1 cuillerée à café ou à dessert 4 fois par jour.

Il ne faut pas négliger de traiter les accidents qui résultent de la constipation habituelle. On maintiendra les hernies par les bandages, et l'on appliquera sur l'anus dans le cas de fissure anale, une des deux pommades suivantes :

Vaseline.....	30 gr.
Extrait de belladone.....	1 gr. 50
“ de ratanhia.....	2 gr.

ou :

Vaseline.....	30 gr.
Tannin.....	1 gr. 50.
Calomel.....	0 gr. 50.

L'huile de ricin et les sels de soude et de magnésie conviennent aux cas de constipation passagère :

- 1) Sulfate de soude..... 10 à 40 gr.
- Sirop de menthe..... 10 gr.
- Eau..... 120 —
- 2) Acide tartrique..... } à 10 à 30 gr.
- Bicarbonate de soude..... } à 10 à 30 gr.
- Sirop de Limons..... 60 gr.
- Eau..... Q. S.
- 3) Sulf. de magnésie..... 10 à 30 gr.
- Inf. de café..... 100 gr.
- Sirop de sucre..... 30 gr.
- 4) Citrate de magnésie..... 10 à 30 gr.
- Sirop de cerises..... 30 à 50 gr.
- Eau..... 120 gr.
- 5) Sel de seignette : .....  
(tartre de soude et de potasse)..... 5 à 20 gr.

**Du traitement des tuberculeux : exposé de l'état actuel,**

Par MEYDEN (Berlin).

C'est avec une grande largeur d'esprit que le célèbre professeur de Berlin envisage la question de la phtisie pulmonaire. Affection universelle, elle exerce ses ravages sur tous les peuples, sous toutes les latitudes, ne respectant ni le riche ni le pauvre, ni les villes ni les campagnes. On peut mesurer le péril social qui résulte d'un pareil fléau au nombre des victimes. Rien qu'en Allemagne, la mortalité annuelle des phtisiques s'élève à 180,000 ! Et, dans les populations de l'Europe, ils fournissent environ le cinquième des décès.

“ L'esprit d'humanité et de solidarité, qui est l'ornement de cette fin de siècle, nous ordonne d'unir nos efforts et de faire œuvre com-  
“ mune ; il crie au plus fort de secourir le plus faible. Que les meilleurs

" d'entre nous, que les plus fortunés nous viennent en aide, que les communes, que l'Etat lui-même nous soutiennent d'une façon efficace, sans nul doute, nous toucherons au but désiré." — A de telles paroles, les médecins de tous les pays civilisés ne peuvent qu'applaudir.

Considérée autrefois comme incurable, la phtisie pulmonaire a cessé de l'être depuis qu'en 1855 Brehmer appliqua pour la première fois sa méthode de traitement, acceptée depuis cette époque par la majorité des médecins. De nombreux imitateurs, séduits par les résultats obtenus dans son établissement de Gebersdorf en Silésie, ne tardèrent pas à marcher sur ses traces. Telle est l'origine des sanatoria aujourd'hui bien connus de Falkenstein, Reiboldgrün, Rehberg, Andreasberg, Hohenhonnef, Davos, Léysin, Arosa, etc.

A l'heure actuelle, toute la prophylaxie repose sur les deux indications suivantes : 1° empêcher la transmission directe ou indirecte des bacilles tuberculeux ; 2° améliorer le terrain, c'est-à-dire la constitution de l'individu. On remplira cette dernière, en surveillant l'éducation physique de l'enfant, en favorisant son développement thoracique par la gymnastique et les sports. Par une alimentation fortifiante sans être excessive, par l'habitude prise de braver les intempéries de l'atmosphère, on augmentera la résistance de l'organisme contre les maladies.

Quant à éviter la transmission du bacille, la chose est en soi à peu près impossible. La peur du microbe n'aboutit d'ailleurs qu'à des mesures impraticables ou insuffisantes. Tous les règlements de police sanitaire demeurent impuissants. A cet égard, il ne faut compter que sur la prophylaxie privée. La propreté sous toutes ses formes est la base la plus solide de toute désinfection. Les habitudes de propreté et d'hygiène contractées dans les sanatoria seront rapportées par les malades au sein de leurs familles : il n'est pas de meilleure école de prophylaxie.

Le véritable traitement de la tuberculose comprend les médications spécifiques et le régime diététique. Leyden rappelle la confiance accordée à certains médicaments, tels que la créosote, le créosotal, le gaiacol, etc. ; l'engouement pour certaines stations thermales, et il relate à grands traits l'histoire et le succès éphémère des tuberculines de Koch, les tentatives de Klebs, de Maragliano, et enfin de Behring.

Pour le présent, en attendant la réalisation des promesses de la sérumthérapie, il faut se contenter d'appliquer, parmi les méthodes de traitements connues, celle qui possède à son actif le plus grand nombre de guérisons. Le traitement hygiénique et diététique, préconisé autrefois par Brehmer, offre, d'après Leyden, les meilleures chances de succès. Il comprend tout d'abord le choix d'un climat : climats de montagne, dont l'influence favorable paraît se rattacher à l'extrême pureté de l'air, à l'atmosphère peu chargée d'eau et très ensoleillée, à son action sur les globules rouges du sang ; climats maritimes, préférés par certains médecins pour leur atmosphère humide et privée de poussières. Quant aux climats chauds et secs, souvent recommandés et très courus par les malades, ils offrent le grand inconvénient d'un changement de vie trop considérable pour leur permettre de revenir sans aucun danger dans leur climat d'origine.

Les autres indications de la méthode de Brehmer sont : 1° l'aérothérapie sous toutes ses formes (chambres très aérées, même la nuit ; promenade à pied par tous les temps) ; 2° l'alimentation riche, fortifiante ; 3° l'endurcissement physique du malade par les cures d'air prolongées, l'hydrothérapie (lotions, enveloppements humides, douches et même bains froids), les exercices physiques (ascensions méthodiques comme dans la cure d'Ertel), enfin les sports divers : cependant les malades très avancés et très affaiblis devront garder un repos relatif ; 4° une médication simplement tonique ; 5° en dernier lieu, l'application de toutes ces mesures dans des établissements spéciaux, sanatoria.

Leyden signale dans un dernier paragraphe le mouvement qui se produit un peu partout en faveur de sanatoria ou d'établissements analogues en vue du traitement des tuberculeux. Les Anglais et les Américains ont été les premiers à marcher dans cette voie ; à Londres

l'hôpital Royal pour les maladies de poitrine date de 1814. En France la Ligue contre la tuberculose est fondée en 1888. En Russie, en Allemagne, le mouvement des esprits en faveur des sanatoria s'accuse de jour en jour. Il mérite d'attirer l'attention. Il doit être encouragé et soutenu ; car il est une des manifestations les plus évidentes de la paix et la culture intellectuelle progressive des peuples, véritable programme de l'avenir. — *Journal des Praticiens*.

## FORMULAIRE

### — Pilules contre la sciatique (M. W. RICHARDSON).

Opium .....	} à 0 gr. 05 centigrammes
Ipéca .....	
Salicylate de soude...	

Extrait fluide de *Cascara sagrada* Q. S.

Pour une pilule. Faites vingt pilules semblables. — A prendre : une à trois pilules par jour.

### — Liniment contre les douleurs de l'arthrite blennorrhagique. — (M. E. HIRTZ.)

Acide salicylique .....	2 à 4 grammes
Baume de Fioravanti .....	200 —

Mélez — Usage externe.

On fait avec ce liniment des frictions sur les points douloureux.

### — Le collodion mentholé dans les contusions. — (NAMÉ.)

1° Antisepsie rigoureuse, nettoyage soigné, à l'éther, des points contus ;

2° Badigeonnages, 1 ou 2 fois par jour, de ces points avec du collodion mentholé formulé : collodion, 24 à 27 grammes ; menthol, 6 à 3 grammes.

Les douleurs se calment vite et sous l'influence constrictive du collodion, l'épanchement accompagnant la contusion tend à disparaître en 2 à 4 jours.

Il ne s'agit pas ici, bien entendu, des contusions articulaires.

### — Potion expectorante.

Eau de tilleul .....	200 grammes
Suc de réglisse .....	10 —
Sel ammoniac .....	5 —
Extrait de jusquiame .....	10 c.
Émétique .....	5 c.

M. — Une cuillerée toutes les heures dans les rhumes avec réplétion bronchique.

### — Traitement de l'hypochlorhydrie. — (CARDARELLI)

Teinture de gentiane.	} à 10 grammes
Teinture de quassia.	
Teinture de cascarrille.	
Teinture d'absinthe.	

M. D. S. — A prendre par cuillerée à café, 10 minutes avant les deux repas principaux.

M. B. — Le malade prendra en outre, à la fin des deux principaux repas, X à XV gouttes d'acide chlorhydrique dans une petite quantité d'eau.

# TRAVAUX ORIGINAUX

## Phimosis et ses complications

Par le Docteur Henri Lasnier, élève des Hôpitaux de Paris et de l'Institut Pasteur.

La photogravure que l'on voit ci-dessous, est celle d'un malade que j'ai opéré, il y a quelques mois, pour phimosis compliqué de balano-postite et végétations. L'observation qui va suivre est intéressante en ce qu'elle présente une complication des plus terribles que puisse présenter cette malformation, et des plus rares dans la science, parce qu'elle résume en elle seule les plus fréquentes des complications du phimosis. J'en profiterai pour entretenir les lecteurs de *La Revue Médicale*, de cette question importante du phimosis.

On dit qu'il y a phimosis, lorsque le prépuce ne peut que très difficilement être ramené en arrière du gland, selon l'expression consacrée, lorsque le malade ne peut décalotter. Cet état peut résulter de l'étroitesse native de l'orifice préputial ou de son resserrement pathologique. De là deux variétés : le phimosis congénital et le phimosis acquis ou accidentel.

Mais revenons à notre malade.

Jos. T., Lévis, âgé de 20 ans, vint me trouver dans le courant du mois d'août pour un écoulement urétral dont il souffrait depuis sept mois.

En examinant la partie, je trouve une verge en massue, le prépuce recouvrait le gland complètement et était serré sur ce dernier, ne laissant voir par son orifice que grand comme une pièce de cinq centins, (le méat et son pourtour recouvert de quelques petites végétations grosses comme des grains de plomb). Si on pressait le canal de l'urètre d'arrière en avant il s'en échappait un pus abondant, de même qu'entre le gland et le prépuce.

Il y avait donc urétrite.

Le malade avait toujours eu comme ça l'orifice préputial très petit, il n'avait jamais pu décalotter ; c'était donc un phimosis congénital.

A quelle époque remonte le premier de ces troubles, lui demandai-je. " Il y a sept mois, j'ai eu une chaude-pisse, un mois après, ça a suppuré entre le gland et la peau et c'est ensuite que les végétations sont apparues, ainsi que les glandes que j'ai là. "

En palpant le gland on sentait sous la peau de nombreuses bosselures, qui distendaient le prépuce et semblaient couvrir tout le gland.

Ces végétations, venues un mois après la chaude-pisse, remontaient donc à six mois. Dans l'aîne gauche une chaîne de ganglions partait du pubis et se rendait à la crête iliaque.

Avez-vous eu des chancres, des taches rouges sur le corps, des plaies dans la bouche, des maux de tête la nuit ? Avez-vous perdu vos cheveux ? Non, rien de tout cela. Donc pas de syphilis.

Vous êtes positif lui dis-je encore que ces ganglions remontent au commencement de la suppuration du gland ? —Oui.

Ils étaient unilatéraux, indolores et durs.

Comment croire à la dégénérescence épithéliomateuse si rapide.

Avec cela ils n'avaient pas paru progresser.

Pas de syphilis, pas de cancer ; restait donc une infection ganglionnaire secondaire causée par l'association aux gonocoques, de streptocoques et de staphylocoques peu virulents, puisque ces ganglions étaient indolores et ne suppuraient pas. L'examen microscopique avait révélé la présence du gonocoque, peu nombreux, puis du staphylocoque, streptocoque, pyogène, et en très grand nombre.

Donc pour résumer, c'était un blennorrhagique porteur d'un phimosis compliqué de balano-postite, de végétations et d'infection ganglionnaire unilatérale gauche.

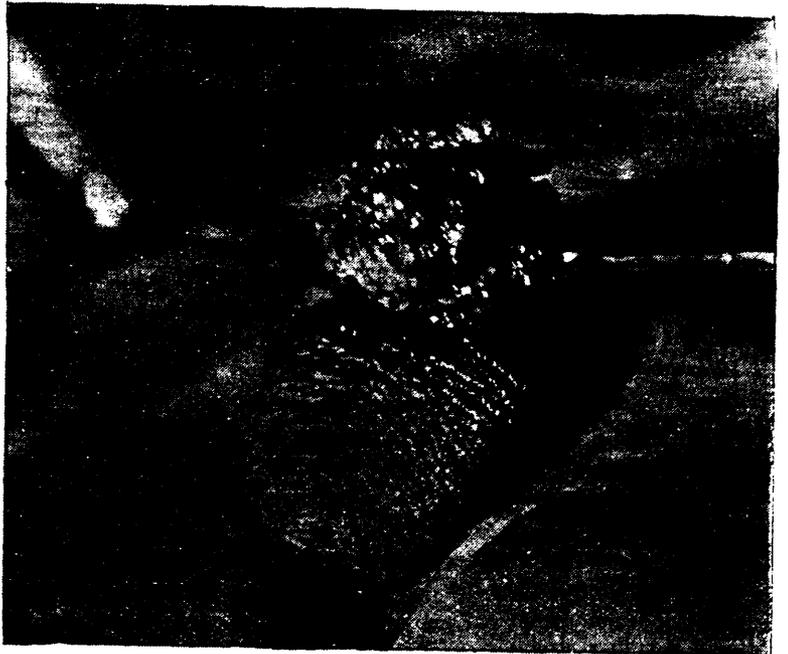
Je conseillai, le 8 août, une opération qui fut acceptée et pratiquée le 11 d'août dernier.

Du huit au onze, de larges irrigations entre le gland et le prépuce furent faites afin de préparer le malade à l'opération.

Je me servis d'abord, d'une solution boriquée à 40 pour 1000, puis d'une solution de bichlorure 1 pour 10000 mêlée à partie égale de permanganate de potasse 1 pour 4000.

Opération : Incision dorsale avec des ciseaux droits forts, pose de pinces hémostatiques à angle droit, sur chaque section, point de suture au crin aseptique dans le fond de l'incision — unissant la muqueuse à la peau — décalottage du gland.

C'est à ce moment que la photogravure ci-dessous nous fait voir l'opération.



Avec une curette tranchante, je détachai toutes les végétations moyennes et faciles à enlever, les plus grosses je les coupai avec des ciseaux courbes. Il y en avait sur le gland, la muqueuse, dans le sillon, partout. Tout cela saignait beaucoup. Je maintins un courant continu d'eau phéniquée chaude, jusqu'à hémostase par le thermocautère chauffé ou rouge sombre. La circoncision, c'est-à-dire l'incision d'un lambeau circulaire, fit disparaître la partie retrécie du prépuce.

Suture de la muqueuse à la peau par points isolés avec crin antiseptique. Pansement à la poudre iodoforme après nettoyage de la plaie, gaze iodoformée pardessus, coton absorbant aseptique, compression sur le tout avec un bandage de un pouce et demi de largeur.

Va sans dire qu'avant de faire le pansement nous avons eu soin de faire de grands lavages de l'urètre au permanganate et de faire uriner le malade ensuite.

Suites d'opération : bonnes, sauf la rupture de quelques points de suture après enlèvement du pansement par des érections nocturnes, malgré l'application de compresses glacées recommandées au malade.

Au bout de huit jours la cicatrisation était parfaite, le malade reprenait son ouvrage.

Un mois après il venait me voir pour une crevasse qui naissait sur le gland et le faisait souffrir la nuit lorsqu'il avait des érections. Je prescrivis les soins de propreté les plus minutieux, application d'une pommade antiseptique après lavage à l'eau boriquée tiède.

Puis contre les érections nocturnes les pilules de Diday.

R Camphre..... 3 grammes  
Extrait thébaïque..... 0.20 centigr.

Pour 24 pilules.

En prendre quatre avant le coucher, 1 de quart d'heure en quart d'heure.

Et lorsque le malade s'éveillait il devait prendre un des paquets suivants :

B Sucre..... } 4 à 10 grammes  
Lupulin..... }

Triturer ensemble, diviser en 5 paquets.

Les érections furent moins fréquentes, le malade soulagé la nuit. Mais la lésion a continué, la crevasse s'est un peu creusée et étendue en surface, le cancer avec ses traits caractéristiques s'est développé au niveau de cette fissure, le gland est entré de plus en plus dans le processus épithéliomateux.

Un nouveau foyer cancéreux s'est développé au niveau de la partie dorsale du sillon. Les deux foyers sont aujourd'hui presque réunis, les ganglions sont énormes, le malade marche rapidement vers la cachexie.

Je regrette de n'avoir pu obtenir une photographie du malade.

Le cancer, après les végétations les plus fréquentes des tumeurs du pénis, disent M.M. Duplay et Reclus, naît surtout du gland et du prépuce, parfois des deux en même temps, comme dans cette observation, sur une cicatrice du gland et au niveau de l'incision dorsale. Le fourreau peut être primitivement atteint, mais les cas sont rares. Les corps caverneux sont envahis par propagation. Dans un cas signalé en 1878 par Collin, l'épithélioma était né dans la fosse naviculaire, c'est une affection de l'âge mur et de la vieillesse, et d'après les relevés de Demarquay on trouve pour 97 observations, 9 cas de 20 à 30 ans, 14 de 30 à 40, 18 de 40 à 50, 23 de 50 à 60, 23 de 60 à 70, 10 de 70 à 80. Les chirurgiens anglais ont insisté sur l'influence du phimosis, dans 12 cas de Hey il existait 9 fois; cette opinion défendue par Roux et Boyer n'est qu'un cas particulier de la loi d'après laquelle le cancroïde se développe sous l'influence des irritations et des malpropres : sous le prépuce fermenteraient des sécrétions qui président à l'approche du cancer. Par un mécanisme analogue, le traumatisme y prédispose.

A cet égard de vieilles observations de Dupuytren méritent d'être rappelées. On sait l'histoire de cette maîtresse jalouse qui fermait le prépuce de son amant par un, puis, par deux cadenas d'or dont elle gardait la clef. L'ulcération de la peau nécessitait de fréquents changements de place et dans les cinq ans que dura la liaison, le nombre des trajets ne s'élevait pas à moins d'une vingtaine. C'est à leur niveau qu'un cancer prit naissance.

De ce fait je rapprocherai un cas très démonstratif aussi pour la théorie traumatique, cause du cancer.

Il y a quatre ans, alors que j'étais étudiant à l'université de Québec, il nous arrivait un jour à la clinique de mon maître M. le Dr Ahern, un pauvre mendiant porteur d'un cancer énorme du gland. Ce dernier présentait l'aspect d'un choux-fleurs gros comme le poing.

Il nous racontait qu'étant un jour à soulager son hypogastre au fond d'une cour de Québec, il fut surpris par une bande de gamins accompagnés d'un petit chien ratier. Ce dernier incité par les gamins et peut-être croyant avoir affaire à un rat, mordit notre pauvre homme et lui fendit le gland en deux parties.

C'est sur cette cicatrice à peine formée que le cancer avait pris naissance.

Je viens de vous citer des cas de cancer du gland; j'ai peut-être été entraîné trop loin. Je ne dois pas oublier que c'est du phimosis et ses complications que je dois vous parler dans cet article.

Le cancer comme complication de phimosis est chose rare, comme on l'a vu par la statistique de Demarquay, les cas se comptent surtout dans le jeune âge.

Mais à côté de celle-là, il y en a d'autres de beaucoup plus fréquentes tellement qu'il y a peu de jeunes praticiens qui déjà n'en ont pas rencontré plusieurs cas, je veux parler de la *balano-postite* et du *paraphimosis*.

Chez ceux dont le prépuce est ni assez grand pour décalotter facilement, ni assez rétréci pour empêcher complètement le gland de sortir, mais le laisse passer à frottement, il arrive assez souvent que ce dernier est étranglé par la contraction des fibres lisses du prépuce. Cette contraction au niveau du sillon, le plus souvent détermine la turgescence du gland, en apportant de la gêne à la circulation. Il s'établit une

lutte entre l'agent d'étranglement et l'étranglé qui diminue, à mesure qu'elle se prolonge, les chances de réductions spontanées.

Dans un premier degré d'étranglement le gland et le prépuce s'œdématisent. Ce dernier présente une succession de bourrelets circulaires dont plus volumineux formé par la muqueuse pâle et translucide, entoure le gland, tandis que les autres dont le relief va en décroissant sont cutanés et échelonnés le long de la verge. Ce degré est rarement dépassé chez l'enfant et il est rare qu'avec un peu de patience on ne parvienne pas à le réduire par l'enfoncement du gland décongestionné sous la pression des doigts et le refoulement du prépuce en sens opposé.

Pour peu que l'étranglement progresse, on voit survenir la phase inflammatoire, elle s'annonce par ulcération de la muqueuse et de la peau au fond des sillons de séparation des bourrelets.

Tantôt l'infiltration, embryonnaire gagnant en profondeur, établit des adhérences solides entre le prépuce et les corps caverneux, et rend pour l'avenir la réduction impossible sans opération.

Tantôt au contraire les tissus du prépuce se mortifient, l'étranglement cesse de lui-même et tout rentre dans l'ordre.

C'est alors qu'on peut voir, je crois, ces cas de phimosis opérés spontanément, comme M. le docteur Faucher de Québec, en citait un à la dernière réunion de la société médicale. Chose remarquable, tardis qu'on observe du côté du prépuce ces divers phénomènes d'ulcération et de gangrène, le gland conserve le plus souvent toute sa vitalité.

Ces cas de gangrène sont accompagnés, va s'en dire, de fièvre et d'insomnie.

Plus souvent encore par le manque de propreté, par l'urine retenue entre le gland et le prépuce, par les sécrétions accumulées et les démangeaisons qui invitent le porteur d'un phimosis à se frotter, l'inflammation est l'effet de toute ou d'une de ces causes et on a alors la balano-postite.

Cette inflammation, la balano-postite, est encore facile à reconnaître, je n'ai pas besoin d'en donner les symptômes. Qu'il suffise de dire qu'elle se complique assez souvent d'adhérences entre le gland et le prépuce, que la plupart du temps l'effet de l'urétrite quelques fois elle en est la cause; qu'elle peut se compliquer encore de chancres syphilitiques ou chancres mous.

Mais ce n'est pas là le bilan complet du phimosis.

On l'accuse encore d'être la cause de hernies, de douleurs de la vessie, d'hydrocèle qui résulteraient des efforts répétés que le malade est obligé de faire pour uriner. M. Berger, dans sa thèse inaugurale de Paris, 1890, veut que le phimosis soit responsable d'autres accidents d'ordre réflexe, comme les spasmes de l'urèthre, contracture du col, incontinence, éréthisme de la verge, entraînant des habitudes d'onanisme, provoquant plus tard des pollutions qui épuisent le malade et nuisent à son développement.

Les médecins américains signalent que ces enfants sont irritables et inattentifs pendant le jour, ne dorment pas la nuit, ont des convulsions, des troubles épileptiformes, des parésies surtout des membres inférieurs, des coxalgies, des crises gastriques, des troubles cardiaques, de la diarrhée, de la constipation.

En voilà assez, n'est-ce pas, pour convaincre les lecteurs de *La Revue Médicale* de l'importance qu'il y a à ne jamais considérer le phimosis comme chose légère; qu'un devoir leur incombe chaque fois qu'ils se trouveront en présence d'un phimosis, celui de conseiller toujours l'opération, car le traitement est surtout chirurgical.

## REPRODUCTION

### Etiologie de la cirrhose hépatique des buveurs

Par M. le docteur E. LANCEREAUX, Membre de l'Académie de médecine

Il est admis aujourd'hui que l'alcool est la cause de la cirrhose, et soutenir le contraire serait s'exposer à n'être pas cru; pourtant, telle est notre opinion et nous devons à la vérité de la faire connaître.

Frappé, depuis longtemps (1), du peu de signes d'intoxication alcoolique présentés par le buveur atteint de cirrhose, je m'appliquai à chercher la raison de ce fait, et ne tardai pas à me convaincre que, chez nous du moins, la cirrhose est engendrée par les excès de vin et non par l'abus des spiritueux. En effet, sur un total de 210 observations personnelles, recueillies depuis trente-cinq ans, sans aucun parti pris, et dépouillées avec le plus grand soin, je trouve :

Simple excès de vin.....	68 fois
Excès combinés de vin, d'eau-de-vie de rhum ou d'absinthe.....	126 —
Excès de vin et de bière.....	12 —
— et de cidre.....	4 —

Total... 210 fois.

De ce relevé, il ressort manifestement que le vin est, à Paris, la cause efficiente de la cirrhose, puisque l'excès de cette boisson est signalé dans tous les cas, et que souvent même il n'est associé à aucun autre. La quantité de vin, ingéré dans les vingt-quatre heures, oscille, de l'aveu même des malades, entre 2 et 6 litres ; elle est le plus souvent de 3 litres. La qualité de ce liquide est variable ; nos malades, en général, faisaient usage du vin rouge que vendent à Paris les débitants, à raison de 30 centimes le litre, plus rarement 17 fois sur 100, de vin blanc, pris le matin à jeun, à un moment où l'absorption, vu la vacuité de l'estomac, est des plus rapides et l'action sur le foie directe et énergique. Le vin, dans tous ces cas, tenait le premier rang, et, partant, la cirrhose du buveur serait mieux désignée sous le nom de *cirrhose œnologique* ou *vinique* que sous celui de *cirrhose alcoolique*, si ce mot n'avait depuis longtemps cours dans la science.

La fréquence relative de la cirrhose, dans certains pays vignobles où l'alcoolisme est rare ou méconnu, vient appuyer nos observations. Il arrive de rencontrer dans ces pays des hommes qui boivent 3, 4 litres et plus de vin par jour, et qui, à part un léger degré d'excitation, n'ont pas de signes évidents d'intoxication alcoolique, et finissent par une simple cirrhose. Il est reconnu que les vigneron des bords du lac Léman, ceux des environs de Lausanne surtout, qui récoltent un vin blanc recherché, sous le nom de vin d'Ivorne, sont sujets à cette affection, et nous savons qu'en France, la cirrhose, commune à Paris comme aussi dans quelques pays vignobles (Anjou, Vendée, etc.) est relativement rare dans d'autres contrées telles que la Normandie et la Bretagne, où se consomment peu de vin et une forte proportion d'eau-de-vie. J'ai reçu, à ce sujet, des renseignements identiques et des plus précis de deux de mes élèves, MM. les docteurs Bazin, de Carrouge (Normandie), et Baley, de Chateaulin (Bretagne), qui, l'un et l'autre connaissent fort bien la cirrhose hépatique. A Chateaulin et dans ses environs, m'écrivit M. le Dr Baley, malgré la fréquence des excès d'eau-de-vie, il m'a été impossible d'observer un seul cas de cirrhose pendant quatre années d'une pratique étendue.

Notre conviction, une fois établie au sujet de l'action exercée par le vin sur la genèse de la cirrhose hépatique, il nous restait à rechercher quelle pouvait être la substance nuisible. L'alcool se trouvait tout d'abord éliminé, puisque je ne rencontrais pas de cirrhose chez mes malades adonnés simplement à cette boisson, pas plus que chez ceux dont l'absinthe était la passion. Mon attention fut alors attirée vers les sels de potasse, dont la proportion est relativement forte dans certains vins et dans quelques bières. Aidé par mon interne en pharmacie, M. Couturier, je m'efforçai de déterminer, par une série d'expériences pratiquées sur des animaux, l'influence que ces sels peuvent exercer sur le foie. Dès le commencement de l'année 1893, plusieurs animaux : cobayes, lapins et chiens, reçurent, chaque jour, une alimentation à laquelle était mélangée du bisulfate de potasse dans la proportion de 2 à 7 grammes. Cette alimentation, ingérée en partie et sans

trop de difficultés par les cobayes et les lapins, répugnait généralement aux chiens qui n'en usaient que forcés par la faim, en sorte qu'il était difficile de déterminer exactement la quantité de sels que chacun de ces animaux pouvait ingérer quotidiennement. Néanmoins, la plupart périrent entre six et dix-huit mois, et chez tous on constata, à divers degrés, des lésions manifestes de sclérose bi-veineuse en tout semblables à celles du buveur de vin.

Ces expériences mettent en évidence l'action du bisulfate de potasse sur le foie, puisque aucune autre cause n'était en jeu, nos lapins et cobayes étant nourris exclusivement de son et d'herbes, et nos chiens de viande et de pain. Elles concordent parfaitement, d'ailleurs, avec l'inégale répartition de la cirrhose alcoolique dans les différents pays d'Europe, et, comme j'ai pu m'en convaincre pendant un voyage récent, en Angleterre, avec l'identité des caractères de cette affection, circonstance importante et qui indique l'unité de cause. Or, si en Angleterre la cirrhose est particulièrement attribuée au gin et au brandy, en Allemagne à la bière, et en d'autres lieux, en Russie, par exemple, à l'eau-de-vie, il est admissible que ces différentes boissons, si elles en sont la cause réelle, renferment forcément une substance commune.

Cette substance, croit-on, c'est l'alcool et pendant longtemps, telle a été notre manière de voir ; mais, dès le jour où nous sommes parvenu à distinguer l'intoxication par le vin et celles qu'engendrent les eaux-de-vie, et les boissons alcooliques avec essences, il nous a été facile de reconnaître que le foie, à part un léger degré de stéatose, reste normal dans ces deux dernières intoxications, tandis qu'il augmente constamment de volume et finit par devenir cirrhotique, à la suite de plusieurs années d'excès de vin. Dans ces conditions, il nous fallut bien changer d'opinion et reconnaître que l'alcool ne pouvait être l'agent étiologique de la cirrhose du buveur, et c'est alors que furent commencées nos expériences à l'aide des sels de potasse. Mais est-ce bien à ces sels qu'il convient d'attribuer la cirrhose dite alcoolique ? La question serait facile à résoudre, si on possédait des analyses chimiques rigoureuses de toutes les boissons et de leur falsifications, malheureusement il n'en est rien. Cependant, nous savons qu'en Allemagne, où les excès de bière sont bien connus, la cirrhose est assez généralement attribuée par les médecins du pays à cette boisson qui permet l'ingestion d'une forte proportion de sels de potasse, en raison de la grande quantité qu'il est possible d'absorber dans les vingt-quatre heures. Les Anglais, de même que les Allemands, consomment beaucoup de bière, et l'on peut croire que les excès de cette boisson et le vin qu'on y associe, dans certain cas, comme nous avons pu nous en assurer, sont plutôt que l'alcool, la cause des cirrhoses observées dans ce pays. Il est vraisemblable que les choses ne se passent pas autrement en Autriche et en Russie, aux Etats-Unis d'Amérique, au Mexique, aux Antilles, etc. Cette opinion, du reste, se trouve confirmée par l'observation d'un médecin des plus distingués, ancien interne des hôpitaux de Paris, exerçant depuis plus de dix ans la médecine à Haiti. Voici ce que m'écrivait le docteur Audain, dans le courant de l'été 1895, à l'occasion d'une communication faite par moi à l'Académie de médecine, où je cherchais à démontrer l'influence étiologique du vin dans la cirrhose alcoolique : "Je m'explique maintenant la rareté de la cirrhose du foie dans un pays où les excès alcooliques (tafia et rhum) sont des plus fréquents et des plus considérables ;" et il ajoutait : "Après avoir consulté mes notes, j'arrive à reconnaître que des cas de cirrhose, au nombre de cinq seulement observés par moi, deux se rencontraient chez des individus qui abusaient du vin au moins autant que de rhum ; quant aux trois autres, l'un d'eux n'était pas nettement établi ; un autre, concernant une jeune fille de quinze ans, pouvait être d'origine spécifique, et le dernier se rapportait à une femme du peuple dont je n'avais pas recherché exactement les habitudes."

En présence de cet ensemble de faits cliniques et expérimentaux, il n'est pas douteux que la cirrhose dite alcoolique ne puisse tenir à

(1) Voyez le résumé d'une de nos leçons cliniques par le docteur Brochin : "Cirrhoses hépatiques alcooliques. Etiologie," *Gaz. des hôp.*, Paris 16 anu 1896.

d'autres influences que l'alcool. Bien plus, il y a lieu, selon nous, de renoncer à l'idée, passée aujourd'hui à l'état de dogme, à savoir que l'alcool est la cause efficiente de cette affection. Aux preuves que nous en avons déjà données, ajoutons encore celles que nous fournit l'expérimentation avec l'alcool.

Ludger Lallemand, Maurice Perrin et Duroy (1), bien qu'ayant constaté expérimentalement, sur les chiens auxquels ils faisaient prendre de l'alcool, que le foie est, de tous les organes, celui qui retient, relativement au poids, le plus d'alcool, n'ont trouvé dans cet organe qu'une altération grasseuse des cellules glandulaires. Magnan (2), à la suite d'expériences analogues, ne parvint à produire qu'une dégénérescence grasseuse avancée du foie, sans sclérose. Dujardin-Beaumetz et Audigé (3) ne déterminèrent, chez le porc, d'autres désordres que des altérations des cellules du foie. Mairel et Combemale (4), Strassmann (5) enfin ont noté pour toute lésion l'infiltration grasseuse des cellules hépatiques.

Toutefois, Straus et Blocq (6), en faisant ingérer par la sonde de l'alcool à des lapins, seraient arrivés à déterminer une infiltration embryonnaire systématisée dans les espaces portes, sans altération cellulaire concomitante. Ces résultats contradictoires exigeaient une interprétation que Laffite (7) croit avoir trouvée, car il l'attribue aux érosions gastriques existant chez ces animaux. Il est possible en outre de se demander si cette prolifération ne pouvait être due à des psorospermies, et si la qualité de l'alcool ingéré ne laissait pas à désirer. Sans pouvoir donner de raisons pour l'une plutôt que pour l'autre de ces hypothèses, il n'est pas moins acquis pour nous que l'ingestion de l'alcool modifie les cellules, de préférence au tissu conjonctif du foie, et y détermine une infiltration grasseuse. Afanassiew (8) note également cette même infiltration, et, comme Laffite et von Kahlden, arrive à la conclusion que la cellule hépatique est seule lésée par l'alcool, sans que jamais le tissu conjonctif ne soit irrité.

D'ailleurs la physiologie, en nous apprenant que les boissons spiritueuses diminuent l'exhalation d'acide carbonique et les combustions, nous conduit à attribuer à un ralentissement de la nutrition, les dépôts gras, si communément observés chez les buveurs, tant dans les éléments glandulaires du foie qu'au pourtour des principaux viscères, dans le mésentère, les épiploons, etc. Une double influence étiologique vient ainsi nous rendre compte de la cirrhose, dite grasseuse, particulièrement observée chez les personnes qui s'adonnent tout à la fois au vin et à l'alcool, chez celles qui prennent peu d'exercice, et qui par cela même oxydent peu, la femme par exemple. L'agent qui engendre l'altération du tissu conjonctif n'étant pas celui qui produit la dipose des cellules hépatiques, ces deux altérations, liées chacune à des causes différentes, sont forcément indépendantes l'une de l'autre, superposées pour ainsi dire, de telle sorte que toute cirrhose mixte est un mythe.

Étant admis, comme nous croyons l'avoir démontré, que les sels de potasse et surtout les sulfates (9) sont la cause de la cirrhose du buveur, il est rationnel de croire, si on tient compte de la localisation spéciale de cette affection aux divisions périlobulaires de la veine por-

te, que ces sels, introduits dans le sang, exercent une action directe sur les parois de ces vaisseaux et le tissu conjonctif adjacent. La fréquence de la cirrhose chez les buveurs de vin, à Paris surtout, où cette boisson, généralement plâtrée, renferme de 4 à 6 grammes de sulfate de potasse par litre, chez les paysans qui prennent plusieurs litres par jour, chez les individus qui ont l'habitude de boire à jeun du vin pur, chez les garçons brasseurs que n'effraient pas huit à dix litres de bière, vient appuyer notre manière de voir, puisqu'elle nous montre que précisément ceux-là qui absorbent le plus de sel de potasse sont les plus exposés à cette affection.

Gaz. des Hop. 21 sept. 1897.

### Traitement des dyspepsies par le massage de l'estomac

Par M. H. HUCHARD

J'ai toujours souvenance d'une malade à laquelle je donnais des soins pour une dyspepsie très tenace, il y a une quinzaine d'années, et qui avait épuisé sans résultat, et même avec aggravation des symptômes, toutes les drogues les plus variées, depuis les acides jusqu'au alcalins, depuis les amers jusqu'aux agents médicamenteux réputés pour être digestifs. Voyant l'insuccès croissant de ma médication, je provoquai une consultation avec M. le Dr Leven, qui prescrivait des médicaments, mais à dose infinitésimale sans doute, pour avoir l'air d'en donner, et qui basait surtout sa médication sur la diététique alimentaire. L'effet ne se fit pas attendre, et, après quelques mois, la malade qui en plus de sa dyspepsie, était atteinte d'une véritable "gastropathie médicamenteuse" trop souvent l'œuvre du médecin—avait obtenu une guérison complète et définitive. Depuis cette époque, j'ai fait mon profit de cette erreur thérapeutique—car en médecine les erreurs avouées sont toujours profitables—et j'en suis arrivé à ne prescrire des médicaments dans les maladies d'estomac que lorsqu'ils sont expressément indiqués. Le professeur Hayem n'agit pas autrement, et après avoir montré la fréquence des gastropathies médicamenteuses, voici comment il s'exprime :

"Il faut toujours ménager l'estomac, s'enquérir de la manière dont il fonctionne et faire, autant que possible, pénétrer les médicaments par une voie détournée. "Rappelez-vous aussi ce que Tissot disait, à la fin du siècle dernier, au sujet du traitement de l'état nerveux, et voici le passage que j'ai tenu à reproduire dès 1882 à l'article "Neurasthénie" du Traité des névroses : "On peut se montrer grand praticien sans ordonner de médicaments ; le meilleur remède est souvent de n'en prescrire aucun."

Ces paroles devraient être profondément gravées dans votre esprit à vous qui allez bientôt vous trouver aux prises avec les difficultés de la pratique, et qui aurez une tendance trop naturelle à abuser des drogues. Or, rien n'est plus facile que d'en ordonner, rien n'est plus difficile que de se contenter des ordonnances empruntées à l'hygiène et au régime alimentaire, ou encore de la prescription des agents physiques.

Est-ce à dire que dans les dyspepsies, il n'y ait rien à faire ? Loïn de là ma pensée, et pour vous le prouver, tout en laissant de côté le régime alimentaire, l'emploi de l'électricité et de l'hydrothérapie dont je vous parlerai plus tard, je vais vous entretenir aujourd'hui de massage dans le traitement de ces maladies.

Le massage—vieux comme le monde, puisque l'histoire nous apprend qu'il était pratiqué en Chine trois mille ans avant notre ère—voilà un procédé bien à l'usage de tous les praticiens, et vous l'avez vu que nous avons confié plusieurs malades de notre service à M. Cautru, auteur d'une thèse remarquable sur ce sujet (1), et les bons résultats de ce traitement ne se sont pas fait attendre. J'ajoute que M. G. Berne a publié dès 1889 à mon instigation, une note sur le traite-

(1) Traitement des dyspepsies ; massage de l'estomac dans ses rapports avec le chimisme stomacal (Thèse de Paris et Congrès de Caen, 1894).

(1) LUDGER LALLEMAND PERRIN et DUROY. Du rôle de l'alcool et des anesthesiques sur l'organisme, Paris 1860.

(2) MAGNAN, Arch. de physiol. norm. et pathol., Paris 1873, t. V, p. 121.

(3) DUJARDIN-BEAUMETZ et AUDIGÉ. Recherches expérimentales sur l'alcoolisme chronique, Bull. de l'Acad. de méd., Paris 1881, p. 171.

(4) MAIREL et COMBEMALE. C. R. de l'Acad. des sc. 1883, p. 757 et 871.

(5) STRASSMANN. Viertel. Jahrschr. f. gerichtl. Med. und off. Sanit., 1888, XLIX 272.

(6) J. STRAUS et P. BLOCQ. Etude expérimentale sur la cirrhose alcoolique du foie, Arch. de physiol. norm. et pathol., 1er oct. 1887, p. 409.

(7) Ad. LAFFITE. Intoxication alcoolique expérimentale et cirrhose de Laënnec, Th. de Paris, 1892.

(8) AFANASSIEW. Beitr. z. path. anat., VIII.

(9) Tous les sels de potasse ne paraissent pas aptes à produire au même degré la cirrhose du buveur, car un lapin dont les aliments étaient arrosés de nitrate de potasse ne nous a pas présenté d'état cirrhotique appréciable au bout d'une année.

ment de la constipation par le massage au sujet d'une malade que je lui avais adressée, et que mon ancien interne, M. le Dr. D. Courtade a fait de cette question et de celle de l'électricité l'objet de recherches fort instructives. Enfin, mon collègue M. Barié est l'auteur d'une revue générale très documentée sur "le massage dans les affections médicales". Dans deux thèses de Paris, utiles à consulter, R. Hirschberg (1889) et R. Flamm (1893), il est démontré que les effets du massage local peuvent être groupés en *mécaniques*, *chimiques* et *nerveux*.

1° Les effets *mécaniques* consistent dans l'augmentation des contractions de l'estomac et conséquemment dans la réduction de la durée du séjour alimentaire dans cet organe, ce qui est démontré par les expériences suivantes : Après un massage stomacal, Chpolianski (1) constate manifestement à l'aide du sondage que le séjour des aliments dans l'estomac a souvent une durée presque moitié moindre. R. Hirschberg donne un gramme de salol, et l'on sait qu'il faut en moyenne à l'état normale 2 heures à 2 heures  $\frac{1}{2}$  pour que l'on constate les premières traces d'acide salicylique dans les urines. Après le massage, elles se montrent une heure plus tôt et l'élimination totale se fait beaucoup plus rapidement, résultats confirmés quelques mois plus tard par Eccles (2).

On sait de plus que le massage général aboutit à des effets *circulaires* et *nutritifs* très accusés, qu'il active la nutrition et qu'il augmente l'assimilation des substances azotées. Enfin, d'après les recherches de Pouloubinsky (3) le massage abdominal élève le chiffre de l'urée et à une action diurétique manifeste. C'est là, pour le dire en passant, un résultat qui n'est pas à dédaigner dans le traitement des cardiopathies.

2° Les effets *chimiques*, bien étudiés par les recherches de Cautru qui est porté sur l'élément glandulaire de l'estomac, sont les suivants : 1° Rapprochement du chimisme stomacal vers l'état normal ; 2° Rétablissement de l'équilibre dans l'ensemble du chimisme, par l'abaissement des valeurs trop élevées et par l'élévation des valeurs insuffisantes ; 3° Action sur les troubles évolutifs par l'augmentation et la régularisation de l'évolution digestive.

3° Les effets *nerveux* sont les suivants : sédation de la douleur et de l'exagération du réflexe, excitation du réflexe endormi (Cautru).

Une médication aussi efficace doit être recommandée, quand elle excite l'appétit et prévient la stase stomacale par une évacuation alimentaire plus rapide, qu'elle empêche ainsi certaines fermentations gastriques, qu'elle réveille l'activité sécrétoire endormie de l'hypopépsie ou la modère dans l'hyperpepsie, quand elle peut à la fois être sédative de la douleur ou excitatrice de la musculature stomacale. Elle doit être prise en sérieuse considération, puisqu'elle peut unir en même temps la médication de l'estomac malade et de l'intestin, puisqu'elle peut agir sur le foie, sur le "foie torpide" des Anglais et même sur la sécrétion pancréatique, puisqu'elle peut activer la circulation intra-abdominale et augmenter la diurèse. Et ce n'est pas seulement dans les dyspepsies simples avec ou sans dilatation stomacale, avec ou sans hypo ou hyperchlorhydrie que cette médication externe produit de bons effets, c'est encore dans les dyspepsies symptomatiques des tuberculeux, des chlorotiques, des nerveux, des malades atteints de relâchement des ligaments suspenseurs des viscères, des cardiopathes.

Chez ces derniers malades, dit Cautru, "le massage abdominal combiné avec le massage général, en rétablissant heureusement la circulation, soulagerait le myocarde altéré, qui avec moins d'efforts ferait plus de besogne." D'après Federn (4), dans l'artério sclérose, l'élévation de la pression sanguine n'est pas toujours la conséquence obligée de l'altération des parois artérielles, et la preuve c'est qu'elle peut cesser avec l'excitation du grand sympathique. C'est là une opinion

que je défends, pour ma part, depuis de longue années, puisque j'admets que les lésions vasculaires dans l'artério-sclérose sont précédées par une phase plus ou moins longue d'hypertension artérielle. Il en résulte que dans l'insuffisance cardiaque relative, il faut chercher, non pas à augmenter la force du myocarde, mais à diminuer les résistances périphériques, dont l'auteur allemand place le point de départ dans l'atonie intestinale. A part cette dernière opinion qui me semble trop exclusive et peu compréhensible tout cela est juste, et vous savez que depuis longtemps je ne cesse de vous répéter qu'un des grands principes de la cardiothérapie peut être contenu dans cette phrase : *Soulager le cœur pour le fortifier*.

Qu'elle est dans les dyspepsies diverses, la technique du massage de l'estomac ?

Il faut d'abord placer le malade sur un lit dur et abordable des deux côtés, le siège un peu élevé, les cuisses en demi-flexion sur le bassin et en légère abduction pour mettre les muscles abdominaux dans l'état de relâchement ; la bouche doit être entr'ouverte, la respiration libre, par petites inspirations pour éviter la tension abdominale résultant du trop brusque refoulement de l'estomac et de l'intestin. Ceci fait, on procède à la délimitation exacte de l'estomac, et à l'opération du massage qui peut être *superficiel* et *profond*.

1° Le massage *superficiel* est différent suivant le résultat que l'on veut obtenir : simple effleurement de la région gastrique que l'on interrompt de temps en temps avec la pulpe des doigts dans le but de réveiller et de tonifier l'action physiologique de l'organe (dilatation gastrique avec hypopépsie) ; frictions douces avec la face palmaire de la main, dans le but de produire une action sédative sur les douleurs gastriques. Tous les auteurs recommandent de pratiquer ces manipulations de gauche à droite, c'est-à-dire du cardia vers le pylore. Cautru, au contraire, pense qu'on peut les faire indifféremment de droit à gauche ou de gauche à droite, lorsque l'on se propose, avec le massage superficiel, de calmer la douleur, d'exciter la sécrétion glandulaire, de brasser les aliments et non de les expulser. Le massage superficiel peut se pratiquer pendant la première heure après le repas.

2° Le massage *profond* ne doit jamais se faire d'emblée, et dans les cas de dyspepsie douloureuse, il est préférable de commencer par un massage superficiel sédatif jusqu'à ce que l'anesthésie de la région ait été obtenue. Voici le procédé indiqué par Hirschberg :

En écartant les doigts d'une des deux mains, on place les doigts de l'autre main dans les espaces interdigitaux, ce qui forme ainsi une espèce de peigne ou de brosse ; avec cette surface, on arrive à produire sur une grande partie de l'estomac des pressions profondes qui doivent être dirigées de la grande courbure et de l'extrémité gauche de l'estomac vers le pylore ; après ces pressions on procède aux "mouvements de tremble" de Georgi en appliquant la main sur le milieu de la région gastrique que l'on comprime d'une façon légère, brusque et intermittente, et on finit la séance (d'une durée de quinze à trente minutes au plus) par le massage des intestins. Le massage profond doit se faire deux à trois heures après une nourriture liquide, quatre à cinq heures après une nourriture solide.

Les contre-indications sont toutes les gastropathies accompagnées de processus ulcératifs (cancer, ulcère), les maladies aiguës et fébriles de l'estomac, les dyspepsies caractérisées par l'accélération de l'évolution digestive.

J'ai maintenant à vous indiquer les indications et les procédés du massage à employer dans deux types chimiques opposés ; l'hyperpepsie et l'hypopépsie.

Sans doute dans l'*hyperpepsie*, un régime alimentaire spécial et les alcalins à haute dose ont fait leurs preuves. Mais quoi qu'on ait dit, le massage bien compris, peut devenir un utile adjuvant à ces médications, et Cautru fait remarquer avec juste raison que, s'il rend des services dans les cas où le chimisme stomacal montre un ralentissement de l'évolution digestive, il peut être nuisible dans les cas contraires (accélération de la digestion). Pendant la pre-

(1) Thèse de Saint-Petersbourg, 1886.

(2) *The Practitioner*, oct. 1889.

(3) *Vratch* 1889.

(4) *Soc. impériale et royale des médecins de Vienne*, 1894.

mière période de la digestion, souvent douloureuse, on devra recourir au massage superficiel sédatif ; plus tard, trois ou quatre heures après le repas, alors qu'on voit souvent se produire des phénomènes de stase alimentaire et des fermentations anormales, un massage plus profond sera indiqué pour exciter la musculature gastrique et expulser tous les résidus alimentaires.

Dans l'*hypopepsie*, la muqueuse gastrique réagit mal au contact des aliments, la sécrétion glandulaire et les contractions musculaires sont insuffisantes, d'où le passage dans l'intestin d'aliments incomplètement digérés. Ici, le massage a pour but d'activer la digestion et de tonifier l'organe. Il doit être d'abord superficiel, sédatif lorsqu'il y a de la douleur, puis excitant et profond pour réveiller le réflexe stomacal diminué ou aboli. Il s'agit donc d'un véritable massage *digestif* capable, non seulement d'activer le travail de la digestion, mais aussi de prévenir l'accumulation alimentaire, les fermentations et la dilatation qui en sont la suite.

Le massage *évacuateur* adjuvant du massage digestif trouvera donc ici son indication ; il sera profond, dirigé cette fois du cardia vers le pylore (Cautru), et M. Hayem rappelle à ce sujet que " les gros mangeurs de l'antiquité qui éprouvaient des gonflements après leurs repas, avaient imaginé de se frapper l'estomac à coups de poing pour en provoquer l'évacuation ".

Tels sont les indications et les bons effets du massage dans les dyspepsies. Pour vous les faire connaître, j'ai puisé aux meilleures sources, je me suis inspiré des recherches d'auteurs les plus compétents et de ma petite expérience personnelle qui m'ont appris l'importance incontestable de ce mode de traitement. Je vous engage à y recourir le plus souvent, sans laisser de côté d'autres médications adjuvantes, parmi lesquelles il convient de citer l'emploi de l'hydrothérapie et de l'électricité dont j'aurai, bientôt peut-être, l'occasion de vous entretenir. Mais, rappelez-vous pour l'instant, cette triade thérapeutique des dyspepsies :

*Beaucoup de régime alimentaire et d'hygiène ; massage local dans la plupart des cas ; peu ou pas de médicaments.*

—*Journal des Praticiens*

### Un nouveau mode de se servir de la chaleur sèche dans les maladies de l'oreille moyenne, l'otalgie, etc.

Par E. LABUE VANSANT, M. D. Philadelphie, Pa.

L'usage local de la chaleur sèche a été pendant longtemps regardé à bon droit comme un agent thérapeutique de valeur dans le traitement des affections de l'oreille, l'otalgie, etc. ; ces applications sous forme de petits sacs de sel ou de brin de scie chauds, ou de bouteilles d'eau chaude, sont cependant faites d'ordinaire pour l'oreille externe ; la somme actuelle de chaleur, toutefois, qui vient en contact avec le conduit auditif externe et la membrane du tympan est nécessairement légère. Il m'est souvent arrivé de constater en traitant les formes variées de maux d'oreille, que l'application directe d'air chaud sec au tympan et à l'oreille moyenne serait désirable, pourvu que nous ayons un appareil avec lequel le degré de chaleur pourrait être réglé, et à l'aide duquel cette chaleur pourrait être facilement obtenue et appliquée. J'ai maintenant un appareil de ce genre, que je trouve répondre bien à l'objet désiré. C'est une modification d'un instrument qui fut d'abord destiné à la chirurgie dentaire. Il se compose d'un bulbe métallique contenant un morceau de charbon, d'un chasse-air en caoutchouc et d'un long bout pointu recourbé, en acier.

Le bulbe est chauffé convenablement en le tenant sur une flamme, de préférence celle d'une lampe à alcool ; on pousse dans ce bulbe un courant d'air au moyen du ballon compresseur, chassant ainsi un petit jet d'air chaud du bec de l'instrument qu'on dirige contre l'endroit qu'on traite. On peut régler le degré de chaleur produite par la longueur du temps que le bulbe est tenu sur la flamme et aussi par la distance entre le bec de l'instrument et la surface sur laquelle on dirige la chaleur. J'ai modifié l'instrument original en substituant un tube

droit à un tube recourbé et en y ajoutant une poignée, de telle façon qu'on peut avoir de l'air d'un réservoir à air comprimé. J'ai fait usage d'air chaud sec de cette manière dans un grand nombre de cas, représentant différentes formes de maladies de l'oreille, et je puis recommander cet instrument dans des cas propices.

Dans l'otalgie de toutes formes, par son aide, j'ai réussi d'ordinaire à soulager promptement les souffrances du malade. Dans ce qu'on appelle traitement sec de l'otorrhée, je l'ai trouvé un adjuvant de valeur. Ma méthode d'appliquer le traitement sec est d'enlever complètement la sécrétion avec du coton stérilisé, ensuite d'assécher les surfaces humides avec de l'air chaud et de faire suivre d'une insufflation de médicament pulvérisé. L'usage d'air chaud de cette manière fut trouvé agréable par la malade ; non seulement il assèche l'oreille moyenne mais j'ai noté fréquemment qu'il semblait entraîner au dehors un peu de gaz qui était emprisonné dans l'oreille.

Dans les douleurs récurrentes aiguës qui suivent fréquemment la rupture du tympan durant une otite moyenne aiguë, l'application d'air chaud a donné un soulagement instantané. Je n'ai pas fait usage de cette méthode dans beaucoup de cas d'otite moyenne, mais quand je l'ai fait, les malades furent considérablement soulagés de leurs douleurs. L'effet d'un courant d'air chaud sur l'évolution d'une otite moyenne aiguë est à déterminer par une expérience plus prolongée. Dans l'otite moyenne purulente chronique j'ai noté une stimulation prononcée de la membrane muqueuse et un accroissement d'action réparatrice.

Pour traiter les affections catarrhales de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne, l'air chaud peut être dirigé par un cathéter en caoutchouc de la trompe. J'ai aussi fait usage de ce traitement dans un bon nombre de maladies de la gorge et du nez, et je puis, à l'aide d'un long tube recourbé en caoutchouc durci, pénétrer dans la trachée et peut-être même plus bas dans les voies aériennes.

C'est mon intention, cependant, d'en faire plus tard le sujet d'une communication.

*The Journal of the American medical Association.* 3 Oct. 1897.

### Traitement de la vulvo-vaginite chez les petites filles

Par J. COMBY, Médecin de l'hôpital des enfants malades (1).

La vulvo-vaginite est extrêmement fréquente chez les petites filles. Il y a 6 ans, dans un mémoire présenté à la Société des hôpitaux (17 juillet 1891), j'avais déjà insisté sur cette fréquence dans les classes pauvres (plus de 150 observations recueillies au Dispensaire pour enfants de la Société philanthropique). Depuis cette époque j'ai eu l'occasion de traiter à l'hôpital un grand nombre de fillettes atteintes de cette maladie et je crois utile de reprendre la question au point de vue pratique.

#### I

La vulvo-vaginite des petites filles, quoiqu'elle dépende souvent du même microbe que la vaginite des femmes, ne reconnaît presque jamais une origine vénérienne. Elle prend bien sa source dans la contagion, mais cette contagion est innocente.

Avant Ricord, on confondait avec la syphilis les écoulements blennorrhagiques, ou bien on les déclarait purement inflammatoires. Le dualisme ayant définitivement triomphé en vénéréologie, la vulvo-vaginite fut soustraite à l'empire de la syphilis et rangée sous la bannière de la blennorrhagie. Se présentait-elle chez une femme, chez une grande fille, elle impliquait la certitude de rapports sexuels et la contagion directe. Affectait-elle une fillette vierge, non pubère, deux opinions avaient cours : ou bien on supposait un attentat criminel, ou bien on déclarait l'inflammation non spécifique, spontanée, etc. Or ces deux opinions sont également fausses.

La vulvo-vaginite est une inflammation spécifique, elle n'est pas due à une tentative criminelle. Avant que la spécificité de la vulvo-

(1) Extrait de la *Médecine moderne*, 22 septembre 1897.

vaginite fût démontrée, sa contagiosité avait été amplement établie par la clinique.

Déjà Cazenave (1846) avait vu une femme leucorrhéique contagionner ses deux filles (4 et 8 ans) dans un bain pris en commun. Forster (1860) a vu trois fillettes contagionnées par une éponge qui servait à la toilette intime de leur mère. Atkinson cite une épidémie de vulvite chez les élèves d'un pensionnat qui se rendaient visite la nuit dans leurs lits. R. Pot (1882) déclare que, 90 fois sur 100, la vulvo-vaginite des petites filles, identique à la blennorrhagie des adultes, résulte d'une contagion indirecte, l'enfant partageant le lit de sa mère, de sa sœur, etc.

En 1879, Neisser découvre le gonocoque, et ce microbe ne tarde pas à être retrouvé dans la plupart des vulvo vaginites infantiles (Epstein, Widmark, Cséri, Dusch, Israël, Spaëth, etc.). C'est en vain que Vibert et Bordas ont contesté la spécificité du gonocoque; elle est aujourd'hui indiscutée (voir la thèse de Marcel Sée, Paris 1896). La vulvo-vaginite gonococcique des petites filles est la plus commune et la plus grave des inflammations vulvaires de l'enfance; elle ne se limite pas à la vulve, elle se propage au vagin, à l'urètre, quelquefois à la vessie, à l'utérus, aux trompes, au péritoine; elle se complique donc assez souvent d'utérinite, d'endométrite, de salpingite, de cystite, de péritonite, etc., sans parler de l'ophtalmie, du rhumatisme blennorrhagique et des gonohémies en général.

À côté de cette vulvo-vaginite gonococcique, il faut réserver une petite place à la vulvite simple, catarrhale, non contagieuse, pouvant résulter de traumatismes diverses (onanisme, grattages, oxyures), de la malpropreté, du lymphatisme, etc. Dans cette vulvite on rencontre tantôt le streptocoque, tantôt le staphylocoque, tantôt le coli-bacille. Quelquefois on ne trouve aucun microbe.

Dans la vulvo-vaginite gonococcique, l'écoulement est abondant, épais, jaune verdâtre, empesant le linge, irritant les muqueuses et la peau des parties voisines. Dans la vulvite simple, il n'y a aucune réaction inflammatoire appréciable; le pus est blanchâtre, fluide, peu abondant, intermittent, etc. La maladie évolue sans complication, sans urétrite, sans vaginite, elle guérit facilement par des moyens simples.

Chez les fillettes qui souffrent d'une maladie aiguë fébrile (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, etc.), et dont la vulve n'est pas l'objet de soins de toilette répétés, on peut voir l'inflammation s'emparer de cet organe; on constate alors, non seulement un écoulement plus ou moins épais, mais encore des érosions, des ulcérations, du sphacèle.

D'autres fois la vulvite nous apparaît comme la localisation d'un exanthème, de la varicelle, de l'impetigo contagiosa. On voit que les causes de la vulvite peuvent être très diverses. Mais, somme toute, ces causes, pour multiples et variées qu'elles soient, n'agissent que bien rarement en comparaison de l'infection gonococcique.

Cette dernière peut agir directement ou indirectement. La contagion directe existe quand l'enfant a été victime d'une tentative de viol, quand elle a été souillée par un petit garçon atteint d'urétrite, ou par sa mère, par une grande sœur dont elle partage le lit.

Dans ce dernier cas et le plus souvent la contagion est indirecte, la fillette subissant le contact de draps, de linges, d'objets de toilette imprégnés de pus. Epstein croit que l'enfant nouveau-née peut être contaminée directement par le pus vaginal de la mère au moment de l'accouchement. Il y aurait donc des vulvo-vaginites infantiles d'origine obstétricale.

Quelques fois c'est le pus de l'ophtalmie purulente qui a été transporté à la vulve. On a vu la vulvo-vaginite se transmettre par les bains de piscine (Suchard), par les thermomètres mal aseptisés (Weil et Barjon). Mais le plus souvent la contagion est familiale et dérive de la mère.

## II

Après ces préliminaires nécessaires d'étiologie et de pathogénie, j'aborde le traitement que je subdiviserai en 5 paragraphes d'inégale importance.

1° *Traitement de la vulvo-vaginite gonococcique.*—Si l'inflammation est très aiguë, accompagnée d'érythème genital et périgénital, de dysurie, de douleurs pendant la marche, on prescrira le repos au lit.

On donnera un bain tiède émollient, et on appliquera sur la vulve en permanence des compresses horiquées (3 pour 100), ou sublimées (1 pour 4000). Quand la réaction inflammatoire aura cédé, on saupoudrera la vulve avec un mélange d'amidon, de talc, de lycopode, d'acide borique (parties égales), et on écartera les grandes lèvres pour mettre en contact du vestibule du vagin un petit tampon d'ouate garni de la poudre susdite. Outre ce pansement local laissé en permanence, on fera 2 ou 3 fois par jour, ou après chaque miction, un lavage à l'eau bouillie tiède, ou à la décoction de feuilles de noyer.

Le régime alimentaire sera émollient: lait, tisanes, bouillons, potage, peu ou pas de viande. Cette diète rappelle celle que les adultes suivent en cas de blennorrhagie.

Après ce traitement préliminaire, on attaquera directement la vulvo-vaginite. Jacobi, prétendant que l'hymen empêchait l'écoulement du pus et mettait obstacle aux lavages, a proposé de le sectionner; il n'a pas trouvé d'émules.

Sans intervenir chirurgicalement, on peut aboutir par un traitement antiseptique. Les grandes irrigations vulvaires et vaginales avec l'eau bouillie, l'eau boriquée amènent un soulagement manifeste, mais elles ne suffisent pas ordinairement. Je n'ai pas besoin de dire que les lavages extérieurs, simplement vulvaires, sont insuffisants, il faut toujours pénétrer dans le vagin avec une canule souple ou une sonde de Nélaton de petit calibre et faire passer à l'aide d'un bock un ou plusieurs litres de liquide.

Les antiseptiques énergiques, le sublimé, le permanganate de potasse, sont très efficaces. Après avoir employé le sublimé à 1 pour 10,000, puis à 1 pour 5,000, le permanganate de potasse à 1 pour 4,000, à 1 pour 2,000, j'ai finalement adopté la solution à 1 pour 1,000 de permanganate de potasse. Elle est bien tolérée par les enfants et elle jouit d'une efficacité que les solutions plus faibles ne possèdent pas. Elle agit beaucoup plus rapidement. Avec une solution faible, on mettra six semaines, 2 mois, 3 mois, à guérir une vulvo-vaginite; avec la solution forte, on obtiendra la guérison en 15 jours. On fera passer, à chaque injection vaginale, un demi-litre au moins de la solution tiède de permanganate de potasse à 1 pour 1,000. Si la vulvo-vaginite est très intense, on fera 3 injections par jour, puis 1 seule, puis 1 tous les 2 jours, 2 par semaine, 1 par semaine, etc.

Le nitrate d'argent jouit aussi d'une réelle efficacité; on doit injecter une solution à 1 pour 100 (quelques grammes seulement à l'aide d'une petite seringue).

Je m'étais servi autrefois de crayons ou suppositoires vaginaux contenant 10 pour 100 d'iodoforme, de salol, de créoline, etc. Ces topiques, assez difficiles à introduire, ne valent pas les grandes injections vaginales. Pour pratiquer ces dernières, l'enfant est tenue couchée sur le dos, les jambes écartées, en travers de son lit, une toile cirée glissée sous le siège, un seau de toilette sur le parquet, prêt à recevoir le liquide qui s'écoulera sur la toile cirée. Avec ces précautions, on ne risque pas de tacher les linges, les draps de lit, etc.

Convient-il de traiter spécialement l'urétrite? En général, cette inflammation chez les petites filles, n'a pas de gravité, elle cède avec la vaginite. Cependant Cahen-Brache a fait des injections urétrales et introduit dans le canal des bougies médicamenteuses; il a même cautérisé la muqueuse avec le crayon de nitrate d'argent mitigé.

2° *Traitement des complications de la vulvo-vaginite gonococcique.*—Nous venons de parler de l'urétrite, qui, à proprement parler, n'est pas une complication; mais si l'inflammation remonte vers la vessie, si l'enfant a des envies répétées, des douleurs en urinant, on prescrira le repos au lit prolongé, les bains, les cataplasmes émollients sur l'hypogastre, les tisanes, lait, etc. On triomphera aisément ainsi de la cystite prise au début.

S'il y avait des urines troubles, chargées de pus et de sang, on ferait des lavages de la vessie avec de l'eau boriquée tiède (40 ou 50 grammes de liquide par injection).

Dans le cas où la muqueuse urétrale fait saillie au dehors (*prolapsus*), donnant lieu à des hémorragies parfois trompeuses, il suffit de cautériser ce bourgeonnement inflammatoire avec un pinceau imbibé de solution au nitrate d'argent (1 pour 50 à 1 pour 100) pour le guérir assez rapidement, (une cautérisation matin et soir). Dans quelques cas, la muqueuse prolapsée forme une tumeur irréductible que le chirurgien est obligé d'exciser.

Quand la vulvo-vaginite se complique de salpingite, de péritonite, on doit condamner l'enfant au repos absolu dans son lit, avec glace sur le ventre, opium à l'intérieur, minimum de nourriture (quelques cuillerées de lait glacé). En général, la péritonite gonococcique guérit bien.

Le rhumatisme blennorragique sera traité par l'immobilité dans une bonne position, la compression, les points de feu ; et, dans les formes chroniques, par le massage.

3° *Prophylaxie de la vulvo-vaginite gonococcique.*— Ce que j'ai dit, au début, de la contagiosité de la maladie et de ses modes habituels de propagation doit inspirer la prophylaxie. Les mères de famille qui ont des fleurs blanches ne devront pas coucher avec leurs filles, ne se servir pour elles des mêmes serviettes, éponges, baignoires, etc., dont elles auront fait usage pour leur toilette.

Les fillettes atteintes de vulvo-vaginite auront les organes génitaux protégés et garnis convenablement pour éviter la propagation accidentelle à leurs camarades de jeu, d'école, etc. On ne devra jamais se servir de piscines pour baigner les fillettes dans les collectivités d'enfants. Les thermomètres communs des hôpitaux devront être soigneusement désinfectés après chaque opération : on les trempera dans une solution forte de sublimé (1 pour 500) ou d'acide phénique (1 pour 20). Les linges souillés par les enfants devront être trempés dans l'eau bouillante ou dans une solution de sublimé à 1 pour 1.000 avant d'aller au blanchissage.

Epstein conseille, chez les filles nouveau-nées, de faire la toilette de la vulve, comme on fait celle des yeux, et de donner des bains antiseptiques.

4° *Traitement et prophylaxie de la vulvite simple.*— Quand la vulvite est simple, catarrhale, causée par un microbe banal, ou indépendante de tout microbe, on se contente de soins minutieux de toilette. Les antiseptiques forts n'auraient en pareil cas aucune efficacité ; ils pourraient même être nuisibles. La vulve sera lavée 2 ou 3 fois par jour à l'eau boriquée ou à l'eau simplement bouillie, les parties seront poudrées et garnies de ouate hydrophile après chaque lavage.

Si l'enfant garde le lit, pour une maladie aiguë quelconque, on n'attendra pas qu'elle ait une vulvite pour la soigner ; on cherchera à prévenir cette vulvite par des lavages quotidiens de la vulve avec des liquides indiqués plus haut. Si le tempérament de l'enfant (pâleur, lymphatisme) semble jouer un rôle indirect dans la production ou l'évolution de la vulvite catarrhale, on prescrira un traitement général reconstituant : huile de foie de morue, sirop iodo-tannique, bains salés, bains de mer, séjour à la campagne.

5° *Traitement et prophylaxie des autres inflammations vulvaires infantiles.*— Outre les vulvites et les vulvo-vaginites, dont je viens de parler, on peut trouver différentes lésions plus ou moins graves dont le traitement ne doit pas être négligé, telles que : muguet, érysipèle, phlegmon, diphtérie, syphilis.

Outre le traitement local antiseptique applicable à tous ces cas (compresses d'eau boriquée ou de sublimé, poudrage antiseptique), on devra instituer le traitement interne commandé par la maladie infectieuse dont le vulvite n'est qu'une localisation (mercure, sérum antiseptique). S'il s'agit de muguet, on touchera la vulve avec un pinceau trempé dans une solution de permanganate de potasse ou de sublimé à 1 pour 500, et on fera des lavages à l'eau de Vichy ou à l'eau de chaux.

Si l'on se trouve en présence d'une gangrène de la vulve, on l'attaque énergiquement avec le fer rouge ou des solutions antiseptiques (perchlorure de fer, teinture d'iode, nitrate d'argent, chlorure de zinc, etc.). Le pansement sec avec iodoforme, salol, maintenu par un bandage en T, renouvelé matin et soir, sera préféré aux solutions caustiques que je viens d'énumérer.

La prophylaxie de cette vulvo-vaginite gangréneuse réside dans les toilettes aseptiques de la vulve faites méthodiquement dans toutes les maladies aiguës fébriles de l'enfance, et surtout dans la rougeole, la fièvre typhoïde, la scarlatine.

## FORMULAIRE

### Traitement des accès d'asthme par l'arsenic.

W. Murray recommande dans le *Medical Chronicle* de couper les accès d'asthme à l'aide de la potion suivante :

Teinture de stramonium.....	3 grammes.
Carbonate d'ammoniaque.....	} à 1 gr. 50
— de magnésie.....	
Bicarbonate de soude.....	5 grammes.
Poudre de rhubarbe.....	50 centigr.
Chloroforme.....	x gouttes.
Eau de menthe poivrée.....	100 gr 50

A prendre trois fois par jour une cuillerée à soupe de la potion dans deux cuillerées d'eau. Quand les accès sont ainsi arrêtés, on fera prendre deux fois par jour, aux repas, v gouttes de la liqueur de Fowler et le soir une cuillerée de la potion ci-dessus marquée.

L'auteur a obtenu par ce traitement d'excellents résultats.

### Contre les quintes des phtisiques.

Bromoforme.....	xxx gouttes.
Alcool.....	10 grammes.
Sirop d'ipéca.....	30 —
Eau de laurier-cerise.....	20 —
Sirop thébaïque.....	150 —

Trois à quatre cuillerées à soupe dans les vingt-quatre heures.

### Pulvérisations contre la pharyngite sèche.

Acide phénique.....	4 grammes.
Teinture d'iode.....	30 centigr.
— d'aloès.....	40 —
— d'opium.....	x gouttes.
Glycérine q. s. pour faire.....	30 grammes.

Pour pulvérisations pharyngées qu'on répétera plusieurs fois par jour.

### Poudre à appliquer dans l'ulcère variqueux de la jambe. (SIMONELLI).

Chlorure de sodium en poudre impalpable.....	50 grammes
Menthol pulvérisé.....	5 —

Mélez et pulvérisez.

### Contre la chloro-anémie. (V. MORACZEWSKI)

Phosphate de chaux.....	} à 50 centigr.
Chlorure de sodium.....	
Sucre.....	

Mélez. Pour un cachet, quatre à six par jour.

### Lavement alimentaire dans le cancer de l'estomac. (JACCOUD).

Jaune d'œuf.....	n° 2
Peptone sèche.....	4 à 20 gr.
Vin.....	120 —
Bouillon.....	250 —

Pour lavements dans le cancer de l'estomac avec oblitération du cardia ou du pylore.

### Eau dentifrice. (DUJARDIN-BEAUMETZ).

Acide phénique.....	1 gramme.
Acide borique.....	22 —
Thymol absolu.....	50 centigr.
Essence de menthe.....	xx gouttes.
Teinture d'anis.....	10 grammes.
Eau.....	1 litre.

A employer étendue de moitié d'eau. (Gaz. hebdomadaire.)

## TRAVAUX ORIGINAUX

**Sur un cas de grossesse gémellaire avec avortement et expulsion des fœtus ainsi que des annexes à des époques différentes**

Par M. le Dr F. X. JULES DORION, de Québec

Le soir du 12 mars 1895 je suis appelé à la hâte auprès de Mme J. L... Le mari me dit, qu'à peine arrivé chez lui, sa femme l'a envoyé quérir un médecin pour une fausse couche.

Je trouve la parturiente affaissée sur un canapé et soutenant avec la main, entre ses jambes, un fœtus de 6 à 7 pouces expulsé depuis à peu près une heure et ayant cessé de vivre.

Cette femme, multipare d'une quarantaine d'années, que je voyais pour la première fois, a eu plusieurs fausses couches et accouchements prématurés accompagnés d'hémorrhagies abondantes. La grossesse qui nous occupe, maintenant de plus de quatre mois, a été normale depuis son début jusqu'à ce jour. Aucun signe prémonitoire ne pouvait faire soupçonner l'accident qui est arrivé ; la femme se sentait même mieux que d'habitude. Toute la journée elle a vaqué à ses occupations et elle était à laver sa vaisselle lorsque, sentant quelque chose glisser dans le vagin elle courut se jeter sur le canapé où je la trouvai.

Le fœtus, à son dire, était vivant lors de son expulsion à laquelle la douleur et l'hémorrhagie n'avaient pas servi de précurseurs car la femme n'avait eu rien pouvant faire reconnaître une tranchée et ne s'était sentie mouillée par aucun liquide. Le doigt, introduit dans le vagin n'est souillé par aucune trace de sang.

Le cordon sectionné, je glisse l'index le long de ce maigre guide, jusqu'au col utérin qui est refermé ; en insistant le doigt peut être introduit mais ce col, non dilaté, n'est pas non plus dilatable,

La situation me paraissant étrange je fais de temps en temps des examens vaginaux qui ne servent qu'à me faire tomber dans la main un cordon filiforme. Une injection vaginale antiseptique ne change rien à la situation ; la femme ne sent toujours ni douleurs ni malaise. J'avoue que, moins heureux que ma patiente, je n'étais pas sans éprouver une crainte vague à l'aspect de cet inconnu quand je vins à penser que le fœtus expulsé pouvait bien avoir un frère du même âge.

J'étais dans le vrai.

Après quelques jours d'une attente aseptique après le second enfant qui, décidément, ne voulait pas venir, je cessai de voir journellement cette femme, me contentant de prendre de ses nouvelles de temps à autre.

Elle se portait toujours bien, le ventre, jusqu'alors resté d'une grosseur raisonnable, commençait à franchir résolument ses frontières, les mouvements actifs devenaient forts perceptibles et tout semblait présager une heureuse issue lorsque le six avril la mère me fait dire qu'elle ne sent plus que très peu les mouvements de son enfant ; quelques jours après, le huit, les mouvements n'étaient plus du tout perceptibles même à l'examen le plus minutieux et trois jours s'étaient à peine écoulés que j'assistais à la mise au monde d'un nouveau fœtus beaucoup plus gros que le premier mais sans vie.

Hémorrhagie fort peu abondante, le col restant béant ; le cordon est plus gros que le précédent mais il est encore grêle, je l'entoure de soins jaloux pour l'empêcher de se rompre et ne pas perdre un guide précieux. J'attends toute une nuit un placenta qui s'obstine à rester en place ; la cavité utérine aurait été assez grande pour introduire la main mais l'hémorrhagie étant insignifiante je choisis l'expectation armée.

Durant cinq jours je suis sur le qui vive, faisant de fréquentes visites à ma malade et ne ménageant pas les injections intra-utérines antiseptiques. La température oscillait entre 37 et 38 ; écoulement vulvaire de sang noir et nauséabond mais en petite quantité.

Le cordon, tombé seul après deux jours, ces deux placentas restés en arrière, ne laissaient pas que de m'inquiéter sérieusement, mes craintes se partageaient entre la septicémie et l'hémorrhagie pour la première les mesures étaient assez bien prises pour me tenir l'esprit

tranquille, mais la seconde me laissait moins confiant vu le tempérament hémophile de ma malade. En conséquence j'avais prévenu le mari de m'avertir au moindre écoulement de sang. C'est ce qu'il fit le 16 au soir et je le suivis, bien décidé à engager un combat à outrance avec l'hémorrhagie. Heureusement j'en fus quitte pour l'énergie de mes résolutions ; les placentas jumeaux sortirent l'un à la suite de l'autre sans encombre et sans hémorrhagie digne de mention.

Les suites de couches furent heureuses, par prudence je fis encore quelques injections intra-utérines et je maintins la femme au lit assez longtemps quoiqu'elle se sentit parfaitement bien ; quelques toniques eurent bientôt relevé la santé à son niveau normal.

Cette femme a eu depuis une autre grossesse terminée à sept mois par l'expulsion d'un enfant vivant, tout s'étant bien passé d'ailleurs.

Le temps ne me permet pas d'étudier les causes qui, chez cette femme, ont provoqué des avortements et accouchements prématurés si fréquents, je ne veux qu'ajouter un exemple à ceux, assez rares d'ailleurs, où la grossesse s'est continuée après l'expulsion d'un premier jumeau. Quant à la méthode que j'ai adoptée en face de la rétention des annexes, un confrère plus entreprenant se serait peut-être évité des inquiétudes en intervenant de suite, mais ma manière d'agir ne m'ayant donné que de bons résultats, j'y vois une nouvelle preuve de l'innocuité de l'expectation bien entendue dans les rétentions placentaires.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

Après une vacance de deux mois cette société a recommencé ses travaux le 14 octobre dernier.

La prochaine séance aura lieu le 11 novembre à l'Université Laval à 8.30 p. m. Tous les médecins et MM. les étudiants en médecine sont cordialement invités à y assister.

A l'avenir on n'aura qu'à consulter *La Revue Médicale* pour obtenir les renseignements sur tout ce qui concerne la société. Il ne sera fait aucune autre publication à cet effet.

Prière à ceux qui auraient l'intention de faire quelque chose pour le succès de cette société, de préparer quelques travaux pour elle, de ne pas attendre une invitation spéciale et d'en donner avis au secrétaire ainsi que le mois durant lequel ils s'engagent à le présenter à la société. Ainsi on obligera beaucoup ceux qui s'occupent plus spécialement de l'organisation des séances.

C. R. PAQUIN M. D.  
Secrétaire.

**Séance de la Société Médicale de Québec du 14 octobre 1897**

La séance s'ouvre sous la présidence de M. le Dr M. J. Ahern. Après la lecture du procès-verbal qui est lu et adopté, il est proposé et adopté la réception des membres suivants :

M. le Dr Ls F. Lepage, Rimouski. M. le Dr Alfred Roy, Lévis.  
" Lorne Drum, Québec. " Henri Lasnier, Lévis.  
" Chs. Eugène Côté, St-Sauveur.

Le président invite les membres à une discussion des questions déontologiques qui seront présentées.

## DÉONTOLOGIE MÉDICALE

M. le Dr FAUCHER : — " S'il est contraire à la dignité professionnelle de breveter des préparations médicinales, même à formules connues, serait-il permis de protéger par un brevet des instruments de chirurgie ? "

M. le Dr VALLÉE dit que ce serait une ignominie pour un médecin de faire breveter un instrument quelconque.

M. le Dr BOULET : — Il n'est pas plus permis de priver la profession d'un instrument chirurgical par un brevet que de protéger une médecine qui en réalité n'est qu'un instrument, et l'on sait que toute médecine brevetée est légitimement réprouvée par la profession.

Le président parle dans le même sens, mais il ajoute qu'il serait dangereux parfois de ne pas protéger certaines fabrications, v. g. le bouton de Murphy, afin d'éviter les contrefaçons qui pourraient être

dangereuses. Il doit alors y avoir contrôle, et ce contrôle doit être pris par le fabricant et non par le médecin.

M. le Dr PAQUIN : — "Y a-t-il quelques raisons pouvant justifier un médecin de son refus de rencontrer en consultation un confrère proposé par le malade ou sa famille ?

M. le Dr BOULET : — Je ne vois pas qu'un médecin puisse être obligé de rencontrer en consultation un confrère, quel qu'il soit : Si la famille insiste il doit se retirer. Mais si le confrère appelé et accepté, abuse de sa position, le médecin de famille doit se retirer mais sans protester.

M. le Dr VALLÉE : — On peut refuser de rencontrer un confrère dont on se défie avec de justes raisons, pour soi ou son malade, mais non pas par raison du jeune âge du consultant. Cependant dans l'intérêt du malade on doit rechercher des lumières.

Mais est-on obligé de se retirer, on ne doit pas, comme dit si bien M. le Dr Ahern, en donner les raisons, mais dire "pour des raisons personnelles".

M. le Dr VALLÉE conseille, dans l'intérêt du malade, d'aller au devant des désirs de la famille, de demander soi-même un consultant de son choix, et de diminuer ainsi sa responsabilité.

M. le Dr BROPHY : — Comment doit agir le consultant, appelé par la famille et refusé par le médecin traitant ?

*Réponse unanime* : — Le médecin consultant doit attendre que l'autre médecin se retire.

M. le Dr. PAQUIN.—Jusqu'à quel point un médecin peut-il refuser de donner les particularités de ses comptes ?

M. le Dr. VALLÉE.—Ici, dans le pays, le médecin ne peut se soustraire au désir du client qui demande un compte détaillé. En France le chirurgien seul a le droit de refuser.

M. le Dr. FAUCHER.—Si le compte du client doit être payé par une autre personne et que les détails sont de nature à faire connaître la maladie v. g. Injections urétrale au permanganate de K., doit-on quand même donner telles particularités ?

M. le Dr. AHERN.—Partant du principe, que celui qui paie, a le droit de savoir pourquoi il paie, dit, qu'on ne peut pas refuser ces détails. Cependant il se rappelle qu'un cas semblable à celui du Dr. Faucher a été jugé en cour à Trois-Rivières. Le juge tout en donnant gain de cause au médecin, le blâma fortement pour avoir donné si clairement les particularités de son compte.

Me basant sur cette décision, continue M. le Dr. Ahern, un jour j'ai cru bon de dire à un père, qui me demandait pourquoi j'avais soigné son fils, que c'est pour un *rhume de cerveau urétral*. Puis il conseilla à tous cette recette inoffensive.

Un médecin a-t-il le droit de donner les soins à un malade quand le médecin qui l'a précédé a cessé ses visites et que le client déclare avoir rompu avec lui ?

M. le Dr. VALLÉE.—Oui, pourvu que le premier ait été payé et que le second médecin n'ait pas connu le malade par l'entremise du premier.

De plus un médecin consultant doit refuser de prendre sous ses soins un malade qu'il a déjà vu en consultation pour la même maladie.

M. le Dr. BROPHY.—Le médecin doit-il voir au paiement du médecin consultant ?

M. le Dr. VALLÉE.—Oui, si c'est le médecin qui l'appelle. Non, si c'est la famille.

M. le Dr. PAQUIN.—Le Dr. A. absent pour quelques instants de son bureau est remplacé au près de Mde X. pour accouchement par le Dr. B.—30 minutes après, le Dr. A. se rend chez Mde X. dont il est le médecin depuis 5 ans. Le mari heureux de son arrivée va en prévenir le Dr. B. qui refuse de s'en aller donnant pour raison que son habitude à lui quand on le demande pour un accouchement est de faire toute la besogne sinon de recevoir le montant complet des honoraires. Alors le Dr. A. veut lui payer sa visite. Même refus. Comment

qualifier la conduite de ce médecin ? que devait faire le médecin de la famille ?

Tous les membres furent visiblement indignés de cette conduite et MM. les Drs. Vallée et Rousseau déclarent qu'elle est vraiment inqualifiable. Quant au médecin de la famille, son devoir était de faire mettre ce médecin à la porte par le mari et de ne pas lui laisser payer une somme qu'il n'avait pas gagné. Cependant pour avoir la paix avec ce médecin intraitable dans une circonstance aussi délicate l'assemblée approuva le Dr. B. d'avoir dit au mari, "payez-le donc afin qu'il s'en aille", vous n'aurez rien à payer à moi-même. Qui fut dit fut fait.

M. le Dr FAUCHER.—Si un médecin en vue d'une absence insiste auprès d'une cliente pour lui faire accepter les services de son remplaçant et que la malade refuse absolument, le médecin choisi de préférence par cette malade doit-il remettre la malade aux soins du premier à son retour ?

M. le Dr VALLÉE.—En le lui remettant ce serait faire le bien pour le mal, mais nul n'y est tenu.

M. le Dr BOULET.—Ce refus de la malade indique un manque de confiance dans le choix fait par son médecin. Ceci semble dégager le dernier médecin appelé.

M. le Dr LESSARD.—En l'absence prolongé d'un médecin qui doit payer le remplaçant ?

M. le Dr LASNIER.—Quant à l'attribution des honoraires pour soins pendant la durée du remplacement, A. Dechambre dit que la règle suivie presque partout est de les abandonner au médecin remplacé. Les motifs en sont tout naturels : d'abord on accomplit un acte d'obligance et de bonne confraternité, ce qui exclut la rémunération, puis on n'introduit pas dans la famille un taux d'honoraires inaccoutumés, ce sera l'affaire du médecin du malade d'établir sa créance comme s'il n'eût pas interrompu ses soins. Mais la gratuité du remplacement n'est convenable qu'autant qu'il ne se prolonge pas trop. Ce trop on le comprend échappe à toute détermination.

M. le Dr AHERN.—Le plus sûr dans ces cas sera toujours de s'entendre avec le remplaçant.

M. le Dr FAUCHER.—Est-il convenable et professionnel pour un médecin attaché à une institution de laisser publier les statistiques de ses travaux dans les journaux politiques ?

*Réponse unanime*.—Aucune raison ne peut justifier celui qui agirait ainsi.

M. le Dr PAQUIN.—Que doit faire le médecin qui voit à chaque instant son nom mêlé à toute espèce de nouvelles, ou publications anti-professionnelles qu'il n'a pas autorisées ?

M. le Dr AHERN.—D'une manière générale il vaut mieux ne rien faire, car on dit souvent avec raison : "Qui s'excuse s'accuse".

MM. les Drs MAROIS, VALLÉE. — Chose certaine il est toujours facile de connaître si le médecin est coupable de ces sortes de réclames, ce qui empêcherait celui qui n'est pas coupable de protester.

La discussion se prolongea jusqu'à 10½ heures sur des sujets d'importance locale.

Monsieur le Trésorier fait son rapport sur les conditions financières de la Société, ce rapport fut trouvé très favorable et adopté à l'unanimité.

Le secrétaire donne lecture d'une communication dans laquelle on demande l'admission des dentistes comme membres de la Société.

Cette question par son importance est considérée comme avis de motion et renvoyée à la prochaine séance.

Afin de permettre l'impression prochaine du règlement de la Société on propose que le Conseil s'occupe de sa révision le plus tôt possible. Adopté unanimement.

La séance est ajournée au 11 novembre, sujet de la prochaine séance : "Le médecin et les assurances sur la vie".

DR C. R. PAQUIN,  
Secrétaire.

## REPRODUCTION

## Pronostic et traitement des plaies de l'orbite

Par M. le Dr ALBERT TERSON. Chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu (Paris)

Les plaies orbitaires sont extrêmement variées et d'un pronostic fort différent suivant leur origine. Leur pronostic immédiat dépend, en général, du siège de la pénétration qui, si elle se fait franchement de bas en haut, peut perforer la voûte orbitaire si mince et intéresser le cerveau, et, si elle se fait d'avant en arrière, peut également pénétrer dans le crâne par la fente sphénoïdale. Il est permis de dire que la pénétration latérale, en avant de la tempe, par exemple, est la moins grave de toutes, au point de vue de la vie bien entendu, comme nous avons pu le voir récemment à l'Hôtel-Dieu pour une jeune malade dont les deux orbites et les fosses nasales ont été traversées par une balle qui s'est arrêtée sous la peau de la paupière supérieure opposée au côté de la pénétration et où nous avons pu l'extraire sans difficulté. Il y a donc avant tout deux éléments à considérer dans le pronostic : le pronostic *visuel* et le pronostic *vital* ; nous allons voir qu'ils sont fréquemment, pour ainsi dire, opposés, et que tel malade restera aveugle, sans avoir eu à redouter de danger pour sa vie, tandis que tel autre succombera rapidement sans avoir eu ses globes oculaires et sa vue intéressés.

Nous examinerons d'abord les cas de *pénétration antéro-postérieure*. Ces cas sont connus de tout temps pour avoir une gravité immédiate considérable. Fabrice d'Acquapendente est tout particulièrement intéressant à citer sur ce sujet. "Ces plaies passent quelquefois si avant dans l'orbite de l'œil qu'elles pénètrent jusques au fond, de sorte que l'instrument aigu, passant par cette longue fente qui se voit au fond de l'orbite, se plonge dans la substance du cerveau, d'où il arrive que ceux qui sont blessés de la sorte tombent tout incontinent à terre. Voilà pour quoi aussi les *maîtres d'escrime tiennent celui-ci pour un excellent coup de maître* : entre autres, un certain tireur d'armes français s'en tenait assuré, comme d'un coup inévitable."

Si nous remontons plus haut encore, nous lisons dans Plin le naturaliste qu'un belluaire tua un éléphant d'un seul coup de javalot dans l'orbite, ce qui resta dans les fastes des arènes romaines. N'a-t-on pas signalé aussi des infanticides par introduction d'une aiguille dans le cul-de-sac conjonctival, l'orbite et le crâne ?

Ces exemples démontrent que l'orbite a même été *recherché*, comme facile point de mire et véritable tunnel conduisant au cerveau, pour tuer à coup sûr. On trouve dans un grand nombre d'auteurs, de chirurgiens militaires en particulier, des cas analogues, tous sont à peu près la répétition les uns des autres, et tous ont la même gravité. En plus des instruments de guerre ou d'escrime (épée, fleuret cassé, lance, flèche), nombres d'autres lésions pénétrantes et mortelles ont été causées par des instruments ou des objets qu'on ne s'attendait pas toujours à trouver en pareille occurrence. De profondes plaies pénétrantes par tuyau de pipe ont été signalées maintes fois. Les coups de fourche, les coups de crayon, les coups de bâton pointu, les coups de corne d'animal ont également été notés. Le parapluie a été souvent incriminé et on ne compte plus les cas de mort rapide qu'il a entraînés par pénétration dans le crâne ; on en trouve de nombreux cas dans Mackensie, dans les journaux médicaux et autant dans les annales judiciaires. La mort survient le plus fréquemment par pénétration directe dans le crâne. Mackensie et d'autres auteurs ont insisté sur ce fait que fréquemment le blessé ne perd même pas connaissance, fait quelquefois plusieurs kilomètres à pied après l'accident, avant de tomber mort presque subitement, ou n'est pris que plusieurs jours après d'accidents phlegmoneux, méningitiques ou tétaniques, rapidement mortels, qui d'autre fois ne surviennent pas malgré une perte de substance cérébrale. La porte d'entrée est du reste quelquefois si petite que le blessé ni l'entourage, surtout dans une rixe, ne se rendent compte de la profondeur de la pénétration. Il ne faut pas croire que les blessés suc-

combent toujours : quelques-uns guérissent, après l'extraction, souvent pénible (flèches barbelées), de l'arme solidement implantée dans l'orbite Albucasis en cite déjà des cas, ainsi qu'A. Paré. D'autres ne conservent que des lésions purement locales, telle que rupture et détachement d'un muscle de l'œil, avec strabisme paralytique consécutif, atrophie du nerf optique par section ou violente attrition. Il y a fréquemment aussi des fractures des parois orbitaires, avec emphysème orbitaire par fracture de la paroi nasale, il ne faut pas oublier que le cathétérisme lacrymal avec fausse route, suivi ou non d'injection lacrymale, a été plusieurs fois signalé comme cause de phlegmon de l'orbite ou de phlébite orbitaire avec méningite.

Enfin on connaît le cas célèbre de Nélaton où le fragment de parapluie rompit la carotide dans le sinus caverneux.

Les lésions du globe sont variables, mais sont beaucoup moins fréquentes qu'on ne l'imaginerait. Le globe se laisse refouler par l'instrument pénétrant qui passe alors entre lui et la paroi osseuse, dans les parties molles. Nous avons vu un coup de corne de vache détruire entièrement le muscle droit interne, cependant étroitement uni au globe, sans déterminer la plus légère lésion de l'œil lui-même et de la vision. Exceptionnellement, mais il s'agit surtout alors de pénétration latérale et de volumineux corps étrangers, le globe peut être luxé et en paraphimosie entre les paupières. On trouve aussi quelquefois d'assez graves lésions du globe : hémorragies intra-oculaires, décollements rétinien, luxation du cristallin, rupture de l'œil et luxation cristallinienne sous-conjonctivale. Mais nous insistons sur ce fait que dans les pénétrations antéro-postérieures, si graves pour la vie, le globe de l'œil est généralement conservé et la vision peut même rester intacte.

Dans ces mêmes pénétrations antéro-postérieures, le corps étranger peut se briser, et rester dans la plaie, ou bien il s'agit d'un projectile.

Le fragment de tuyau de pipe et le bout de parapluie ont été l'objet de relations nombreuses et célèbres (Crampton, White, Nélaton et bien d'autres) : les bouts de flèche, les aiguilles, les grains de plomb, les balles, voire même les manches d'éventail, des forets, des limes, des éclats de verre, des fragments de bois de plusieurs centimètres peuvent même persister dans l'orbite un temps, tantôt très court, tantôt de quelques semaines, tantôt de plusieurs années (30 ans même). Ils peuvent s'enkyster définitivement, attirer plus tard les microbes de la suppuration et donner des phlegmons : ils ont fréquemment de la tendance à l'expulsion naturelle et progressive, tantôt venant saillir sous la peau ou la conjonctive, tantôt, s'évadant par les os, les fosses nasales, le sinus maxillaire et la bouche, tout comme voyageaient les fameuses canules de Dupuytren. Le malade crache un jour la balle ou le fragment métallique. On multiplierait à l'infini les exemples de ce genre.

Quand la pénétration a lieu *latéralement*, elle est beaucoup moins grave pour la vie et généralement très grave pour la vision. Il existe un très grand nombre de cas publiés où d'énormes entailles par coup de sabre, de hallebarde, d'épée à deux mains, ont littéralement défoncé le nez et les orbites, avec destruction des globes ; les malades ont survécu.

Nous avons soigné, il y a 3 ans, un jeune homme qui avait appuyé le canon de son revolver de haut en bas contre la bosse sourcilière, au niveau du sinus frontal, la balle avait traversé le sinus et était allée se loger derrière l'œil, qui avait éclaté et était entièrement vidé. Ce malade perdit pendant plus de 15 jours, par la narine correspondante et par l'infundibulum de sinus frontal correspondant, la valeur d'un demi-verre par jour de liquide céphalo-rachidien : cet écoulement s'arrêta complètement et brusquement après ce laps de temps. Le malade n'eut jamais le plus léger symptôme fébrile ou d'état général grave. Dans le cas où le sujet applique son revolver trop en avant de la tempe, il y a souvent perforation de l'œil du même côté, puis pénétration dans l'orbite opposée avec paralysie totale des muscles de l'œil et section ou

affection du nerf optique, avec cécité uni ou bilatérale. Assez fréquemment, c'est une esquille détachée par la balle, qui vient compléter son action nocive.

Le corps étranger se trouve quelquefois à la base du cerveau et s'y enkyste, le plus souvent il défonce l'ethmoïde et s'y creuse une cavité : d'autres fois, il reste inclus dans le sinus frontal, le sinus maxillaire ou les os.

L'état visuel ophtalmoscopique sera vérifié le plus tôt possible. Il est à peine besoin d'ajouter que pour les projectiles, les trajets les plus capricieux peuvent faire varier ces données générales, et d'autre part, l'état de septicité (toujours moins grand pour les projectiles surchauffés et plus grand pour les objets ayant touché la terre, tels que parapluie, fourche) modifie d'une façon impossible à prévoir le plus ou moins de gravité du mode de pénétration, tandis que les plaies opératoires aseptiques guérissent généralement bien.

Il faudra donc toujours attendre avant de formuler un pronostic quelconque, quel que soit l'état quelquefois excellent du blessé pendant les premiers jours, ou au contraire son état général ou local. On examinera avec le plus grand soin l'état cérébral, vu la possibilité d'accidents ostéitiques et méningitiques quelquefois très tardifs.

La persistance d'un corps étranger ne modifie pas toujours ce pronostic et ne l'éclaire guère, puisqu'on ne compte plus les cas où les sujets ont pu pendant des semaines, des mois et des années conserver de volumineux corps étrangers, sans succomber.

Au point de vue thérapeutique, l'expectation pendant les premiers jours sera toujours recommandable et préférable à la recherche d'un projectile au milieu de tissus extraordinairement œdématisés. On obtiendra donc, avec un fragment de gaz iodoformé et du collodion, la porte d'entrée soigneusement désinfectée, et on attendra. Si l'œil était luxé hors des paupières, on le réduira, et on le fixera dans sa nouvelle position par deux ou trois points de tarsorrhaphie médiane, s'il n'est pas largement perforé, auquel cas on se contenterait, après réduction, d'onctions iodoformées et d'un pansement compressif. On a pu voir exceptionnellement l'œil arraché, par la chute sur une clef, par exemple. Plus tard, on pourra dans quelques cas sonder la plaie avec un stylet flambé, si elle ne paraît pas trop profonde et si on suppose que le corps étranger est resté dans l'orbite, à peu de distance du point d'entrée, mais on s'en abstiendra rigoureusement dans tout autre cas. On pourra quelquefois employer l'explorateur électrique Trouvé, comme nous l'avons fait une fois en 1893.

Si une fistule purulente persiste, on est absolument autorisé à faire l'exploration avec un stylet flambé qui amènera souvent sur une esquille détachée ou sur un volumineux corps étranger. Nous avons assisté récemment notre maître le Pr Panas, dans une opération où il retira un bout de piquet de plusieurs centimètres de longueur, et de tels cas ne sont pas rares. L'extraction se fera avec une pince égrigne forte, du genre des pinces de Museux, avec une pince longue de Lister ou avec une pince hémostatique, suivant les cas.

Quelquefois on a pu trouver le projectile dans la glande lacrymale (Larrey).

Les rayons de Röntgen ont été déjà utilisés pour déterminer le siège des balles et des corps étrangers de l'orbite, malgré l'opacité des os. M. Valude mentionne brièvement, dans un article récent, qu'à l'aide des rayons de Röntgen, il a observé une balle de revolver située aux environs du trou optique.

Les expériences si intéressantes de MM. Reynier et Glover permettent de penser à cette ressource dans les cas où aucune autre indication ne peut être tirée de l'examen précis du malade : cette recherche a quelquefois pour conséquence des troubles trophiques (chute des cheveux et des poils sur une vaste étendue, etc.). Des fragments d'os déplacés seront soigneusement replacés et peuvent reprendre (Jobert).

L'œil, même lésé, devra être respecté, à moins de phlegmon ; toute tentative d'extraction de corps étranger de l'orbite ne pourra être précédée d'énucléation que si l'œil est phlegmoneux ou entièrement vidé,

contrairement à ce qu'on a souvent avancé trop radicalement ; la désinsertion momentanée de l'œil est aussi fort peu recommandable et l'opération de Krœnlein inutile en général.

Dans quelques cas, en présence d'un cal vicieux, d'ectropion nécessitant une blépharoplastie de symblépharon, on sera obligé, avant d'en venir à la restauration des paupières, de mobiliser le plan osseux et de le fixer en bonne place avec des crochets métalliques ou des chevilles d'ivoire (Gayet). On pourrait penser à l'implantation d'os décalcifiés, dont nous avons vu de beaux succès dans le service de notre maître, le professeur Le Dentu, pour la chirurgie des membres, mais on peut se demander si la présence du sinus maxillaire et du sinus frontal ne crée pas, dans la plupart des cas, des chances d'insuccès ou de non consolidation.

On se métierra d'une intervention imprudente, dangereuse pour l'intégrité du nerf optique et des muscles et nerfs oculaires, lorsque quelque petits corps étrangers (éclats de verre, grains de plomb) sont bien tolérés. Enfin, on pensera toujours, en présence d'une infection orbitaire survenant plusieurs années après un traumatisme orbitaire ou périorbitaire, à la possibilité d'un corps étranger intraorbitaire, vu les très nombreux cas où la pénétration était complètement ignorée du malade.

Il faut enfin savoir que, dans de nombreux cas, le nerf optique peut s'atrophier, sans avoir été directement atteint, à la suite d'une fracture prolongée dans le canal optique où il est enserré.

#### Sur les changements de forme et de position du cœur étudiés avec les projections radioscopiques et phonendoscopiques (1)

Par A. BIANCHI

Lorsque j'ai présenté, l'année dernière, à la Société de médecine, les études sur les déplacements du cœur par la respiration, la digestion et les changements de position, j'ai donné aussi les indications principales pour tracer la projection phonendoscopique du cœur.

Aujourd'hui, je vous montrerai les résultats pareils des tracés radioscopiques et phonendoscopiques et je donnerai quelques renseignements complémentaires pour bien accomplir la projection phonendoscopique du cœur.

I. — Les résultats des projections radioscopiques et phonendoscopiques sont tout à fait pareils et plusieurs expériences nous ont démontré qu'on peut, selon les cas et la commodité, adopter l'une ou l'autre méthode pour obtenir la projection générale du cœur. Les mêmes résultats sont obtenus par la percussion ordinaire, mais avec moins de facilité et de sûreté.

J'ai pu constater, hier, chez Radiguet, avec le prof. Desplats, doyen de la Faculté catholique de Lille, et avec le prof. A. Morfo, titulaire de physiologie à Turin, les résultats pareils de la projection radioscopique et phonendoscopique du cœur.

La méthode radioscopique ne se connaît complètement par tout le monde : elle donne des projections du cœur sur la paroi antérieure et paroi postérieure, selon que l'écran planoscopique ou la plaque sensibilisée est placée sur la paroi antérieure ou sur la paroi postérieure. L'ombre plus ou moins sombre ainsi obtenue est plus ou moins nuancée à son contour selon l'éloignement des parties du contour cardiaque de la paroi, et selon la condition et l'épaisseur des pounons ; cette ombre est traversée par des ombres plus sombres encore, données par les côtés et le sternum antérieurement, par les côtés et la colonne vertébrale postérieurement.

La projection phonendoscopique générale du cœur est aussi facile à dessiner ainsi sur la paroi antérieure que sur la paroi postérieure, mais il faut tracer avant les bords internes des pounons et la ligne supérieure du foie. On place ensuite la tige du phonendoscope en la pressant bien fortement au côté gauche de la ligne médiane (2) dans

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 24 juillet 1897. Ext. de la *France Médicale*, 8 oct. 1897.

(2) Au côté gauche de la médiane sternale pour la projection antérieure du cœur, de la médiane vertébrale pour la projection postérieure du cœur, toujours 3 ou 4 centimètres au-dessus de la ligne supérieure du foie.

l'espace libre entre les poumons. Il ne faut pas déplacer la tige, parce que facilement on se tromperait avec la projection pulmonaire. En frottant ou en pressant fortement avec le doigt parallèlement aux contours du cœur, on ne peut dessiner sa projection avec sûreté, facilité et rapidité (30 secondes à 1 minute) : il suffit de marquer un point avec le crayon où la vibration forte devient très faible ou disparaît complètement. En réunissant avec une ligne ces points, nous avons le contour de la projection phonoscopique du cœur.

Dans ce cas, la vibration forte correspond à l'ombre sombre en radioscopie et on la retrouve sur la partie du cœur non couverte par les poumons et sur la partie plus rapprochée de la paroi, ainsi que sur les os. La vibration moins forte correspondant aux nuances de l'ombre radioscopique se trouve sur les parties du cœur plus éloignées de la paroi, ou couvertes par les poumons. La position debout est la meilleure pour les projections du cœur soit antérieures, soit postérieures. La figure ainsi trouvée est un triangle avec une direction plus ou moins forte en bas et à gauche et avec ses angles arrondis.

II. — La projection du cœur change toujours de figure et de place.

Pour expliquer les changements de figure, non seulement il faut se rappeler que les parties du cœur changent toujours pendant leur travail et pendant les fonctions principales de la vie, mais que la position du cœur contre la paroi change toujours. La phonoscopie nous donne l'ombre phonique du cœur, en conséquence, cette ombre change selon l'obliquité du cœur contre la paroi d'examen. On peut comparer le cœur à un cône avec la pointe rapprochée de la paroi antérieure et avec sa base éloignée plus ou moins d'elle et rapprochée de la paroi postérieure. L'ombre donnée par un cône est circulaire ou hélicoïdale, si le cône est perpendiculaire à la paroi sur laquelle se dessinait l'ombre ; est triangulaire lorsque le cône est parallèle à la paroi même. En conséquence, l'ombre phonoscopique du cœur se rapprocherait de la forme circulaire ou triangulaire selon que la position du cœur serait plus ou moins perpendiculaire ou parallèle à la paroi d'examen.

Pour expliquer les changements de place de la projection cardiaque, il suffit de se rappeler que le cœur repose sur un plan mobile, le plan diaphragmatique. En conséquence, toutes les causes qui soulèveraient ou abaisseraient ce plan déplaceraient en haut ou en bas le cœur.

L'inspiration forcée déplace en bas le cœur, l'expiration forcée le déplace en haut.

L'estomac plein de gaz, en déplaçant en haut le diaphragme, déplace en haut le cœur du côté gauche ; l'estomac plein de nourriture porte en bas le diaphragme et le cœur avec lui.

Les intestins pleins de gaz en soulevant le foie et l'estomac soulèvent ainsi le diaphragme et le cœur.

Ainsi, dans la position couchée, le cœur se déplace en haut et en arrière, dans la position sur les côtes se déplace vers le côté plus bas et dans la position debout a-t-il un rapport direct avec le diaphragme et, en conséquence, avec la ligne supérieure du foie.

Dans les conditions pathologiques, selon que le diaphragme est déplacé en bas ou en haut par des pressions supérieures ou inférieures, pareilles des deux côtés, le cœur serait déplacé en bas ou en haut, et, si les pressions sont unilatérales, le cœur serait déplacé partiellement. Il faut encore considérer les pressions latérales données par les poumons et les pressions dues aux conditions spéciales pathologiques (épanchements pleuraux, néoplasies de la cavité thoracique, etc.)

Dans les cas pathologiques, le cœur même augmente en volume, peut déplacer en bas le diaphragme et les organes situés au-dessous.

Mais il faut se rappeler toujours que, à l'état physiologique, le cœur change toujours la forme et la place de la projection, soit phonoscopique, soit radioscopique par l'influence des principales fonctions organiques, mais toujours par les lois bien simples de la gravité.

### Ligature de la Veine Dorsale du Pénis pour Impotence fonctionnelle, avec un rapport de cinq cas

Par J. A. MURRAY, M. D. Clearfield, Pa.

En communiquant ces quelques cas à l'Association, je n'ai pas la présomption de réclamer la priorité de ladécouverte de cette opération. La chirurgie est allée si loin que, apparemment, il y a bien peu d'opérations qui n'aient été pratiquées par quelqu'un dans un passé récent ou éloigné. Ainsi pour cette opération, elle peut avoir été faite par plusieurs chirurgiens et abandonnée. Je n'ai trouvé aucune littérature sur ce sujet, pour ou contre. S'il y a quelque mérite à cette opération, je désire faire connaître que j'en ai pris l'idée dans la "Matière Médicale" du Dr Bartholow, où l'on peut lire ces mots : "Il a été affirmé dernièrement que les érections défectueuses et la perte de capacité pour le coït ne sont pas peu souvent dues à l'agrandissement de la veine dorsale du pénis et comme conséquence à la décharge trop rapide des veines du tissu érectile. Agissant d'après cette suggestion plausible, l'auteur a pratiqué des injections hypodermiques d'ergotine autour de la veine dorsale du pénis et a eu apparemment d'excellents résultats."

Je n'ai opéré que dans cinq cas dont quatre furent suivis de guérison permanente, l'autre fut un échec complet, parceque ce n'était pas un sujet propice.

De cette petite expérience, je suis encouragé à croire que lorsque l'impotence fonctionnelle est due à une veine dorsale trop augmentée avec de forts désirs sexuels, qui défont dans les rapports sexuels en raison d'érections imparfaites dues à une décharge trop rapide des veines du tissu érectil, la ligature offre de bonnes garanties de guérison permanente.

Chez les neurasthéniques dont les organes génitaux sont petits, pâles, mous, relâchés par une masturbation excessive, sans désir sexuel, l'opération serait sans succès, et alors contre-indiquée.

Je vous soumetts une courte histoire de mes cinq cas, espérant que ceux qui ont des occasions plus nombreuses dans cette voie feront un essai de l'opération chez des sujets propices et feront rapport de leurs succès ou de leurs insuccès dans les colonnes de ce journal.

Cas I. Un marchand, de 63 ans, bien frais, fort et robuste ; d'une grande sensualité, durant toute sa vie, s'est permis à satiété des rapports sexuels, parfois à l'excès ; père de plusieurs enfants. Il y a un an a marié sa seconde et présente femme, de 22 ans, forte, pleine de santé et d'activité. A son premier essai de coït, il rencontra le même succès d'aparavant, mais la nuit suivante quand il tenta un rapport, l'érection resta faible et il manqua de puissance d'intromission. Tout essai par la suite fut sans succès pendant trois ou quatre semaines : alors sa condition commença à lui hanter l'esprit. Honteux de consulter son médecin de famille il courut aux annonces de "virilité perdue restaurée", et essaya quelques remèdes des plus affichés et des plus rassurants, et fut partout exploité. Il vint alors à un sanitarium à quelque distance, et fut traité pendant quelque temps, sans meilleur résultat. Il fut ensuite entrepris par quelques compagnie médicale qui lui vendit une sorte d'appareil de succion pour "restaurer les érections faibles et molles chez les hommes à puissance "décroissante courant vers l'impotence."

Mais après tous ces traitements et ces manipulations instrumentales sa condition était pire qu'au commencement. C'est alors qu'il tombe sous nos soins, impatient et découragé, ayant abandonné tout espoir de retrouver sa virilité première.

Je fis un examen attentif, et trouvai les organes génitaux bien développés ; ce malade n'a jamais eu de gonorrhée ni ne s'est livré à la masturbation ; pas de stricture ; aucune sensibilité dans l'urèthre prostatique ou au col de la vessie. La seule condition anormale était une veine dorsale très grosse et tortueuse. Je conseillai l'injection d'ergotine qu'il accepta de suite. Je continuai ainsi pendant trois ou quatre semaines et son état s'améliora quelque peu, mais ses érections étaient encore faibles et non satisfaisantes et l'organe était gonflé, décoloré et sensible aux injections que j'abandonnai.

C'est à ce moment qu'il me vint à l'idée que si l'influence astrigente d'ergotine était utile pourquoi ne pas chercher un résultat immédiat et permanent par la ligature. Je feuilletai une longue liste d'ouvrages et ne trouvai aucune lumière sur ce sujet ; néanmoins je conclus à son essai, vu que le malade était anxieux d'essayer toute mesure donnant quelque espoir de guérison. Le pénis et les parties voisines furent soigneusement désinfectés et l'opération faite aseptiquement sous l'influence anesthésique d'une injection hypodermique de cocaïne. Une courte incision longitudinale fut faite dans la peau et le tissu sous-cutané, jusqu'à la veine dorsale, qui fut alors saisie et ligaturée en deux endroits, et coupée ensuite entre les deux ligatures. La première ligature était à peine serrée que le pénis commença à se remplir et avant d'avoir complété l'opération le malade avait une érection puissante qui nous alarmèrent tous deux. L'organe était si distendu et si engorgé qu'il avait une apparence de cyanose et apparemment les plus petits capillaires devinrent proéminents sur le gland. On appliqua constamment de la glace pilée ; on administra des bromures et d'autres remèdes déprimants. Malgré tout, il souffrit durant trois jours et trois nuits d'une érection constante, puissante et douloureuse. Ensuite elle tomba en partie mais au moindre attouchement le pénis avait une forte érection, et cette condition persista jusqu'à ce que les ligatures tombèrent les cinquième et sixième jour. En peu de jours la plaie fut guérie. Le malade avait tant de confiance en lui-même et était si enthousiaste qu'il me demanda la permission d'avoir rapport avec sa femme le dixième jour après l'opération.

Je refusai positivement de consentir avant deux autres semaines, mais l'entraînement était si grand pour lui que le quatorzième jour il envoya à tous les vents mon avis et eut rapport avec sa femme deux fois ce jour-là et une fois le lendemain. Depuis ce temps, près de trois ans depuis la date de l'opération, le coït a toujours été suivi de succès.

Il a eu un enfant de sa jeune femme et a été jusqu'à aujourd'hui un des plus heureux des hommes.

Cas 2. — Jeune homme de 27 ans, avec à peu près même histoire, même opération, même succès.

Cas 3. — Jeune homme de 25 ans, avec histoire analogue et opération semblable suivie de succès.

Cas 4. — 31 ans, avec organes génitaux petits, pâles et mous. Anémique, faible et néurasthénique. Opération faite sans grand espoir et suivie d'insuccès.

Cas 5. — Cas analogue au cas 2, suivi d'un plein succès.

Comme conclusion, je dois ajouter, dit l'auteur, qu'avec un traitement convenable, longtemps continué, le cas N° 3 serait, je crois, revenu à la santé sans l'opération. Quant aux autres cas, excepté le N° 4, l'effet mental de l'opération fut tout simplement merveilleux. Ils se sentaient certains d'être guéris et voulaient essayer leurs puissances de suite. Deux d'entre eux furent retenus avec difficulté. Nous voyons tant de cas d'impotence dus seulement à la crainte d'incapacité sexuelle. Si nous pouvons redonner la confiance à cette classe de malades on rencontrera bien peu de trouble d'obtenir une guérison, et je suis porté à croire qu'un grand nombre d'impotence psychique peuvent être guéris par la ligature de la veine dorsale du pénis.

*The Journal of the American Medical Association.*

Dr. P. V. F.

### Les premiers symptômes de la tuberculose laryngée.

MM. CHEVAL et ROUSSEAU, rapporteurs.

1° La tuberculose laryngée est primitive ou secondaire, c'est-à-dire consécutive d'une tuberculose pulmonaire ;

2° Son stade prémonitoire, d'une durée de plusieurs années parfois, peut revêtir deux formes :

a) La forme *catarrhale* : ce sont des laryngites rebelles, à répétition, rarement généralisées, le plus souvent localisées à une seule corde vocale ; on a cru, mais à tort, que cette forme devait se terminer par une tuberculose laryngée primitive ;

b) La forme *anémique* : anémie du larynx, anémie pathognomonique du voile du palais chez des sujets non toujours anémiés, ni chlorotiques. Cette forme s'accompagne d'aphonie intermittente, plus ou moins persistante avec troubles respiratoires.

Y a-t-il alors altération pulmonaire ?

L'auscultation et la percussion ne peuvent encore la déterminer d'une manière irréfutable dans nombre de cas.

3° L'analyse microbiologique de l'expectoration permettra un diagnostic précoce de tuberculose, mais elle ne pourra suffire à elle seule pour dire si la tuberculose est primitive ou secondaire ;

4° A l'autopsie, nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer la tuberculose laryngée primitive ; les lésions se présentent sous deux aspects bien définis ;

a) *L'infiltration granuleuse*. — Ce sont des granulations de petites dimensions, d'un aspect grisâtre à contenu louche, disséminées dans l'une ou l'autre partie du larynx. Cette infiltration s'étend souvent en surface et atteint rarement un millimètre en profondeur. Elle s'accompagne de congestion et d'œdème. Plus tard, ces granulations subissent la transformation caséuse et provoquent l'éclosion d'un nombre infini de petites érosions superficielles qui, en se fusionnant, donnent lieu à l'ulcération ;

b) Quand elle est de date récente, l'ulcération est peu profonde, plutôt étendue en surface. Les bords en sont déchiquetés, taillés à pic, et le fond grisâtre paraît peu irrégulier. Si au contraire, elle est ancienne, nous la trouvons anfractueuse, très irrégulière, parsemée de cavités, véritables cavernules, autour desquelles le tissu est induré. Ces ulcérations sont couvertes de pus. Les autres lésions, telles que la carie, la nécrose, l'élimination des cartillages ne peuvent exister à cette période de l'affection.

5° Il n'y a aucune relation de degré entre la lésion laryngée et la lésion pulmonaire. Ainsi, nous avons trouvé des cavernes très étendues dans les deux poumons et pas de lésions ou une simple petite infiltration tuberculeuse du côté du larynx.

6° Au point de vue topographique, nous n'avons pas constaté qu'à l'amphithéâtre, les lésions occupaient de préférence l'une ou l'autre partie du larynx. Nous les avons trouvées partout ; mais il y aurait lieu de rechercher, sur un nombre de cas plus considérable, si les lésions ne se rencontrent pas plutôt à droite ; le décubitus étant le plus habituel pendant le sommeil et, par conséquent, le séjour des sécrétions broncho-pulmonaires sera plus prolongé dans la moitié droite du larynx ;

7° Les côtés les plus atteints du larynx ne correspondent pas toujours aux côtés les plus atteints du poumon. Il y a même parfois des lésions croisées ;

8° Le traitement général s'impose à cette période comme à toutes les périodes de l'affection ;

9° Une cure d'altitude sera le traitement de choix ;

10° Localement, le traitement chirurgical donnera des succès. Ce sera un curetage énergique suivi de cautérisations énergiques à l'acide lactique pur par les voies naturelles. Dans certains cas où le laryngoscope sera insuffisant et ne pourra nous renseigner exactement et sur les différents sièges et sur l'étendue de la lésion (par exemple, dans les infiltrations sous-glottiques), la thyrotomie précédant un curetage trouvera ses indications. — *L'Echo Méd. du Nord.*

### Diagnostic de la grossesse masquée

Par le Dr RÉMY, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy.

Il peut être parfois nécessaire de savoir si derrière un état pathologique ne se dissimule pas une grossesse. Le médecin peut avoir intérêt à savoir si telles manifestations pathologiques ne sont pas sous l'influence d'un état gravidique. Le gynécologue peut se demander si les modifications de l'utérus sont déterminées par la présence d'un produit de conception. L'accoucheur, en raison de certains accidents, peut être amené à discuter les motifs de temporisation ou d'intervention.

Ainsi, sous l'influence d'une grossesse, un fibrome de la paroi pos-

térieure peut faire basculer l'organe, l'enclaver dans le bassin et, par son accroissement rapide déterminé par le stimulus gravidique, produire des phénomènes d'étranglement. S'il opère, le chirurgien ne voudra pas s'exposer à être accusé d'avoir méconnu cette grossesse et d'avoir agi à la légère. Il y a donc là une situation délicate dont il faut se tirer à son honneur et au profit de la femme. C'est dans les cas de ce genre qu'il faut mettre tous ses soins à relever les signes de grossesse. Or, il est deux phénomènes qui, dans les cas pathologiques, prennent une importance spéciale sur laquelle on ne saurait trop insister : le développement rapide des tumeurs fibreuses et la sécrétion des seins.

a. Quand un ou plusieurs fibromes prennent un développement plus rapide que celui qui s'observe dans les conditions habituelles, quand en même temps on constate une suppression de règles, il y a lieu de croire à l'existence d'une grossesse et de faire part de son diagnostic à la famille.

b. Le deuxième signe de grossesse qui, dans les cas difficiles, prend une réelle importance, c'est l'apparition de liquides dans les seins. Le liquide qu'on en extrait par la pression des mamelons est clair, ressemblant à une solution de gomme ; il empêche le linge. Il peut se montrer plus ou moins tôt, au troisième mois, surtout vers le quatrième. Au cinquième mois, on voit déjà un peu de colostrum jaune apparaître dans ces gouttelettes ; mais alors les signes fœtaux, mouvements actifs, parties fœtales accessibles, battements cardiaques, relèguent au second plan les signes maternels.

Plusieurs exemples tirés de la pratique personnelle du Dr Rémy sont de nature à confirmer ses observations.

(*Rev. méd. de l'Est*).

### Métrorrhagie et mariage

Quand une jeune fille est atteinte de métrorrhagie persistante, il est de règle de proscrire le mariage jusqu'à la cessation plus ou moins assurée de l'hémorragie.

Cependant M. Eustache vient de rapporter dans le *Journal des sciences médicales de Lille* un cas paradoxal, où le mariage a transformé une métrorrhagie rebelle en une aménorrhée non moins rebelle. Il est vrai qu'il s'agit d'une hystérique.

La jeune fille en question avait depuis près de cinq ans un écoulement sanguin contre lequel avait échoué toute la gamme des médicaments toniques et hémostatiques, un curetage, un redressement utérin, la dilatation, le tamponnement intra-utérin, et même la suggestion hypnotique. Pendant plusieurs mois on eut recours à la columisation du vagin.

La jeune fille quittait à peine le lit une ou deux heures par jour quand survint une demande en mariage acceptée avec bonheur par la mère et la fille à l'insu de tout le monde.

Pendant la période des fiançailles, le médecin pratiquait la columisation du vagin de trois en trois jours, afin de permettre à la jeune fille de rester levée plus longtemps, d'aller et venir et de faire ainsi bonne contenance devant son fiancé, qui n'avait été mis au courant de rien. Bientôt poussée par les exigences de la situation, la malade sort, fait des courses ou des fatigues hors de proportion avec ses forces. L'hémorragie persistait, mais sans augmenter d'abondance, malgré ce changement de vie.

Le jour de la noce la situation n'avait pas changé. Le lendemain l'hémorragie avait cessé.

L'hémostase fut complète et dura pendant trois mois consécutifs au point que tous crurent à une grossesse, résultat de la première approche conjugale.

Mais au quatre-vingt douzième jour, les règles apparurent abondantes et douloureuses, donnant à l'entourage et au médecin lui-même l'illusion d'une fausse couche, sans corps de délit toutefois. Au bout de quatre jours l'hémorragie cessa spontanément.

Et depuis lors, c'est-à-dire depuis deux ans révolus, tout est fini.

A une ménorrhagie absolument continue de trois ans succéda une aménorrhée non moins complète, qui menace de s'éterniser, sans que la santé générale paraisse en être atteinte, puisque les couleurs et l'embonpoint sont revenus malgré la persistance du tempérament hystérique.

Depuis plus de six mois, le médecin traitant qui auparavant avait épuisé chez elle toute la série des hémostatiques, administre avec non moins d'insistance la gamme des emménagogues sans que ceux-ci paraissent devoir être plus efficaces que ne l'avaient été ceux-là !

—*Gazette de Gynécologie*.

### Les médicaments qu'il ne faut pas donner aux nourrices

L'idée qu'il fallait s'abstenir de toute intervention thérapeutique chez les femmes en état de lactation a été, pendant longtemps, acceptée et transmise de générations en générations, comme un article de foi. Aujourd'hui, cette opinion, reconnue fautive, ou du moins en partie exagérée, n'a plus cours dans son entière acception.

Avec M. Boissard, qui a récemment repris cette question, on peut dire que, chez les nourrices, il faut proscrire les médicaments qui troublent la fonction galactogène en modifiant la quantité ou la qualité du lait sécrété, et les médicaments qui peuvent faire disparaître la fonction menstruelle supprimée.

Pour ce qui est de ce dernier point, on s'abstiendra donc de l'usage de tous les drastiques, de l'aloès, de différents emménagogues qui congestionnent le système circulatoire utéro-ovarien. Chez les nourrices réglées, on devra s'abstenir de toute médication active, pouvant amener une perturbation dans la fonction menstruelle qui, en général, permet de continuer l'allaitement. Si les règles étaient trop fréquentes ou trop abondantes, mieux vaudrait recourir au repos au lit, aux préparations de chanvre indien ou d'hydrastis (extrait fluide, 50 gouttes en trois fois dans les 24 heures), ou aux injections vaginales chaudes, qu'aux différentes préparations contenant du seigle ergoté ou de la digitale.

Les préparations qui favorisent la diurèse ou la diaphorèse, au détriment de la sécrétion lactée, seront évitées. A ce titre, la digitale et la pilocarpine seront prosrites ; il en sera de même des asperges qui sont diurétiques, et dont le principe odorant et volatil passe dans le lait.

Il est de notion vulgaire qu'il faut s'abstenir de l'emploi des purgatifs salins chez les nourrices. En cas de constipation on donnera, en dehors d'un régime diététique approprié, de l'huile de ricin, à la dose de 15 à 20 grammes, ou du cascara sagrada, par cachets de 40 à 50 centigrammes. Par contre, on s'abstiendra des préparations de podophyle, qui déterminent souvent des coliques intestinales intenses, ou de rhubarbe, dont on retrouve le principe actif dans le lait, qui présente alors une amertume spéciale, donnant des coliques et de la diarrhée à l'enfant.

L'usage ou l'habitude des boissons alcooliques sera absolument défendu. Il ne faut donc pas gorger les nourrices de vin de quinquina ou autres fortifiants contenant de l'alcool. L'alcool passe dans le lait, les essences des boissons spiritueuses (anisette, chartreuse, kummel, kirch) passent dans le lait et provoquent chez le nourrisson de l'agitation et de l'insomnie.

La sulfate de quinine passe en quantité si minime dans le lait, qu'en cas d'indication formelle (impaludisme, fièvre asthénique), on peut le donner à la nourrice sans danger pour l'enfant. Mais il n'en est pas de même de différentes préparations arsénicales et opiacées, qui passent également dans le lait, et auxquelles le nourrisson est extrêmement sensible.

Le camphre (d'après les recherches de Hergott) et l'antipyrine semblent agir directement sur la fonction galactogène qu'ils suppriment. Leur emploi doit donc être prosrit chez les nourrices.

—(*Presse méd.*)

### Traitement du bubon chancreux (BERDAL)

Dans son *Traité pratique des maladies vénériennes*, M. Berdal indique la marche suivre vis-à-vis des bubons chancreux. Pour ce traitement il y a lieu de distinguer deux périodes.

Si le bubon est en voie de suppuration, mais ne présente pas de collection manifeste, on peut tenter de le faire avorter. Pour cela deux méthodes sont à recommander : les injections interstitielles, et la ponction hâtive suivie d'injection de nitrate d'argent.

Dans le premier cas, après avoir fait l'antisepsie minutieuse de la région, on saisit le tumeur entre le pouce et l'index de la main gauche de manière à bien la fixer, on la pique avec une aiguille de Pravaz préalablement stérilisée et on injecte doucement 15 à 20 gouttes de la solution suivante :

Benzoate de mercure.....	1 gramme
Chlorure de sodium.....	0 — 50
Eau.....	200 —

Appliquer un bandage légèrement compressif et condamner le malade au repos absolu.

Cette injection augmente d'abord les phénomènes inflammatoires et il se produit même de la fluctuation, mais tout se calme au bout de quelques jours et l'exsudat se résorbe dans certain cas, l'abortion échoue et le bubon continue son évolution. On a encore employé de la même manière l'éther iodoformé (0,5 à 1 centim. cube), l'eau phéniquée au 1/50 (20 gouttes), le sublimé au 1/200 (15 à 20 gouttes), mais tous ces produits sont inférieurs au benzoate de mercure.

Quand on veut employer le second procédé, ponction précoce et injection de nitrate d'argent, on peut anesthésier la région soit avec le chlorure d'éthyle, soit avec la cocaïne, puis, avec un bistouri effilé, on ponctionne le bubon perpendiculairement à l'arcade crurale et on retire l'instrument en faisant une incision verticale longue de 4 ou 5 millimètres au plus.

Faire ensuite écouler le pus en s'aidant de la sonde cannelée et injecter dans le bubon un centimètre cube de nitrate d'argent au 1/50.

Sans faire ressortir le nitrate d'argent, placer, sur l'ouverture, de la gaze iodoformée et de l'ouate hydrophile, bandage légèrement compressif et repos au lit.

A la suite de cette intervention, il se produit une suppuration abondante qui dure deux ou trois jours (changer les pièces du pansement tous les jours). Le pus devient séreux et la guérison se produit en peu de temps.

Lorsque le bubon est entièrement suppuré, lorsqu'il existe une collection plus ou moins volumineuse de pus, on pourra employer une des méthodes suivantes :

Ponctionner avec un trocart, laver la poche avec de l'eau phéniquée au 1/20 et injecter de l'éther iodoformé fraîchement préparé :

Ether sulfurique.....	50 grammes.
Iodoforme.....	5 —

Laisser l'éther sortir lentement en en laissant une petite quantité dans la poche. Compression et repos. Le pansement est changé au bout de trois ou quatre jours et remplacé par un autre qu'on laisse huit jours. A ce moment la guérison est ordinairement parfaite.

On peut encore ponctionner au bistouri, badigeonner toute la cavité avec du chlorure de zing, au 1/10, introduire dans la cavité une mèche de gaze iodoformée, appliquer plusieurs doubles de tarlatane imbibée d'eau phéniquée au 1-100 ou de sublimé au 1-1000 et recouvrir de taffetas gommé ou avec une toile imperméable. Bandage ouaté légèrement compressif ; repos au lit.

Le pansement est renouvelé tous les deux jours. Dès que la suppuration est tarie, on remplace le pansement humide par un pansement au salol ou l'iodoforme.

Il ne faut pas oublier que dans tous les pansements, l'antisepsie la plus rigoureuse est nécessaire.

### Traitement de la blennorrhagie par l'eau chaude

Neisser a démontré que le gonocoque perd sa virulence et la faculté de se reproduire à une température de 45°. Callori, de son côté, a constaté que l'urètre masculin supporte aisément cette température et que l'urètre de la femme peut encore supporter deux degrés de plus.

Il a traité la blennorrhagie par des injections d'eau chaude à 45° et dans la plupart des cas il a pu voir les gonocoques devenir de plus en plus rares. Pour éviter toute congestion inutile, dix minutes avant de faire l'injection d'eau chaude, il fait une injection préalable avec une solution faible de cocaïne. (*Bull. Médical.*)

## FORMULAIRE

### Cercures des mamelons

Dans les gerçures du sein, l'allaitement produit de vives souffrances. Le chlorhydrate de cocaïne supprime la douleur. L'enfant prend sans difficulté le mamelon cocaïné qu'on peut essayer d'ailleurs avec un linge fin. Pour le traitement des gerçures, on emploiera la pommade suivante :

Beurre de cacao.....	20 grammes.
Huile d'amandes douces.....	4 —
Extrait de ratanhia.....	1 —

F. S. A. une pommade. (*Médecine mod.*)

### Crayons mentholés

Chloral hydraté.....	} ad 1 gramme.
Menthol.....	
Beurre de cacao.....	2 —
Spermacéti.....	4 —

Commencez par fondre les deux dernières substances, ajoutez ensuite le chloral et le menthol et versez le tout dans un moule. (*Gaz. hebdom.*)

### Brulures

Aristol.....	10 grammes.
Huile d'amandes douces.....	30 —
Lanoline.....	200 —

Appliquer, sur les lésions, une couche de ce topique et appliquer, par-dessus, une couche d'ouate hydrophile soigneusement aseptisée. (*Presse méd.*)

### Formules pour le traitement de la tétanie d'origine gastro-intestinale chez les enfants. — (M. E. TORDEUS)

Salicylate de bismuth.....	0 gr. 30 centigra.
Benzonaphtol.....	0 — 15 —
Sucre.....	Q. S.

Mélez. Pour un paquet. Faites douze paquets semblables. — A prendre : quatre paquets par jour.

Bromure de potassium.....	3 grammes
Hydrate de chloral.....	1 gramme.
Eau distillée.....	100 grammes.
Sirop d'écorce d'oranges amères....	50 —

F. S. A. — A prendre : trois cuillerées à soupe par jour (pour un enfant âgé de deux à trois ans).

### Lotion contre le prurit anal. — (M. PENZOLDT.)

Hyposulfite de soude.....	30 grammes.
Acide phénique.....	5 —
Glycérine.....	20 —
Eau distillée.....	450 —

Mélez. — Usage externe.

On applique fréquemment sur l'anus des compresses imbibées de cette solution.

ERRATUM. — A la page 95, première ligne de la seconde colonne du No 12 de *La Revue Médicale*, au lieu de :

Calomel.....	100 grammes
lire :	
Calomel.....	0 gr. 10 —

## TRAVAUX ORIGINAUX

## CHRONIQUE MÉDICALE

OSLER et RICHET

Nous venons de relire les discours prononcés par le Prof. Chas. Richet et le Dr Wm Osler à la dernière réunion de l'Association Médicale britannique.

C'était un spectacle intéressant de voir en présence deux représentants de ces races si différentes par le tempérament, le caractère, la tournure d'esprit, les tendances nationales : le savant français et le savant anglais.

Un fait éblouissant se dégage de cette rencontre fortuite ; si au point de vue de la forme, chacun des orateurs conserve les traits propres à son origine, au fond, on reconnaît cette communauté d'idées, de sentiments, d'inclinations, ce *cosmopolitisme*, en un mot, qui est la note dominante de la science contemporaine.

Chez Richet, la phrase est simple sans banalité, élégante sans apprêt, vibrante sans emphase, à la fois personnelle et originale. Chez Osler, qui est un lettré, ce que les anglais appellent *a great scholar*, la phrase est soigneusement travaillée, les périodes richement cadencées, mais l'abondance des citations empruntées à l'histoire, la poésie etc, laisse percer l'effort et la recherche, son style rappelle l'éloquence massive des orateurs anglais.

Et au fond ?

Richet développe une thèse : " la réconciliation complète entre la médecine et la science " en s'appuyant sur l'histoire ; Osler fait l'histoire de la médecine dans l'empire britannique (Greater Britain) tout en démontrant, avec une merveilleuse habileté l'union intime qui doit exister chez le médecin entre les lettres, la science et la clinique.

Partant d'un point différent, les deux émules arrivent au même but.

C'est sur leurs conclusions identiques que nous désirons appeler l'attention.

" Pour démontrer d'une manière éblouissante que c'est par la science expérimentale seule que la médecine a fait et pourra faire des progrès, Richet ne pouvait faire mieux qu'exposer l'œuvre de Pasteur, œuvre supérieure à tout ce que donne l'histoire de la médecine depuis le commencement des siècles. "

De nos jours, l'art médical a subi, nous ne disons pas une restauration, mais une complète transformation. Des théories des vingt derniers siècles : il ne reste plus rien. La pathologie a subi une véritable renaissance. Cependant tous ces changements se résument dans une formule d'une étonnante simplicité.

" FERMENTATION, INFECTION, CONTAGION, VACCINATION "

Pasteur peut revendiquer à bon droit, la paternité de cette formule qui a ouvert au médecin des horizons nouveaux, lui a permis de faire des conquêtes inespérées dans le champ de la pathologie. Chacun des termes de cette formule, résumé de toute une vie, consacrée à la science, représente des années et des années d'un travail ardu, pénible, angoissant, dévoué à la poursuite de l'idée entrevue, de la découverte pressentie, de la certitude à conquérir.

Quel lumineux exposé nous donne Richet de l'évolution de cette intelligence qui jette ses premières lueurs dans un humble laboratoire de chimiste, pour atteindre son plein développement à l'Institut Pasteur, et rayonner, de là, sur le monde entier. Comme il est fier, à titre d'expérimentateur, de physiologiste, de dresser le bilan de la science expérimentale contre la médecine.

Inutile de le suivre dans les détails, ils sont familiers à nos lecteurs. Du germe de la fermentation à la serum-thérapie il n'y a que le perfectionnement et l'application d'un principe. De Pasteur à Lister la transition est naturelle, nous semble-t-il ; le savant a senti, cherché et découvert, le chirurgien s'emparant de cette découverte a observé,

étudié et trouvé à son tour en quoi l'humanité pourrait bénéficier de cette découverte.

Il faut s'incliner devant les conclusions auxquelles arrive Richet. " Ce n'est pas au médecin, dit-il, qu'appartient le rôle d'avant-coureur " et de pionnier. Il doit se tenir exactement au courant de tous les progrès de la science pour en faire profiter ses malades ; mais il n'a " au moins que dans des limites restreintes, à faire progresser la science. N'ayant pas le droit d'expérimenter, il est à peu près impuissant à résoudre les multiples problèmes que la nature lui présente. C'est aux chimistes, aux physiciens, aux physiologistes surtout, " qu'il appartient de guider la médecine dans les voies nouvelles. "

" Mais, ajoute-t-il plus loin, il faut autre chose que les livres de science et de médecine pour former le véritable homme de l'art ; " il faut l'observation, l'observation longue et patiente, la vieille observation hippocratique sans laquelle il n'y a pas de bon médecin. "

Ainsi Richet veut chez le médecin un savant doublé d'un observateur. Osler va plus loin encore !

S'inspirant très-ingénieusement de trois peintures qui ornent la bibliothèque de Sir Henry Arland, portraits de Linacre, Sydenham et Harvey, portant, en exergue, un des trois mots : *Litterae-praxis-scientia* note caractéristique de leur talent particulier ; l'éminent professeur de Baltimore, proclame que le médecin doit être à la fois un lettré, un savant et un clinicien. Il ne perd pas de vue cette trilogie en esquissant les progrès de la médecine dans la mère-patrie et ses colonies.

Comme Richet, il fait ressortir l'intimité des termes *praxis* et *scientia* mais appuie beaucoup sur la nécessité de l'étude des lettres.

Les lettres, en effet, développent, affinent, stimulent et ornent l'intelligence. En lui donnant une plus grande puissance de perception, elles la rendent capable d'un travail plus continu. Variant la monotonie des études scientifiques, la littérature repose l'esprit et lui donne cette facilité, cette sûreté d'expression, ce charme du style qui séduit, même dans les sujets les plus arides.

" La médecine n'a jamais brillé avec plus d'éclat, dit Osler, que chez les hommes dont les facultés ont reçu la culture la plus élevée " et la plus harmonieuse. " L'orateur cite une foule de noms célèbres, dans les annales anglaises, à l'appui de cette proposition.

Pour nous, plus familiers avec les célébrités médicales de la vieille France, nous pourrions nous demander à quoi Trousseau doit-il, d'avoir survécu à la *pastourisation* de la médecine ? n'est-ce à ce superbe talent littéraire qui fait d'un maître de l'art un maître de la langue ? Ricord et Pageot, sans leur esprit si français, leur profonde originalité, auraient-ils jamais réuni au pied de leur chaire des auditoires si nombreux, si fidèles et si enthousiastes ? Peter, sans sa verve éblouissante, sa brillante élocution, eut-il jamais mérité de succéder à Trousseau, et faire accepter ses tendances paradoxales ? Et Jaccoud " qui n'a jamais rien inventé, ni créé, " la forme impeccable de ses cours et de ses cliniques ne lui a-t-elle pas conservé les sympathies de nombreuses générations d'étudiants ? Dites-moi, si Dieulafoy, l'auteur favori du jour, le compagnon de chevet de tant de médecins instruits, possédait moins de lucidité, d'élégance, de richesse et de coloris, sa popularité se maintiendrait-elle toujours à un aussi haut degré ? Pour parler de notre pays, enfin Wm. Osler, lui-même, ne doit-il pas à cette triple alliance des lettres, de la science et de l'observation, le succès de son *Traité de Médecine*, qui nous semble un rayon de soleil au milieu de tous ces manuels qui inondent le marché américain ?

Le beau séduit toujours. . . . même les médecins qui y trouvent un repos, une consolation, une trêve à toutes ces misères dont le spectacle passe et repasse constamment sous son œil observateur. Osler a donc raison d'écrire : " que par sa négligence à étudier les humanités, *litterae humaniores*, la profession perd une qualité très précieuse. "

Nous avons regretté, comme bien d'autres, l'oubli complet dont Osler avait enveloppé la création et la croissance de l'Université Laval,

le rôle *si modeste* qu'il assigne à la médecine canadienne-française. Cet oubli était-il mérité ? *Un peu*, répondons-nous. Car, après tout, où sont nos œuvres ?

Rares, très-rares, ceux qui ont osé affronter le public médical. Pourtant, le talent ne manque pas plus, chez nous, que l'expérience. A quoi attribuer cette apathie, ne serait-ce pas au défaut de culture littéraire ? Plus d'un médecin, rendu au terme de sa carrière, à ce tournant de la vie où l'homme se recueille, sans viser au prétentieux *in octavo*, pourrait faire part à ses confrères, en quelques articles de journaux, de ses observations, de ses réflexions, de ses méditations. Puisque le climat, le sol, l'atmosphère modifient les constitutions et les tempéraments des individus, notre pays ne présente-t-il pas des entités morbides, des modifications pathologiques, se prêtant à des études aussi variées qu'originales ?

Mais on a négligé l'étude des lettres, on ne sait plus écrire, dit-on ; quelquefois la science a fini par ennuyer le travailleur, et il a versé dans l'ornière de la routine. Incapable d'aucun effort sérieux, il laisse à d'autres le soin de polir son humble pierre, qu'un ouvrier puissant aurait utilisé, un jour, pour l'édification d'un monument à la science canadienne-française.

Voulez-vous une preuve de ce que peut l'intelligence servie par le travail et l'énergie ? Regardez Foucher ! ses recherches sur la dacryocystite dans la Province de Québec, sont regardées comme des contributions extrêmement précieuses à l'étude de cette affection oculaire.

Inutile de faire du chauvinisme, nous sommes loin des jours où Verneuil, au nom de l'école française outragée, adressait à Bilroth une murcuriale bien méritée. Mais il importe de ne pas laisser croire que le canadien-français est quantité négligeable sur ce continent.

Nous atteindrons ce but en suivant les enseignements de deux hommes éminents comme Osler et Richet.

Le pain de la science, *scientia*, est, aujourd'hui, à portée de toutes les mains, l'observation, l'expérience, *praxis*, s'offre à nous dans le champ si vaste et si varié de la pratique au Canada, conservons le goût et l'étude des lettres, *litterae*, et la profession médicale dans cette Province, laissera son empreinte sur le mouvement scientifique, qui accueille les vaillants, mais passe sans s'occuper des indifférents.

DR. OS.

## XIe Congrès Français de Chirurgie

L'Association Française de Chirurgie a tenu du 18 au 23 octobre dernier dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, sa onzième session.

Par des arrangements spéciaux pris avec l'agence centralo de la presse scientifique internationale, *La Revue Médicale* est heureuse d'annoncer à ses lecteurs qu'elle publiera désormais les comptes-rendus analytiques et sténographiques des travaux originaux lus devant les différents congrès.

### *Mal de Pott. Son traitement*

M. le Dr. BILHAUT (de Paris).—Les données anciennes concernant le mal de Pott doivent être modifiées et désormais on devra viser avant tout la guérison en bonne attitude, c'est-à-dire sans gibbosité, quelque soit la région affectée. La déviation angulaire sera combattue dès le début du mal de Pott, par la réduction sous le chloroforme et l'immobilisation en attitude droite. On préviendra de la sorte la formation de la gibbosité. Dans le mal de Pott, en pleine évolution, avec effondrement de corps vertébraux et gibbosité marquée, on pourra tenter la réduction pendant le sommeil anesthésique ; mais on procédera avec sûreté, douceur et lenteur, et on donnera la préférence au redressement par extension mécanique avec utilisation au dynamomètre. Dans les gibbosités non complètement ankylosées, on pourra obtenir la correction en un certain nombre de séances espacées de plusieurs semaines et d'intensité croissante. Dans la région dorsale, on pour-

suivra parallèlement la correction des vertèbres et celle des côtes déviées. Dans les cas simples, le redressement sera obtenu par procédé non sanglant. Dans quelques cas très spéciaux, on procédera à la résection sous-périostée du sommet des apophyses épineuses. La ligature des apophyses n'a d'autre valeur thérapeutique qu'une fixation temporaire de la bonne attitude. Elle ne dispense pas de l'application très soignée d'un appareil de contention.

M. le Dr CALOT (de Berck). — M. Calot n'admet dans le mal de Pott d'autre intervention active que celle qui a pour but la correction de la difformité. S'attaquer à la paralysie ou à l'abcès par congestion (autrement que par les simples ponctions), c'est transformer le mal de Pott fermé en un mal de Pott ouvert. Or, si le premier a quatre-vingt-quinze chances sur cent de se terminer par la guérison, le deuxième a quatre-vingt-quinze chances sur cent de se terminer par la mort. C'est ainsi que se conduisent d'ailleurs tous les chirurgiens sages, en présence ou de la tumeur blanche du genou ou de la coxalgie, n'intervenant directement et activement que pour combattre les déviations. Le redressement des gibbosités pottiques est aussi légitime que celui des déviations de la hanche ou du genou ; non seulement aussi légitime, mais aussi nécessaire, aussi urgent. Il est tout aussi bénin, si l'on suit le manuel opératoire recommandé par M. Calot, et bien connu ; il n'y a à peu près jamais ni choc opératoire, ni rupture d'abcès, ni paralysie à redouter. La preuve est faite par des centaines d'observations d'enfants opérés depuis huit mois. Cependant, pour mieux assurer cette innocuité, il faut s'abstenir d'opérer les enfants par trop cachectiques, les enfants porteurs d'abcès par congestion volumineux (on guérit d'abord ces abcès : l'on opérera ensuite), les enfants qui ont des fistules, les enfants porteurs de gibbosités résistant à une traction de soixante à quatre-vingts kilos. L'obstacle à la réduction vient presque toujours, dans ce dernier cas, des soudures osseuses qui se sont produites entre les lames vertébrales dans le rachis postérieur ; et il est beaucoup plus sage et plus chirurgical d'aller sectionner à ciel ouvert ces soudures osseuses postérieures. Dès que la plaie cutanée sera cicatrisée, l'on recommencera les manœuvres orthopédiques de correction.

M. Calot compte arriver ainsi à corriger même de très vieilles et de très grosses bosses, pourvu qu'il s'agisse de sujets âgés de moins de 20 à 25 ans. Il montre des photographies témoignant qu'il a pu arriver à la correction parfaite d'une bosse presque colossale, vieille de 10 ans, pour une jeune fille de 17 ans, par les seules manœuvres externes.

Comment se font la réparation et la consolidation du rachis ? *Soit par soudure antérieure.* Des radiographies présentées par M. Calot ne laissent pas de doute à cet égard, la soudure antérieure, étant précédée et facilitée par un tassement des pièces postérieures du rachis, produit par les manœuvres de redressement.

*Soit par soudure postérieure,* s'il s'agit de grosses gibbosités, cette soudure se faisant spontanément après un temps plus ou moins long (elle s'est fait spontanément dans le tiers des cas dans l'espace de six mois), ou bien devant être produite par une dénudation des lames vertébrales, l'avivement de leurs bords qui sont au contact, parfois même imbriqués et le rabattement par-dessus les lames du périoste soulevé avec les parties molles. M. Calot a fait dix fois cette petite intervention.

L'on peut faire cette soudure dès le troisième mois (pour gagner du temps), si le mal de Pott est guéri. La durée du traitement sera ainsi de cinq à six mois. Si le mal de Pott est encore en évolution, la durée du traitement sera très variable on le conçoit, les tuberculoses osseuses pouvant durer six mois, un an et même plusieurs années quelquefois. La condition du succès, c'est d'appliquer à la suite du redressement un grand appareil plâtré céphalo-thoracique bien construit. Lui seul peut maintenir la correction.

C'est dire que les ligatures préconisées par l'américain Hadra d'abord et après lui par Chipault ne valent rien.

*Section complète du nerf sciatique poplité interne par coups de fusil. Suture de ce nerf au sciatique poplité externe. Guérison avec rétablissement des fonctions du membre.*

M. le Dr J. REBOUL (de Nîmes). — Dans un accident de chasse un jeune homme de 19 ans est blessé presque à bout portant dans la région poplitée gauche. Le coup faisant balle, entre sur le bord interne de la partie supérieure du creux poplité, traverse cette région obliquement en haut et en dehors et va ressortir sur la partie moyenne de la face externe de la cuisse. Le malade ne peut se relever. On le transporte à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, où l'interne de garde, M. Coste, constate en outre d'une hémorragie facilement arrêtée par la compression, une paralysie motrice et sensitive complète de la jambe et du pied gauches. — Trois jours après, des accidents tétaniques surviennent; deux injections de sérum antitétanique sont faites. Ces accidents s'amendent et les plaies marchent régulièrement vers la guérison sans nouveaux accidents.

En janvier 1897, en reprenant son service, le Dr Reboul trouve le malade toujours paralysé de la jambe et du pied gauches, avec anesthésie, ne pouvant ni marcher, ni même se tenir debout. Pensant à une section complète du nerf sciatique poplité interne et à des lésions probables du nerf sciatique poplité externe, le Dr Reboul intervient le 25 janvier et trouve le creux poplité rempli d'un tissu cicatriciel épais et dur, renfermant de nombreux grains de plomb.

Après dissection pénible de la région et mise à découvert des nerfs poplités, on constate que le nerf sciatique poplité interne est complètement sectionné, que ces deux bouts formés par deux névromes olivaires et contenant des grains de plomb, sont distants l'un de l'autre de 6 centimètres, que le sciatique poplité externe est aplati, comprimé par le tissu cicatriciel, contenant des grains de plomb. Le Dr Reboul essaie d'amener à contact par élongation et flexion de la jambe les deux bouts du nerf sciatique poplité interne, mais, ne pouvant y parvenir, fait une résection en double biseau du névrome du bout périphérique du sciatique poplité interne et l'insinue dans une fente verticale, comprenant toute l'épaisseur du sciatique poplité externe, maintenant les deux nerfs greffés par quatre points de suture à la soie, faisant ainsi une greffe interstitielle totale. Ce procédé de greffe totale interstitielle paraît devoir mettre plus directement en connexions les tubes nerveux du nerf greffé avec celles du nerf porte-greffe. — Le névrome du bout central et le sciatique poplité externe sont ensuite débarassés des grains de plomb qui les incrustent.

Actuellement, neuf mois après l'intervention, l'anesthésie a disparu en grande partie; les muscles de la jambe et du pied répondent à l'excitation électrique; le malade marche avec facilité, sans gêne et a pu même se livrer à des travaux pénibles pendant les vendanges.

*Résection du rectum avec abaissement à l'anus du bout supérieur.*

M. le Dr A. MOULONGUET (d'Amiens). — Au mois de mai 1890, j'ai renoncé à la suture des deux bouts de l'intestin dans l'extirpation du cancer du rectum par le procédé de Kraske, et j'ai amené le bout supérieur dans l'anus après avoir réséqué et enlevé le bout supérieur ano-rectal sous-jacent au néoplasme. Hochennegg, de son côté, annonçait plus tard (septembre 1891) qu'il avait substitué à la suture intestinale l'abaissement du bout supérieur dans l'anus, en l'invaginant dans le bout inférieur qu'il conservait intact.

La fixation du bout supérieur au pourtour anal doit être préférée à la suture intestinale chaque fois que la portion d'intestin ano-rectale sous-jacente au néoplasme n'a point une étendue trop considérable dépassant 5 à 6 centimètres.

L'abaissement du bout supérieur de l'intestin et sa fixation dans le sphincter anal paraissent, quand cela est possible, le meilleur traitement du cancer annulaire du rectum et doivent être préférés à la création d'un anus artificiel coccygien, périnéal, ou illiaque avec retournement du bout supérieur.

Mais on doit renoncer à cet abaissement chaque fois qu'il pourrait compromettre la vitalité de l'intestin et entraîner sa mortification. Dans l'appréciation de ce danger il faut tenir compte de l'aspect et de l'état des parois de l'intestin. Il est des intestins amincis, pâles, qui ne sauraient supporter le moindre tiraillement, ni la moindre modification dans leur apport nutritif. Il en est, au contraire, qui, à tuniques épaisses, bien colorées, présentent des dangers beaucoup moindres de mortification et de gangrène.

### Des affections dentaires dans leurs rapports avec les fonctions génitales chez la femme!

Par le Dr JUMON.

Les relations de la grossesse et de la menstruation avec les affections bucco-dentaires sont bien connues dans leurs grands traits sinon dans leurs détails et elle prêtent à des considérations pratiques intéressantes au point de vue thérapeutique.

Certaines questions peuvent être posées par les malades ou par les dentistes, sur les réponses desquelles les manuels spéciaux restent muets. C'est ce qui nous a engagé à réunir dans un article les opinions éparses sur ce sujet en y joignant les résultats de nos observations.

La pulpe dentaire et le tissu gingival sont des organes essentiellement vasculaire et comme tels peuvent être le siège de mouvements sanguins très rapides qui se traduisent par des douleurs, du gonflement, de la rougeur. Mais la pulpe est ainsi et surtout un organe nerveux qui peut être l'aboutissant de réflexes ayant leur point de départ dans les organes sexuels atteints de la femme. Il est assez commun de voir des femmes atteintes d'une affection génitale se plaindre de douleurs ayant leur siège dans des dents parfaitement saines. La compression exercée sur les terminaisons nerveuse de la pulpe par des vaisseaux distendus par la stase en est la cause prochaine. Ces relations entre les affections gynécologiques et les affections dentaires sont peu connues, celles qui existent avec la menstruation, la grossesse et la lactation le sont davantage et c'est à leur occasion qu'on est le plus souvent consulté.

Pendant la menstruation ou dans les jours qui la précèdent, les patientes se plaignent souvent de douleurs dans les dents et les gencives. Ces douleurs sont plus fréquentes à la puberté au moment de l'établissement des règles. Les dents qui sont ainsi le siège de douleurs peuvent être absolument saines ou être correctement obturées. Les gencives sont tuméfiées et sensibles. La gingivite elle-même peut apparaître avec ou sans causes locales au moment de la menstruation. Les dents qui sont sensibles spontanément le sont aussi au contact de l'instrument. Très souvent les patientes accusent en même temps une augmentation de la sécrétion salivaire.

Les douleurs dentaires peuvent donner lieu à des irradiations très pénibles du côté de l'oreille, enfin elles peuvent être liées elles-mêmes à une stomatite tenant à des troubles menstruels.

Tous ces troubles s'atténuent ou disparaissent par des soins locaux, badigeonnages des gencives avec la teinture d'iode, lavage émollients de la bouche, et par une médication propre à favoriser l'apparition des règles.

Les mêmes phénomènes s'observent encore chez beaucoup de femmes qui ne sont pas réglées ou qui se trouvent à l'âge de la ménopause.

On a donné l'époque menstruelle comme une contre-indication à l'extraction des dents. En réalité, il n'existe qu'une seule contre-indication de ce genre, c'est l'hémophilie avérée qui se traduit par une tendance incessante aux hémorragies diverses et qui en somme, est très rare. Il peut d'ailleurs arriver chez un hémophilique qu'une extraction ne donne lieu à aucune hémorragie sérieuse, alors qu'une première extraction avait donné à ce sujet des inquiétudes. Néanmoins, il sera prudent d'être prêt à parer à l'hémorragie toutes les fois que l'extraction ne pouvant être remise se fait au moment d'une époque. L'incon-

venient d'une extraction de dent à cette période réside dans l'hémorragie et aussi dans les troubles menstruels provoqués par l'opération. Aussi doit-on différer, s'il est possible, une extraction chez les femmes au moment de règles abondantes et se borner à des emplois de moyens calmants, mais dans les cas ordinaires l'extraction d'une dent est parfaitement autorisée. Il est d'ailleurs établi que les femmes qui sont opérées dans ces conditions saignent d'avantage, mais il n'est pas douteux que l'extraction ait une influence réelle sur la menstruation. Cette influence se traduit par un retour précoce des règles qui sont avancées par l'opération, parfois par la cessation d'un état d'aménorrhée. A ce point de vue l'anesthésie par le protoxyde d'azote ne paraît avoir aucune importance. Lieber a mentionné un cas dans lequel l'extraction d'une dent pratiquée pendant les règles amena la suppression de celles-ci, mais parut prolonger démesurément l'hémorragie de l'alvéole qui ne s'arrêta qu'après vingt-quatre heures. Dans la suite, les règles reprurent leurs cours normal. Quand à ce qui est de la grossesse on sait que cet état compromet souvent à un grave degré la dentition. En dehors de toute altération dentaire, on voit souvent survenir une hypertrophie de la gencive qui atteint tout le liséré gingival et le fait paraître comme un bourrelet entourant les dents. A cette lésion on oppose les cautérisations à l'acide chromique ou au galvano-cautére, les excisions quand l'hypertrophie est trop exubérante. En dehors de la gingivie, on observe les névralgies dentaires et faciales. Ces phénomènes morbides s'observent plus particulièrement dans les cas de racines cariées et de dépôt de tartre. Les inflammations aboutissent très fréquemment à la suppuration, parfois même en l'absence de dents malades, ainsi qu'on l'a signalé pour les périostites. Il est évident que dans ces derniers cas il faudra bien se garder d'extraire une dent qu'on supposera simplement malade. Il n'est pas très rare d'ailleurs de voir ces extractions être suivies d'ostéomyélite septique. On se contentera donc dans ces cas de soins locaux tendant à la conservation des dents, de badigeonnages de teinture d'iode et de petites doses répétées d'antipyrine. Les soins de la bouche et des dents pendant la grossesse sont d'autant plus nécessaires que les régurgitations acides qui s'observent dans cet état ont une très fâcheuse action sur la substance dentaire.

L'hypersécrétion salivaire est un phénomène très fréquent qui dépend non seulement de la grossesse, mais qui se trouve souvent lié à une excitation sexuelle, surtout au coït. Ce ptyalisme survient surtout dans les premiers mois de la grossesse. Parfois la salivation est plus particulièrement due à une anomalie, par exemple à la rétroflexion de l'utérus, et diminue ou disparaît lorsqu'on réduit l'utérus ou que l'avortement se produit. Dans quelques cas, la sialorrhée est si intense qu'elle incommoder les patientes et les fait maigrir par suites des pertes salivaires considérables. Kramer aurait même observé la mort causée par la faiblesse due à cette sialorrhée excessive chez une femme de 33 ans, enceinte de quatre mois. Il est commun de voir le ptyalisme se reproduire à chaque grossesse chez une même personne. Suivant les uns, cette anomalie tient à l'altération de la composition du sang pendant la grossesse, suivant d'autres, elle serait déterminée par un réflexe parti des organes génitaux.

Ce mouvement fluxionnaire si intense du côté de la bouche chez les femmes enceintes suffirait à expliquer la fréquence de la carie dentaire pendant la grossesse. La carie peut s'étendre à un grand nombre de dents et la destruction fait des progrès très rapides. Chez quelques femmes, l'accouchement met un terme à cette destruction, jusqu'à ce qu'une nouvelle grossesse aggrave la situation. La carie s'accompagne habituellement ici des formes les plus violentes d'odontalgie, et de gingivites très intenses.

On a expliqué la carie à laquelle prédispose puissamment la grossesse par la soustraction de sels calcaires à l'organisme maternel, sels qui servent en partie à l'édification du squelette fœtal. Mais il n'y a là qu'une simple influence prédisposante dont on a exagéré l'importance. Il faut bien plutôt tenir compte de la réaction fréquemment acide

de la salive et des vomissements acides des premiers mois de la grossesse. Les névralgies qui sont liées à ces caries rapides se montrent surtout dans la première moitié de la grossesse et disparaissent dans la seconde.

L'influence fâcheuse exercée par la grossesse sur la vitalité des dents rend les soins de la bouche et des dents plus impérieux encore qu'en tout autre moment. L'extraction doit être faite avec prudence et lorsqu'on s'est bien assuré que la dent malade qui provoque des accès névralgiques et peut être soignée avec succès. Nous savons qu'il peut se produire des accès odontalgiques lorsque les dents sont indemnes ou qu'il n'existe que des lésions très superficielles. En dehors des indications de l'extraction des dents pendant la grossesse, on s'est demandé si cet état ne constituait pas une contre-indication par lui-même. Il faut distinguer à ce point de vue l'extraction simple et celle qui est faite avec l'emploi des anesthésiques. En dehors même de l'anesthésie, l'extraction présente un certain danger au début de la grossesse, la secousse douloureuse, l'émotion, l'hémorragie si elle est abondante, peuvent dans les premiers mois amener l'avortement, bien que le fait soit très rare. L'hémorragie peut être très abondante, presque incoercible, ainsi que Peter Frank en a cité un exemple. On a dit également que l'extraction des dents provoque plus facilement l'avortement chez les femmes très nerveuses.

Quant à ce qui est de l'anesthésie employée pour l'extraction, elle n'a pas d'inconvénient par elle-même, surtout si l'on se sert de l'inoffensif protoxyde d'azote si bien approprié pour une opération de très courte durée. Certains auteurs ne lui reconnaissent même que des avantages, parce qu'elle supprimerait des causes d'ébranlement qui ne sont pas sans inconvénient, comme le choc douloureux, l'appréhension. Les auteurs les plus prudents comme le professeur Zusserow conseillent seulement de ne faire pendant les premiers mois que les extractions absolument nécessaires. Il n'en est pas moins vrai que chaque praticien possède un très grand nombre de cas d'extraction pendant les débuts d'une grossesse qui n'a jamais été interrompue de ce fait. Pullmann a cité un cas d'avortement à trois mois chez une femme à laquelle on avait enlevé plusieurs racines sans le chloroforme.

Ce serait une erreur en dehors de ces faibles contre-indications de vouloir déconseiller un traitement dentaire au cours de la grossesse.

Bien au contraire les soins hygiéniques et thérapeutiques doivent être très actifs. Comme soins hygiéniques, on conseillera les nettoyages des dents avec une poudre alcaline, les lavages buccaux avec une eau alcaline deux ou trois fois par jour, une alimentation riche en sels alcalins, des préparations phosphatées. Les lavages de la bouche avec de l'eau bicarbonatée seront faits surtout immédiatement après les vomissements acides. Sterling a vanté l'emploi des hypophosphites pour lutter contre la décalcification pendant la grossesse.

Quant aux soins thérapeutiques des dents, on ne peut bien souvent procéder à l'obturation des dents cariées que dans la seconde moitié de la grossesse lorsque la destruction des dents se ralentit. On procédera d'abord dans ce cas à des soins antiseptiques.

Pendant la lactation, les soins à donner aux dents ne sont pas moins impérieux que pendant la grossesse. Une femme pour être bonne nourrice doit autant que possible avoir les dents en bon état de manière à permettre une bonne mastication.

Si l'on évite à l'époque de la lactation une extraction dentaire, il n'y a pas d'autre raison que d'épargner une secousse, une émotion qui pourrait retentir d'une façon fâcheuse sur le nourrisson. On aura donc d'abord recours à un traitement calmant, à des badigeonnages sur la gencive, des pansements appliqués sur les cavités, et ce n'est que dans les cas de nécessité qu'on enlèvera la dent. On évitera de même toute opération sérieuse sur les dents.

L'examen de la bouche chez une nourrice mercenaire est de précepte vulgaire.

Quant aux relations des affections dentaires avec les maladies de

l'appareil génital chez la femme, outre qu'elles sont peu connues, elles n'offrent qu'un médiocre intérêt. Elle se résument presque toujours dans les mouvements vasculaires qui se font du côté de la pulpe et des gencives et que nous avons déjà mentionnés. Aussi ne sera-t-on pas étonné de les observer surtout dans la dysménorrhée et surtout l'aménorrhée, plus tard à la ménopause. Ces fluxions vasculaires exposent aux affections inflammatoires et aux hémorragies.

— *La France Médicale.*

### L'arythmie du cœur chez les enfants

Par M. le Dr COMBY, Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades (1).

Le rythme cardiaque physiologique est composé de pulsations égales en force, en durée, séparées par des intervalles identiques. Le pouls présente alors une régularité parfaite, et l'on compte une série de battements plus ou moins précipités, suivant les cas, mais non arythmiques. Dans l'état de santé, ces battements sont au nombre de 100, 90, 80, 70, suivant l'âge des enfants.

Quand le pouls est rapide, il n'est pas arythmique, *tachycardie* et *arythmie* ne vont pas ensemble ; c'est dans les cas de ralentissement qu'on observe surtout l'arythmie.

Que se passe-t-il, par exemple, dans la méningite tuberculeuse, cette maladie qui trouble si profondément le rythme cardiaque ? A la phase fébrile et tachycardique, l'arythmie n'existe pas ; elle est des plus manifestes, au contraire, quand la température baisse et quand le pouls se ralentit. C'est alors qu'elle prend toute sa valeur.

Mais je laisserai de côté les maladies cérébrales et les maladies cardiaques bien connues comme causes habituelles de l'arythmie et je vais passer en revue les nombreuses circonstances, étrangères à ces maladies, qui peuvent troubler le rythme du cœur.

I. *Arythmie des enfants bien portants.* — Il faut qu'on sache bien que les enfants de tout âge, bien portants, sans tare morbide, sans maladie lente ou manifeste, peuvent présenter une arythmie passagère ou intermittente, mais très notable, comparables par ses caractères à l'arythmie des maladies cérébrales.

II. *Arythmie par intoxication exogène.* — Les médicaments tels que l'opium, le chloroforme, la digitale, la belladone, la jusquiame, le datura, etc., peuvent rendre le pouls irrégulier et lent. Chez des enfants que j'avais endormis par le chloroforme, pour l'opération de la circoncision, j'ai noté la lenteur et l'irrégularité du pouls au réveil. Chez d'autres, auxquels j'avais donné d'assez fortes doses de digitale, même arythmie. Dans tous ces cas, il suffit de suspendre l'usage des médicaments pour faire cesser l'arythmie. L'asphyxie oxygénée produit très rapidement l'irrégularité du pouls.

III. *Arythmie par auto-intoxication.* — Dans tous les troubles digestifs (diarrhée, constipation, dyspepsie, indigestion, embarras gastrique, etc.), on peut constater l'arythmie cardiaque ; quelquefois cette arythmie est accompagnée de céphalalgie, de vomissements, d'état nerveux inquiétant, et l'on pense à la méningite. Or, il suffit de purger les enfants, de faire l'antisepsie intestinale, pour faire évanouir l'arythmie. Le point de départ du trouble circulatoire est dans le tube digestif ; c'est là que s'élaborent les poisons qui vont influencer l'innervation du cœur.

Dans l'ictère catarrhal, l'arythmie reconnaît le même mécanisme, mais l'auto-intoxication relève du foie au lieu de dépendre de l'intestin. Dans tous ces cas, en même temps que la lenteur et l'irrégularité du pouls, on peut avoir l'abaissement de la température centrale (36°5, 36°).

IV. *Arythmie diathésique.* — Les états constitutionnels, héréditaires ou acquis, les maladies de la nutrition (obésité, diabète, chlorose, anémie, rachitisme, croissance excessive, etc.) peuvent s'accompagner d'arythmie. Cette variété est à rapprocher de la précédente, car elle

peut se résumer aussi dans une auto-intoxication organique à retentissement cardiaque.

V. *Arythmie nerveuse.* — La chorée et les névroses en général troublent notablement les mouvements du cœur ; tantôt il y a accélération, tantôt ralentissement, tantôt arythmie. Dans la chorée, l'arythmie se voit surtout à la fin de la maladie, au moment du déclin de l'incoordination motrice ; elle est des plus marquées, et elle n'indique pas forcément une lésion de l'endocarde. J'ai très souvent constaté l'arythmie chez des choréiques qui n'avaient aucun souffle au cœur.

VI. *Arythmie de convalescence.* — La plupart des maladies aiguës fébriles entraînent, au moment de la défervescence, une arythmie des plus nettes et souvent assez durable. On est frappé alors de voir, après la tachycardie de la période pyrétique, un ralentissement considérable du pouls avec irrégularité manifeste. Cette arythmie s'observe dans la convalescence de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de la grippe, de l'érysipèle, des fièvres éruptives, de la diphtérie, etc., etc.

Dans la fièvre typhoïde, j'ai vu le pouls tomber à 50, à 48, à 42 par minute, avec des faux pas revenant toutes les 3 ou 4 pulsations. A ce moment, le thermomètre indique un chiffre inférieur à 37, il y a hypothermie en même temps que bradycardie. L'arythmie peut durer 15 jours, 3 semaines, parfois davantage.

A la suite de la grippe, j'ai vu à plusieurs reprises l'arythmie cardiaque s'accompagner de phénomènes nerveux inquiétants, tels que délire, convulsions, état comateux ; on a pu croire à la méningite, mais la guérison rapide montrait qu'il n'y avait que du méningisme.

*Pathogénie.* — L'arythmie cardiaque est un fait bien établi ; comment se produit-elle ? Quelle est la pathogénie ?

Tantôt l'arythmie se montre chez des enfants bien portants, et elle ne peut être attribuée qu'à un trouble fonctionnel, qu'à une action réflexe.

Tantôt elle s'observe chez des enfants malades et peut dépendre soit d'un réflexe, soit d'une intoxication.

Les poisons organiques ou inorganiques charriés par le sang, dans les empoisonnements comme dans les maladies infectieuses, peuvent agir contre le cœur lui-même, sur ses ganglions, sur ses nerfs, ou bien sur les centres régulateurs des mouvements cardiaques, sur le pneumogastrique, sur le bulbe, etc. L'excitation du pneumogastrique peut se traduire par le ralentissement, la faiblesse, l'irrégularité des battements du cœur.

*Séméiologie et pronostic.* — Le plus souvent l'arythmie n'a aucune valeur séméiologique ; elle n'implique aucune maladie, aucune tare héréditaire ou acquise ; elle traduit simplement l'impressionnabilité nerveuse des jeunes sujets. Donc, aucune inquiétude à avoir en présence d'une arythmie chez un enfant d'ailleurs bien portant.

S'agit-il d'une intoxication thérapeutique (digitale, etc.), l'arythmie indique la saturation et disparaît par la suspension du médicament. Dépend-elle d'une auto-intoxication (troubles digestifs), elle n'entraîne pas un pronostic fâcheux et disparaît vite devant un purgatif et une antisepsie intestinale bien faite. Quant à l'arythmie de la défervescence des maladies aiguës, *arythmie critique*, elle ne troublera pas davantage l'esprit du médecin, quand il saura qu'elle est habituelle, sinon constante, et qu'elle cesse d'elle-même au bout de quelques jours.

A la suite de la diphtérie, l'arythmie, quand elle accompagne la pâleur, le refroidissement des extrémités, les lipothymies, peut faire craindre une défaillance subite du cœur, une syncope mortelle.

Dans tous ces cas, il importe d'apprécier l'arythmie comme un phénomène passager et curable, et de ne pas lui accorder plus de valeur intrinsèque qu'elle n'en mérite. On a trop de tendance à la considérer comme le symptôme d'un état méningitique.

**TRAITEMENT.** — Dans l'immense majorité des cas, l'arythmie ne comporte aucun traitement. Que faire dans les cas d'arythmie *physio-*

(1) Communication au Congrès de Moscou (1897).

logique découverte par hasard en prenant le pouls d'un enfant parfaitement sain ? Evidemment rien. Tout au plus doit-on considérer les enfants qui la présentent comme des nerveux, et les préserver des excitants, des agents perturbateurs des fonctions nerveuses.

Si l'arythmie dépend d'une intoxication, on supprimera cette intoxication pour y mettre un terme. Si la dyspepsie est en cause, on soignera cette dyspepsie. S'il y a des vers intestinaux, on donnera des anthelminthiques.

S'il s'agit d'enfants anémiés, affaiblis, cachectiques, on les remontera par une bonne nourriture et par des médicaments reconstituants.

L'arythmie critique des maladies infectieuses guérit toute seule ; elle ne mérite une intervention active que dans les cas où elle se complique d'adynamie, de tendance au collapsus et d'algidité. Alors on peut faire des injections de sérum artificiel, d'éther, d'huile camphrée, de caféine, électriser le pneumogastrique et la région précordiale, employer les frictions stimulantes et les bains sinapisés, etc.

—*Journal de Médecine de Paris.*

### Migration curieuse d'un ascaride lombricoïde : abcès vermineux de l'ombilic

Par le docteur A. VERMERSCH

L'observation suivante n'a d'autre intérêt que sa rareté clinique. Peu de praticiens, croyons-nous, ont rencontré, au cours de leur carrière, un cas semblable à celui que nous relatons ci-après :

Appelé pour donner nos soins à l'enfant, L., âgé de quinze mois, atteint de rougeole, nous prescrivons d'abord comme traitement une potion au benzoate de soude et à l'eucalyptus, quelques granules de sulfhydril ; comme traitement externe, des lotions antiseptiques au vinaigre aromatique sur le corps, des lavages boriqués des muqueuses nasale et linguale.

Le quatrième jour de la maladie, notre attention est attirée, en examinant l'éruption, par une élévation bullaire, blanchâtre, siégeant au niveau de la cicatrice ombilicale.

Le cinquième jour existe au centre de cette saillie un trajet fistuleux, d'où s'écoule un liquide d'aspect puriforme. Au moment où nous faisons ces constatations, sous l'influence des cris de l'enfant, un corps filiforme nous paraît poindre de l'orifice, doué de mouvements vermifugaires. Et puis, nous assistons en quelques instants à la sortie et à la rentrée successive de ce corps vivant. Nous nous trouvons en présence d'un ver intestinal.

Après quelques minutes d'attente, voyant que l'animal ne se décidait pas à quitter son logis, nous pouvons extraire simplement, au moyen d'une pince, un ascaride lombricoïde d'une longueur de 20 centimètres.

Le lendemain, un vermifuge faisait expulser à l'enfant, par l'anus, trois ascarides de même taille.

Pour que la cicatrice ombilicale ait livré passage, dans les conditions que j'ai signalées, à ce nématode, il a fallu que l'ascaride perforât la tunique de l'intestin grêle, dont le commencement est le siège habituel de ce ver. Après avoir fait irruption dans la cavité péritonéale, l'ascaride a provoqué des adhérences, une sorte d'enkystement qui a donné naissance à l'abcès vermineux que j'ai observé.

DAVINE est le premier qui ait fait une étude très complète des migrations anormales de ce ver intestinal, il a rapporté quelques faits semblables à celui-ci. Mais, d'après cet auteur, le passage de l'ascaride à travers l'intestin ne peut avoir lieu qu'autant que la muqueuse est primitivement ulcérée.

Les ascarides lombricoïdes peuvent également, de l'intestin grêle, en remontant le courant péristaltique et franchissant le pyllore, pénétrer dans l'estomac, et atteindre l'œsophage ; la présence d'ascarides dans les vomissements ne sont pas extrêmement rares ; on prétend même qu'il en a pénétré dans les voies aériennes, où ils déterminent la mort par suffocation. Enfin, DAVINE a cité la présence des ascarides dans les voies biliaires, le pancréas.

Les ascarides aiment donc les voyages ; mais, comme à tous les voyageurs, des incidents parfois fâcheux leur gâtent leurs pérégrinations. C'est ainsi que certains auteurs racontent qu'ils ont vu des ascarides s'engager dans des trous de boutons, d'agrafes, avalés par mégarde, et être évacués dans cette posture avec les excréments ; d'autres auteurs, à l'esprit facétieux, ont même proposé comme piège à vers des objets de ce genre...

COBBALD affirme que le musée du Royal Collège d'Edimbourg conserve, comme pièce curieuse, un ascaride lombricoïde qui s'était pris dans une agrafe ; mais nous avons à notre disposition des anthelminthiques plus sérieux que les boutons et les agrafes.

### Injections intravésicales d'air stérilisé dans la cystite tuberculeuse

Un des développements les plus intéressants de la chirurgie moderne a été le fait que l'ouverture de la cavité abdominale quand le péritoine et les viscères sont atteints de tuberculose, a pour résultat la cure d'un grand nombre de cas. D'abord on crut que l'iodoforme qu'on saupoudrait ordinairement dans la cavité abdominale dans ces circonstances était entièrement la cause des bons résultats qu'on obtenait, mais ce ne fut pas long avant qu'on trouvât que l'introduction de l'air par l'ouverture faite, avait des effets distinctement curatifs. Suivant cette idée certains opérateurs avec des résultats plus ou moins bons traitèrent des cas de péritonite tuberculeuse, non pas en incisant la paroi abdominale, mais simplement en introduisant une canule et en injectant de l'air stérilisé dans le péritoine. Plus récemment notre attention a été attirée sur une nouvelle application de cette méthode de traitement. Ainsi Ramond a traité trois cas de cystite tuberculeuse qui autrement semblaient incurables par l'injection d'air stérilisé dans la vessie.

Le mode de procéder est comme suit : les instruments et les cathéters sont stérilisés avec soin, et on se sert d'une seringue comme celle dont on fait usage pour ponctionner un hydrocèle et pouvant contenir trois onces. Au bout de la seringue on place un petit tampon de coton de manière à ce que l'air du corps de la seringue en y entrant se trouve filtré à travers le coton. Après avoir évacué l'urine, trois onces d'air stérilisé sont injectés au moyen d'une sonde creuse, et des injections subséquentes de six à neuf onces sont données avec une force considérable. On laisse dans la vessie l'air injecté pendant cinq minutes, alors qu'on lui permet de s'échapper au moyen de la sonde. S'il se produisait de la douleur par cette méthode on ne recourt plus à cette opération pendant deux ou trois jours.

Il est à peine possible de répondre à la question : comment ce traitement peut-il être avantageux ? L'air peut avoir quelque influence délétère sur le bacille tuberculeux, ou quelque influence favorable sur les procédés inflammatoires associés à sa présence. A tout événement Ramond est plein d'enthousiasme en préconisant son emploi, particulièrement dans les cas qui refusent toute opération ou qui sont trop faibles pour la supporter.

*The Therapeutic Gazette.*

### L'aseptie et l'anesthésie dans la chirurgie uréthrale

Le Dr John A. Wyeth, dans le *New England Medical Monthly* de janvier dernier, traite de la technique moderne de la chirurgie uréthrale, notant que deux branches importantes de ce sujet sont dignes d'une attention plus spéciale qu'on y met communément. La première et la plus importante est l'aseptie uréthrale. Un urèthre qu'on doit inciser doit être rendu stérile, si c'est possible, et l'urine d'un tel malade doit toujours être stérilisée au moins vingt-quatre heures avant l'opération, et doit être tenue stérile durant le temps du traitement. Nous reconnaissons le fait que la soi-disante "fièvre uréthrale" est une forme d'infection septique. L'administration de vingt gouttes d'un mélange d'un dragme de salol et de deux dragmes d'huile de gaulthérie, trois ou quatre fois par jour, stérilisera l'urine en vingt-quatre heures.

On prétend aussi que l'administration d'acide borique, cinq grains, quatre ou cinq fois par jour, amènera le même résultat, mais l'auteur s'est servi de la première formule avec tant de satisfaction qu'il n'a jamais essayé l'acide borique. Nous sommes redevables à feu le Prof. R. Palmer de Louisville, Ky., d'avoir popularisé ce point important de traitement. En outre de cela on fait des irrigations de l'urèthre au permanganate de potasse (1/3000) pendant cinq minutes avant l'opération, ou ce canal doit être entièrement gonflé avec cette solution antiseptique en se servant d'une seringue conique ordinaire introduite dans le méat. On doit répéter cela trois ou quatre fois, et exercer une pression suffisante pour vaincre la résistance du muscle constricteur, atteignant ainsi le canal entier.

Le second point est la question de l'anesthésie. La grande majorité de toutes les strictures de l'urèthre peuvent être traitées pratiquement sans douleurs avec l'anesthésie à la cocaïne. Du méat au muscle constricteur l'urèthre peut être anesthésié en se servant d'un à trois dragmes d'une solution à deux ou quatre pour cent. L'auteur donne des quantités et des forces de solution variables, parce qu'il ne peut y avoir de règles fixes pour chaque malade. C'est sa règle d'étudier avec soin la susceptibilité de tout nouveau malade à cet agent, et tout écart à cette règle a donné des résultats malheureux qui de temps en temps se frayent une voie dans les journaux. Quand tout l'urèthre est injecté, un dragme d'une solution à deux pour cent doit d'abord être employé, et on peut trouver en cinq ou dix minutes le degré de susceptibilité du malade et l'effet anesthésique produit. Si l'anesthésie est incomplète et si le malade ne montre aucune susceptibilité à ce médicament, on peut injecter un autre dragme de la même solution ou d'une solution plus forte. Il est aussi très important de se rappeler qu'un malade est beaucoup plus susceptible à l'absorption de la cocaïne quand elle est employée pour l'introduction de sondes pour les premières fois après qu'au temps même de l'opération, pour la raison toute simple qu'une incision plus ou moins étendue a été faite, laquelle est recouverte de tissu de granulations, riche en capillaires, et capable d'absorber sous pression une quantité considérable de cocaïne. L'anesthésie de la portion membraneuse de l'urèthre peut-être obtenue en poussant la seringue Keyes-Ultzmann jusqu'au muscle constricteur, même légèrement en dedans, et y injectant dix à quinze minimes d'une solution à quatre pour cent. L'anesthésie au-delà de ce muscle est pratiquement impossible, pour la raison que l'urine est en contact avec cette portion de l'urèthre et dilue ainsi la cocaïne de manière à la rendre pratiquement inefficace. Pour la méatotomie quelques cristaux sont mis immédiatement en dedans du méat, ou on injecte dix minimes d'une solution à six pour cent, limitant l'application en fermant le canal avec le doigt un pouce en arrière de l'entrée de l'urèthre ; on complètera ainsi l'anesthésie pour la division du méat ou d'une stricture organique à la partie antérieure de l'urèthre.

*The Therapeutic Gazette.*

Dr P. V. F.

#### Traitement des principaux accidents de l'urémie

M. Le Gendre, dans une communication à la Société de médecine pratique, donne les conseils suivants :

A. — Aux accidents éclamptiques, qui paraissent liés à l'excitation anormale des cellules cérébrales, on oppose les médicaments antispasmodiques et sédatifs : les inhalations de chloroforme, le chloral et les bromures administrés en lavement. Nous n'oserions employer l'antipyrine, comme Lecorché et Talamon, à cause de la propriété que cette substance paraît avoir de diminuer l'excrétion urinaire. La compression des carotides a joui, vous le savez, d'une certaine vogue. Les bains chauds et les emmaillotements chauds sont usités.

B. — Au coma on oppose les injections sous-cutanées de caféine et d'éther, les inhalations d'oxygène.

C. — La dyspnée doit être combattue par des moyens différents suivant sa cause. Avec Gaucher et Gallois on peut distinguer :

La dyspnée foudroyante de l'œdème aigu du poumon : ventouses sèches multipliées sur le thorax, saignée, oxygène, nitrite d'amyle, iodure d'éthyle, trinitrine, et surtout injection de morphine, qui agit en calmant l'atfolement nerveux du malade et dont il ne faut pas trop redouter dans ce cas l'effet d'ordinaire fâcheux sur la sécrétion rénale ;

La dyspnée chronique à paroxysmes vespéraux de l'urémie lente, où la saignée n'est plus indiquée, mais où la morphine peut encore rendre des services si on l'emploie avec prudence et surtout quand tout espoir de guérison est perdu, et qu'il n'y a plus qu'à adoucir les derniers jours du malade.

La dyspnée asystolique, quand le cœur fléchit : — toniques du cœur, digitale, caféine, théobromine :

La dyspnée mécanique résultant de l'hydrothorax ou de l'hydropéricarde, qu'on s'efforce de combattre par les diurétiques, les drastiques ou les ponctions aspiratrices.

D. — Les accidents gastro-intestinaux. Aux vomissements on oppose la glace, la potion de Rivière, l'eau de Seltz, le champagne frappé, etc. Une ou deux gouttes de créosote (Brault) ou de teinture d'iode (Bartels) dans une cuillerée d'eau, l'eau oxygénée, l'eau chloroformée, l'acide lactique (2 à 6 grammes, Lecorché et Talamon), ou les boissons chaudes abondantes, le lavage de l'estomac (Hayem). Dans les cas où la fermentation d'urée dans l'estomac était attestée par l'odeur de l'haleine et la présence d'ammoniaque dans l'air expiré, Frerichs a employé l'eau chlorée ou l'acide benzoïque.

La diarrhée incoercible est combattue par les hautes doses de bismuth et de craie, l'acide lactique, le nitrate d'argent en pilules.

*Gaz. des Hôp.*

#### Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse

M. le docteur J. Chéron recommande l'usage de l'acide picrique en lavements, qui doit être employé de la manière suivante :

Le matin à jeun, la malade prendra un lavement d'un litre d'eau boriquée (une demi-cuillerée à soupe d'acide borique représente la quantité d'acide borique suffisante pour un litre), qui entraînera les matières ovillées et détachera de la paroi intestinale les concrétions membraneuses adhérentes. Après avoir été à la selle, la malade prendra un quart de lavement contenant une cuillerée à café de la solution suivante :

Acide picrique.....	1 gramme
Eau distillée.....	120 grammes

Ce dernier lavement doit être gardé.

L'acide picrique ainsi employé combat directement la lésion en modifiant promptement les épithéliums altérés, ce qui explique son efficacité toute particulière.

*Rev. thérap. des mal. des femmes.*

## FORMULAIRE

#### La pepsine en thérapeutique

Introduite par Corvisart dans la thérapeutique, la pepsine se présente sous l'aspect d'une poudre fine, d'un blanc jaunâtre à peu près insipide et d'une odeur qui rappelle celle de la présure. Elle est soluble dans l'eau. Après avoir joui d'une vogue considérable dans la thérapeutique, son emploi est aujourd'hui abandonné par la majorité des praticiens ; cependant M. Albert Robin (*Traité de thérap. appliquée*) essaie de réhabiliter ce médicament déchu, qui, d'après lui, a ses indications formelles et ne doit pas être rejeté.

Les arguments donnés par les adversaires de la pepsine sont d'abord que, la sécrétion de la pepsine et de l'acide chlorhydrique dans l'estomac étant connexes, qui juge la sécrétion du second, juge aussi la sécrétion de la pepsine. Ensuite, Bourget pose en principe que dans les estomacs les plus malades, la pepsine ne fait presque jamais défaut, il

est donc inutile d'en ajouter. D'ailleurs, d'après Georges (*Arch. méd. exp.*, 1890), la pepsine, expérimentalement, est dépourvue de puissance digestive, elle peut même être nuisible. Haidenhain et Ebstein considéraient que la muqueuse stomacale ne fabrique pas de pepsine, mais un produit spécial, la propepsine, qui se transforme en la première sous l'influence de HCL. Comme la propepsine ne manque jamais, il suffit dans un estomac pauvre en pepsine, d'ajouter de l'HCL.

Contre ces arguments, il faut faire remarquer que dans les fièvres, la sécrétion de HCL s'arrête, et pourtant, dans ces conditions, la pepsine se rencontre encore dans l'estomac. D'autre part, les variations de l'acide chlorhydrique n'impliquent pas des variations parallèles de la pepsine, et peut-être même ces deux sécrétions ne se font-elles pas dans la même cellule. Enfin, ajoute M. Albert Robin, on ne peut pas conclure des digestions artificielles à ce qui se passe dans l'estomac humain, et l'observation ayant démontré l'utilité de la pepsine dans certaines dyspepsies, il faut encore se servir de ce médicament. Hayen a vu la pepsine et l'HCL faire réapparaître l'HCL libre préalablement absent dans 2 cas sur 6. Bouveret associe également l'HCL à la pepsine dans le catarrhe chronique de l'estomac.

D'après A. Robin, la pepsine est indiquée chez les dyspeptiques qui ont une pepsinurie continue aussi bien avant qu'après le repas, ou qui n'ont jamais de pepsinurie.

La pepsine à préparer doit être fraîchement préparée. Le Codex en distingue deux formes : la *pepsine extractive* dont 0 gr. 20 peptonisent 15 gr. de fibrine, et la *pepsine médicinale* dont 0 gr. 60 peptonisent 10 gr. de fibrine. La première seule est réservée aux préparations liquides.

On peut donner du sirop de pepsine, une cuillerée à bouche au milieu des repas, dans les dyspepsies hypersthéniques sans fermentations lactiques. L'éllixir de pepsine est une excellente préparation dans les dyspepsies par insuffisance.

Les cachets sont indiqués dans les dyspepsies avec fermentations acétique ou lactique ou dans les hypersthénies gastriques. On formule :

Pepsine..... 0.50 centig. à 1 gramme  
Pour 1 cachet

A prendre au milieu du repas ou :

Pepsine..... 0.50 centigr.  
Maltine..... 0.10 —  
Pour 1 cachet

Ou :

Pepsine..... }  
Pancréatine..... } à 0.15 centigr.  
Maltine..... }  
Pour 1 cachet

M. Huchard formule ainsi :

Maltine..... 0.10 centigr.  
Pepsine..... 0.15 —  
Magnésie calcinée..... 0.15 —  
Bicarbonate de soude..... 0.15 —  
Sucre..... Q. s.  
Pour 1 cachet au repas

On peut encore formuler ainsi :

Pepsine..... 10 grammes  
Diastase..... 5 —  
Chlorhydrate de cocaïne..... 1 —  
Sirop d'écorces d'oranges..... 100 —  
Vin de Grenache..... 400 —

Prendre un verre à liqueur.

Chez les nourrissons dyspeptiques, Malbec conseille après chaque tétée une cuillerée à café de la potion suivante :

Pepsine..... 1 gramme  
Acide lactique..... 2 —  
Sirop de limon..... 30 —  
Eau distillée..... 90 —

Bien entendu, il faut absolument éviter de donner, en même temps que la pepsine, des médicaments antagonistes tels que la

créosote, le chloral, le sublimé, le tannin, l'acide gallique, les sels de fer solubles, l'atropine, le phénol.

—*Journal des Praticiens*

#### Contre les sueurs des phthisiques.

Acétate de plomb cristallisé.... 5 centigrammes.  
Extrait de gentiane..... Q. S.

Pour une pilule.

On peut prescrire, sans inconvénient, jusqu'à 4 ou 5 pilules par vingt-quatre heures. (*Presse Méd.*)

#### Note sur la préparation de la pommade à l'aristol.—(F. PAUCIER.)

La préparation de la pommade à l'aristol présente quelque difficulté à cause de l'état moléculaire de ce corps, qui s'agglomère sous le pilon et forme des grumeaux lorsqu'on l'incorpore directement avec la vaseline.

La préparation se fait au contraire régulièrement, et le mélange est intime lorsqu'on a la précaution de triturer l'aristol avec de l'huile de vaseline.

L'emploi de l'huile de vaseline, qui est un produit neutre, devrait se généraliser dans les préparations où l'on doit incorporer une substance pulvérulente. (*Gaz. méd. de Picardie.*)

#### Traitement de l'épilepsie.

M. Jules Voisin emploie fréquemment, à titre d'adjuvant chez les épileptiques, les pilules suivantes :

Oxyde de zinc..... 10 centigrammes.  
Poudre de valériane..... 10 —  
— de belladone..... 1 —  
Savon médicinal..... q. s.

Quatre pilules par jour.

(*Méd. mod.*)

#### CORRESPONDANCE

Québec, 28 Octobre 1897.

Mr. le Dr P. P. BOULANGER.

Rédacteur de *La Revue Médicale.*

Cher docteur,

Veillez me permettre de rectifier, en ce qui me concerne, certains détails du compte-rendu de la dernière séance de la société médicale de Québec. On m'attribue certaine expression que je me serais bien gardé d'employer et l'on me fait dire des choses auxquelles je n'ai même pas pensé.

Je n'aurais jamais osé dire que le fait de faire breveter un instrument de chirurgie constituait une *ignominie*. Car enfin il faut garder la mesure en tout et voilà un bien gros mot pour caractériser une simple infraction aux règles de l'étiquette médicale. S'il est permis d'infliger une pareille épithète à un médecin qui manque à la dignité professionnelle, que resterait-il alors pour stigmatiser l'acte de celui qui vendrait sa conscience pour un plat de lentille. *Est modus in rebus.*

On me fait dire aussi qu'en France les chirurgiens seuls ont droit de refuser un compte en détail à leurs clients. Je n'ai jamais émis pareille opinion parceque je sais fort bien le contraire. Les médecins et les chirurgiens y sont absolument sur le même pied quant à la réclamation de leurs honoraires devant les tribunaux. J'ai seulement dit que les médecins de Paris, nés malins, prétendaient que leurs confrères chirurgiens, en vertu de l'usage, avaient le privilège de faire de grosses notes et de les faire en bloc. Cela n'empêche pas que le client a toujours le droit d'exiger les détails de son compte et le chirurgien tout comme le médecin est tenu de les lui donner.

Veillez me croire votre tout dévoué,

A. VALLÉE, M. D.

# TRAVAUX ORIGINAUX

## De la Diphtérie et son traitement

(STATISTIQUES)

Par M. le Dr J. E. LABERGE, médecin de l'Hôpital Civique, Montréal

La diphtérie est une maladie locale avec infection générale. Cette maladie est très ancienne, les auteurs du 16<sup>ième</sup> et du 17<sup>ième</sup> siècle en parlent, Bretonneau et Trousseau en donnent d'assez bonnes descriptions; cependant ce n'est que depuis les travaux de Klebs, Loëffler, Behring, Roux et Yersin que cette maladie est bien connue.

La transmission de cette maladie se fait par l'air ou par les objets contaminés, ou bien encore par le contact direct d'une personne malade à une autre personne saine. Mais pour que le bacille s'inocule il faut qu'il vienne en contact avec une muqueuse inflammée ou excoriée. Si la muqueuse est saine, recouverte de son épithélium, il n'y aura pas d'infection.

Cette maladie est caractérisée anatomiquement par le développement de fausses membranes sur la muqueuse du pharynx ou du larynx. Ces fausses membranes sont assez épaisses, d'un blanc nacré réguliers et stratifiés; au dessous la muqueuse peut être plus ou moins saine, ou plus ou moins ulcérée. Ce fait explique la bénignité de certains cas.

Ces fausses membranes sont composées de jeunes cellules, de granulations protéique et de fibrine; dans les différentes couches de fibrine on trouve des quantités considérables de microbes. Ce sont des bâtonnets droits ou légèrement courbés, longs de 2. 5m. (millicime de millimètre) larges de 0. 7m. Les extrémités sont bien arrondies et un peu plus larges que le centre. Ils se colorent très bien, et sur plaque de verre, on les observe réunis trois ou quatre par quatre, parallèles les uns aux autres, ou formant un angle aigu, ou encore croisés.

Ce microbe ne se rencontre pas dans les organes, on ne le trouve que dans la gorge. Mais il secrète là un poison qui se répand dans tout l'organisme et qui tue rapidement le malade. Cette toxine a été isolée et bien étudiée par Roux et Yersin qui en ont démontré les propriétés toxiques.

Règle générale le début de cette maladie est insidieux, un simple mal de gorge. On voit quelques points blanchâtres sur les amygdales, la muqueuse est légèrement inflammée, l'haleine quelquefois fétide, les ganglions cervicaux peuvent être engorgés, inappétence et céphalalgie. Voilà les symptômes initiaux tels qu'ils se présentent ordinairement.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, souvent la maladie débute avec grand fracas.

Forte fièvre d'emblée, violent mal de gorge, salivation abondante, gonflement douloureux des ganglions cervicaux, céphalée intense, haleine très fétide, quelquefois vomissements; les fausses membranes sont plus étendues et la muqueuse sous jacente est toujours ulcérée dans ces cas.

Mais dans l'une comme dans l'autre forme les symptômes initiaux s'aggravent rapidement, les fausses membranes se sont étendues au larynx alors la voix est éteinte, le malade tousse, (forme croupale) ou bien encore elles ont envahi les fosses nasales postérieures ce qui est indiqué par un écoulement nasal sanieux. Alors la fièvre est beaucoup plus élevée, l'haleine beaucoup plus fétide, la salivation plus abondante, les ganglions cervicaux plus tuméfiés et plus douloureux.

Bref les symptômes vont toujours en s'aggravant, le malade est de plus en plus abattu, le pouls de plus en plus faible, la température après s'être élevée jusqu'à 104°, et 105° baisse dans les derniers temps et le malade succombe en quelques heures à une véritable septicémie.

Quelques fois la maladie ne suit pas complètement cette symptomatologie et le malade succombe à une obstruction laryngée due à la production de fausses membranes ou à l'œdème de la glotte.

Les complications que l'on rencontre au cours de la diphtérie sont celles de toutes les maladies infectieuses: endocardites, néphrites, pneumonies, bronchites, etc.

Si les malades entrent en convalescence les paralysies locales et générales constituent encore un véritable danger, soit de paralysie cardiaque où soit de suffocation, en permettant l'entrée de corps étrangers dans la trachée.

Il est de la plus haute importance que le diagnostic soit fait à bonne heure afin d'instituer un traitement approprié aussitôt que possible avec chances de succès. Au début les symptômes macroscopiques sont souvent semblables à ceux d'une angine simple, mais vous avez la bactériologie qui, quoiqu'on en dise, vous tirera d'inquiétude. Je ne prétend pas qu'on doive laisser de côté, les symptômes subjectifs de cette maladie pour ne croire qu'à un examen bactériologique exclusivement, ni, *vice versa*, négliger complètement le microscope pour ne s'en rapporter qu'à un examen local de la gorge. Quand il s'agit de faire un diagnostic, le médecin consciencieux doit donc employer tous les moyens qui sont à sa disposition.

Le bactériologiste vous dira non seulement si vous avez affaire au bacille de la diphtérie mais il vous dira de plus, ce que ne peut établir le simple clinicien, si vous avez affaire à une diphtérie avec association microbienne ce qui est très important à connaître pour le médecin traitant, tant au point de vue du pronostic qu'à celui du traitement.

Le pronostic de la diphtérie est toujours assez sérieux, très grave si on n'emploie pas le traitement par la sérothérapie, le pronostic variera suivant que vous aurez à traiter un malade au début où à une période plus avancée; suivant que vous aurez une diphtérie simple ou avec association microbienne. (staphylococques et surtout streptococques); suivant que la maladie aura envahi les voies respiratoires où non; suivant que vous aurez à traiter un individu débile ou non.

Maintenant que nous avons le sérum anti-diphtérique pour combattre cette maladie, chez un enfant vigoureux, traité au début, cela s'entend, ne présentant pas d'association microbienne, cet enfant ne doit pas mourir.

A l'hôpital civique de Montréal, sur 462 malades, souffrants de diphtérie, que j'ai eus à traiter dans l'espace de deux ans et demie à peu près, la mortalité s'est élevée à 41 décès, ce qui ne fait pas tout à fait 9%. Il faut bien remarquer que la classe de malades que j'ai à traiter, n'est pas ce qu'il y a de plus favorable pour donner de bons résultats au point de vue de la statistique. La plupart sont des enfants débiles, affaiblis par des privations de toutes sortes; un grand nombre de ces enfants sont envoyés à l'hôpital beaucoup trop tard. Vingt et un sont morts avant vingt-quatre heures de séjour à l'hôpital, c'est-à-dire avant que le traitement ait pu agir. Dans de telles conditions, je crois que cette statistique prouve beaucoup en faveur du sérum antitoxique dans le traitement de la diphtérie.

J'ai presque toujours employé à l'hôpital le sérum anti-diphtérique préparé à l'Institut Pasteur de Paris, je dois dire que je n'ai jamais eu d'accidents dus au sérum. J'ai employé chez certains malades des quantités considérables de ce médicament sans avoir à m'en repentir, bien au contraire.

Lorsqu'un enfant est amené à l'hôpital, après lui avoir fait prendre un bon bain, si son état le permet, je lui injecte vingt centimètres cubes de sérum, quelque soit son âge et quelque soit la gravité du cas. Je choisis de préférence la peau du flanc pour faire cette injection, le tissu cellulaire y est plus lâche et c'est un endroit qui n'est pas exposé à la compression du lit comme le dos par exemple. Le procédé est absolument le même que pour faire une injection hypodermique de morphine, sans oublier les précautions antiseptiques. Cette injection n'est pas douloureuse et les malades supportent bien cette petite opération. Nous employons la seringue dite de Roux qui est très commode mais n'importe quelle seringue peut être employée; pourvu qu'elle unisse les trois qualités suivantes: 1° Qu'elle soit propre; 2° Qu'elle ait un bon piston; 3° Qu'elle ait une bonne aiguille. L'injection finie, je recouvre l'endroit que j'ai piqué d'un coin de diachylon. Si les symptômes s'aggravent, si la vie de l'enfant est en danger immédiat, douze heures après la première injection, je fais une autre injection de dix ou de vingt centimètres

cubes. Quelque fois j'attendrai vingt-quatre heures avant de renouveler la dose du médicament mais dans la plupart des cas une première dose de vingt centimètres cubes est suffisante. La température tombe à la normale dans les vingt-quatre ou trente-six heures qui suivent, le pouls et la respiration deviennent normaux. L'haleine est de moins en moins fétide, les fausses membranes se détachent facilement, et enfin vers le troisième ou le quatrième jour l'appétit est revenu, et au bout de douze jours l'enfant est complètement guéri et peut retourner dans sa famille, sans danger ni pour lui ni pour son entourage.

Maintenant il y a le traitement local qui a aussi son importance. Ce traitement consiste à faire des lavages avec une solution saturée d'acide borique ou des pulvérisations avec du peroxide d'hydrogène. J'emploie de préférence les lavages avec l'acide borique ; pour cela, je me sert d'une borne fontaine ordinaire, et je fais passer dans la gorge et dans le nez du malade des quantités considérables de liquide, une chopine à une pinte toutes les deux heures, pour les trois ou quatre premiers jours. Il ne faut pas employer une pression forte, d'abord parce qu'on peut provoquer des hémorragies, ensuite parce qu'on peut faire passer du liquide dans la trompe d'Eustache et produire des otites moyennes. Je préfère les lavages aux pulvérisations parce que celles-ci sont plus irritantes ; les malades s'habituent rapidement aux lavages et ils éprouvent un tel soulagement après chacun d'eux, qu'ils les demandent eux-mêmes.

Inutile de dire ici, n'est-ce pas, qu'il est impossible de soigner convenablement ces malades sans prendre la température et le pouls, au moins deux fois par jour. C'est la température, c'est la marche du pouls qui vous indiquent la conduite à tenir, quand et comment intervenir.

Il faut aussi examiner l'urine de ces malades tous les jours, car les néphrites sont assez communes surtout lorsqu'on a eu une association microbienne (streptocoques) : dans ces cas le rein est presque toujours touché et nécessite un traitement approprié : révulsifs, purgatifs, bains chauds, diurétiques, etc. etc.

Si je remarque un écoulement sanieux par le nez je fais mettre une pommade boriquée dans le nez du malade, je fais répéter cette application toutes les heures ou toutes les deux heures.

Lorsque la respiration du malade est gênée par la production de fausses membranes dans le larynx ou dans la trachée et que le malade est menacé de suffocation, il faut intervenir sans tarder ; nous avons deux moyens, la trachéotomie et l'intubation. Pour ma part je préfère beaucoup l'intubation à la trachéotomie, j'ai fait à l'hôpital vingt-deux intubations ; sept sont morts, les autres ont parfaitement guéri. Ceux qui sont mort n'auraient certainement pas survécu si j'avais fait la trachéotomie ; la cause de la mort fut la néphrite ou toute autre cause indépendante de l'intubation. Cette opération n'est pas sanglante, ne laisse pas de cicatrice et je n'ai jamais eu de menaces d'accident par obturation du tube. Les seuls accidents que j'aie à noter, c'est que deux de mes malades ont avalé leur tube qu'ils ont rendu quelque temps après par les intestins.

Un autre traitement qui m'a rendu de grands services dans ces cas c'est la vapeur. On fait une tente avec des couvertes audessus du lit du malade, et dans cette tente on fait vaporiser de l'eau au moyen d'un petit appareil peu coûteux, très simple et sans danger. Le malade est pour ainsi dire plongé dans un bain de vapeur pendant vingt quatre heures et plus si c'est nécessaire. Cet air chaud et humide qu'il respire lui facilite beaucoup l'entrée de l'air dans son poumon.

Voilà, pour le traitement du malade lui-même, il faut aussi penser aux personnes qui l'entourent, à ceux qui le soignent, à ceux qui pour une raison ou pour une autre, sont en contact avec lui. Les plus grands soins de propreté doivent être pris. L'appartement où est le malade doit être dégarni de tout ce qui n'est pas indispensable, surtout tapis, rideaux, dentelles, etc. Lavages fréquents avec solution d'acide phénique, solution de bichlorure de mercure etc. Laissez pénétrer l'air pur et la lumière dans l'appartement, et enfin, s'il y a des jeunes enfants dans la maison et qu'ils n'aient pas pu être isolés, il serait prudent de leur injecter une dose préventive de sérum ; cinq centimètres cubes de sérum de Roux sont suffisants.

## XIe Congrès Français de Chirurgie

(Suite)

### *Hystérectomie abdominale totale pour tumeurs de l'utérus.*

M. le Dr A. MONPROFIT (d'Angers).—L'hystérectomie abdominale est devenue le traitement de choix pour les tumeurs *fibreuse volumineuses* ; nos résultats sont devenus si satisfaisants que la gravité d'une hystérectomie abdominale est presque la même que celle d'une simple ablation d'annexes. Nous l'employons en outre pour les *tumeurs fibreuses de moyen et de petit volume*, que nous aurions autrefois traitées par l'hystérectomie vaginale. L'opération nous paraît plus facile en général et plus sûre dans son hémostase immédiate et secondaire ; parfois il est possible de conserver la matrice et ses annexes, alors que l'intervention avait été commencée dans le but de pratiquer l'extirpation totale. Certains cas de myômes sous-péritonéaux ou pédiculés ne peuvent être sûrement reconnus que lorsque l'abdomen est ouvert ; l'hystérectomie vaginale ne permet pas aussi facilement de conserver la matrice et ses annexes dans de pareils cas. Nous employons aussi l'opération par l'abdomen, pour enlever les *tumeurs malignes* du corps et du col dans certaines conditions. Si l'épithélioma a complètement détruit le col de la matrice, l'intervention abdominale est infiniment plus facile, plus rapide et plus sûre que l'intervention vaginale ; j'ajoute qu'il est plus facile aussi de faire une ablation complète par la voie abdominale. S'il s'agit d'une *tumeur maligne du corps de la matrice* avec augmentation notable du volume de l'organe, l'ablation par l'abdomen nous paraît infiniment préférable à tous égards. Pour ces tumeurs, il arrive en effet que l'ablation par le vagin ne peut se faire que par morcellement ; or le morcellement d'une tumeur maligne par la voie vaginale, en dehors des risques d'inoculation qu'il comporte, donne parfois les plus grandes difficultés pour la prise et l'extraction des parties friables qui cèdent constamment sous la pince, et aussi pour l'hémostase.

Nous utilisons volontiers dans ces cas l'intervention mixte ou *vagino-abdominale* ; dans un premier temps, nous sectionnons les culs-de-sac vaginaux et la base des ligaments larges, après pincement des utérines.

Dans un second temps, nous ouvrons la paroi abdominale, et sectionnant la partie supérieure des ligaments larges et les culs-de-sac péritonéaux, nous enlevons avec la plus grande facilité une tumeur que des tractions intempestives par l'une ou l'autre voie auraient fatalement déchirée, vu sa grande friabilité.

*En résumé.*—1° L'hystérectomie abdominale totale employée dans le traitement des grosses tumeurs utérines n'est plus à discuter. 2° Dans le traitement des *tumeurs moyennes ou petites bénignes ou malignes*, elle permet de faire une ablation plus complète et plus radicale, soit une *conservation de la matrice* qui n'eût pas été possible par la voie vaginale. 3° Nous la considérons, en outre, combien plus facile et comme plus sûre ; pour ces diverses raisons, nous croyons que le *champ de l'hystérectomie vaginale ira se rétrécissant*, alors que celui de l'hystérectomie abdominale ira s'élargissant.

### *De l'hystérectomie totale vaginale et abdominale.*

M. le Dr. Thomas JONNESCO (de Bucarest).— Depuis le mois d'avril 1895, j'ai pratiqué 77 castrations totales utéro-annexielles dont 40 par la voie vaginale, 2 par la voie combinée vagino-abdominale et 35 par la voie abdominale. Mes 40 *hystérectomies vaginales* se décomposent ainsi : affections utérines : cancer (9), métrites hémorragiques (6), fibrome (1), prolapsus (6) et affections des annexes : salpingites suppurées (17), grossesse tubaire (1), J'ai eu 8 accidents mortels dus à : l'hémorragie secondaire, après l'enlèvement des pinces (2), pincement et sphacèle de l'intestin (1), infection secondaire pendant l'élimination des escarres (5).

Le procédé que j'emploie est celui de Müller-Quénu, avec une modification : l'incision médiane de l'utérus, je la poursuis du col vers

le fond sur la moitié seulement de l'organe, puis avec la main gauche, introduite par le cul-de-sac postérieur ouvert, je fais basculer le fond en avant, et après l'avoir fait sortir par le cul-de-sac antérieur ouvert, je l'incise d'avant en arrière, jusqu'à la complète séparation des deux moitiés utérines. De cette façon, la cavité utérine est ouverte en dehors du pelvis et on risque moins d'infecter ce dernier. Pour l'hémostase, j'emploie les pinces.

Les deux cas d'hystérectomie vagino-abdominale, pour un volumineux cancer total de l'utérus et pour un volumineux utérus myomateux avec des lésions multiples des annexes (kystes des ovaires et hydro-salpinx) m'ont donné deux guérisons. L'hystérectomie abdominale totale : je l'ai employée dans les affections suivantes ; affections de l'utérus : fibromes (3), fibrome avec salpingite double (1), fibrome avec lésions aseptiques des annexes (2), métrite parenchymateuse, lésions aseptiques des annexes (1), cancer (6), sarcome de l'utérus et de l'ovaire (1), prolapsus (2) ; affections des annexes : lésions aseptiques bilatérales (kyste simple ou dermoïde, ovaires polykystiques, hydro-salpinx, grossesse tubaire (3) ; salpingites suppurées (14) ; kyste endo-papillaire de l'ovaire suppuré (1) ; pelvi-péritonite chronique suppurée (1).

J'ai eu six accidents mortels, dont trois pour des cancers étendus sur les parois vaginales, une suppuration disséquante du pelvis, un épuisement par cachexie et un cas de blessure de l'intestin par l'aiguille au moment de la fermeture de l'abdomen.

Mon procédé de castration abdominale totale que j'emploie depuis avril 1896 présente les points essentiels suivants : Enlèvement en totalité et d'une seule pièce de l'utérus et des annexes ; suppression des pinces aussi bien temporaires que permanentes ; suppression de toute hémorragie par la ligature préventive du pédicule annexiel (artère utéro-ovarienne), du ligament rond (artère du ligament rond) et du pédicule utérin (artère utérine) ; ouverture en premier lieu du cul-de-sac vaginal antérieur, sans conducteur vaginal et section par le vagin des culs-de-sac latéraux et postérieur ; placement sous-péritonéal des moignons artériels et reconstitution du plancher pelvien péritonéal sur toute l'étendue de la surface cruentée, laissée par la section des ligaments larges ; fermeture du vagin lorsqu'on s'adresse aux affections aseptiques ou lorsque les poches annexielles ont été extraites sans être ouvertes : drainage pelvien, par le vagin lorsque le contenu annexiel purulent et septique s'est déversé dans le pelvis.

Ma pratique personnelle m'a conduit aux conclusions suivantes : L'hystérectomie abdominale totale est l'opération de choix pour l'ablation de l'utérus et de ses annexes ; la voie vaginale n'est qu'une opération de nécessité. Pour les tumeurs utérines, sauf le cancer, la voie abdominale est préférable ; pour le cancer mobile ou mobilisable, la voie vaginale est supérieure.

Dans les affections bilatérales aseptiques des annexes, il faut pratiquer la castration abdominale totale, car l'utérus dans ces cas devient mobile et dangereux. Dans ces affections septiques utéro-annexielles, la voie abdominale met à l'abri de toute méprise sur la bilatéralité des lésions ; c'est une opération faite à ciel ouvert, réglée, méthodique, d'exécution facile ; elle permet l'ablation complète des organes malades et donne par là même des résultats thérapeutiques parfaits et durables. La castration utérine vaginale, opération de Péan, est seule indiquée dans les cas de suppurations étendues du petit bassin avec un dôme d'adhérences, qui sépare le pelvis du ventre et qu'il serait dangereux d'ouvrir ; dans ces cas le drainage vaginal s'impose.

Enfin, contrairement à la castration totale vaginale, la castration abdominale totale met à l'abri des accidents opératoires ou post-opératoires comme : hémorragie primitive ou secondaire, blessures des organes voisins : uretère, vessie, rectum. Grâce à l'asepsie, l'opération par l'abdomen est aussi bénigne, sinon plus, que l'intervention par le vagin et je crois pouvoir affirmer que c'est là l'opération de l'avenir.

#### Discussion sur l'hystérectomie abdominale totale.

(Réplique à l'argumentation de Péan et Bouilly).

M. le Dr MONPROFIT (d'Angers). — Je suis très sensible aux arguments qui me sont présentés par M. Péan et par mon cher maître, M. Bouilly ; je suis convaincu qu'entre les mains d'opérateurs d'une habileté aussi universellement reconnue, l'hystérectomie vaginale donne des résultats aussi bons que l'abdominale ; mais j'envisage la question moins au point de vue de l'exérèse totale de l'organe qu'au point de vue de sa conservation. C'est désormais le point qui me paraît avoir la plus grande, et je dirai presque la seule importance : *par quelle voie serai-je le plus sûr de pouvoir conserver la matrice et ses annexes, si cela me paraît possible au cours de l'intervention ?* A cette question, je réponds que pour moi je crois pouvoir mieux conserver la matrice et ses annexes, en état de pouvoir fonctionner, par l'intervention abdominale que par la vaginale ; j'opérerai donc le plus possible par la voie abdominale et tous mes efforts seront dirigés, non vers l'ablation totale, mais vers la conservation de l'organe, si elle est possible.

Les ablations totales de la matrice ne me satisferont jamais autant qu'une conservation de l'appareil génital ; et je crois que nous avons, dans notre légitime recherche des meilleurs procédés opératoires, trop de tendance à mutiler définitivement, avant d'avoir épuisé tous les moyens de conserver. En résumé, la laparotomie me paraît pouvoir se prêter, mieux que la colpotomie, à la conservation, et c'est pour cela que j'y ai plus volontiers recours, sans vouloir aucunement prétendre que d'autres ne font pas aussi bien par la voie vaginale que nous par l'abdominale. Je prends pour ma règle de conduite la formule suivante : *faire par la voie abdominale tout ce qu'il est possible de faire par cette voie, ne faire par le vagin que ce qu'on ne peut pas faire par l'autre voie.* Nos adversaires peuvent facilement prendre la formule opposée.

#### Discussion sur l'hystérectomie abdominale totale.

M. le Dr PANTALONI (de Marseille), répondant à M. Jonnesco, pense qu'il n'y a qu'une seule méthode opératoire d'hystérectomie abdominale totale basée à la fois sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs et sur le mode de vascularisation de la matrice, c'est la *décortication sous séreuse de la tumeur* ; mais cette méthode comporte des procédés différents suivants les cas :

a) Dans les cas simples, le meilleur est d'aborder la masse par le cul-de-sac postérieur.

b) Dans les cas compliqués, lorsqu'il s'agit de fibromes enclavés et adhérents au Douglas, rendant l'abord de celui-ci long et pénible lorsqu'il s'agit de fibromes avec annexites suppurées adhérentes formant une masse compacte et septique remplissant aussi le Douglas, on peut aborder la matrice par le cul-de-sac antérieur.

Ainsi, on ne perdra pas un temps précieux à trouver le vagin ; on ne se contaminera pas les doigts, dès le début des manœuvres ; enfin, on terminera par la zone septique. Au besoin, on décortiquera en bloc les masses suppurées en passant sous le péritoine, quitte à suturer le lambeau séreux antérieur, c'est-à-dire ce qui reste de péritoine à la face antérieure de la région sacrée et à drainer au-dessous par le vagin. Ce sont là les réflexions qui lui ont été suggérées par 32 opérations avec un seul insuccès depuis deux ans.

#### Double valve abdomino-vaginale pour laparotomie.

M. le Dr A. MONPROFIT (d'Angers). — J'ai l'honneur de présenter au Congrès français de Chirurgie un instrument composé de deux valves, s'appliquant, l'une dans une plaie de laparotomie pour lésions pelviennes, l'autre dans le vagin.

Ces deux valves s'articulent l'une avec l'autre au devant du pubis et tiennent ainsi parfaitement en place, écartant largement la plaie de la laparotomie, éclairant autant qu'il est possible le fond du pelvis et donnant, par suite, une grande facilité pour toutes les manœuvres qui

nécessitent les ablations d'annexes, l'hystérectomie abdominale totale, et la castration abdominale totale.

Il n'est plus nécessaire d'avoir un aide occupé à tenir la valve destinée à écarter la plaie, et d'autre part le pubis maintient l'instrument en place avec beaucoup plus de constance que ne peut le faire la main d'un aide.

L'aide a donc ses deux mains libres pour collaborer avec le chirurgien pour faire les ligatures, compléter l'hémostase, et suturer le vagin et le péritoine au fond du petit bassin.

#### *Castration abdominale totale pour salpingites suppurées.*

M. le Dr MONPROFIT (d'Angers). — Nous avons pratiqué six fois la castration abdominale totale pour affections chroniques des annexes, nécessitant leur ablation. Les résultats immédiats de cette intervention sont excellents ; nos malades ont tous guéri ; les résultats définitifs, au point de vue des phénomènes douloureux, paraissent devoir être beaucoup meilleurs que par l'ablation simple des annexes. Nous employons un manuel opératoire différent, selon la nature des cas : 1° si les tumeurs annexielles sont très volumineuses et cachent en quelque sorte la matrice, nous soulevons d'abord la tumeur salpingienne la plus volumineuse, ensuite la tumeur du côté opposé, et finalement la matrice ; 2° si au contraire la matrice paraît facilement abordable, nous procédons à son ablation de la façon suivante : nous sectionnons les ligaments larges le long du bord utérin, et nous faisons l'hémostase au moyen de pinces hémostatiques ou de pinces à pédicule, selon les cas. Nous traçons ensuite une incision circulaire sur le péritoine, autour de la partie inférieure de la matrice. Nous réduisons ensuite la vessie et nous ouvrons, en premier lieu, le cul-de-sac vaginal antérieur. Nous pinçons alors le col utérin et nous l'extrayons de bas en haut par la brèche faite à la paroi vaginale antérieure. Le vagin est alors sectionné autour du col ; les utérines sont pincées de chaque côté et l'utérus est enlevé. Il est alors généralement assez facile d'extraire les annexes en les décollant de bas en haut. Lorsque les tumeurs salpingiennes sont incluses entre les lames du ligament large, il est utile de sectionner le péritoine au moyen d'un trait de bistouri tiré transversalement au devant de la trompe, sur le bord supérieur du ligament large ; on peut alors faire pénétrer le doigt entre les feuillets du ligament, et énucléer ainsi facilement de haut en bas des tumeurs salpingiennes volumineuses. Nous rappellerons que nous avons indiqué, dès 1888, dans notre thèse sur les *Salpingites et ovarites*, le mécanisme du dédoublement du mésosalpynx et du ligament large, ainsi que le manuel opératoire propre à employer en pareil cas ; nous disions aussi que la grande majorité des poches salpingiennes d'anatomie pathologique a depuis lors été découverte par d'autres auteurs, qui, évidemment, n'avaient pas eu connaissance de notre travail.

Lorsque la trompe et l'ovaire enflammés sont tombés dans le cul-de-sac de Douglas où ils sont devenus adhérents, le décollement se fait plus facilement par la partie postérieure ; en glissant les doigts derrière les annexes, entre elles et le rectum, on arrive à les décoller dans le fond du cul-de-sac de Douglas et on les déroule peu à peu de bas en haut, laissant la face postérieure des ligaments larges et de l'utérus dénudée et saignante. Nous enlevons alors ces annexes et ensuite la matrice. Lorsque l'ablation est terminée, nous procédons à l'hémostase définitive au moyen de ligatures jetées sur les utérines et sur les utéro-ovariennes.

La fermeture du vagin nous paraît indiquée, lorsqu'il ne reste pas une trop large surface avivée. Si l'infection en est à craindre, d'après la nature des lésions, nous laissons le vagin ouvert et établissons un drainage. Lorsque cela est possible, un surjet réunit le péritoine transversalement, d'un bord à l'autre de la cavité pelvienne.

Le nombre de nos cas est encore trop restreint pour que nous établissions un parallèle entre la castration abdominale totale et l'hystérectomie vaginale pour les suppurations pelviennes. Nous croyons

que cette dernière intervention reste toujours une précieuse ressource dans les cas les plus graves. J'ajouterai que toutes les manœuvres sont singulièrement favorisées par l'emploi de ma *valve abdomino-vaginale*, qui assure, d'une façon fixe et constante, l'écartement de la plaie sus-pubienne et l'éclairage du fond du petit bassin.

## REPRODUCTION

### Indications et contre-indications de l'emploi de la créosote dans la phthisie pulmonaire

Par M. le professeur LEMOINE, de Lille.

La créosote est certainement un des meilleurs médicaments que l'on puisse donner aux tuberculeux ; mais ce n'est pas un spécifique de la tuberculose, et si l'on veut conserver à cette substance le prestige dont elle jouit, il ne faut la donner qu'à bon escient. C'est ce que vient d'exposer M. Lemoine dans le *Nord Médical*.

Et d'abord comment agit la créosote ? Si elle n'exerce qu'une légère action, dans le sens antiseptique, sur la vie et la pullulation du bacille de Koch, elle exerce en revanche une action stimulante très-énergique sur l'économie ; elle active la circulation périphérique, augmente les échanges organiques et paraît mettre les cellules humaines en meilleure posture pour la lutte qu'elles ont à soutenir contre les éléments étrangers.

En effet, si l'on donne de la créosote à un malade dans un des cas de tuberculose au début, par exemple, où elle se trouve bien indiquée, on observe au bout d'une quinzaine de jours des changements notables dans l'état général. Les phénomènes subjectifs sont amendés, les maux diminuent, l'amaigrissement s'arrête, le malade mange mieux ; ses couleurs et ses forces reviennent et tout l'organisme paraît en quelque sorte sous l'impulsion d'un coup de fouet qui le stimule et le ramène à la santé. En même temps, du côté du poumon, les symptômes locaux sont moins accusés et la régression des points en voie de ramollissement s'opère.

Tout ce travail se fait grâce à une intensité plus grande des échanges organiques, mais il ne peut continuer à donner de bons résultats que si l'action de la créosote ne dépasse pas une certaine limite. L'écueil pour elle est de développer une véritable congestion inflammatoire autour des points malades du poumon au lieu de produire simplement une congestion légère, sorte de stimulation favorable à la vitalité des cellules animales. Selon la façon dont elle est graduée, l'action de la créosote peut donc se manifester par une légère congestion thérapeutique qui favorise la formation d'une barrière de tissu conjonctif autour des noyaux tuberculeux, puis, leur cicatrisation, ou bien par une congestion très forte qui fatigue le poumon et qui permet son envahissement plus rapide par l'agent infectieux.

Où la créosote stimule d'une façon heureuse ou elle stimule et crée alors un danger. Le talent du médecin est donc de savoir dans quel cas l'emploi de la créosote est indiqué et dans quel cas il est contre-indiqué. Il doit en outre, lorsqu'il utilise ce médicament, graduer les doses de façon à limiter les phénomènes inflammatoires provoqués par la créosote autour des foyers malades.

En outre, on ne doit prescrire que de la créosote de hêtre bien pure ; c'est la seule qui soit tolérée par les voies digestives.

Son goût étant désagréable, on l'a associée à diverses substances. C'est ainsi que Bouchard et Gimbert ont composé un vin créosoté :

Créosote de hêtre.....	13 gr. 50
Alcool de vin à 80°.....	250 gr.
Vin de Malaga.....	q. s. pour 1000

Une ou deux cuillerées à soupe matin et soir :

Ce vin est irritant, il y a avantage à diluer chaque cuillerée dans un verre d'eau.

On a formulé du sirop créosoté :

Créosote de hêtre.....	10 grammes
Alcool de vin à 80°.....	300 —
Sirop de gentiane.....	700 —

Deux à trois cuillerées par jour dans un verre d'eau.

Puis on s'est adressé à l'huile de foie de morue :

Créosote de hêtre.....	1 à 2 grammes
Huile de foie de morue.....	150 —

Deux à quatre cuillerées à bouche par jour.

M. Lemoine emploie volontiers la formule suivante :

Créosote de hêtre.....	6 grammes
Alcool.....	125 —
Sirop de sucre.....	400 —
Vin de Malaga.....	q. s. pour 1000

Deux à quatre cuillerées par jour.

Les malades acceptent assez volontiers cette préparation.

Avec les capsules tout goût disparaît, mais il faut avoir soin, pour éviter l'action irritative de la créosote sur l'estomac quand elle arrive à son contact, de faire prendre ces capsules en mangeant, ou tout au moins en buvant du lait.

Chez les malades dont l'appétit est diminué ou les voies digestives fatiguées, il faut avoir recours aux injections sous-cutanées faites profondément. On se sert pour cela de la solution suivante :

Huile d'olive stérilisée.....	300 grammes
Créosote.....	20 —

On commence par injecter 10 à 20 centimètres cubes contenant par conséquent de 50 centigr. à un gramme de créosote. Cette dose est introduite sous la peau à des intervalles réguliers qui varient de deux à cinq jours. Si le malade supporte bien cette petite dose, on l'augmente et on la répète plus souvent. C'est ainsi qu'on injecte quelquefois de 30 à 50 centimètres cube à chaque fois, c'est-à-dire 2 gr. 50 de créosote.

La créosote s'élimine par les poumons et par les reins ; elle donne à l'haleine une odeur caractéristique qui finit même par imprégner l'appartement du malade : elle agit sur les sécrétions bronchiques dont elle diminue l'abondance et c'est de cette façon qu'elle restreint et tarit à la longue la suppuration dont les bronches et les cavernes sont le siège.

En s'éliminant par les reins, elle communique aux urines une odeur aromatique et les teint en noir dès qu'elle est prise en quantité suffisante ; quand cette coloration devient foncée c'est l'indice que la saturation de l'organisme est complète.

Les indications de la créosote doivent être recherchées dans les différentes phases de la tuberculose, c'est-à-dire au début, au second degré, et lorsqu'il y a des cavernes.

Par *tuberculose au début* il faut entendre les cas où il n'y a encore dans le poumon que des tubercules crus donnant lieu à de l'induration du tissu pulmonaire et se traduisant par les signes physiques suivants : submatité ou matité, augmentation des vibrations thoraciques, expiration prolongée, respiration rude, résonnance de la voix et souvent pectoriloqui aphone.

Au début, dans tous les cas de ce genre, on donnait hardiment de la créosote sans trop se préoccuper des modalités cliniques de chaque cas et tout simplement parce que la tuberculose étant au début, on pensait que la créosote devait facilement la guérir. Actuellement, on est devenu un peu plus circonspect et on distingue, parmi les tuberculeux au début, des malades auxquels la créosote est utile et d'autres chez lesquels elle est contre-indiquée.

Chez les malades qui maigrissent, perdent de l'appétit, ont de la submatité, respiration rude, de l'expiration prolongée, mais ni râles, ni hémoptysies, ni fièvre, on peut donner la créosote. Il y a ici deux raisons pour employer ce médicament : la première, c'est qu'il n'existe pas de congestion péri-tuberculeuse, et la seconde, c'est qu'on se rend

compte par l'amaigrissement que la tuberculose est en voie d'augmentation. La créosote favorisera l'enkystement du foyer malade ; elle créera d'abord autour de lui une petite zone inflammatoire où se fera un afflux considérable de globules blancs qui constitueront les premiers éléments de la transformation de cette zone en tissu conjonctif. Il n'y a guère à craindre que dans ce cas le mouvement congestif médicamenteux soit trop actif, ou s'il le devenait, il serait facile de le restreindre. Au bout d'une quinzaine de jours de traitement, l'action excitante de la créosote porte ses fruits, le malade mange mieux, son teint devient meilleur, ses forces reviennent, il est sur le chemin de l'amélioration.

Mais si en outre des signes que nous avons énumérés, un tuberculeux présente des râles sous-crépitanants autour de la zone indurée, indiquant manifestement qu'il existe de la congestion péri-tuberculeuse et s'il présente de la fièvre, même légère, la contre-indication à l'emploi de la créosote est formelle. Le médicament ne pourrait qu'augmenter la congestion et la fièvre, et peut-être faire apparaître des crachats sanglants. Un mouvement inflammatoire existe autour des tubercules, aussi est-il bon de commencer par l'éteindre d'abord par une médication appropriée, et de ne donner la créosote que lorsqu'on est bien sûr qu'il n'en reste plus de traces.

*Tuberculose au second degré.* — Elle est caractérisée par l'apparition des craquements, signe du ramollissement pulmonaire qui aboutit à la formation des cavernules ; c'est à cette période de la maladie que la créosote peut donner les résultats les plus remarquables.

Si autour du foyer il n'y a ni râles sous-crépitanants, ni souffle, si on n'a pas de signes de congestion, il faut donner immédiatement la créosote et arriver rapidement à une dose élevée. En effet la créosote agit merveilleusement pour cicatrifier un foyer de ramollissement au début lorsqu'il ne présente pas de tendance à s'enflammer et lorsque la partie du poumon qui l'entoure n'est pas encore trop infiltrée par des bacilles tuberculeux, ce résultat est quelquefois atteint assez vite, en deux ou trois mois par exemple, et au bout de ce temps on est bien surpris de trouver simplement de l'obscurité respiratoire là où on avait entendu des craquements.

Si, au contraire, il existe des râles sous-crépitanants fins ou du souffle et si la température monte chaque soir, même seulement à 38° ou 38°5, il vaut mieux s'abstenir de donner de la créosote, car elle provoquerait l'exagération des symptômes de mauvaise nature.

De même on ne doit pas employer la créosote chez les malades qui, présentant un foyer de ramollissement, ont la respiration courte, précipitée, et de la fièvre, sans que l'auscultation donne l'explication de ces symptômes ; dans ces cas en effet il y a presque toujours nouvelle formation de tubercules crus, accompagnée d'un peu de congestion.

En tout cas il ne faut pas s'attendre à voir l'amélioration succéder immédiatement à l'absorption des premières doses de créosote ; ce n'est guère qu'au bout de quinze à vingt jours que les effets heureux se montrent. On entend à ce moment, tout autour du point où siègent les craquements, une respiration un peu plus rude que d'habitude, qui peut devenir soufflante et qui est entremêlée de quelques petits râles fins. Ce sont là les signes d'un mouvement congestif provoqué par la créosote autour du point malade ; il persiste plus ou moins longtemps et disparaît peu à peu pour céder la place aux signes de la respiration normale en même temps que les craquements diminuent de nombre et d'intensité et sont remplacés par de l'obscurité respiratoire.

Cette légère congestion thérapeutique doit toujours être surveillée avec le plus grand soin et si elle a l'air de s'étendre, il est bon de la restreindre soit par l'interruption du traitement créosoté, soit même par l'application de quelques révulsifs. Si on agissait autrement et qu'on la laissât s'éteindre, on courrait le risque de voir la respiration devenir courte et même une hémoptysie se produire.

Il y a une contre-indication de la créosote qui se tire de l'état des voies digestives ; il faut en effet s'abstenir de la prescrire aux tubercu-

leux qui ont de la diarrhée. Règle générale, il ne faut pas faire prendre de la créosote à un malade qui mange peu, car elle est alors mal tolérée ou peu utile. Elle va de pair avec la suralimentation.

*Tuberculose avec cavernes.*— A cette période de la phtisie, la créosote est souvent indiquée, car elle offre le double avantage de permettre à l'organisme, dont elle stimule la vitalité, de lutter contre les agents pathogènes et d'exercer une action énergique sur le développement de tous les microbes de la suppuration. Il n'est pas de médicaments qui réussissent mieux qu'elle à tarir une expectoration abondante ou à en diminuer la fécondité. Cet avantage devient quelquefois un inconvénient, c'est lorsqu'en tarissant les sécrétions bronchiques, la créosote congestionne les régions péri-bronchiques ; le malade ne crache plus, mais il devient oppressé et sa gêne respiratoire est quelquefois si grande qu'il demande qu'on lui rende ses crachats en lui permettant de mieux respirer. C'est là un petit ennui que l'on peut éviter en graduant les doses de la créosote, en se rendant bien compte de la susceptibilité du malade à son action et en surveillant ses effets chaque jour.

Quand les cavernes ne sont pas très étendues et surtout quand la nutrition générale est bonne, la créosote peut amener des améliorations très notables et l'on est souvent surpris de voir sous son action des malades vivre pendant des années malgré des lésions suppuratives.

La créosote est contre-indiquée lorsqu'en même temps que les cavernes, existent de la fièvre hectique et de l'amaigrissement.

“ En résumé, a dit M. Lemoine, ne donnez jamais de la créosote à un malade présentant de la fièvre ou de la congestion, ni à un malade amaigri et sans appétit, ni à celui qui est atteint de fièvre hectique depuis longtemps.

Donnez-en lorsqu'il n'y a pas de fièvre à moins qu'il ne s'agisse d'une légère fièvre de suppuration, comme dans la période de formation des cavernes.

Ne la donnez pas non plus quand les hémoptysies sont habituelles, vous pourriez les réveiller, car les tuberculeux hémoptysiques sont souvent des arthritiques chez lesquels les congestions peuvent se produire presque soudainement. Mais chez tous ces malades où elle est contre-indiquée de prime abord, souvenez-vous que vous pourrez un jour en rendre l'emploi possible, si vous commencez par faire disparaître par une médication appropriée les états pathologiques qui l'ont d'abord contre-indiquée.”

#### Sur les applications nouvelles du courant ondulatoire en thérapeutique électrique

(Note de M. le docteur G. APOSTOLI présentée à l'Académie des Sciences, à Paris, par M. d'ARSONVAL.)

L'appareil à courant sinusoïdal du professeur d'Arsonval permet, par un dispositif très simple, d'obtenir un courant sinusoïdal passant seulement par zéro, sans changement de sens. C'est là un courant ondulatoire d'après M. d'Arsonval.

Le courant ondulatoire, entièrement inédit jusqu'à ce jour en gynécologie, a été l'objet, depuis 1896, de la part du docteur Apostoli, d'une série de recherches nouvelles dont voici l'exposé synthétique.

Le courant ondulatoire justifie pleinement les découvertes physiologiques du professeur d'Arsonval, dérivées de la connaissance de la caractéristique d'excitation neuro musculaire et de ses rapports avec la forme de l'onde électrique.

Il met très bien en relief les propriétés valables des ondes électriques dont il augmente la tolérance et surtout la puissance par les trois caractères suivants :

- Suppression de l'alternance ou du renversement ;
- Conservation de la courbe sinusoïdale ;
- Adjonction du pouvoir électrolytique avec direction polaire constante.

Ainsi, avec une onde électrique non alternante ni renversée,

frappant toujours dans le même sens, associant les effets variables aux effets continus et électrolytiques du courant, variant son voltage, le nombre de ses périodes et par suite son intensité même, suivant la volonté de l'opérateur, on vérifie dans les meilleures conditions les propriétés déjà formulées par le professeur d'Arsonval du courant alternatif sinusoïdal, et on étend même en l'élargissant, le champ d'application thérapeutique de ce dernier.

L'épreuve clinique a été, entre les mains du docteur Apostoli, pleinement confirmative de ces prémisses physiques et physiologiques, et voici les résultats thérapeutiques généraux qu'il a constatés après une expérimentation commencée en 1896 et d'après les réponses faites au total par 145 malades, dont 108 pour la gynécologie seulement.

La présente note ne vise que les réponses seules obtenues en gynécologie ; l'épreuve parallèle que le docteur Apostoli a faite depuis 1896 sur trente-sept malades contre des troubles nerveux, douloureux ou trophiques de nature variée, soit en applications dans l'eau, soit en applications externes, en dehors du bain liquide, n'entrent pas dans ce mémoire.

Le courant ondulatoire a été appliqué au total 1170 fois, avec la collaboration de ses assistants MM. Marques et Laquerrière, du 1er avril au 1er juillet 1897, à 108 malades atteints des affections gynécologiques les plus diverses, sauf les collections purulentes et les néoplasmes malins.

L'application quotidienne, ou tous les deux jours, faite cinq minutes chaque fois, soit exclusivement dans le vagin (786) avec une électrode protégée par la ouate, soit dans l'utérus, dans la cavité cervicale (384 fois), à l'aide d'une électrode nue en platine, le circuit étant toujours fermé sur le ventre par un gâteau de terre glaise, a été constamment d'une innocuité absolue.

La dose moyenne, progressive, très bien tolérée (sans aucune réaction opératoire ou post-opératoire autre qu'une fatigue ou une courbature de courte durée, sans fièvre ni douleur), a varié entre 15 et 25 milliampères ; très rarement elle a atteint 50 milliampères ; la vitesse a oscillé entre 1.800 et 2.500 périodes par minute, et le voltage moyen a été de 15 à 25 volts.

**RÉSULTATS ANATOMIQUES :** Le courant ondulatoire, jusqu'ici sans action appréciable sur le volume des fibromes, aide à la résorption des exsudats péri-utérins et à la libération de leurs adhérences périphériques.

**RÉSULTATS SYMPTOMATIQUES :** *Douleurs intermenstruelles.*—C'est un analgésique puissant qui, par une sorte de massage vibratoire, calme la douleur, l'atténue ou la fait disparaître le plus souvent s'il est assez longtemps continué, sauf dans les tumeurs malignes ou suppurées où, du reste, il n'a pas été appliqué.

Tout-puissant par son application vaginale et surtout intra-cervicale contre les douleurs abdominales, lombaires, inguinales, crurales, sciatiques ou rectales, il conserve toutefois très peu d'efficacité par cette même localisation contre les douleurs ombilicales et épigastriques.

*Dysménorrhée.*— Presque constamment, elle est favorablement influencée et ne tarde même pas à disparaître sous l'influence des applications, soit vaginales, soit intra-cervicales, assez fréquemment répétées et assez voisines de l'apparition des règles.

*Hémorragie.*— Les applications vaginales sont peu ou pas efficaces contre les hémorragies utérines.

Au contraire, lorsque l'électrode métallique est appliquée dans l'utérus, on obtient fréquemment un effet hémostatique, mais à un degré qui paraît encore inférieur à l'action des galvano-caustiques positives.

*Leucorrhée.*— Peu ou pas efficace contre la leucorrhée lorsqu'il est appliqué dans le vagin, ce même courant devient plus actif et présente quelquefois une réelle efficacité contre ce symptôme dans ses applications intra-cervicales.

*Aménorrhée.*— L'application polaire négative du courant ondu-

toire est généralement moins active et moins efficace contre l'aménorrhée que celle du courant continu.

*Constipation.* — Elle a été fréquemment et très favorablement combattue, mais par les applications intra-cervicales seules.

EN RÉSUMÉ : Le courant ondulatoire, en gynécologie, d'une innocuité absolue et d'une tolérance constante, sans action appréciable sur l'évolution des néoplasmes utérins ou annexiels, paraît être jusqu'ici le médicament par excellence de la douleur.

Moins souverain, mais fréquemment efficace quand même contre les hémorragies, contre la leucorrhée et la constipation, il aide encore très favorablement à la résorption des exsudats péri-utérins et il constitue un *analgésique* et un décongestionnant de premier ordre.

Ainsi, le courant ondulatoire est une acquisition précieuse pour la thérapeutique électrique et est destiné, d'après le docteur Apostoli, à prendre une place très importante à côté des autres modes électriques déjà connus.

—Gazette de Gynécologie.

### De l'insomnie et de son traitement

Par le docteur P.-L. LECTOURE.

La nécessité d'un sommeil régulier, pour se maintenir en bonne santé, a été reconnue depuis longtemps par les esprits observateurs, témoin cet aphorisme de l'École de Salerne :

Septem horas dormire sat est juvenique senique.

L'importance du sommeil a été proclamée par tous les physiologistes : le besoin du sommeil, dit Bécлар, est, comme le besoin des aliments, un besoin de conservation (1).

Les hygiénistes ne sont pas moins explicites : pour Michel Lévy "l'influence bienfaisante du sommeil s'étend à toute l'économie, il la retrempe et la régénère" (2).

La privation du sommeil, écrit Arnoud, est un supplice, dont on dit que certains peuples se servent vis-à-vis des condamnés à mort. Ne serait-elle que partielle, qu'elle abrègerait l'existence (3).

L'impossibilité de dormir malgré la volonté qu'on en a, c'est-à-dire l'insomnie, n'est pas moins désastreuse pour la santé. L'insomnie, surtout prolongée, détermine un état habituel d'éréthisme pénible. La sensibilité est exaltée au physique et au moral. Le sujet est anxieux, impatient, agité ; il présente un besoin incessant de mouvement ou d'action, et cependant peu d'énergie ; il est particulièrement accessible aux influences morbides, et prédisposé aux formes adynamiques des maladies.

Ce bilan des méfaits de l'insomnie, dressé de main de maître par le professeur Mayet (4), est vrai, quelle que soit la forme présentée par le sujet : que le sommeil n'arrive qu'après une longue période d'excitation cérébrale, qu'au contraire le réveil survienne après un trop court sommeil, ou bien que le sommeil soit à chaque instant interrompu, les résultats sont sensiblement les mêmes.

Mais si l'insomnie apyrétique a de si fâcheux effets sur l'organisme, combien plus douloureuse, combien plus grave est l'insomnie qui tourmente les malades en proie à la fièvre. Aussi est-elle une indication pressante pour le thérapeute.

La solution de ce problème ne peut être résolue qu'en remontant, pour chaque cas particulier, à l'étiologie. La thérapeutique ne peut être en effet efficace que si elle combat l'élément causal.

Dans son traité, M. le docteur Lyon divise les insomnies en deux classes (5). Dans la première, il range les insomnies qui ont leur source à l'extrémité périphérique des centres nerveux ou dans les centres eux-mêmes ; insomnies dues à la douleur, aux émotions, à la neurasthénie, à l'hygiène, à la folie, aux maladies organiques de l'encéphale. La seconde

comprend les insomnies déterminées par l'abus du thé, du café, de l'alcool, par les maladies infectieuses.

Nous trouvons plus pratique la distinction établie par M. Mayet (1).

Le professeur de Lyon fait une classe distincte pour les insomnies par trouble fonctionnel cérébral ou essentielles.

Quant aux autres insomnies, il les groupe suivant qu'elles sont provoquées par des sensations pénibles, des altérations non toxiques du sang, par une intoxication d'origine interne ou extérieure. C'est cet ordre que nous suivons dans l'exposé du traitement.

*Insomnie par intoxications d'origine extérieure.*— Sous cette étiquette, M. Mayet a rangé les insomnies dues à l'abus du café, du thé, de l'alcool. Pour les combattre, il est incontestable que la suppression du poison est la première mesure qui s'impose, mais elle ne suffit pas et, pendant un certain temps, le sommeil ne peut être récupéré que par l'emploi d'un hypnotique puissant.

*Insomnie par altération non toxique du sang.*— C'est le cas des chlorotiques, des anémiques, des angio-scléreux, des vieillards, chez qui l'apport d'oxygène au cerveau est insuffisant. Il va de soi que l'on instituera, suivant le cas, le traitement de la chlorose ou de l'artériosclérose ; mais en attendant le retour *ad integrum*, si tant est qu'on puisse y arriver, et pour le favoriser, il faudra procurer le repos au malade en combattant l'ischémie cérébrale.

*Insomnie provoquée par des sensations pénibles.*— Dans ce cas, il est évident qu'il faut s'efforcer d'abord de supprimer la douleur par les analgésiques, notamment la morphine, puis d'instituer le traitement propre à l'affection principale (dyspeptiques, cardiaques), en même temps que le sommeil sera rendu grâce à la médication hypnotique.

*Insomnies essentielles.*— Ce sont les plus nombreuses ; elles sont presque la règle chez les névropathes, les neurasthéniques, les hystériques. Mais elles sont aussi le triomphe de la médication hypnotique quand on sait la manier.

Le choix du, ou plutôt, des médicaments est capital.

A cet égard, on ne saurait mieux faire que de suivre la pratique du professeur Grasset qui associe l'hydrate de chloral, le bromure de potassium, l'extrait de jusquiame et celui de chanvre indien (2). Le docteur Lyon donne le même conseil (3).

Mais cette association médicamenteuse est l'essence même du bromidia, de telle sorte que l'opinion de ces savants thérapeutes vient attester une fois de plus la valeur de ce médicament, dont du reste l'éloge n'est plus à faire. C'est l'hypnotique par excellence et les faits de guérison de l'insomnie par son emploi ne se comptent plus.

### Maladies du tube digestif

DR. SOUPAULT Ancien interne des Hôpitaux

*Etude sur la nature et le traitement de la dyspepsie accompagnée d'acné*, par MITOUR. (Thèse de Paris, 1896.)— Il existe fréquemment chez les acnéiques des troubles dyspeptiques assez prononcés. Ces troubles auraient pour substratum chimique l'absence ou la diminution très considérable de l'acide chlorhydrique, en même temps que la présence, en grande quantité, des acides de fermentation. Les troubles subjectifs consistent en une diminution de l'appétit, en des malaises, pesanteur et ballonnement d'estomac éclatant très peu de temps après le repas et s'accompagnant d'un sentiment de torpeur et de somnolence invincible. Après trois ou quatre heures, la scène change, il se montre du pyrosis avec sensation de brûlure profonde et douleurs très intenses. Elles s'accompagnent d'éruclation, de régurgitations ayant une odeur fermentée, enfin de vomissements glaireux ou alimentaires. On note assez souvent de la fétidité de l'haleine. La constipation ou les alternatives de diarrhée et de constipation s'associent fréquemment aux troubles gastriques.

(1) MAYET. Loc. cit., p. 378.

(2) GRASSET. *Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes*, p. 171.

(3) LYON. Loc. cit. p. 666.

(1) BÉCLARD. *Physiologie, humaine*, t. II, p. 1073.

(2) M. LÉVY. *Traité d'hygiène publique et privée*, t. II, p. 273.

(3) ARNOUD. *Nouveaux éléments d'hygiène*, p. 662.

(4) MAYET. *Traité de diagnostic médicale et de séméiologie*, t. I, p. 377.

(5) LYON. *Traité élémentaire de clinique thérapeutique*, p. 615.

*Traitement.*—Le régime doit être d'abord l'objet des soins du médecin. Les repas ne seront pas trop copieux ; ils seront légers et fréquents. On recommande au malade de bien mâcher ses aliments : on lui conseillera les préparations culinaires de digestion facile : hâchis, purée, etc. Certains aliments seront sévèrement proscrits : le pain, les viandes faisandées, la charcuterie, les poissons conservés, les pâtisseries sucrées, les fromages acides, le beurre, les graisses.

Les liquides seront peu abondants pendant le repas : la meilleure boisson est l'eau pure ; on peut permettre aussi le vin coupé de beaucoup d'eau, les bières non alcoolisées, le thé et le café léger. Le lait est mal toléré.

Le traitement médicamenteux doit remplir plusieurs indications :

a) *Exciter la sécrétion chlorhydrique.* On donnera avant le repas. les poudre de bicarbonate de soude, de sulfate de soude et de potasse à très petite dose ; l'ipéca, la poudre de Dower, le condurango.—b) *Exciter la tunique musculaire de l'estomac.* On prescrira après chaque repas de la teinture de noix vomiques. — c) *Pour combattre les fermentations,* on emploiera les antiseptiques : naphтол, benzo-naphтол-bétol, salicylate de bismuth. M. A. Robin recommande le fluorure d'ammonium selon la formule suivante :

Fluorure d'ammonium..... 1 gramme  
Eau distillée..... 300 —

Une cuillerée à soupe à la fin des repas.

S'il existe de la constipation et des fermentations intestinales, sulfate de soude, et calomel.

Les moyens physiques ne sont pas à dédaigner ; l'hydrothérapie, le massage de l'estomac, le lavage de l'estomac, enfin l'électrisation donneront dans certains cas de bons résultats.

*Revue de Thérapeutique*

#### Traitement de la méningite cérébrospinale épidémique par des injections sous-cutanées de sublimé

Un confrère hongrois, M. le docteur B. Angyan (de Budapest), a eu l'occasion de traiter par le bichlorure de mercure en injections hypodermiques et par l'application de vessies de glace sur la tête 27 cas de méningite cérébrospinale, dont 19 se sont terminés par la guérison, résultat qui plaide incontestablement en faveur de la méthode

Les malades de M. Angyan étaient âgés de trois à trente ans. Les injections étaient pratiquées chaque jour au voisinage de la colonne vertébrale, à la dose de 0 gramme 01 centigramme, chez les adultes et de 0 gramme, 0005 décimilligrammes, à 0 gramme 005 milligrammes, chez les enfants. On les continuait jusqu'à cessation complète de la fièvre, de la céphalalgie, de la rachialgie et de la raideur de la nuque.

Dans les cas terminés par la guérison, le nombre des injections a varié de 4 à 24. Ce traitement a été bien supporté, et chez un malade seulement on a noté un peu de salivation, d'ailleurs passagère, après la quatorzième injection. Dès la seconde ou la troisième piqûre, l'excitation se calmait et la céphalalgie s'amendait au point que les patients pouvaient s'endormir. Après cinq ou six autres injections la conscience était complètement rétablie et enfin, sous l'influence de quelques injections ultérieures, la raideur cervicale et la fièvre diminuaient à leur tour pour se dissiper ensuite progressivement.

### FORMULAIRE

#### Formules pour l'administration de l'iodoforme aux phtisiques

M. E. DE RENZI.

Iodoforme..... 2 grammes.  
Tannin..... 4 —

Mélez et divisez en quarante cachets. — A prendre : deux à quatre cachets par jour.

Iodoforme..... 2 grammes  
Naphtaline..... 2 à 4 —

Mélez et divisez en quarante cachets. — A prendre : deux à quatre cachets par jour.

La première formule est destinée aux tuberculeux qui présentent de la diarrhée, tandis que la seconde doit être employée chez les phtisiques ayant de la tendance à la constipation.

D'après les observations de M. De Renzi, l'iodoforme est généralement très bien toléré par les tuberculeux. Administré comme il est indiqué ci-dessus, c'est à-dire à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 centigrammes par jour, il amènerait la toux, diminuerait l'expectoration et calmerait remarquablement l'éréthisme nerveux spécial aux tuberculeux.

#### Sur la manière d'administrer l'huile de foie de morue.

(BRICEMORET.)

Huile de foie de morue..... 400 grammes.  
Sirop de baume de Tolu..... 200 —  
Teinture de tolu..... XII gouttes.  
Essence de girofle..... II —

Ne pas émulsionner ; au moment de l'emploi, agiter vigoureusement le mélange, dont on administre une cuillerée à bouche 2 à 3 fois par jour. De cette manière, le goût seul du sirop aromatisé persiste après l'ingestion.

### CORRESPONDANCE

Montmagny, 6 nov. 1897.

Monsieur l'éditeur,

Les sociétés de bienfaisance et de secours mutuels s'agitent de ce temps-ci, et critiquent d'une manière acerbe l'attitude prise par le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province au sujet des médecins des Loges. Les officiers de ces diverses sociétés convoquent des réunions spéciales, passent des résolutions, et s'organisent pour la grande lutte qu'ils veulent livrer aux médecins, devant le comité des bills privés de l'assemblée législative, à sa prochaine réunion.

Quelle conduite suivra la presse médicale de la province en face de la singulière provocation des loges et quelle position prendra la Société Médicale de Québec ? Nous croyons que nous aurions tort de rester indifférents en cette occurrence. La conduite du Collège des Médecins au sujet des membres de la faculté qui tolèrent et subissent le joug des Sociétés de Bienfaisance, est sage et raisonnable et nous l'approuvons cordialement. Mais nous croyons que ces lois qui émanent de nos gouverneurs ne pourront avoir d'effet que lorsqu'elles auront reçu la sanction du gouvernement, et si le collège est réellement désireux de faire insérer ce règlement disciplinaire dans les statuts, il faut qu'il s'efforce de faire comprendre à nos législateurs que toute la faculté médicale demande cette importante réforme. Si nous jetons, aujourd'hui un cri d'alarme, c'est que nous connaissons quelques uns de nos confrères qui sont disposés à combattre avec les loges pour le maintien de l'état de choses actuel. Cette conduite de la part de ces médecins est un danger pour la profession, mais nous espérons que l'attitude de la presse et des sociétés médicales saura rappeler ces membres à la dignité et au devoir, sans que le Collège des Gouverneurs soit forcé d'intervenir.

Les règlements des sociétés de bienfaisance au sujet des médecins de ces sociétés sont ridicules et arbitraires. Nous les avons tolérés trop longtemps, et puisque le Bureau des Gouverneurs veut bien nous protéger, nous devons l'appuyer de toutes nos forces.

Dans une prochaine correspondance nous parlerons des règlements des Loges.

Je demeure, M. l'éditeur  
Votre tout dévoué,

DR. J. G. PARADIS.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Le médecin d'assurance sur la vie

Conférence donnée par M. le Dr. J. P. BOULET, devant la SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC à sa séance du 11 novembre 1897.

M. le président,

Messieurs,

Deux raisons principales m'ont fait adopter ce sujet pour la conférence de ce soir :

D'abord, et, c'est pour moi un motif d'ordre supérieur, je me sens pour le traiter plus de compétence que pour tout autre. En second lieu, c'est un sujet relativement nouveau, puisqu'au grand regret des compagnies qui font ce genre d'affaires, c'est à peine s'il est entré dans l'enseignement de quelques universités. Quiconque veut embrasser cette carrière, exercer cette spécialité, doit encore en acquérir les aptitudes à ses propres dépens et, aussi un peu, pour ne pas dire beaucoup, aux dépens de ceux qui l'emploient.

Il y aurait peut-être encore une troisième raison, d'ordre inférieur, il est vrai, en faveur de mon choix. C'est que les compagnies d'assurance sur la vie, dont l'extension se fait tous les jours plus grande, déversent, chaque année, des millions, le mot n'est pas trop fort, pour examens médicaux. Or, vous le savez tout aussi bien que moi, le *struggle for life* devient, chaque jour, de plus en plus difficile. Serait-il sage, de la part du médecin, de se priver d'un moyen très légitime de gagner sa vie et celle de sa famille, en négligeant de se rendre apte à prendre sa part du gâteau que lui offrent les compagnies d'assurance sur la vie ? Je ne le crois pas, et c'est pour cela que j'ai pensé être utile à quelques-uns d'entre vous en abordant ce sujet devant la Société médicale de Québec.

Certes je ne l'ignore pas, l'assurance sur la vie est un sujet qui ne saurait être traité d'une manière convenable en quelques pages seulement. Son importance est devenue telle aujourd'hui que plusieurs volumes suffiraient à peine pour l'épuiser. Mais, mon intention, ce soir, n'est autre que de vous exposer, sommairement, la routine de chaque jour, les principaux devoirs du médecin examinateur envers les compagnies qui l'emploient, envers les agents de ces compagnies, envers les postulants d'assurance.

J'avertis tout de suite que cette étude est faite en vue des jeunes seulement. Quant aux plus anciens qui sont déjà au fait de tout ce que je pourrai dire, ils voudront bien, je l'espère, me pardonner si je ne leur apprend rien de nouveau.

Répondons d'abord, en peu de mots, à cette question : Qu'est-ce que l'assurance sur la vie ?

C'est un contrat entre l'assureur et l'assuré en vertu duquel le premier s'engage à payer soit à la mort du second, soit, même durant sa vie, à une époque fixée d'avance, une certaine somme d'argent, à certaines conditions. Parmi ces conditions est celle d'avoir des chances au moins moyennes de longévité. Or, il n'y a que le médecin qui puisse apprécier plus ou moins exactement ces chances de longue vie, d'où la nécessité de son intervention.

Dans les premiers jours de ce genre d'affaires, les postulants devaient, non seulement subir un examen médical, mais en outre se présenter en personnes devant les directeurs de la compagnie, afin que ceux-ci pussent les juger d'après leur apparence physique. Mais aujourd'hui, où tout marche par la vapeur et l'électricité, ce mode de procéder n'est plus de mise. Les compagnies sont bien obligées de se contenter du rapport médical et dans la presque totalité des cas, elles ne verront jamais l'assuré. Il s'en suit nécessairement que la responsabilité de l'examineur s'accroît en proportion de la confiance que l'on doit mettre en lui.

J'ai prononcé le mot de responsabilité. En effet, l'examen d'un candidat à l'assurance n'est pas une pure formalité et une chose banale. Au contraire c'est très sérieux et si le médecin néglige de suivre scrupuleusement les instructions qui lui sont données par les compagnies et que par sa faute celles-ci font des pertes qui auraient pu être évitées, il est responsable des dommages encourus et pourrait être tenu de restituer.

J'entre maintenant dans le vif du sujet.

I. — *Qualités requises de la part du médecin examinateur* : — En premier lieu, il doit avoir la science et l'expérience suffisantes. Non seulement il doit être expert en diagnostic physique, afin de découvrir si le candidat est atteint ou non de quelque maladie latente, mais il doit avoir, en outre, assez de discernement pour apprécier les chances de longévité. Des sujets de toutes sortes sont présentés au médecin. Quelques uns semblent être l'image de la santé elle-même, qui, cependant, ne sont guère assurables, si ce n'est pour une courte période. Ils sont peut être obèses ou pléthoriques et par suite exposés aux dégénérescences ou à l'apoplexie. D'autres, au contraire, paient moins de mine, mais sont pourtant de meilleurs sujets, mieux armés contre la maladie, moins exposés aux surprises. Il y a des gens qui n'ont jamais été malades ou qui, du moins l'affirment, mais qui sont peut-être à la veille de l'être plus ou moins gravement. D'autres ont parfois été atteints d'une ou même de plusieurs maladies, plus ou moins graves, mais le temps a remis les choses à leur point et nulle trace ne reste plus des troubles causés par ces maladies. Tous les faits doivent être pris en sérieuse considération et appréciés à leur juste valeur selon le genre d'assurance sollicité.

En effet, il y a plusieurs modes d'assurance sur la vie. Je ne saurais vous les expliquer tous en leur détail car ils sont presque innombrables. Du reste, cette étude sortirait du cadre que je me suis tracé. Chaque compagnie à ses systèmes divers, mais je crois que, d'une manière générale, on peut les ranger tous en deux grandes classes : 1° Ceux, dits de la vie entière, qui n'engagent l'assuré qu'à de petits versements annuels, mais, d'ordinaire, durant toute la vie ; 2° Ceux à terme fixe, dont les versements plus forts n'embrassent qu'une période déterminée d'avance, dix, quinze ou vingt ans.

Il est clair que moins onéieuses sont les conditions pour l'assuré, meilleures doivent être ses chances de vivre longtemps et *vice-versa*.

C'est au médecin examinateur de diagnostiquer tous ces cas et ce n'est pas toujours une mince besogne. Il lui reste, cependant, une ressource très précieuse qu'il peut utiliser avec avantage, au grand soulagement de sa conscience, dans les cas douteux. C'est de consigner minutieusement et clairement tous les faits dans son rapport et de laisser juges les directeurs de la compagnie. Ceux-ci sont en général les hommes les plus experts en la matière et se trompent rarement en présence d'un rapport bien fait.

Une seconde qualité absolument nécessaire au médecin examinateur est l'*indépendance de caractère* et l'*abnégation*. C'est la vertu par excellence de l'examineur d'assurance. En effet, chaque fois qu'il fait un examen, il se trouve en présence d'intérêts opposés, sans compter les siens propres. Il a d'abord devant lui le candidat qui pour plusieurs raisons n'aime pas à être refusé, quand même il ne tient guère à s'assurer, et, tout à côté, l'agent qui tient mordicus à ce que son homme soit accepté. Vous le comprenez, il y a là pour lui une question de gain ou de non-gain et vous savez tous ce que cela signifie aujourd'hui en affaires.

D'autre part, la compagnie qui vous emploie et vous paie pour lui dire la vérité n'aime pas non plus à accepter pour excellents des risques d'une valeur douteuse. Sans doute, il faut s'efforcer d'être juste envers tout le monde : il ne faut pas infliger la mauvaise note d'un refus à un postulant qui ne la mérite pas, ni faire perdre à l'agent la rétribution légitime due à son travail, mais il faut savoir que les risques assumés par la compagnie sont plus grands et lui donner le bénéfice du doute quand il y a lieu. Il se présentera quelquefois des cas qui vous mettront dans le plus grand embarras.

Dans ces cas, l'examineur devra posséder un grand fonds d'indépendance et de fermeté pour ne pas se laisser vaincre par les dolé-

ances et les objurgations soit du postulant, soit de l'agent dont les intérêts se trouveront lésés. Il lui faudra, en plus, beaucoup d'abnégation et d'amour du devoir. En effet, il est presque certain, si l'agent est un peu âpre au gain, si, de plus, il se trouve dans la même localité un autre examinateur de la même compagnie, réputé plus facile, il est presque certain dis-je que, pour peu que sa fidélité se soutienne, il sera bientôt délaissé par l'agent mécontent. C'est une perte qu'il subira injustement, mais dont la satisfaction d'avoir rempli son devoir devra le consoler.

Enfin, une qualité très appréciée chez l'examineur est la promptitude à répondre soit aux appels des agents soit aux demandes d'éclaircissements qui viennent quelquefois de la part des compagnies. Naturellement tout retard est susceptible d'entraîner des pertes soit pour l'agent soit pour la compagnie, ce qu'il faut éviter autant que possible.

II.—*Conduite envers le postulant.* — Le postulant d'assurance est quelquefois un malade, mais ce n'est pas un malade ordinaire. Celui-ci s'adresse à vous comme à un ami dont il attend consolation et guérison. Il répond volontiers à toutes vos questions, souvent avec un luxe de détails dont vous n'avez que faire. Il en est, même, qui exagèrent à dessein leurs souffrances, sans doute pour exciter davantage votre commisération. Le postulant d'assurance, au contraire, prétend bien jouir d'une excellente santé. Il vous regarde comme un juge dont il doit se défier. S'il y a point faible, chez lui il sera réticent, ne répondra qu'à demi à vos interrogations, cherchera à atténuer autant que possible les mauvaises notes qu'il redoute.

Dès qu'il vous est présenté, il faut tâcher de le rassurer, le mettre à l'aise par des manières engageantes. Ne prenez jamais un air solennel avec lui, vous le rebutez du coup et le mettriez inutilement sur la défensive. Ayez plutôt l'air de prendre son parti et faites lui entendre que si vous tenez à la précision des réponses c'est son propre intérêt autant, si non plus, que celui de la compagnie que vous recherchez. Il y a, du reste, une certaine manière habile, variable à l'infini, de questionner les candidats, manière qui désarme la plupart d'entre eux, vous gagne leur confiance et les dispose à vous ouvrir plus franchement leur cœur.

Il en est, toutefois, quelques-uns à qui certains agents ont peut-être fait la langue et qui viennent avec l'intention bien arrêtée de vous tromper. Il ne faut pas trop vous effrayer à cette pensée. Un peu de coup d'œil et d'expérience vous permettront de les reconnaître le plus souvent. D'ordinaire, ces candidats sont très loquaces, très enclins à vanter outre mesure leur excellente santé et leurs qualités supérieures comme assurés. Il faut alors redoubler de vigilance et d'habileté dans la manière de questionner. En y mettant le soin voulu, il est assez rare qu'on se méprenne tout à fait sur la véracité d'un homme. Sa contenance, le ton de sa voix, mille et une circonstances, viendront à votre secours.

III.—*Conduite envers les agents.* — L'agent doit pouvoir compter sur votre assistance dans les efforts qu'il fait pour grossir le chiffre de ses affaires. Vous l'aidez par votre promptitude à répondre à ses appels, et, quelquefois aussi, une parole dite à propos contribuera beaucoup à décider les hésitants. S'il vous communique le nom d'une personne qu'il poursuit de ses obsessions, en vue de l'assurer, vous lui devez un secret inviolable. Une indiscretion pourrait donner l'éveil à un autre agent et faire perdre au premier le fruit d'un long et pénible labeur.

Si vous examinez pour plusieurs compagnies, gardez la plus stricte impartialité envers les divers agents, vous conduisant avec chacun d'eux comme si vous n'aviez affaire qu'à lui seul.

Mais tout en étant poli et serviable envers tous les agents, il faut bien garder son indépendance à leur égard et ne pas s'en laisser imposer par les airs protecteurs de quelques-uns d'entre eux. Surtout, ne permettez jamais à un agent d'assister à l'examen de son client. L'intérêt pourrait le faire intervenir d'une manière désastreuse pour la vérité et la justice. Il faut l'inviter à se tenir à l'écart.

Ici peuvent se placer deux ou trois questions qui ne sont pas dépourvues de toute importance en pratique :

1° *Le médecin peut-il abandonner à l'agent partie de ses honoraires pour l'engager à s'adresser à lui de préférence pour les examens ?*

Si l'agent ne vient au médecin que pour la seule considération d'une petite commission à percevoir, il n'y a peut-être là rien d'immoral. Mais s'il y avait en sus espoir de quelque relâchement dans la sévérité des examens il n'y faut pas songer. Du reste, les compagnies n'aiment guère ces associations entre médecin et agent ; elles offrent toujours quelque danger.

2° *Le médecin peut-il accepter un pourcentage sur la commission de l'agent quand les risques sont acceptés ?*

Evidemment non car le médecin deviendrait intéressé à l'acceptation du risque ce qui nuirait à son indépendance. En vue d'assurer autant que possible cette indépendance, les compagnies paient le médecin dans tous les cas, que le risque soit accepté ou non ; elles verraient donc d'un très mauvais œil un médecin recevant une telle commission. Du reste une semblable conduite ferait naître à son égard un soupçon qui serait une tache que tout homme d'honneur doit éviter avec le plus grand soin.

3° *Le médecin peut-il se faire agent et proposer lui-même des candidats à l'assurance ?*

Oui, sans aucun doute, bien que l'idée de mercantilisme répugne quelque peu (bien que de moins en moins de nos jours) à la dignité du médecin, mais c'est à une condition : c'est que vous ne soyez pas en même temps agent et examinateur. Vous devrez alors faire examiner votre risque par un autre, non intéressé à la transaction.

Il en est de même, je crois, quand vous êtes appelé à examiner l'un de vos proches, surtout si le risque n'est pas absolument de première classe ; vous agirez sagement et dignement en vous refusant.

IV.—*Conduite envers les compagnies.*—Les rapports directs entre les compagnies et leurs médecins examinateurs ne sont pas d'occurrence très fréquente, tout au contraire. De loin en loin, vous recevrez peut-être la visite d'un inspecteur en quête de renseignements sur la valeur des assurés de la compagnie dans votre localité, ou pour un cas particulier. Ou bien, l'on vous transmettra de temps en temps des instructions quant à la manière de conduire vos examens.

Mais, le plus souvent, l'on vous écrira pour demander des éclaircissements au sujet d'un de vos rapports. Celui-ci manque peut-être de clarté en certain point. Tel fait y consigné ne concorde pas, avec des informations reçues d'autre part et l'on veut savoir ce qu'il en est. Car, il ne faut pas l'ignorer, les compagnies d'assurance sur la vie sont aujourd'hui puissamment armées contre les fausses déclarations et les omissions de toutes sortes d'un nombre incalculable de postulants.

Vous aurez examiné une personne que vous croyez connaître passablement, sans être intime avec elle. Vous vous êtes fié à ses déclarations et vous l'avez recommandée sans restriction. Cependant, peu de jours après la signature de votre rapport vous recevrez une lettre ayant cette signification : "M. Un tel vous a déclaré telle ou telle chose, durant son examen, mais nous avons raison de croire que cette déclaration n'est pas exacte. Veuillez donc vous enquérir au sujet de tel ou tel fait et faire rapport au plus tôt."

Vous serez probablement étonné de recevoir pareille communication mais, bien souvent, vous serez encore plus surpris, après enquête, de constater que la compagnie dont le siège est situé à plusieurs centaines de milles et dont aucun des officiers n'a jamais vu le postulant en question, en sait plus long que vous à son sujet, que vous qui demeurez presque à sa porte et qui avez eu l'occasion de le rencontrer plus ou moins souvent. Toutefois, il ne s'en suit pas que ces renseignements obtenus par les compagnies soient toujours exempts d'erreur, non sans doute, et c'est pour cela que l'on vous demande de faire enquête ; mais, je ne crains pas de l'affirmer, ils sont le plus souvent conformes à la vérité.

On vous écrira peut-être encore pour d'autres objets, pour savoir

par exemple ce qu'est devenu tel ou tel sujet que vous avez examiné, il y a quinze ans et qui a été refusé ; ou bien encore, si vous avez réussi à vous assurer la confiance de la compagnie, pour connaître ce que vous pensez de tel ou tel de vos confrères, quant à ses aptitudes comme examinateur d'assurance et à la confiance que l'on peut reposer en lui.

Toutes ces enquêtes sont fort délicates et fort désagréables à conduire. Elles constituent, en plus, un surcroît d'ouvrage sans rémunération spéciale. Mais il faut s'y prêter de bonne grâce et avec toute la promptitude possible, si l'on veut gagner la confiance des compagnies qui nous honorent de ces questions. Du reste, il ne faut pas l'oublier, les compagnies paient si ponctuellement les services ordinaires que nous sommes appelés à leur rendre, qu'il serait mesquin, de notre part, de leur refuser une information dont elles ont besoin.

Il y a un autre genre de renseignements que les compagnies désirent beaucoup recevoir de leurs médecins. Il arrive quelquefois qu'on vous présente un individu que vous savez d'avance n'être pas assurable. Inutile alors de procéder à l'examen. Ou bien encore vous avez de justes raisons de suspecter la véracité d'un candidat. C'est alors votre devoir de communiquer ces faits aux officiers de la compagnie qui vous garderont le secret le plus absolu.

V. — *Un défaut de la plupart des compagnies.* — A mon sens, il existe une contradiction flagrante et nuisible aux intérêts des compagnies d'assurance entre certaines instructions données au médecin et à l'agent. Ainsi, le médecin doit faire son examen *privément*, hors de la présence de l'agent. Mais, une fois rédigé, le rapport est remis *ouvert* à l'agent pour être par lui transmis à la compagnie. Pourquoi cela ? Si l'agent ne doit pas être présent à l'examen, est-il logique qu'il puisse ensuite lire le rapport médical, l'apprécier, le faire lire au postulant etc. ? Si le rapport n'est pas favorable, les intéressés savent tout de suite d'où vient leur déconvenue. Il est, en outre, des candidats qui ont à confesser des choses qu'ils dévoileront volontiers au médecin mais à nul autre. Il préféreront renoncer à l'assurance, ou bien ils seront tentés de faire de fausses déclarations. Également, cela nuit à l'indépendance du médecin qui n'aime jamais se mettre les gens à dos. Pourquoi ne pas se faire adresser le rapport directement par le médecin lui-même ? ou bien exiger qu'il soit dans tous les cas remis *scellé* à l'agent ?

Il est vrai que cette ressource existe quand le candidat l'exige, mais cela déroge à la routine ordinaire et peut faire naître des soupçons. Reste une lettre privée à la compagnie, mais c'est une corvée pour quiconque est très occupé.

VI. — *Comment procéder à un examen ?* — Choisissez autant que possible un endroit tranquille, loin des bruits de la rue. A Québec le bureau de la compagnie est, d'ordinaire, un endroit impossible, situé qu'il est toujours à la basse ville où des bruits de toutes sortes se font entendre tout le long du jour. Le domicile du candidat est souvent un lieu assez propice et n'est pas sans offrir quelques avantages. D'un autre côté, l'on n'y est parfois exposé à se voir entouré des autres membres de la famille, ce qui nuit à l'examen. Pour ma part, je préfère de beaucoup mon cabinet de consultations où je puis avoir toute la tranquillité désirable.

Une fois commencé, l'examen doit être conduit avec méthode. Il n'est pas nécessaire de suivre exactement l'ordre adopté dans la formule d'examen. L'essentiel est de répondre à toutes les questions.

En général, je commence par les questions les moins importantes, comme le nom du candidat, son âge, son adresse, son signalement, s'il est déjà assuré etc, de manière à ne pas l'effrayer dès le début. Puis je passe à l'examen successif de toutes les fonctions et de tous les organes, en adoptant autant que possible le questionnaire de la compagnie et donnant les explications nécessaires s'il arrive que certaines questions ne soient pas comprises. Je fais de même pour les réponses qui très souvent laissent beaucoup à désirer, je tâche de les élucider le mieux possible.

Il est de la plus haute importance de bien établir les antécédents personnels du postulant. Souvent, il vous dira qu'il n'a jamais été malade ; n'en insistez pas moins pour repasser avec lui la longue liste des infirmités humaines que toute formule d'examen renferme invariablement. De temps en temps, vous trouverez que celui qui déclarait avec le plus d'aplomb qu'il n'avait jamais été malade, avait cependant été, sinon malade dans le sens ordinaire du mot, mais du moins sujet à certains états qui sont quelquefois les signes avant-coureurs de la maladie. Il a peut-être eu des vertiges, des épistaxis, de l'œdème aux pieds, aux mains ou aux paupières, un évanouissement ou un crachat sanglant dans sa vie. Tout cela est passé plus ou moins inaperçu pour lui, mais quand vous lui en parlez il s'en rappelle et vous répond en conséquence, s'il est honnête. Dans ce cas, il faut s'assurer aussi exactement que possible des faits afin de pouvoir en apprécier la portée. Ainsi, ce crachat sanglant peut être survenu immédiatement après une épistaxis plus ou moins abondante, il n'a aucune importance. Au contraire, il s'est produit sans cause appréciable, alors il faut se défier et examiner le poumon avec un soin extrême. Du reste aucune compagnie n'accepte un postulant qui a craché du sang, à moins que plusieurs années ne se soient écoulées depuis. L'épistaxis d'origine traumatique ne porte pas à conséquence ; mais si elle se répète plus ou moins souvent, à propos de rien, elle est peut-être un signe d'albuminurie. Un léger écoulement par l'oreille peut très bien n'avoir aucunement éveillé l'attention du candidat ; cependant nous savons tous que cette affection, légère en apparence, peut entraîner des conséquences funestes.

Sans doute il faut être en éveil durant tout l'examen, mais il y a deux moments où l'on doit l'être d'avantage, parce que la plupart des postulants et les agents surtout, connaissent mieux la portée des réponses qui seront alors données. C'est lorsqu'il s'agit de dresser le record de la famille et d'établir quelles sont les habitudes du postulant relativement à l'usage des boissons fermentées.

Presque tous les candidats savent ou s'ils ne le savent pas l'agent a soin de leur apprendre, qu'une ou plusieurs morts par consommation dans une famille constituent une fort mauvaise note en assurance. Aussi, ne manquent-ils jamais, le cas échéant, de vous avertir que leur parent n'est pas mort de phtisie *héréditaire* mais uniquement de phtisie *acquise*. Il jouissait d'une santé exemplaire mais des circonstances et des travaux excessivement pénibles ont provoqué l'explosion de la terrible maladie. Il n'y a pas de mal, je crois, à leur accorder cette consolation et à ajouter ce qualificatif, car je suis convaincu que les compagnies font peu d'attention à l'adjectif et ne voient que le substantif. Acquis ou non c'est toujours la phtisie. Dans ces cas, et dans beaucoup d'autres où la cause de la mort n'est pas clairement établie, il faut tâcher de recueillir tous les faits, de les noter succinctement et de laisser la compagnie juger par elle-même.

Il arrive très fréquemment que des postulants soient très peu au fait touchant la cause de la mort de leurs parents, surtout quand ces morts sont arrivées depuis un certain temps. Il faut alors les questionner minutieusement sur les symptômes et la durée de la maladie et tâcher de faire vous-même un diagnostic rétrospectif. Ce n'est pas toujours facile mais il faut le tenter.

Une des causes les plus fréquentes de mort pour nos compatriotes, de la classe peu ou point instruite, est le *chaud et le froid* ou bien encore la *fausse pleurésie*. En présence de pareilles déclarations, surtout si ce chaud et ce froid se sont concertés pendant plusieurs années pour faire languir leur victime, vous n'y voyez pas toujours bien clair, et, la plupart du temps, vous vous épuisez en vains efforts pour arriver à un diagnostic qui ait quelque chance d'être exact. En pareille occurrence il vaut mieux, selon moi, dire tout simplement que la cause de la mort est inconnue plutôt que de spécifier une cause qui n'est peut-être pas du tout la véritable.

Les postulants plus instruits emploient d'autres expressions, pour désigner les maladies qui ont emporté leurs parents. Les uns sont morts

de *vieillesse* à soixante ans, d'autres de *débilité générale* à cinquante ans ; une mère ou une sœur a succombé aux *suites de ses couches*, six, huit, et même douze mois après sa dernière couche ; la mort d'une autre est due au *retour de l'âge*, mais elle a languï pendant un an ou plus avant de s'éteindre. Où est la vérité dans tout cela ? Mystère ! S'en suit-il que l'on cherche toujours à vous tromper ? Je ne le crois pas. J'aime mieux penser que l'on ne sait pas mieux. Mais la besogne n'en est pas moins difficile pour quiconque veut faire tout son devoir.

Passons maintenant à une autre question non moins importante : les habitudes du postulant. Or la principale de ces habitudes est, sans contredit, celle qui se rapporte à l'usage des boissons fermentées, surtout des spiritueux.

À première vue, il vous semblera qu'il est plus facile ici, d'arriver à la vérité puisqu'il s'agit de faits contemporains, personnels au candidat lui-même. Mais il faut toujours compter avec la nature humaine. Peu de personnes se donnent volontiers un certificat d'immoralité. Quelques-uns vous diront plus facilement que leur père est mort des suites de l'intempérance que d'avouer qu'ils font eux-mêmes des excès semblables. De là la difficulté de connaître toujours exactement la vérité sur ce point.

Je crois que l'on peut, assez naturellement, répartir tous les postulants en trois grandes classes, par rapport à l'usage des boissons fermentées : 1° Ceux qui n'en font aucun usage ou qui n'en prennent que rarement et toujours avec modération ; 2° Ceux qui ont des habitudes journalières plus ou moins prononcées ; 3° Ceux qui n'ont pas d'habitudes journalières, mais font la *noce* de temps en temps.

Avec les personnes de la première catégorie, la question est vite réglée. Elles sont abstèmes ou modérées et le déclarent sans hésitation. Leur air de sincérité et leur apparence extérieure vous rassurent aussitôt.

Mais nous voici en présence d'un candidat de la seconde classe. Il prend le *petit coup d'appétit*, généralement des spiritueux, avant chaque repas ; ou bien il boit du vin, ou de la bière à son dîner ; ou bien, encore, il boit tout le long du jour avec un effet plus ou moins prononcé sur son intelligence, sa stabilité corporelle et sa santé.

Les compagnies ne s'objectent pas beaucoup à l'usage modéré du vin et de la bière au repas. Quelques-unes, même, concèdent une certaine quantité de spiritueux, environ trois onces par jour. Mais il en est qui ont l'alcool tellement en horreur qu'elles refusent invariablement tout postulant qui prend le *coup d'appétit*. Vous imaginez facilement ce qu'il arrive à ceux qui prennent cinq, dix, quinze coups, par jour, et plus.

Quant aux noceurs périodiques, ce sont eux que vous démasquerez le plus difficilement, s'ils veulent vous tromper, spécialement lorsque leurs débauches ne surviennent que de loin en loin, une ou deux fois l'année, par exemple. Ils se présentent, généralement, dans un moment où les ravages causés par leur dernière débauche ont eu le temps de se réparer, de sorte qu'ils ont absolument l'apparence de personnes sobres.

Quelques-uns de ces postulants, qui ont horreur des transactions louches, vous diront tout de suite ce qu'il en est, tout en cherchant à vous convaincre que leur santé n'en souffre aucunement. Mais ces cas sont excessivement rares, je n'en ai rencontré qu'un seul en plus de seize ans.

La plupart cherchent à vous endormir, ainsi que leur conscience, avec une moyenne quotidienne ou hebdomadaire. Voici, par exemple, un individu qui une fois par année, je suppose, fait une noce de dix ou douze jours, à raison de trente coups par jour. Cela fait trois cents ou trois cent soixante coups par année, moins d'un coup par jour. À ce compte, il est un homme sobre et pourtant c'est un ivrogne absolument impropre à l'assurance. Il faut se défier de ces gens à *moyenne*.

VII.— *Comment rédiger le rapport ?* — Le plus simplement possible. Les directeurs médicaux n'ont aucun goût pour les fleurs de rhétorique. *Oui, non* telles sont les réponses qui leur conviennent le mieux.

Si, parfois, quelques explications paraissent nécessaires qu'elles soient faites dans les termes les plus clairs et les plus concis. Naturellement, il faut avoir soin de répondre à toutes les questions.

VIII.— *Appréciation du risque.*— Votre examen est terminé ; il ne vous reste plus qu'à apprécier le risque à sa valeur. Le postulant peut-il être assuré sans danger, pour la vie entière, ou, si non, pour quelle période ? Telles sont les questions qu'il s'agit de résoudre. Pour former votre jugement, vous devez considérer attentivement et bien peser tous les faits dévoilés durant l'examen : l'état de santé du candidat, ses antécédents, le record de sa famille, ses habitudes etc. Il ne suffit pas qu'il soit actuellement exempt de maladie, il faut encore, je l'ai déjà dit, qu'il ait des chances sérieuses de *vivre toute sa vie*, si je puis m'exprimer ainsi. Voilà pour la vie entière. Quant aux assurances à terme fixe, surtout si la période est courte et les primes élevées, le risque est moindre pour les compagnies ; aussi sont-elles moins exigeantes sur la qualité des candidats pour ces sortes d'assurance.

Malgré tout le soin que pourrez y mettre, il arrivera parfois, que des sujets que vous avez recommandés soient refusés. Il pourra même se faire, mais beaucoup plus rarement, qu'un candidat que vous n'avez pas recommandé soit accepté. Il ne faut pas vous en étonner. Le directeur médical d'une compagnie ne voit pas le sujet proposé à l'assurance, mais seulement votre rapport. Or il y a peut-être dans ce rapport quelque mauvaise note à laquelle vous n'avez attaché aucune importance, ayant le sujet devant vous, mais qui a sauté aux yeux du médecin en chef. D'autre part la raison de votre refus paraîtra, peut-être, futile en haut lieu, comme le fait est arrivé dernièrement à un médecin des États-Unis. Il avait refusé un risque parce que l'un des ancêtres était mort de cancer, tandis que toutes les autres notes étaient excellentes. À sa grande surprise son homme fut accepté.

Voilà Messieurs, les principales règles qui, selon moi, doivent guider la conduite du médecin examinateur d'assurance sur la vie. J'aurais pu donner à cette étude des développements beaucoup plus considérables mais j'aurais craint de vous fatiguer. et, dans cette crainte, je m'en suis tenu autant que possible aux généralités. Merci pour votre bienveillante attention, malgré l'aridité du sujet.

### Société Médicale de Québec

Jeudi, le 11 novembre, a eu lieu la neuvième séance de la Société Médicale de Québec, sous la présidence de M. le Dr Ahern.

Après la proposition et l'admission des membres suivants : MM. les Drs C. O. Samson et P. A. Drouin, tous deux de Québec, et M. le Dr Labrecque, de St Agapit, M. le Dr J. P. Boulet nous fait lecture d'un travail nouveau et intéressant sur "le médecin et les assurances sur la vie."

Le conférencier est sur un terrain qu'il connaît bien et dont il est le maître, et ce n'est pas à tort que M. le président et ses auditeurs lui offrent leurs remerciements.

Un confrère demande si le médecin de famille doit toujours répondre aux questions des compagnies d'assurance sur les certificats demandés par ces dernières.

M. le Dr Ahern dit qu'il y voit deux positions différentes à prendre : si dans la police que l'appliquant a signée, ce dernier renonce à tout secret professionnel vis-à-vis la compagnie, il n'y a pas de doute le médecin doit parler. Mais si telle condition n'a pas été convenue on doit garder le secret professionnel à moins d'avoir l'autorisation de l'appliquant, tellement que même, lorsque le médecin examinateur se trouve être en même temps le médecin habituel de l'appliquant, il doit baser sa décision sur ses réponses à l'examen et non sur ce qu'il sait par ses rapports médicaux avec cette personne.

Après quelques discussions sur quelques cas de pratique, la séance est ajournée au 9 décembre prochain.

Nous donnerons sur le prochain numéro de *La Revue Médicale* le nom du conférencier et le sujet de la conférence du 9 décembre.

C. R. PAQUIN M. D.

Secrétaire.

## Congres Français de Chirurgie

(Suite)

*Essai sur les ligatures vasculaires dans les tumeurs inopérables et dans certaines infections.*

Par M. le Dr. TUFFIER, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien de la Pitié.

Les faits que je réunis ici constituent un essai de réhabilitation.

Un essai, car ces neuf observations ne forment pas une étude suffisante pour élucider une question aussi vaste ; et une réhabilitation, puisque ces ligatures ont été déjà tentées contre les néoplasmes. Elle n'a d'autre but que d'appeler votre attention sur certaines indications thérapeutiques dont votre pratique jugera l'efficacité. L'idée d'atrophier une tumeur en supprimant l'arrivée des liquides qui la nourrissent, en l'affamant, n'est pas neuve. Pratiquée au commencement du siècle par Maunoir et Travers, elle fut essayée par Mirault et Broca père, en France, Nagel en Allemagne, plus récemment par Baumgartner, Kœhler, 1888, et surtout par les américains ; et Packard en 1895 en publia une étude d'ensemble.

Ces observations sont disparates au point de vue des indications ; je laisse de côté les opérations de ligatures antérieures à la période antiseptique ; les hémorragies secondaires étaient alors la règle et le discredit jeté sur la méthode s'est perpétué depuis. Je crois qu'il faut en rappeler et que les ligatures devenues bénignes peuvent rendre les plus grands services, si elles sont pratiquées dans des cas déterminés. Je diviserai à cet égard les néoplasmes suivant la région qu'ils atteignent. Certaines régions ont une vascularité telle que les ligatures artérielles ne peuvent prétendre à une anémie vraie, et les organes de la face, de la cavité buccale et du pharynx rentrent dans ce cadre ; ils ont une nutrition qui prend sa source dans des vaisseaux trop nombreux. J'ai pu me rendre compte que la ligature simultanée des deux linguales ou des deux carotides externes ne fait pas même pâlir la langue ou la face. Si les gros troncs sont vides de sang, la circulation capillaire continue trop intense pour agir même temporairement sur la nutrition du néoplasme. Il en est tout autrement des organes dont la vascularisation dépend de 1, 2 ou 4 troncs principaux. Les ligatures artérielles amènent alors une atrophie intense de l'organe. A cet égard, j'ai expérimenté sur des viscères à un seul pédicule comme le rein ou la rate, et sur des organes à plusieurs pédicules comme l'utérus. L'atrophie consécutive est manifeste ; mais, en cas de néoplasme, la vascularisation subit une vaso-dilatation énorme et les ligatures artérielles peuvent être alors insuffisantes. Ce sont les observations qui seules peuvent juger cette question. A cet égard, je diviserai les néoplasmes en tumeurs bénignes et malignes. Les tumeurs bénignes ainsi attaquées ne sont guère que les fibromes utérins, dont la nutrition faible et bizarre se prête à ces interventions. Je ne fais que signaler ces faits déjà nombreux dans la science ; j'ai moi-même lié les vaisseaux du ligament large, en 1892, à Beaujon. Il s'agissait d'un fibrome encloué dont l'extirpation me paraissait bien dangereuse, vu l'état cachectique de la malade, que M. Péan avait refusé d'opérer. Faute de pouvoir découvrir l'ovaire, je fis la castration ; d'un côté, et la ligature du ligament large de l'autre. Ma malade vit ses pertes disparaître ; et tous ces accidents ont disparu. Son fibrome a fondu comme dans les cas de castration double.

Les tumeurs malignes, auxquelles je me suis adressé, sont des cancers de la langue et de l'utérus. Les ligatures bilatérales des artères linguales ou carotide externe m'ont donné un succès opératoire parfait, mais des résultats purement palliatifs. Mon premier malade, envoyé à la Maison Dubois par M. Le Dentu, fut nettement amélioré au point de vue des douleurs et de la gêne fonctionnelle, au point qu'il ne doutait pas de sa guérison quand il repartit pour la Guadeloupe ; mais j'avais déjà constaté que l'évolution de la tumeur, entravée d'abord par la ligature, avait repris sa marche envahissante, J'ai répété quatre fois cette opération à la Pitié : deux fois en liant les deux carotides,

deux fois en liant les deux linguales derrière la grande corne de l'os hyoïde. Dans les deux cas, douleurs et hémorragies disparurent pour quelques semaines ; mais la tumeur n'en reprit pas moins son évolution. Je n'aurais pas persisté dans cette voie, si je n'y avais été incité par un succès obtenu dans un cas de cancer utérin. Le succès m'étonna moi-même, au point que je n'ose publier l'observation que seize mois après l'opération. Une femme de 37 ans entra à la Maison Dubois dans l'état le plus lamentable : maigre, cachectique et portant un cancer du col utérin propagé aux parois vaginales. Les lésions sont si manifestes et si étendues qu'on les a jugées inopérables dans le service de MM. Richelet et Pozzi, et je partageais moi-même cette opinion. Cependant, ses douleurs étaient telles que je me regardais comme autorisé à tenter un palliatif quelconque et je fis les ligatures des quatre pédicules utérins par laparotomie. Je fis d'abord l'extirpation d'une salpingite suppurée ; puis je liai les deux utéro-ovariennes au dessus de l'utérus et les deux utérines. A mon grand étonnement, la malade supporta l'opération et ses suites ; le suintement diminua peu à peu ; l'état général s'améliora ; la malade put sortir de l'hôpital. A ce moment, ses lésions étaient très localisées au col. Je fus convaincu que j'avais fait une erreur de diagnostic ; et je gardai ce fait jusqu'au deuxième mois après l'opération où j'examinai de nouveau cette femme à la Pitié. Elle était relativement bien portante et elle portait au niveau du col une tumeur localisée, du volume du pouce, ayant tous les caractères d'un épithélioma. J'enlevai un gros fragment de la tumeur. M. Macaigne, chef du laboratoire des hôpitaux, m'a remis le résultat de son examen, qui conclut à l'épithélioma le plus net.

Cette malade vient de rentrer, sur ma demande, dans mon service dix-sept mois après son opération, où vous pouvez constater l'existence de cette tumeur vraiment momifiée. Je vous livre ce fait sans commentaires. M. Baumgartner en a publié un autre semblable. J'ai pratiqué une seconde fois cette opération, sans pouvoir lier l'artère utérine par voie abdominale. Tenant le milieu entre les tumeurs et les infections, certains états pathologiques, comme la mégalosplénie, seraient justiciables de cette méthode. J'ai étudié à cet égard le manuel opératoire de la ligature de la splénique, et j'ai pu le mettre à exécution dans un cas où des lésions multiples m'empêchèrent de pratiquer cette ligature.

Les ligatures vasculaires ont trouvé leurs indications dans certaines infections. En somme, une infection locale tue un malade parce que les toxines élaborées au niveau du foyer morbide se reproduisent indéfiniment, grâce à l'apport de sang artériel aux bactéries et à la diffusion dans l'organisme des produits bactériens par l'intermédiaire des veines. De là deux espèces d'intervention : l'une ayant pour but de barrer le chemin aux toxines fabriquées par la ligature des veines ; l'autre se proposant d'empêcher l'élaboration des poisons en empêchant le liquide sanguin d'apporter les matériaux de cette élaboration : d'où la ligature artérielle. Les ligatures de la jugulaire interne dans la thrombose des sinus, les ligatures de la saphène en cas de phlébites graves, sont des interventions du premier groupe. Les ligatures artérielles ont été bien moins fréquemment pratiquées.

Le fait le plus curieux que j'ai observé à cet égard est le suivant :

Une jeune femme de 28 ans, à la suite de poussées multiples de furonculose, fut atteinte d'accidents infectieux mal déterminés, et qui aboutirent à un phlegmon périnéphrétique gauche que j'ouvris. Les accidents graves continuèrent et je constatai l'existence d'abcès milliaires multiples du rein. L'état général était si bas qu'il n'y avait pas à songer à une néphrectomie ; mais les accidents étaient tels que je crus devoir intervenir en plaçant une pince à demeure sur le pédicule rénal. Les accidents infectieux tombèrent dès le lendemain ; le rein s'élimina dans la quinzaine par la plaie et je crus un instant ma malade sauvée, quand elle fut prise six semaines plus tard des mêmes accidents du côté du rein droit et elle succomba. De ces faits je ne veux tirer que quelques déductions.

Les ligatures artérielles constituent, avec les procédés actuels de la chirurgie, des moyens inoffensifs ; il serait utile de reprendre leur étude dans le traitement de certains néoplasmes inopérables et dans certaines infections. Les organes ne possédant qu'un petit nombre de pédicules vasculaires sont ceux qui bénéficieront le plus de cette méthode. Certaines tumeurs bénignes, comme les fibromes, peuvent en tirer grand bénéfice, quand nos procédés si perfectionnés d'exérèse seront mis en défaut, ou quand la castration sera contre-indiquée. Les épithéliomas et leurs complications peuvent donner lieu à des indications de ligatures atrophiées, soit pour remédier à des hémorragies ou à des douleurs, soit pour limiter ou entraver l'évolution de la tumeur. Des faits de cancer de l'utérus ont été ainsi améliorés dans des proportions encourageantes. Certaines hypertrophies organiques, comme la mégalosplénie, paraissent justiciables du même procédé.

Les infections localisées peuvent être attaquées dans certains cas par les ligatures vasculaires. Dans les phlébites des sinus et dans certaines infections veineuses du membre inférieur, la ligature du bout cardiaque du vaisseau a donné de bons résultats. L'oblitération vasculaire se propose dans ces cas d'empêcher le déversement continu de produits toxiques dans la circulation générale. Les ligatures artérielles trouvent de même leur indication, quand il est permis d'espérer qu'elles tariront la source même des toxines. Ce sont là sans doute des faits exceptionnels ; mais ils méritent d'être étudiés à nouveau et je crois qu'ils trouveront quelques heureuses applications.

*Compression des circonvolutions motrices par abcès cérébral traumatique.*

M. le Dr MOULONGUET (d'Amiens). Dans un traumatisme du crâne au niveau du pariétal droit, produit par l'angle d'une barre de fer, et qui ne détermina chez le blessé aucun phénomène de commotion cérébrale, il y eut une plaie du cuir chevelu qui fut suturée et traitée comme une plaie simple. Cette plaie guérit en peu de temps, sans que le malade interrompit un seul jour ses occupations et son travail. Cependant au bout d'une quinzaine de jours, le malade ressentit un peu de fièvre et il s'aperçut que son bras gauche remuait moins facilement. Cette faiblesse augmenta progressivement et le malade dut cesser de travailler. Les mouvements de la langue s'embarassèrent et la prononciation devint difficile. Le bras et l'avant-bras gauches exécutaient difficilement les mouvements d'élévation, de flexion et d'extension. La main était fléchie sur l'avant-bras, et le malade ne pouvait redresser le poignet. Le mouvement de supination était impossible. Le malade ne pouvait pas écarter les doigts. La sensibilité était intacte. Bien que la cicatrice du cuir chevelu siégeât en avant des centres moteurs du membre supérieur, j'incisai à son niveau et trouvai un enfoncement d'un fragment osseux complètement détaché. Je pus l'extraire, en agrandissant la brèche cranienne. La dure-mère était déchirée. Il s'écoula aussitôt une bouillie noirâtre, mélangée de pus. Je détergeai le foyer et le drainai.

Dès le lendemain, la fièvre était tombée. L'intégrité des mouvements de la langue et du membre supérieur revint peu à peu. Les interosseux de la main furent les derniers à reprendre leur force complète. Au bout de cinq semaines, le malade put retourner à son travail. Il s'est donc agi d'une compression des circonvolutions motrices assez éloignées du point traumatisé, compression exercée, non par le fragment enfoncé mais par l'abcès consécutif.

*De la suppression de la douleur et du rétablissement précoces de la marche dans le traitement des fractures de la jambe à l'aide des bandes de gutta percha, système Desprez.*

M. le Dr M. DESPREZ, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin. — *Conclusions*, 1° Les bandes perfectionnées de gutta percha (système Desprez) assurent l'immobilité d'une manière absolue et constituent, dans le traitement des fractures des membres spécialement, le moyen le plus efficace de supprimer la douleur ;

2° Tout en faisant disparaître les douleurs occasionnées par le traumatisme et par la mobilité des fragments, ce pansement assure la guérison la plus rapide, dans les conditions les meilleures, si la réduction de la fracture a été bien faite et bien maintenue pendant l'application de l'appareil, qui se fait, du reste, très rapidement ;

3° Le pansement est à peine terminé que la solidité de l'appareil est assez avancée pour ne plus avoir à s'en occuper. Une demi-heure après, le blessé peut être transporté, sans la moindre souffrance dans un véhicule ordinaire ;

4° Ce mode de traitement a de plus l'avantage considérable, dans les fractures de la jambe, de rendre la marche possible de très bonne heure, sans compromettre en rien la consolidation de la fracture ;

5° Appliqué aux tumeurs blanches, ce traitement a le privilège de réduire les tumeurs à leur plus simple expression et d'en rendre possible la résection quand elle est nécessaire ;

6° Dans les grands traumatismes, il est un agent de conservation inappréciable.

*Sur la correction opératoire des scoliozes graves.*

M. le Dr CALOT (de Berck).—Il est bien acquis, pour tous, qu'il y a des scoliozes graves, l'on pourrait dire malignes, qui résistent à tous les traitements qu'on leur opposait jusqu'à ce jour.

C'est pour ces scoliozes à formes graves, que rien ne peut améliorer, que M. Calot propose un traitement analogue à son traitement des gibbosités pottiques ; le redressement sous le chloroforme (à l'aide d'une machine qui réalise et maintient une extension de 100 à 120 kilos sur la colonne vertébrale) ; il a deux machines remplissant les conditions nécessaires, l'une de Mathieu l'autre de Collin.

La correction désirée étant obtenue, on la maintient avec un grand appareil plâtré, embrassant le tronc et la base de la tête. Pendant que se consolide l'appareil plâtré on ajoute à la traction une pression directe exercée au niveau de la gibbosité. Tous les 2 ou 3 mois, on change l'appareil plâtré en complétant et augmentant davantage la correction, si elle n'était pas parfaite du premier coup.

Si les adhérences osseuses qui doivent maintenir la correction tardent à se faire, on les provoquera, on les créera par le moyen déjà indiqué pour les gibbosités.

Cette idée de la correction des gibbosités vertébrales, Delore dit l'avoir eu dès l'année 1864 et il a fait une réclamation de priorité ; M. Chipault en a fait une autre. M. Calot ne nie pas qu'il y a eu depuis Hippocrate des centaines de médecins qui ont eu l'idée du redressement des gibbosités et qui se sont essayés à le faire ; mais, si des centaines ont essayé, il est premier à y avoir réussi. . . .

Si l'on n'a encore rien répondu aux réclamations incessantes de Delore et de Chipault, c'est parce qu'il trouvait ces discussions parfaitement oiseuses et byzantines, tant que des hommes de la valeur d'Ollier ou Poncet ou Vincent (de Lyon) ou Lorenz (de Vienne) condamnaient avec les considérants les plus sévères les tentatives et les opérations de Calot.

Mais aujourd'hui, où la cause paraît gagnée il répondra volontiers à Delore et à Chipault. Il les met au défi de montrer un seul exemple de vraie correction, de vraie gibbosité obtenue par eux avant lui, Calot. Il demande la photographie du malade avant l'opération. Bien plus, il les met au défi d'obtenir jamais cette correction même aujourd'hui, après ses travaux, s'ils s'entêtent, comme le fait Chipault, à ne pas vouloir accepter son appareil plâtré. Car les ligatures, préconisées depuis 1869 d'abord par Hadra, qui a prié Calot de le dire ici, puis par Chipault et même les greffes de celui-ci, ne valent rien. Calot le démontre dans sa communication.

Voilà pour la question de fait. Pour la question de priorité de l'idée du redressement des gibbosités, de la technique, des indications théoriques, il convient que Delore en a parlé il y a 33 ans, mais comme des centaines d'autres médecins dans tous les temps, et que ses

idées étaient restées lettre morte, comme celle de ses devanciers. Quant à Chipault, il n'a préconisé le redressement des gibbosités et indiqué la technique du redressement qu'en mai 1896. Or, à ce moment, M. Calot avait déjà fait 16 opérations de redressement. S'il n'avait pas publié le récit de ces opérations, c'est parce qu'il trouvait cette publication insensée, avant d'avoir pour l'appuyer des malades guéris.

Mais tous le monde connaissait le détail de ces opérations, M. Chipault surtout, qui avait écrit à M. Calot sur cette question en février 1896 ; il y avait eu une tentative d'association entre les deux, qui avorta, parce que M. Calot s'était décidé à garder pour lui ce qui était son bien propre. Quelques mois après, Chipault faisait paraître un article où il a préconisé le redressement. La première publication de Chipault est de mai 1896, donc bien antérieure à la communication de M. Calot, qui est de décembre 1896, et cela suffit, direz-vous, pour établir la priorité de Chipault.

Mais M. Calot avait pris la précaution de déposer au bureau d'une de nos Sociétés savantes, dès le mois de mars 1896, un pli cacheté où il conseille le redressement des gibbosités dans tous le cas, où il en indique la technique dans les termes mêmes dont il s'est servi dans sa communication de décembre.

En mars, donc avant Chipault. Celui-ci n'aura donc plus, pour essayer d'établir sa priorité, qu'une conversation avec Calot en octobre 1895, où il lui parlait des ligatures pour immobiliser le rachis des pot-tiques. Mais une conversation ne suffit pas ; il est vrai qu'il y a un article de mars 1895 où il est également question des ligatures, mais de ligatures faites pour mieux immobiliser un enfant atteint du mal de Pott que rien ne pouvait maintenir. Il répète, par deux fois, dans cet article, que c'est pour assurer cette immobilisation parfaite qu'il est intervenu.

Il ne dit nullement dans cet article qu'il faut redresser les maux de Pott ; encore moins indique-t-il une technique du redressement. Incidemment, il dit simplement qu'avant de faire ses ligatures il a fait faire une extension et contre-extension légères. Est-ce suffisant pour oser prétendre qu'il a trouvé la méthode de redressement du mal de Pott ?

Mais Forgue (de Montpellier) a dit, depuis 1889, qu'il trouve parfaitement acceptable le redressement des petites gibbosités. Voilà qui est infiniment plus net que cette phrase incidente de Chipault.

Mais Hadra (des États-Unis) a préconisé depuis 1889 la ligature des apophyses épineuses pour le traitement des maux de Pott, et la question a même été discutée en 1891 par l'Américain orthopédic Association.

Mais Delore en parlait depuis 1864 et cent autres en ont parlé avant Delore. Donc, si l'idée est de moi, bien plus que de Chipault (mon pli cacheté le démontrera bientôt), elle est de Forgues, de Delore, d'Hadra, de cent autres et surtout d'Hippocrate, qui a décrit une technique du redressement.

L'idée des ligatures n'est même pas de Chipault ; elle est d'Hadra. Il n'y a que les griffes inventées par Chipault, il y a deux mois, qui soient bien de lui. Or, ni ligatures, ni griffes ne valent rien.

M. Calot conclut en disant : J'ai préconisé, avant Chipault, le redressement des gibbosités ; mais cent autres depuis Hippocrate l'ont préconisé avant moi. Cent autres se sont essayés à faire ce redressement ; mais je suis le premier à y avoir réussi.

#### Traitement de la Scoliose (Conclusions).

M. le Dr BILHAUT (de Paris). — Je crois que l'avenir du traitement de la scoliose n'est pas dans l'emploi des corsets dits orthopédiques, mais dans une suite d'efforts réfléchis et logiques. Il faut avant tout s'attaquer à la cause de la scoliose et donner au traitement des végétations adénoïdes, les amygdales hypertrophiées, une importance plus considérable que par le passé. On évitera que l'inégal accroissement des membres inférieurs ne soit une cause de déformation définitive du rachis ; pour cela, on égalisera la longueur de ces membres,

soit en surélevant le talon, soit en appliquant un liège dans la chaussure. On corrigera le pied-bot. On mettra les malades dans les meilleures conditions d'hygiène ; on surveillera surtout l'hygiène alimentaire, dans le cas de scoliose rachitique. On procédera ensuite au redressement progressif de la scoliose, pendant l'anesthésie chloroformique, en combinant la traction et les pressions latérales. La manœuvre de redressement devra se faire lentement, régulièrement, et la force de traction restera proportionnée à la résistance du sujet, à son âge et à l'importance de la gibbosité. Une traction de 40 à 50 kilos suffit chez les jeunes enfants. Chez les adolescents très déviés, je n'ai jamais dépassé 90 kilos. Dans les grosses gibbosités latérales, constituées par la déviation des côtes, on exercera des pressions croissantes et on obtiendra du même coup leur retrait et de nouveaux degrés d'allongement.

L'appareil plâtré sera appliqué directement sur la peau : il consistera en deux valves de tarlatane en quatre doubles, l'une dorsale, l'autre abdominale, réunies définitivement par quelques circulaires faits avec des bandes de tarlatane plâtrées. Il est important de gagner dans cette première séance tout ce que l'on peut ; chez les divers sujets on devra obtenir un allongement de dix à douze centimètres. Les rectifications du corset, une fois faites, on soumettra la scoliose au repos dans le décubitus dorsal pendant les premières semaines. Au bout de deux mois, environ, on renouvellera l'appareil, tant pour donner des soins de propreté que pour gagner une nouvelle correction. Les appareils ultérieurs de contention, ne nécessitant qu'une traction beaucoup moindre, on les appliquera en utilisant ce que la suspension de Sayre peut donner ; en cas de résultat insuffisant seulement, on demanderait aux appareils à traction le complément de déduction indispensable pour un réel succès. On pourra de même profiter de la correction que donne chez certains malades la suspension à deux trapèzes d'inégale hauteur. Le traitement sera de longue durée et on ne se tiendra pour satisfait qu'au moment où, la croissance aidant, on aura vu s'égaliser sensiblement les deux côtés des vertèbres cunéiformes. C'est dans ce cas que la radiographie sera d'un réel secours. Enfin on complètera la cure par les exercices gymnastiques, le massage, etc. Les corsets métalliques pourront aussi être d'un judicieux emploi comme parachèvement du traitement.

#### Hémorragie mortelle consécutive à la section du frein sublingual chez un enfant nouveau-né.

Par M. REBOUL (de Nîmes)

La section du filet lingual chez les nouveau-nés est une opération des plus bénignes et communément pratiquée, non seulement par les médecins, mais encore par les sages-femmes et les matrones, sans la moindre précaution. Cependant, exceptionnellement, des accidents redoutables comme une hémorragie continue et impossible à arrêter peuvent survenir et entraîner la mort de l'enfant. C'est sur ces accidents si graves que le docteur Rebul désire attirer l'attention des cliniciens en publiant le cas suivant :

Il s'agit d'une petite fille à qui le docteur Dussaud sectionna quelques heures après sa naissance le frein sublingual, en prenant les précautions d'usage. Une petite hémorragie suivit la section, puis céda au tamponnement, mais recommença bientôt après, continue en nappe, résistant à tous les moyens employés pour la combattre : compression digitale, compression ouatée, serres-fines pince à forcipressure, perchlorure de fer, eau de Pagliari, antipyrine. Le docteur Rebul voit l'enfant un jour et demi après le début de l'hémorragie ; il essaie vainement de l'arrêter par la compression, le stérécol, le galvano-cautère, puis il fait une injection sous-cutanée de sérum.

Les moyens locaux continuent à être employés successivement, amenant parfois un temps d'arrêt dans le suintement sanguin, mais l'hémorragie recommence bientôt au pourtour des eschares produites par le galvano-cautère. La plaie s'agrandit sous l'influence des mouvements de la langue de l'enfant et les tentatives faites pour arrêter

l'hémorragie. Huit injections sous-cutanées de sérum (150,200 grammes) sont faites à des intervalles plus ou moins rapprochés. Après chacune de ces injections, l'enfant paraît se ranimer. Cependant l'hémorragie continuant, elle s'affaiblit de plus en plus, elle est d'une pâleur extrême, des ecchymoses sous-unguéales se montrent, quelques piqûres, des injections de sérum deviennent le point de départ d'ecchymoses; il y a du méconium, des érosions anales hémorragiques, et l'enfant meurt exsangue cinq jours et demi après la section du filet lingual.

Le docteur Reboul pense que dans ce cas, comme dans celui de Ricken, l'enfant dont il s'agit était hémophile. Ses parents avaient perdu l'année d'avant un autre enfant mort un mois après sa naissance de pyohémie sans cause apparente. La mère est morte récemment de tuberculose aiguë. Les parents de l'enfant étaient cousins germains.

La section du filet lingual chez les nouveau-nés, pouvant entraîner la mort par hémorragie chez un enfant hémophile ou très débile, doit donc attirer l'attention du médecin et ne pas être considérée toujours comme une opération sans importance.

(Lyon Médical).

#### L'acide lactique comme moyen de traitement de l'endométrite et de la vaginite.

La réaction normale des produits de sécrétion du vagin étant acide par suite de leur teneur en acide lactique, certains auteurs admettent que ce produit chimique joue le rôle d'un antiseptique naturel en empêchant le développement des saprophytes et des microbes pathogènes variés qui pullulent dans la cavité vaginale. Partant de cette hypothèse, M. le docteur Snéguirev, professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Moscou, s'est demandé si l'acide lactique, employé sous forme d'injection vaginales et de badigeonnages du col et de la cavité de l'utérus, ne pourrait pas exercer une action thérapeutique dans les cas de vaginite et d'endométrite. Pour vérifier le fait, il engagea son assistant, M. le docteur V. Ilkévitch, à instituer dans ce sens une série d'essais cliniques, lesquels ont donné un résultat positif.

Il a été reconnu que les lavages avec une solution d'acide lactique à 3 % dans la leucorrhée vaginale ont pour effet de supprimer la mauvaise odeur de l'écoulement et sa coloration verte ou jaune, puis de tarir la leucorrhée. D'autre part, les badigeonnages du col de l'utérus et de la muqueuse intra-utérine avec de l'acide lactique étendu de moitié d'eau ou employé pur, provoquent une desquamation abondante de l'épithélium de l'utérus et amènent la guérison de l'endométrite et de la métrite cervicale avec ectropion.

Un point bien établi par les essais faits à la clinique de M. Snéguirev et qu'il y a lieu de mettre en relief à cause de son importance pratique, c'est que les applications d'acide lactique peuvent être faites sans inconvénient non seulement à l'hôpital ou au domicile des malades, mais aussi dans le cabinet du médecin, et cela même dans les cas compliqués de salpingo-ovarite.

(Sem. Méd.)

#### Thérapeutique générale des tuberculoses d'ordre chirurgical, et, plus spécialement, ostéo-articulaires.

M. le Dr. LANNELONGUE (de Paris) croit que, la chirurgie peut, sans péril (confiante dans la méthode antiseptique), tenter, dans la grande majorité des cas, surtout dans les cas de tuberculose ostéo-articulaire, la destruction de tout foyer tuberculeux. Elle n'échoue dans sa tâche que parce qu'elle n'enlève pas tous les infiniment petits, et qu'il reste, perdus au milieu de la matière vivante, de nouveaux organismes à peine différents d'elle, dont le réveil, un jour donné, est appelé à décider de ses destinées; il faut donc mettre le bacille dans l'impossibilité de nuire. Il n'existe pas, en effet, chez l'homme, d'immunité conférée par une première atteinte, de telle sorte qu'on peut se demander si le bacille porte en lui son remède comme beaucoup d'au-

tres microbes. Les recherches en ce sens n'ont pas manqué, les agents physiques, chimiques, ont tous été épuisés mais sans résultat absolu.

Si donc le microbe, de la tuberculose porte en lui le remède aux destructions dont il afflige l'humanité, il faut, à tout prix, lui arracher son secret et l'obliger à se rendre. Sinon il conviendra de changer de méthode.

#### Etude sur l'immunité. Rôle et importance des modifications humorales dans l'immunité acquise.

M. le Dr. ROGER (de Paris), dans une récente étude savante vient de nous amener à une conception plus aisée des grandes causes de l'immunité, et nous fait pénétrer dans le mécanisme mis en œuvre par l'économie pour résister aux infections.

Les changements, qui se produisent dans la constitution des humeurs et des tissus, ne sont pas primitifs; ils sont liés à une impulsion nouvelle et à l'activité nutritive des cellules. Elle peuvent exercer leur rôle protecteur, soit en sécrétant des substances bactéricides ou antimicrobiennes, soit en enkystant et digérant les éléments figurés. Etant données nos connaissances actuelles sur les vaccins, nous sommes naturellement conduits à attribuer aux cellules l'action initiale, c'est-à-dire la sécrétion de liquides microbicides; mais toutefois M. Roger s'empresse d'ajouter que sans l'intervention de la phagocytose les éléments pathogènes finiraient toujours par se développer, comme ils le font dans les sérums en dehors de l'organisme. Adoptons donc ses conclusions et disons avec lui que: "Chez les animaux vaccinés, la phagocytose achève l'œuvre commencée par les humeurs et que les deux processus sont également indispensables pour assurer le triomphe de l'organisme."

#### De la continuité de la vie comme base d'une conception biologique.

M. le Dr. VIRCHOW (de Berlin), est d'opinion que, actuellement, la médecine doit se placer au point de vue purement biologique. On avait d'abord adopté la théorie de la génération spontanée, théorie renversée depuis les travaux de Pasteur; on a pu éliminer cette notion et se convaincre que pour qu'une cellule prenne naissance, il faut qu'une autre cellule lui donne vie. Il ne peut y avoir de déformation ni de maladie sans que tout d'abord il y ait une cellule vivante qui prolifère par une cause irritative quelconque. Les systèmes des hommes sont caducs et variables, mais les hommes, les bêtes et les plantes persistent toujours malgré tous les obstacles qui s'opposent à leur existence: il en sera de même pour la science biologique.

### FORMULAIRE

#### Liniment calmant contre les affections douloureuses générales ou locales. (M. GENGEOT.)

Baume de Fioravanti.....	} à 15 grammes.
Alcool camphré.....	
Laudanum Rousseau.....	} à 10 —
Teinture de belladone.....	
Essence de térébenthine.....	} à 10 —
Chloroforme.....	
Ether acétique.....	

#### Pulvérisations dans la chambre des phtisiques.

Solution de formol à 40°.....	50 grammes.
Créosote de hêtre.....	10 —
Essence de térébenthine.....	25 —
Menthol.....	4 —

Verser 20 à 30 gouttes de ce mélange sur une pelle à feu préalablement chauffée.

#### Gouttes contre l'anorexie (HUOHARD).

Teinture de quinquina.....	} à 5 grammes.
— de colombe.....	
— de gentiane.....	
— de rhubarbe.....	
— de noix vomique.....	3 —
	2 —

15 à 20 gouttes avant chaque repas (Gaz. hebdomadaire.)

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Les indications pour l'Hystérectomie Vaginale, avec un rapport de quelques cas

Par A. Laphorn Smith B. A., M. D. Laval, M. R. C. S. Angleterre ; Professeur de Clinique de Gynécologie à l'Université Bishop ; Gynécologiste au Dispensaire de Montréal, à l'Hôpital Samaritain et au Western Hospital Montréal.

C'est l'immortel Péan de Paris qui a popularisé la voie vaginale pour enlever les organes pelviens malades et quoique, en Amérique, nous pensions que cette méthode est employée en France plus souvent que les circonstances ne le justifient, et à l'exclusion de la méthode abdominale, il faut avouer pourtant que dans quelques cas la méthode vaginale jouit d'avantages beaucoup plus grands que la méthode abdominale. Je me propose dans ce court travail de démontrer quelles sont les indications pour l'une et pour l'autre méthode.

On doit employer la méthode vaginale :

1° Pour enlever les ovaires et les trompes atteints d'inflammation chronique, seulement quand elles sont tombées dans le cul-de-sac de Douglas chez des femmes qui ont eu des enfants et par conséquent ont des vagins et des vulves assez larges.

2° Pour enlever des matrices en état de prolapse marqué et en même temps le siège de grandes déchirures du col jusqu'à l'os interne. Dans ces cas, si la femme approche l'âge de quarante ans, ou même si elle est plus jeune, mais qu'elle n'a pas eu d'enfants depuis plusieurs années, il est préférable d'enlever la matrice, en laissant les ovaires, plutôt que de faire l'amputation du col suivie de ventro-fixation.

3° Pour enlever les matrices atteintes de cancer, pourvu que la maladie n'ait pas encore envahi les ligaments larges.

4° Pour enlever les matrices atteintes d'inflammation chronique de nature gonorrhéique, lorsqu'après l'enlèvement des trompes remplies de pus et des ovaires malades, la matrice reste pesante et douloureuse et le siège d'écoulement purulent.

On doit au contraire employer la méthode abdominale :

1° Dans les cas de rétroversion avec maladie des trompes et des ovaires donnant lieu à une pelvi-péritonite qui est cause d'adhérences des intestins aux trompes, et de la matrice au sacrum.

2° Pour enlever les matrices atteintes de gros fibromes.

3° Pour enlever les matrices atteintes de cancer où les ligaments sont un peu affectés. Par la voie abdominale nous sommes capables d'enlever les tissus affectés des ligaments larges ce qu'il est impossible de faire par la voie vaginale.

4° Pour enlever la matrice quand les trompes et les ovaires sont bien affectés et que nous avons lieu de croire qu'il existe des adhérences des intestins aux trompes et aux ovaires, et qu'en laissant la matrice la femme va continuer à souffrir.

La considération de ces indications donne lieu à plusieurs questions intéressantes :

Sommes-nous justifiables d'enlever la matrice parce qu'elle est beaucoup déchirée et pleine de tissu cicatriciel et parce qu'elle est grande, pesante, et en état de rétroversion et prolapse ?

La réponse dépend de l'âge de la malade. Si c'est une jeune femme qui pourrait avoir encore des enfants on ne doit pas l'enlever ; car en faisant une amputation du col par la méthode de Schroeder et en raccourcissant les ligaments ronds par la méthode d'Alexander on peut : 1° guérir les symptômes réflexes dus aux déchirures ; 2° rendre la matrice plus légère pour les deux raisons qu'on en enlève un morceau et qu'on établit l'involution ; 3° remettre la matrice dans sa bonne position où on peut la soutenir pendant quelques mois à l'aide d'une pessaire, après lesquels elle serait supportée par ses ligaments.

Mais si la femme est déjà âgée de quarante ans, atteinte d'hémorragies irrégulières et qu'elle est par conséquent la victime possible du cancer utérin il serait mieux d'enlever la matrice totale par la méthode vaginale pour les raisons suivantes :

1° Cela lui sauverait le danger d'infection cancéreuse générale.

2° Cela ferait disparaître la sensation de pesanteur dont plusieurs femmes se plaignent pendant quelque temps après l'opération de ventro-fixation et d'Alexander.

3° Vu qu'elle a presque atteint l'âge ou la ménopause arrive naturellement ce ne lui sera pas un sacrifice bien grand que de lui enlever la possibilité d'avoir encore des enfants.

Les cas suivants démontrent les avantages dont je parle :

Une femme de 49 ans qui m'était envoyée par le Dr Sylvestre avait une déchirure de matrice très profonde dont les lèvres béantes étaient le siège d'ulcères purulents. La matrice était en prolapse à un tel point, qu'elle lui sortait en dehors du corps et chaque fois qu'elle s'asseyait l'ulcère collait à ses vêtements et alors elle avait des hémorragies. C'était une pauvre femme qui gagnait sa vie en lavant à la journée malgré ses souffrances. Tous mes lits au Western et au Samaritain étaient occupés. J'étais obligé d'opérer à son domicile. Je me suis rendu avec mes assistants et une garde-malade le lundi matin, à l'heure convenue. Au lieu de la trouver dans son lit nous la voyons à genoux, lavant le plancher de sa chambre. Dix minutes plus tard elle était dans son lit endormie avec le mélange A. C. E. alcool, chloroforme et éther et vingt minutes plus tard, sa matrice était enlevée et le trou dans le vagin fermé au catgut. La matrice mesurait sept pouces de longueur. Le Dr Sylvestre prit ensuite la malade sous ses soins et vers le milieu de la semaine il me téléphonait qu'elle allait très bien. Le lundi suivant, une semaine après l'opération, je me rendais à son chevet, quand les gens de la maison m'informèrent qu'elle était sortie depuis six heures pour aller travailler en journée. Je ne l'ai jamais vu depuis, mais son médecin me dit qu'elle est très bien et qu'elle travaille toujours à cet ouvrage d'œuvre sans les inconvénients dont elle souffrait avant.

J'eus un autre cas, une juive, sujette aux mêmes conditions ; la matrice en dehors du corps, déchirée et ulcérée semblable à un cancer naissant. Elle est entrée au Samaritain où j'ai enlevé la matrice par le vagin et au bout d'une semaine, elle allait et venait dans la salle.

Une troisième, une femme de cinquante ans, est entrée au Samaritain avec la matrice en dehors du corps, la sonde entrant cinq pouces et demi, condition qui l'empêchait de travailler. Onze minutes suffirent pour enlever la matrice en me servant des clamps de Segond (dans les deux cas précédents j'avais employé les ligatures ce qui prend deux fois plus de temps). Elle est retournée à la campagne au bout de trois semaines, se sentant parfaitement bien.

Un quatrième cas est actuellement au Samaritain, une femme de 38 ans qui n'a pu travailler depuis deux ans. Elle avait une déchirure très profonde plus haut que l'os interne, et des pertes abondantes et de mauvaises odeurs. J'ai enlevé la matrice en douze minutes, elle souffrit très peu après l'opération, ne demandant que trois quarts de grain de morphine dans les deux jours suivants. Trois jours après, les clamps étaient enlevés et au bout de deux jours, elle demandait à se lever. J'ai eu toutes les peines du monde à la faire rester au lit une semaine. Je lui laissai ses ovaires pour les raisons que j'expliquerai plus tard.

Une autre question très intéressante est celle-ci : Doit-on enlever les ovaires et les trompes si elles sont saines chaque fois qu'on enlève la matrice, ou doit-on les laisser ? Si la femme a cessé de voir ses règles, il n'y a pas d'avantages de laisser les ovaires ; il y a même risque de les voir atteints de cancer plus tard, comme j'ai été témoin dans un cas qui avait été opéré par un autre chirurgien à Ottawa. Mais si c'est une femme qui voit encore ses règles, on doit laisser les ovaires, si elles sont saines, parce qu'alors la ménopause viendra naturellement au lieu qu'artificiellement. L'expérience démontre qu'il y a beaucoup plus d'inconvénients quelque temps après l'ablation des ovaires. Il survient des chaleurs, des frissons et des crises de nerfs, qui sont tellement désagréables chez certaines femmes qu'elles regrettent même d'avoir été opérées. En laissant les ovaires on évite tout cela et la ménopause

arrive bien plus graduellement et avec moins de symptômes nerveux. Il n'y a pas de doute que la convalescence est bien plus rapide après l'hystérectomie vaginale qu'après la cœliotomie.

Une femme de trente ans que j'ai admis au Western Hospital il y a un an, se plaignait depuis deux ans de douleurs constantes dans les ovaires qu'on sentait d'ailleurs durs et tombés dans le cul-de-sac de Douglas. Le traitement ordinaire ne la soulageait pas. Le vagin étant large, j'offris d'enlever les ovaires par cette voie ce que j'ai fait avec le meilleur résultat. L'opération était facile, ayant été faite à travers une incision dans la voute vaginale seulement un pouce de large. Les pédicules étant liés, les trompes et ovaires furent enlevés et l'incision fermée avec le catgut fin. Ce qui m'a fait le plus de plaisir c'est la convalescence rapide. Dès le lendemain elle ne souffrait pas du tout et après deux semaines elle pouvait retourner chez elle.

Avant de terminer cet article il est de mon devoir de conseiller à mes lecteurs de faire enlever les matrices menacées de cancer avant que la maladie ait eu le temps de s'étendre au ligament large. Faite à temps, l'hystérectomie vaginale a les plus brillants résultats à son actif. L'opération est presque sans douleur et sans danger. Mais quand on opère quelques mois après le commencement de la maladie le résultat est tellement désastreux que la plupart des chirurgiens refusent de rien tenter. Mais comment faire le diagnostic à cette phase préliminaire ?

Chaque fois qu'une femme qui dépasse quarante ans voit ses règles augmenter au lieu de diminuer, ou si elle les voit irrégulièrement, ou chaque fois qu'elle a des rapports sexuels ; ou même si elle a une matrice tombée, déchirée, ulcérée, et pleine de tissus cicatriciels, on peut soupçonner le cancer. Dans de pareils cas on ne doit jamais cautériser l'ulcère, car rien ne développe le cancer si vite. Ce n'est réellement pas un ulcère, mais la muqueuse du canal qui est en ectropion, et elle doit être traitée de la manière la plus douce. Si toutes les déchirures de matrice étaient cousues de bonne heure, le cancer de la matrice deviendrait une maladie des plus rares.

250, rue Bishop, Montréal.

## XI Congrès Français de Chirurgie

(Suite)

*De l'évidement pétro-mastoïdien dans les suppurations anciennes de l'oreille.*

M. le Dr Paul REYNIER, chirurgien de Lariboisière. — Si la trépanation simple de l'apophyse mastoïde peut dans un grand nombre de cas être suffisante pour arrêter les accidents provenant d'une suppuration de la caisse, il faut toutefois reconnaître que dans quelques cas encore assez nombreux, elle laisse persister un écoulement, une fistule interminable, qui peut devenir la cause de nouveaux accidents. Ces résultats se comprennent si on se rapporte à l'anatomie pathologique des inflammations de l'oreille moyenne. La membrane muco-périostée qui revêt la caisse est en continuité avec celle qui tapisse les cavités mastoïdiennes. Cette continuité se fait par un étroit canal, le canal pétro-mastoïdien, *aditus ad antrum*, qui fait communiquer la caisse avec l'antre mastoïdien. Dans toutes les anfractuosités de la caisse, de l'aditus, des cellules mastoïdiennes se forment des fongosités, des produits plastiques, des masses caséuses, des cholestéatomes, des séquestres, qu'aucun lavage n'enlève et qui entretiennent indéfiniment la suppuration. L'opération rationnelle consiste à ouvrir largement toutes ces cavités, caisses, aditus, cellules mastoïdiennes, à enlever à la curette ces fongosités, ces produits plastiques, ces cholestéatomes, et par un pansement à plat modifier ces surfaces suppurantes.

Au Congrès de Chirurgie de 1894, mon collègue M. Broca préconisait dans ce but une opération de cette nature. Toutefois cet évidement large pétro-mastoïdien n'est pas encore entré dans la pratique courante. Il faut, en effet, bien le dire, cette opération se présente à

nous comme assez dangereuse. On opère dans une région bordée de précipices. Au-dessous de l'aditus séparé de lui que par une simple lamelle osseuse se trouve le nerf facial ; et tout près, côtoyant le canal pétro-mastoïdien à son origine, on a le canal semi-circulaire inférieure. Un coup de ciseau trop profond, un coup de ciseau trop large : et avec l'un, votre malade se réveille avec une paralysie faciale irrémédiable : et avec l'autre, avec un vertige, pire que le mal pour lequel on l'opérait.

Ajoutez à cela qu'on peut ouvrir le sinus latéral en perforant les cellules mastoïdiennes, voire même mettre à nu la dure-mère, et voir à la suite de cet accident une méningite mortelle se déclarer. Ces accidents arrivés entre les mains des opérateurs les plus exercés pouvaient faire réfléchir, et faire limiter l'opération à la simple trépanation mastoïdienne, opération déjà délicate, qui dans un grand nombre de cas est suffisante. On pouvait encore hésiter en craignant par cet évidement de la caisse de compromettre irrémédiablement l'audition, que la trépanation mastoïdienne sauvegarde, et souvent améliorer, ainsi que j'ai été un des premiers à le montrer dans les suppurations de l'oreille moyenne. Si, dans quelques observations rares, on dit que l'audition n'est pas complètement abolie toutefois l'attention des auteurs n'a pas été suffisamment portée sur ce point : leurs examens n'ont pas été assez complets pour nous édifier. Dans la plupart des observations on se contente, en effet, de signaler la guérison de la suppuration, sans parler de l'audition. Ce sont toutes ces objections que je présentais moi-même encore au commencement de l'année à M. Broca qui, dans une séance de la Société de Chirurgie, me reprochait, avec juste raison, je le reconnais aujourd'hui, de n'avoir pas fait, dans un cas de mastoïdite grave, un évidement plus complet. Je le ferais, en effet, aujourd'hui.

Voulant me rendre compte de la valeur de cette opération, je me suis adressé à mon collègue et ami, le Dr Gougenheim, dont le beau service fournit pour des recherches de ce genre des ressources inépuisables. J'ai pu, grâce à lui, sur 14 malades atteints de lésions anciennes et graves de l'apophyse mastoïde, pratiquer cet évidement pétro-mastoïdien, c'est-à-dire l'ouverture des cellules mastoïdiennes de l'aditus et de la caisse. Ce sont les résultats de ces 14 opérations que je viens exposer aujourd'hui, espérant en vous les soumettant, convertir tous ceux, qui hésitent encore. Je commencerai tout d'abord par vous dire en quoi consiste mon opération, et quel est le manuel opératoire suivi. Jusqu'ici, en effet, aucune règle précise n'a été donnée de cette intervention, et sous le nom d'évidement pétro-mastoïdien on fait des opérations fort dissemblables les unes des autres.

Celle que j'ai pratiquée dans ces temps principaux rappelle celle que M. Broca vous a préconisée ; elle en diffère par le manuel opératoire. Ce manuel opératoire ayant pour moi une grosse importance, si on veut agir en toute sécurité, vous me permettrez de vous l'exposer entièrement. Avec M. Broca, je commence par ouvrir l'antre mastoïdien, puis je fais sauter la paroi externe de l'aditus et arrive en dernier lieu dans la caisse en défonçant le mur de la logette. L'opération peut donc être divisée en quatre temps : 1° incision des parties molles ; 2° ouverture de l'antre mastoïdien ; 3° ouverture de l'aditus ; 4° ouverture de la caisse. Pour le premier temps et le second temps je suis les règles si précieuses données par mon maître M. Duplay pour la trépanation mastoïdienne. Je commence par une incision allant jusqu'à l'os, suivant le sillon rétro-auriculaire dans toute sa longueur. Cette incision doit être grande et faire par en haut tout le tour du pavillon. J'insiste tout particulièrement sur la forme de cette incision qui va permettre de récliner en avant le pavillon complètement, et donne un grand jour indispensable pour mener à bien facilement l'opération. Avec la rugine je détache facilement la périoste de la face externe de l'apophyse, puis de la face antérieure, séparant complètement la portion cartilagineuse postérieure du conduit auditif externe de sa portion osseuse. Je peux ainsi le récliner avec un écarteur fortement en avant et bien découvrir l'épingle de Henle, le mur de la logette, et l'orifice tympanal.

Cette rugination faite, je place une éponge dans le fond du conduit auditif osseux. Cette éponge va faire l'hémostase pendant que j'ouvre

rai l'antre, et quand j'arriverai à l'ouverture de la caisse, je ne serai plus embarrassé par le sang, très gênant dans cette région profonde, mal éclairée. Je passe ensuite au second temps de l'opération, l'ouverture de l'antre mastoïdien, que je fais d'après les règles préconisées par Duplay. Ici je ne saurais trop recommander avec M. Duplay, contrairement à M. Broca, de se servir de préférence de la gouge à main, bien coupante, de Legouest. Avec cette gouge on enlève copeaux par copeaux le tissu osseux, et sans crainte d'échapper, on pénètre peu à peu sûrement dans la cellule mastoïdienne. J'ai fait ainsi à l'heure actuelle plus de deux cents trépanations sans avoir ouvert le sinus. Je ne l'ai fait qu'une fois pour avoir essayé d'aller plus vite avec un ciseau.

L'antre mastoïdien ouvert, je passe au troisième temps de mon opération, le défoncement de la paroi externe du canal pétro-mastoïdien. Par l'antre, j'introduis dans le canal le protecteur de Stacke, ou un stylet recourbé, qui protège la paroi profonde du canal, et le nerf facial qui sur un point croise cette paroi, et n'est séparé de la lumière de l'aditus que par une lamelle osseuse, effrayante de minceur. Le protecteur en place, j'attaque la paroi externe de l'aditus avec une petite gouge à mains ou un petit ciseau, tous les deux n'ayant pas plus de cinq millimètres de large, c'est-à-dire la largeur du canal. Quelquefois, rarement, cette paroi est relativement mince et se détruit facilement. Le plus souvent elle est très résistante au niveau du coude que fait la face antérieure de l'apophyse avec la face externe. Elle se casse comme de l'écaille, d'où résultent des esquilles, des fissures qui peuvent s'étendre jusqu'à l'aqueduc de Fallope, et blesser le nerf facial ou le découvrir, ce qui explique ces paralysies faciales temporaires dont M. Broca nous signalait un cas. Le canal demi-circulaire pourrait être atteint de même, et un vertige en résulter. Il faut donc agir avec une grande prudence, en sculptant, pour ainsi dire, l'os comme on sculpte du bois au burin, et enlever peu à peu l'os, sans essayer de faire de la chirurgie brillante. Pour aller plus vite et éviter les fissures, j'ai fait faire par M. Mathieu un petit trépan, je vous le soumetts ici. C'est un protecteur de Stacke, sur lequel une fraise vient tourner, ne pouvant se déplacer, étant fixée par une armature à la tige de l'instrument. Cette fraise manœuvre avec un tour à main qui sera bientôt remplacé, dans mon service, par un moteur électrique. Après avoir fait une perforation de la paroi de l'aditus, on n'a qu'à pousser en avant protecteur et fraise, en la faisant tourner pour détruire rapidement toute la paroi du canal, et pénétrer dans la caisse. Le protecteur de Stacke, introduit dans l'aditus, est assez long pour pénétrer jusque dans l'attique, la partie supérieure de la caisse. On évide donc l'os en suivant la direction du protecteur, jusqu'à ce que vous voyiez apparaître la pointe. Vous êtes alors dans la caisse. C'est alors que commence le quatrième temps de l'opération.

Vous agrandissez avec la petite gouge ou le petit ciseau la brèche de la caisse, en ayant soin de respecter le pourtour de l'orifice tympanal. Vous éviterez ainsi de blesser la corde du tympan. L'attique largement ouverte, un coup de curette léger enlève les fongosités, les osselets nécrosés, les masses caséuses, qui peuvent l'oblitérer. Mais que ce coup de curette ne soit pas brutal. Car il ne faut pas détacher l'étrier qui ferme l'oreille interne, et dont la conservation a une importance capitale pour l'audition.

L'opération finie, je fais le pansement. Je lave toutes les cavités avec l'eau oxygénée, l'antiseptique par excellence, et je bourre toutes les anfractuosités avec la gaze iodoformée que je laisserai en place cinq à six jours, le plus longtemps que je pourrai, si la suppuration n'est pas trop abondante. Je fais remarquer en effet, en passant, que ce tamponnement non renouvelé m'a paru toujours être le meilleur modificateur des plaies osseuses, et surtout des plaies infectées de tuberculose. Je n'ai plus qu'à fermer la plaie en rattachant par quelques points de suture le pavillon et le conduit auditif cartilagineux, remis en place, aux tissus de la région mastoïdienne. Je laisse toutefois un orifice par où sort le bout de la gaze iodoformée, qui se trouve dans les cavités osseuses. Telle est l'opération. Voyons maintenant les résultats.

Je l'ai faite sur 14 malades, 4 femmes et 10 hommes. Dans treize cas pour des suppurations datant depuis plusieurs années, chez des malades dont l'audition était abolie pour la réception des bruits externes. Chez 12, le diapason sur le vertex était entendu : l'oreille interne n'était pas touchée. Dans un cas j'avais affaire à une vieille otite sèche.

Sur ces 15 malades, je n'ai eu aucun accident à déplorer. Et si, au début, j'étais relativement hésitant, aujourd'hui je crois pouvoir affirmer qu'on peut mener toujours à bien cette opération, si on veut agir avec la prudence que je préconise, employer de préférence la gouge ou le perforateur, et abandonner l'usage des grands ciseaux. Avec ces derniers instruments, l'opération peut être plus rapide, plus brillante. Elle est moins sûre. La grande variété d'épaisseur des os, la situation un peu variable des organes à ménager suivant les individus, cet inconnu qui existe dans ces opérations motive ce que je viens de dire. Sur les 13 malades opérés pour suppuration, trois ont été perdus de vue. Sur les 10 autres, j'ai à enregistrer 9 succès avec guérison complète. Sur une jeune fille très tuberculeuse, la guérison que j'avais cru obtenir ne s'est pas maintenue et elle est revenue dans mon service pour subir une nouvelle intervention, la suppuration ayant reparu. La guérison chez les neuf autres est survenue dans des laps de temps très variables. Tantôt c'est après deux mois, tantôt après cinq mois que la cicatrisation a été complète. L'étendue de la lésion, l'état général, la nature de la suppuration expliquent ces différences. Chez tous mes malades l'examen de l'audition après guérison, comparée à l'examen avant l'opération, a montré que celle-ci, loin d'avoir été diminuée par l'opération, s'était notablement améliorée. Des malades qui n'entendaient pas la parole avant l'opération, examinés après guérison, entendaient la voix parlée à deux mètres, et le tic-tac de la montre à trois, cinq centimètres de l'oreille.

Ces examens faits avec soin en me mettant autant que possible à l'abri des causes d'erreur, si facile en pareil cas, et surtout la constance des résultats obtenus me permettent de venir ici vous affirmer que cet évidement pétro-mastoïdien, que ce curettage de la caisse, non seulement ne compromet pas l'audition, mais l'améliore si toutefois on a le soin de ne pas toucher à l'étrier.

Ces résultats s'expliquent, si on tient compte que dans les suppurations chroniques de l'oreille, l'audition est abolie par la présence dans la caisse du pus, des masses caséuses, des fongosités, qui empêchent les ondes sonores d'arriver jusqu'à l'oreille interne. En enlevant tous ces produits de la suppuration, on améliore l'audition. Ces résultats sont d'ailleurs concordants avec ceux que relevait tout dernièrement M. Malherbe, qui, frappé du retour de l'audition après l'évidement pétro-mastoïdien, préconisait une opération à peu près analogue pour l'otite sèche. Ce que j'ai vu me fait accepter pour cette dernière affection la manière de voir de mon confrère et je me propose de m'attaquer comme lui à ces scléroses de l'oreille interne. Je crois donc pouvoir conclure en disant : L'évidement pétro-mastoïdien dans les suppurations prolongées de l'oreille moyenne est un traitement de choix qu'on ne saurait trop recommander, la simple trépanation mastoïdienne restant réservée aux cas aigus et récents. Cette opération peut être faite sans faire courir de dangers, si elle est menée prudemment. Le malade doit non seulement en retirer une guérison de sa lésion, mais une amélioration de l'audition.

#### *Les nouveaux procédés de cure radicale des hernies inguinales.*

M. le Dr Villar (Fr.) (de Bordeaux). — A l'époque actuelle, ce qui caractérise les nouveaux procédés de cure radicale des hernies inguinales, c'est le soin que l'on prend de refaire le canal inguinal d'une façon rationnelle, à l'imitation du Pr Bassini (de Padoue) et du P. Berger. M. Villar au cours d'une mission en Italie en 1893, eut l'occasion de voir opérer le chirurgien italien ; aussi, à son retour en France, s'empressa-t-il de mettre à profit ce qu'il avait appris et ce qu'il avait vu. Depuis cette époque, il a pratiqué plusieurs fois cette opération avec

grand succès. — Après avoir décrit la manière de procéder de Bassini, M. Villar ajoute qu'une seule modification doit y être apportée. Elle consiste à placer le cordon derrière la paroi abdominale, car on peut ainsi détruire le canal inguinal et supprimer l'orifice profond. La question des sutures sans fils perdus semble faire un grand pas ; mais on ne peut encore se prononcer d'une façon définitive à ce sujet. Pour l'auteur, le procédé de Bassini représente la méthode de choix dans la pratique de la cure radicale des hernies inguinales.

*Cholécystite calculuse compliquée d'adénite lombo-sacrée.*

M. le Dr Moulouquet (d'Amiens). — Chez une jeune femme aïnagrie, se plaignant de douleurs extrêmement vives de sciatique gauche, je trouvai dans l'abdomen une tumeur allongée contre la colonne vertébrale, plongeant dans le petit bassin, immobile. Après la laparotomie et l'incision du péritoine pariétal postérieur, je tombai sur une chaîne de gros ganglions lombo-sacrés, dont le plus gros avait le volume d'un œuf de dinde. Je les enlevai avec soin et refermai l'incision péritonéale postérieure. Cherchant alors dans les viscères la cause de cette énorme adénite lombo-sacrée, je trouvai la vésicule biliaire transformée en une poche dure développée sous le foie et faisant à peine saillie sous son bord tranchant. Elle ne contenait que quelques gouttes de liquide visqueux et était remplie par 54 petits calculs polyédriques tassés les uns contre les autres. Je fis la cholécystostomie.

Les suites opératoires furent d'une bénignité absolue. Dès le lendemain, les douleurs par compression du sciatique gauche avaient disparu. L'écoulement de bile fut peu abondant ; les jours suivants et en six semaines la fistule biliaire était tarie. Cette malade, déjà cachectisée, a repris son embonpoint très rapidement. L'opération date de quatre mois et demi, et son état de santé est florissant.

L'examen histologique n'a révélé que du tissu inflammatoire dans les ganglions enlevés.

Il s'agissait donc, tant d'après les résultats cliniques que d'après l'examen histologique, d'une grosse adénite inflammatoire provoquée et entretenue par une cholécystite calculuse et comprimant le sciatique gauche.

*Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la maladie de Little.*

M. le Dr LEBRUN (de Namur). — L'auteur décrit trois cas de maladie de Little, dans lesquels il est intervenu chirurgicalement, en suivant la méthode indiquée par M. Marfan en 1894, et d'une façon très analogue en 1896 par MM. La Bonnardière et Vincent (de Lyon). Cette méthode consiste dans l'éducation méthodique des membres, d'abord des mouvements passifs d'extension et de flexion, et, s'il existe des rétractions fibreuses des tendons, à pratiquer la ténotomie, et en même temps du massage ; puis l'éducation des mouvements actifs, et enfin des exercices de marche facilités par des appareils orthopédiques. Dans les trois cas, il a obtenu une amélioration sensible, immédiate au point de vue de la motricité progressive et rapide au point de vue de la marche, enfin un retentissement favorable sur l'état général. Contrairement cependant à M. Vincent, l'auteur, après la ténotomie, ne prolonge pas l'immobilisation dans un appareil plâtré au-delà de 10 à 12 jours, c'est alors qu'ils commencent les massages, etc.

*Prolapsus du rectum chez un enfant de cinq ans. Gangrène et perforation large de l'intestin hernié. Résection. Guérison.*

M. le Dr J. REBOUL (de Nîmes). — Une enfant de cinq ans est adressée au Dr Reboul, à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, le 24 février 1897, par le Dr Patron (de Salindres), pour un prolapsus du rectum enflammé, irréductible, avec gangrène et perforation large de l'intestin hernié. Le prolapsus du rectum avait débuté à l'âge de deux ans, à la suite de la coqueluche. Depuis lors, le prolapsus se produisait à chaque selle, d'abord peu développé, puis de plus en plus accusé, mais

toujours réductible. Le 4 février, le prolapsus se produit ; la mère de l'enfant étant malade, on néglige de le réduire ; l'enfant s'affaiblit, dépérit, a une diarrhée verte sanguinolente. On espère que tout cela s'arrangera spontanément et on ne montre l'enfant au Dr Patron que vingt-huit jours après et ce n'est qu'au bout de quatre jours qu'il peut décider les parents à la conduire à l'Hôtel-Dieu de Nîmes. Le Dr Reboul constate un prolapsus total de huit centimètre de long, irréductible, enflammé, fortement coudé en arrière. Sur la convexité de la tumeur, il y a une large plaque de sphacèle en partie perforée ; l'anus normal, situé à l'extrémité conique de la tumeur, regarde en arrière et en haut, et ne donne plus passage aux matières. En arrière, au niveau de la coudure, se trouve une large perforation par où s'échappent les matières formées de diarrhée verte séro-sanguinolentes.

L'enfant se plaint de colliques, le ventre est ballonné, le faciès tiré. Malgré cet état de faiblesse extrême, ne pouvant tenter de réduire cet intestin perforé et gangrené, le Dr Reboul pratique le 25 février la résection totale du prolapsus par une incision elliptique au bistouri, d'abord à droite puis à gauche, sans hémostase provisoire, plaçant des pinces sur le bout central de l'intestin. Suture en surjet à points entrecoupés et suture à points séparés de l'intestin à la peau de l'anus. Rectopérinéorrhaphie sans ravivement.

Trois jours après, l'enfant rend, à deux ou trois reprises, quantité d'ascarides lombricoïdes, dont quelques-uns mesurent 20 à 25 centimètres de long. Dès lors, la diarrhée diminue, l'état général s'améliore et, quinze jours après, on peut enlever les points de suture et rendre l'enfant à ses parents le 20<sup>e</sup> jour. Depuis cette époque, la santé de l'enfant s'est améliorée ; la guérison du prolapsus s'est maintenue.

Dans ce cas, le prolapsus a débuté après les quintes de toux de la coqueluche ; il a dû certainement être aggravé par les ascarides lombricoïdes, dont le séjour dans l'intestin affaiblissait encore l'enfant et provoquait des contractions intestinales.

Ce fait de prolapsus total, avec gangrène et perforation de l'intestin hernié, montre que, même chez les enfants, cette affection peut présenter de graves complications, nécessitant l'intervention, la résection totale du prolapsus, et que, malgré l'état de faiblesse et de débilité de l'enfant, on peut obtenir une guérison durable.

## REPRODUCTION

### Symptômes de la tuberculose rénale chez l'enfant

Le diagnostic de la tuberculose rénale est difficile surtout au début, tantôt la maladie reste longtemps latente et se dévoile par une évacuation abondante de pus dans l'urine. Tantôt elle détermine d'emblée des troubles urinaires (hématurie, incontinence, polyurie), qui n'ont rien de caractéristique en eux-mêmes et dont il faut être prévenu de l'existence possible pour chercher leur origine de ce côté. Pour Hallé (*Traité des maladies de l'enfance*, tome 3) le signe le plus important est l'examen méthodique des urines qui permet d'établir de très bonne heure le diagnostic. Dans une observation, M. le Pr. Guyon et Noël Hallé ont pu affirmer la tuberculose par la présence du bacille de Koch dans l'urine chez un enfant d'apparence robuste, sans antécédents héréditaires ni personnels de tuberculose et qui présentait seulement depuis huit jours des mictions un peu fréquentes et douloureuses.

La pyurie est constante à la phase ulcéreuse de la maladie ; ce pus présente des caractères spéciaux surtout au début. Le dépôt urinaire est pulvérulent, ni lié, ni floconneux. Versé dans un large cristalliseur à fond plat, il montre au milieu des globules de pus, de petites masses blanc-jaunâtres de forme variable, véritables débris caséux.

Les douleurs en urinant, les mictions fréquentes et impérieuses apparaissent plus tard et peuvent atteindre une grande intensité. Les douleurs lombaires indiquent souvent la rétention purulente et dans ces cas, on peut assister à de véritables vomiques urinaires, et à des crises aiguës douloureuses simulant la colique néphrétique.

L'exploration du rein est assez facile chez l'enfant ; elle éveille souvent des douleurs dans le rein malade et permet d'apprécier son volume qui peut atteindre la taille d'un rein d'adulte et même d'avantage.—DR CARRON DE LA CARRIÈRE.

#### La prévention médicale de la Carie Dentaire

Winkler (N. Y. Med. Journal, 31 juillet 1897) croit que la cause première de la carie dentaire dans la grande majorité des cas se trouve dans un état morbide du système qui fait naître dans la bouche des sécrétions perverses. Il divise les causes de la carie dentaire en trois classes. La première consiste dans une condition morbide des glandes muqueuses de la bouche, faisant naître l'excrétion d'un liquide âcre corrosif qui excorie l'épithélium et corrode les dents, et forme d'ordinaire des cavités autour de leur collet. La créosote à petites doses, fréquemment répétées, pendant une période d'une à trois semaines, est un spécifique dans cette condition. La cause de la seconde classe de carie est un état morbide du système qui rend les sécrétions de la bouche destructives pour les dents et propres à une multiplication énorme de micro-organismes. Le traitement de cette classe n'est pas aussi bien défini que pour la première, et on doit choisir avec beaucoup de discernement parmi les remèdes employés. Ceux-ci sont très simples, les sels de mercures, de potassium et de calcium ; le charbon, la créosote, etc, sont les plus puissants, administrés à doses si petites qu'on ne voit pas de perturbation du système général sous leur action ; encore est-il que leur action sur les conditions morbide de la bouche est si prononcée qu'elle est presque spécifique. La troisième classe de carie dentaire constitue cette forme de carie qui est due non à une dyscrasie, mais simplement à des bactéries à excrétion acide, qui se logent dans les endroits abrités autour des dents. Le seul traitement pour de classe de carie est l'intervention opératoire.

—University Med Magazine.  
Dr P. V. F.

#### Pansement des plaies au moyen d'os décalcifié

Un confrère anglais, M. le docteur F. Robinson, chirurgien honoraire de l'infirmerie de Huddersfield, se sert avec succès d'os décalcifié pour le pansement de certaines plaies calleuses, atones ou irritées, ainsi que des trajets fistuleux persistants.

Notre confrère emploie à cet effet des os de bœuf, préalablement dégraissés, puis décalcifiés et enfin conservés dans une solution phéniquée à 5 %. Ainsi préparé, l'os devient mou, poreux, maniable comme une éponge et il se résorbe rapidement au contact des bourgeons charnus.

S'agit-il d'une plaie profonde, on y introduit un morceau d'os décalcifié assez volumineux pour remplir la plus grande partie de la solution de continuité, dont on finit de combler les interstices avec de menus fragments de la même substance. Les plaies superficielles sont simplement recouvertes d'une couche de copeaux décalcifiés et enfin les trajets fistuleux sont oblitérés à l'aide de petits morceaux d'os, que l'on enfonce avec une sonde dont l'extrémité est renflée en forme de bouton aplati.

Sous l'influence de ce pansement, on voit la sécrétion et l'état d'irritation de la plaie diminuer, les bourgeons charnus prendre un excellent aspect et la cicatrisation se faire rapidement. Quant aux fragments d'os décalcifié déposés sur la plaie, ils fondent à vue d'œil et se résorbent. Suivant la rapidité avec laquelle se produit cette résorption, on est obligé de renouveler le pansement au bout d'un laps de temps qui varie de vingt-quatre heures à cinq jours. Parfois un seul pansement suffit pour amener la cicatrisation complète de la plaie.

Grâce à ce moyen, M. Robinson a pu guérir en cinq à quinze jours et après un à trois pansements des fistules abdominales post-opératoires qui avaient persisté plusieurs mois après l'intervention et qui atteignaient jusqu'à 6 centim. 5 de profondeur. Un ulcère calleux de la jambe qui pendant deux mois avait résisté à tous les procédés de trai-

tement imaginables guérit en quinze jours sous le pansement à l'os décalcifié, après excision des bords calleux de la perte de substance.

Enfin notre confrère a pu se convaincre que les applications de fragments d'os décalcifié sur une plaie dont l'épidermisation tarde à s'effectuer agissent tout aussi favorablement que les greffes épidermiques.

#### Le salicylate de soude dans le traitement des exsudats pleurétiques scléreux

On sait que les avis des cliniciens sur la valeur thérapeutique du salicylate de soude dans la pleurésie avec épanchement séreux sont partagés : tandis que certains d'entre eux louent les effets de ce médicament, d'autres ne lui reconnaissent aucune action favorable.

C'est à la première opinion que se range M. le docteur Poliakov, assistant à la clinique thérapeutique de la Faculté de Médecine de Moscou, qui a vu cinq fois sur six des épanchements pleurétiques séreux ayant résisté à des ponctions répétées rétrocéder sous l'influence du salicylate de soude administré à la dose de 2 à 4 grammes par jour suivant l'âge du patient. Parmi les six malades observés par notre confrère trois étaient tuberculeux, comme le démontra l'examen bactériologique de leurs crachats. Le salicylate de soude n'est resté sans effet sur l'épanchement pleurétique que chez un seul individu, lequel était tuberculeux, mais ici l'exsudat datait déjà de six semaines.

M. Poliakov a trouvé que le salicylate de soude est particulièrement bien toléré par les sujets porteurs d'épanchements pleurétiques si, après chaque dose du médicament, on fait prendre un peu d'eau minérale alcaline ; il en est de même lorsque, en cas de faiblesse du cœur, on a soin d'administrer simultanément de la caféine.

#### Traitement de la Stricture Uréthrale par la dilatation

Nous trouvons dans le *Glasgow Medical Journal* de septembre, un article des plus intéressants par M. A. A. Warden, du *Hartford British Hospital*, de Paris, basé sur la pratique à la clinique du professeur Guyon à l'Hôpital Necker.

« Les résultats de la dilatation, dit-il, dépendent purement de l'effet du contact de l'instrument sur la paroi uréthrale, et sont indépendants de toute force ou pression employée imprudemment, parce que l'action de cette méthode n'est pas une action mécanique, mais une action dynamique. L'instrument doit franchir la stricture avec aisance, et ne doit pas être poussé avec vigueur ni en aucune façon forcer les parois de la stricture. On ne peut répéter trop souvent que c'est le contact qui met en jeu les procédés organiques nécessaires à la transformation du tissu pathologique.

Ceci était connu comme fait clinique depuis plusieurs années. Desault, Chopart, Dupuytren, tous savaient qu'une stricture pouvait être modifiée même alors qu'aucun instrument ne pouvait la franchir. Même le cathétérisme appuyé, ou la simple application d'un instrument contre la stricture, modifiera les tissus dans toute leur étendue, et fera d'une stricture auparavant infranchissable une stricture laissant passer une bougie filiforme, méthode de dilatation que Dupuytren appelait *vitale* comparée à l'effet *mécanique* du passage complet d'une sonde ou d'une bougie. Que son action, toutefois, n'est pas mécanique, dit l'auteur, est prouvée par le fait familier suivant : Presque tous les jours dans nos salles on peut voir des malades avec des strictures fermes, serrées, difficiles, dans lesquelles une petite bougie a été passée et tenue en place pendant deux, trois ou quatre jours. Au bout de ce temps la bougie, qui était assez petite pour permettre son introduction avec facilité, est retirée, et on constate une augmentation sensible dans le diamètre de l'urèthre rétréci, une augmentation tout à fait hors de proportion de la dimension de l'agent dilateur. Même avant que la bougie ne soit enlevée on peut constater son jeu plus libre, le passage plus facile de l'urine entre elle et la paroi du canal, et le malade lui-même, en moins de quarante huit heures, exprimera sa satisfaction et son soulagement. L'introduction de bougies plus grosses prouvera

qu'un à deux millimètres au moins ont été gagnés, quelquefois beaucoup plus. Cet heureux résultat, cependant, ne doit pas laisser croire qu'on a sous la main une guérison complète, parce qu'il est aussi passager qu'il a été rapidement obtenu. Mais sa signification est claire, que les changements sont dus au contact seul sans aucune pression quelconque. Et de cette méthode—tout étrange qu'elle puisse paraître à expliquer, familière, cependant, à l'observation clinique — sont obtenus les meilleurs résultats et la dilatation la plus rapide. Si on se sert d'un gros instrument, un qui franchit la stricture avec difficulté et quelque pression—méthode recommandé par John Hunter—on encourt le risque d'ulcérations uréthrales, d'abcès, d'inflammation urinaire et de mort. Un instrument qui exerce une pression prolongée sur la paroi de l'urèthre ne doit jamais être essayé. Même une forte pression temporaire n'est pas à conseiller, et l'urèthre est toujours plus résistant et plus intolérant à toute instrumentation à la suite d'un tel procédé. Il peut être suivi de rétention ou des plus graves conséquences, si l'urèthre est déchiré. L'opération en un mot, n'aura pas été une dilatation mais une uréthrotomie interne grossièrement lacérante.

La pression modérée et répétée, au contraire, dilate indubitablement les strictures en modifiant les tissus qui entrent dans leur formation. Nous pouvons douter de la permanence des bons résultats, dit M. Warden, mais nous ne pouvons nier les faits d'évidence clinique ; et il est intéressant de noter jusqu'à quel point la recherche clinique peut expliquer l'action de cette pression modérée répétée. L'effet constant et inévitable du passage d'une bougie dans un urèthre rétréci est "une réaction locale, plus ou moins durable, plus ou moins sérieuse, qui s'efface, qui fait place à une augmentation dans la dimension du canal ou se termine en une difficulté ou en complète incapacité temporaire à vider la vessie." C'est seulement après ces premiers effets que l'élargissement et la dilatation commencent. Cet enchaînement d'événements peut s'observer durant tout le cours du traitement, et plus la pression exercée est grande, plus il est prononcé.

La règle thérapeutique, pour ainsi parler, à appliquer à la pression intra-urétrale est que "les doses" ne doivent pas être trop fortes ni ne doivent être administrées trop souvent, i. e., les instruments ne doivent pas être introduits avec trop de force, trop à la fois, ou trop fréquemment.

Recherchez avec autant de soins tout ce qui arrive à votre malade entre les séances du traitement, que vous n'en prenez pour noter les détails de votre propre examen, dit M. Warden, et vous serez frappé de l'effet relativement plus grand "des petites doses," i. e., de la pression légère, de séances qui ne durent pas longtemps et qui se répètent seulement tous les deux jours. Votre conclusion, alors, sera, ce que j'ai voulu démontrer par cet écrit, que "le simple passage de bougies sans friction et pour une courte période suffit pour obtenir la dilatation régulières des plus fortes strictures." Soyez certain seulement qu'au commencement de chaque séance vous débutez par une bougie plus petite que celle passée la dernière à la séance précédente. Car cette course n'est jamais faite au galop, et la tortue avisée est certaine d'arriver avant le lièvre impatient. Les bougies olivaires coniques, divisées par tiers de millimètres selon l'échelle de Charrière, sont les instruments à mettre en usage. Les bougies métalliques (de Béniqué) sont graduées à un sixième de millimètre, et même pour les instruments flexibles un tiers de millimètre est plutôt un saut, et il est souvent sage de choisir les bougies qui passent plus ou moins facilement par le même diamètre.

Les bougies à bout olivaire doivent être bien faites, et ne doivent pas être terminées en pointe. Peu importe la finesse de la bougie, son bout doit être émoussé et un peu élargie. En aucun temps du traitement doit-on profiter de la finesse relative de l'extrémité conique d'un instrument pour pousser et faire passer sa partie la plus épaisse ; on doit suivre cette règle spécialement dans les strictures difficiles. Surprenez le passage plutôt que de le forcer. Avancez et retirez à satiété, tournant la bougie entre vos doigts jusqu'à ce que l'absence de

résistance à son extrémité vous dise que vous êtes sur la voie droite. Quand les bougies les plus petites sont requises, essayez les diverses formes, et les plus utiles peut-être que vous rencontrerez sont celles connues sous le nom de "bayonet," dont la forme permet à la pointe de laisser la paroi inférieure et de rechercher le passage tout autour de la circonférence de l'urèthre.

Les instruments métalliques, sont souvent convenables. La fine graduation des Béniqué en sixièmes de millimètre les rend éminemment propres à ce mode de dilatation. Elles peuvent être ajustées avec un fil, être vissées à la bougie conductrice imaginée par Maisonneuve, et peuvent être introduites doucement et avec sûreté ; et ainsi, sans manquer aux formulées, on peut obtenir la même dilatation un peu plus rapidement que n'auraient pu le faire des instruments flexibles. La courbe que Béniqué a donnée aux instruments qui portent son nom, et leur forme régulièrement cylindrique, plutôt que conique les rend les instruments les plus convenables à cet effet. Seulement si la stricture siège dans la région pénienne, et qu'elle est en même temps dure contre l'ordinaire épaisse, et étendue, on devra préférer les bougies métalliques droites de quatre à six pouces de long.

Moins on emploie de force, plus certains sont les résultats dans la dilatation des strictures. La règle générale doit être de passer deux bougies molles différant d'un tiers de millimètre, ou de deux à quatre bougies métalliques, différant d'un sixième de millimètre, en une séance ; de les laisser en place une minute ou deux, ou même de les retirer de suite ; de ne pas les passer plus souvent qu'à tous les deux jours, et de toujours commencer par un petit numéro. Ainsi, et de cette manière seulement on traitera avec succès une stricture dilatable, c'est-à-dire la grande majorité des strictures. Si l'on a sous ses soins une "mauvaise" stricture, on peut essayer "la dilatation prolongée", mais seulement avec des bougies molles qui entrent facilement — avec, va sans dire, une bougie qui paraît "trop petite". Ce n'est pas, cependant sur la théorie que nous devons nous appuyer pour nous guider, mais sur la dictée formelle de l'expérience clinique, et celle-ci nous démontre que c'est l'usage dynamique, et non mécanique, des instruments dilateurs qui nous donnera toujours de bons résultats, sans inconvénients et sans dangers pour nos malades. Comment se fait-il que le simple contact des instruments affectant ainsi le tissu entier de la stricture soit une question rendue plus claire par l'étude de la pathologie de l'inflammation et par la connaissance de l'effet de l'irritation dans la transformation du tissu vivant. Ce serait absurde, sans doute, de supposer que nous nous dispensons entièrement de toute action mécanique ; le simple fait que nous nous servons d'instruments le prouve. Mais on ne se sert d'aucune force mécanique, parce que nous savons que ce serait inutile et dangereux, et que cela déterminerait des changements pathologiques alors que nous recherchons l'action physiologique désirée. Si toutes les ressources de cette méthode sont franchement essayées sans atteindre une dilatation suffisante, il n'y a plus qu'une ressource — l'uréthrotomie interne sous une forme ou sous une autre. — *N.-Y. Med. Journal.*

Dr P. V. F.

#### Traitement de la coqueluche

Par M. MARFAN

Cette question a été exposée par M. Marfan dans une de ses leçons publiée dans la *Tribune médicale*.

Dans le traitement de la coqueluche il y a deux indications principales : diminuer le nombre et l'intensité des quintes, prévenir et combattre l'infection bronchique secondaire.

La première est obtenue par la belladone, l'antipyrine et le bromoforme.

M. Marfan prescrit ainsi la belladone,

• Sirop de belladone..... 20 grammes  
• Sirop de tolu..... 100 —

On donne de la naissance à 2 ans, une ou deux cuillerées à café par jour, trois de 2 ans à 5 ans, et cinq après cinq ans.

Ce sont là des doses d'essai, mais que l'on doit dépasser si on n'arrive pas à une sédation notable des quintes ; on ne doit s'arrêter que devant les phénomènes d'intolérance : sécheresse de la bouche, de la gorge, dilatation de la pupille.

Ces accidents d'intoxication n'étant pas à craindre avec l'antipyrine, ce médicament, très bien toléré par l'enfant, tend à détrôner la belladone. Voici la formule que M. Marfan prescrit ordinairement.

Antipyrine.....	3 grammes
Sirop de fleurs d'oranger.....	20 —
Eau distillée.....	100 —

Une cuillerée à café représente 10 centigr. d'antipyrine.

— à dessert —	20	—
— à soupe —	40	—

Chez les enfants de moins de 2 ans, de 0 gr. 20 à 1 gramme.

Après deux ans : dose initiale 1 gr., dose maxima 3 grammes.

Il faut toujours commencer par la dose minima, mais ne pas craindre d'augmenter.

On réussit très bien aussi en donnant l'antipyrine par la voie rectale ; mais la solution d'antipyrine doit être faite dans très peu d'eau : 20 centigrammes dans 40 grammes d'eau par exemple. Dans ce cas, il faut employer une seringue en caoutchouc durci, à canule assez longue, et donner deux lavements par jour.

Le bromoforme aurait, en dehors de son action sédative sur le nombre et l'intensité des quintes, le pouvoir de prévenir une infection secondaire et d'abrèger la maladie. M. Marfan le prescrit ainsi :

Bromoforme.....	48 gouttes
Huile d'amandes douces.....	15 grammes

Ajouter :

Gomme arabique.....	15 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	15 —
Eau distillée q. s. pour faire.....	120 cc.

Lorsque la solution est bien faite, une cuillerée à café renferme deux gouttes de bromoforme.

Au-dessous de six ans, donner autant de fois quatre gouttes que l'enfant a d'années.

Avant l'âge de six mois, commencer par une goutte.

De six mois à un an, une à deux gouttes.

Après six ans, vingt gouttes.

Augmenter ensuite de deux gouttes par jour.

Dans les deux ou trois premiers jours, il arrive quelquefois que le nombre des quintes semble augmenter et qu'elles deviennent plus violentes ; mais le troisième ou quatrième jour, on constate une diminution et une atténuation qui vont en s'accroissant.

On ne réussit pas toujours avec le bromoforme ; quelquefois même l'insuccès est complet ; il faut alors revenir à l'antipyrine.

Il est aussi des cas où belladone, antipyrine, bromoforme échouent également ; alors, l'antipyrine associée à la belladone réussit quelquefois.

On peut employer la formule suivante :

Antipyrine.....	3 grammes
Sirop de belladone.....	20 —
Eau distillée.....	100 —

En résumé M. Marfan commence le traitement par le bromoforme puis si ce médicament échoue, il recourt successivement à l'antipyrine, à la belladone, et enfin à l'association de ces deux derniers médicaments.

Quant à la seconde indication, qui consiste à prévenir et combattre l'infection secondaire des bronches, laquelle se développe soit par auto-infection, soit par contagion, on y arrive souvent en faisant l'antisepsie des premières voies : fosses nasales, pharynx et bouche, sitôt qu'apparaissent des traces d'infection ; il faut employer la vaseline résorcinée, l'huile au menthol, etc. ; et si on voit des ulcérations sur les lèvres, les joues, faire des attouchements avec un topique assez fort.

### Traitement des verrues

(J. ABBOTT CAUTRELL).

L'auteur passe d'abord en revue les diverses lésions comprises sous le terme général de verrues : la verrue simple ou vulgaire, puis la verrue congénitale persistante, la verrue plane, la verrue piliforme, enfin le condylome ou végétation dermique considérée à tort comme constamment d'origine vénérienne.

Le traitement que l'auteur préfère consiste dans l'emploi des caustiques doux, parmi lesquels l'acide salicylique lui semble devoir être plus spécialement choisi.

Il commence par faire, pendant trois jours, des applications d'une préparation contenant 15 p. 100 d'acide salicylique (dans la lanoline par exemple), puis à ce moment il enlève la verrue à la curette et continue les pansements salicylés pendant huit jours. Cette méthode n'a pas été suivie de récurrence des verrues, dans les cas traités par l'auteur.

Il préfère de beaucoup ce mode de traitement aux cautérisations par les acides azotique, acétique, chromique, qui sont toujours douloureuses. A l'intérieur, le sulfate de magnésie, à la dose de 75 centigrammes à 1 gramme, lui a enfin donné quelques bons résultats. (*Ann. de dermat. et de syphiligr.*)

### Traitement des douleurs rhumatismales par les badigeonnages de salicylate de méthyle.

Par M. le docteur L.-E. DUPLESSIS

« Le salicylate de méthyle, principe actif de l'essence de Winter-Green, est un liquide incolore, d'une odeur forte et pour quelque-uns agréable, en tous cas très persistante. Employé en applications locales, il agit d'une façon très efficace sur le rhumatisme articulaire aigu. La douleur diminue dans les quatre heures qui suivent le badigeonnage pour une période de six à douze heures. Au bout de deux à trois jours, la fièvre tombe et, cinq à six jours plus tard, le gonflement à son tour disparaît. Ces effets favorables concordent avec l'élimination par les urines d'une quantité d'acide salicylique qui y est déjà décelable au bout d'une demi-heure, s'accroît progressivement jusqu'à la sixième et neuvième heure, pour cesser quarante-huit heures après la suspension du médicament (G. Lemoine, Linossier et Lamion).

L'action du salicylate de méthyle paraît donc bien due à l'absorption de l'acide salicylique par la peau. Introduit dans l'organisme par cette voie, l'acide salicylique n'a plus aucun des inconvénients qu'il présente par la voie gastrique : c'est au moins ce qui ressort des 31 observations réunies dans le travail de M. Duplessis, qui résume l'ensemble des publications faites jusqu'à ce jour sur ce sujet. Nous y trouvons des indications très précises sur le mode d'emploi de ce médicament.

On choisit, pour faire l'application, la région la plus douloureuse : dans le rhumatisme articulaire aigu, ce sera de préférence la jointure la plus volumineuse. On passe sous l'articulation une large feuille de gutta-percha laminée et on verse le salicylate de méthyle goutte à goutte sur toute la surface cutanée : on relève la feuille de gutta-percha, on l'entoure d'une forte couche d'ouate que l'on fixe par un tour de bande. Si la quantité employée dépasse 4 grammes, comme le liquide tendrait à s'écouler, il est bon d'en retenir l'excès par un petit carré de gaze. Il importe de faire une occlusion aussi complète que possible, pour que les vapeurs ne se répandent pas dans l'atmosphère ou sous les couvertures, ce qui n'est pas sans inconvénient, mais soient absorbées par la peau.

La dose moyenne est de 4 grammes par friction, que l'on peut répéter dans les vingt-quatre heures, M. G. Lemoine a démontré qu'au-dessus de 12 grammes l'élimination d'acide salicylique n'augmentait plus. Il considère donc cette dose comme ne devant pas être dépassée.

L'action du salicylate de méthyle est surtout remarquable dans les formes subaiguë et chronique : nous l'avons employé avec succès dans le traitement du rhumatisme musculaire. Nous ne pensons pas qu'il doive être excessivement employé dans le rhumatisme articulaire

aigu : le salicylate de soude et le salophène gardent, dans ce cas, leur prééminence thérapeutique. Mais on utilisera avec avantage ses propriétés analgésiques et antithermiques, au moins à titre d'adjuvant." (Gaz. des Hop.)

#### Traitement de la gonorrhée par les lavages

VALENTINE présente la défense de ce mode de traitement, déclarant que tout urètre qui n'est pas par trop rétréci, peut être, de même que chaque vessie, lavé sans sonde. Le lavage constitue le traitement le plus rapide de la gonorrhée ; selon lui, les drogues internes sont sans valeur et l'injection faite à la main, par le malade complètement inutile. Valentine emploie un réservoir de verre, élevé et abaissé au moyen d'une poulie. Celui-ci est relié par un tube de caoutchouc à la canule que l'on place dans l'urètre. Cette canule est en verre et comporte trois tailles pour pouvoir convenir aux différents urètres. Le patient est assis sur le bord d'une chaise, le pénis passé par un trou dans une feuille de caoutchouc. La canule est entourée d'une plaque de verre proportionnée pour empêcher le liquide de jaillir en dehors du bassin récepteur. Pour l'irrigation de l'urètre antérieur, après avoir nettoyé le gland et le méat, on fait pénétrer le courant dans l'urètre en augmentant graduellement la pression, celle-ci étant réglée par les doigts du chirurgien appliqués sur l'urètre et graduant ainsi la force du courant. Pour le lavage de l'urètre postérieur, il faut une pression suffisante pour vaincre l'action du constricteur du bulbe et du sphincter de la vessie. La résistance des sphincters est plus facilement vaincue quand le patient fait de temps en temps de profondes inspirations accompagnées d'efforts pour uriner. L'irrigation faite, le patient se lève et urine de suite. Dans quelques cas, il peut être nécessaire d'anesthésier l'urètre avec de la cocaïne avant le lavage, mais bien souvent la chose est sans utilité. Selon Valentine et d'autres auteurs, la gonorrhée aiguë est guérie en moyenne en dix jours en employant deux irrigations journalières pendant les trois ou quatre premiers jours et une seule pendant les jours suivants. Les solutions employées par l'auteur ont été : le permanganate de potasse de 1-6000 à 1-100 ; le sublimé à 1-10000 ; le nitrate d'argent de 1-10000 à 1-1000 ; le sulfate de cuivre de 1-2000 à 1-500 ; l'argonine 10-100. En ce qui concerne cette dernière substance, Valentine ne la considère pas comme supérieure au permanganate de potasse.

C'est d'ailleurs le permanganate de potasse que l'auteur emploie le plus souvent. Il le prend comme base du tableau suivant, indiquant le mode d'emploi et le degré des solutions exigées par le traitement.

#### Pour la gonorrhée aiguë :

- 1er jour. Deux lavages antérieurs : 1-2000, 1-4000.  
 2e jour. Les mêmes lavages : 1-3000, 1-4000.  
 3e jour. Un lavage intravésical : 1-6000 ; un lavage antérieur : 1-6000.  
 4e et 5e jour. Un lavage intravésical : 1-3000.  
 6e et 7e jour. Un lavage intravésical : 1-3000, 1-2000.  
 8e et 9e jour. Un lavage intravésical : 1-2000, 1-1000.  
 10e jour. Un lavage intravésical : 1-1000 ; un lavage antérieur : 1-5000.

#### Pour la gonorrhée chronique :

- 1er jour. Deux lavages antérieurs : 1-3000, 1-6000.  
 2e jour. Un lavage intravésical : 1-4000 ; un lavage antérieur : 1-4000.  
 3e jour. Un lavage antérieur : 1-2000.  
 4e jour. Un lavage intravésical : 1-3000 ; un lavage antérieur : 1-2000.  
 5e jour. Un lavage intravésical : 1-3000 ; un lavage antérieur : 1-1000.  
 6e et 7e jour. Un lavage antérieur : 1-1000.  
 8e jour. Un lavage intravésical : 1-3000 ; un lavage antérieur : 1-1000.—Revue de thérap. médico-chirurgicale.

#### Traitement sous-cutané des abcès

On voit fréquemment se former des abcès à un point où l'on s'obecte à rencontrer une cicatrice. Dans les abcès chroniques ou "froids" la méthode d'aspirer et d'injecter ma solution antiseptique n'a pas été pratiquée longtemps. Récemment le Dr Riechaud, de Bordeaux, a adopté ce procédé avec succès dans l'abcès aigu au lieu de l'incision libérale si préconisée dans la partie la plus déclive. L'abcès est aspiré, puis on y injecte une solution d'acide carbolique, 1 dans 20, ou une émulsion d'iodoforme à 10 pour cent. On a pratiqué cette méthode pendant plusieurs mois avec un succès remarquable.

Dr. LANPHEARS, dans le *Medical Herald*

#### FORMULAIRE

#### Pommade contre les crevasses des mains. — (M. STEFFEN).

Menthol.....	0 gr. 75 c.
Salol.....	} à 1 — 50 c.
Huile d'olive.....	
Lanoline.....	45 —

Mélez. — Usage externe.

Cette pommade doit être appliquée deux fois par jour.

#### Névralgies des tabétiques.

Malacine.....	50 centigrammes.
Bicarbonate de soude.....	25 —

Pour 1 cachet.

On peut prescrire 2 à 4 cachets par 24 heures.

La malacine et l'orthoxybenzylidène-naphénétidine.

Ce remède est très recommandé par Kuthy.

#### Lotion contre le prurit scrotal. (M. L. LEISTIKOW.)

Sublimé.....	0 gr. 30 à 50 centigr.
Alcool.....	25 grammes.
Chloroforme.....	V gouttes.
Eau distillée de camomille.....	25 grammes.
— de laurier cerise.....	50 —

Mélez. — Usage externe.

#### Potion contre la diarrhée fétide de la période initiale de la scarlatine. (M. N. FILATOV.)

Sulfite de magnésie.....	} à 4 grammes.
Acide sulfureux liquide.....	
Eau distillée.....	180 —
Sirop simple.....	30 —

Mélez. — A prendre : une cuillerée à café ou à bouche, suivant l'âge de l'enfant, d'heure en heure.

Cette potion, absolument anodine, est bien supportée par les petits malades, qui la prennent sans répugnance.

#### Potion contre la diarrhée des tuberculeux. (BRICEMOET.)

Poudre de cachou.....	2 gr. 50
Sirop de ratanhia.....	30 grammes.
Teinture de cannelle.....	X gouttes.
Vin rouge.....	90 grammes.

A prendre par cuillerées à bouche dans les 24 heures.

#### Potion contre la grippe

(DUJARDIN-BEAUMETZ)

Infusion de polygala.....	100 grammes.
Gomme ammoniacque.....	2 —
Gomme arabique pulvérisée.....	4 —
Sirop thébaïque.....	25 —

F. s. a. Une cuillerée toutes les heures.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### L'état hygiénique de nos écoles rurales

Par M. le Dr J. G. PARADIS, Montmagny

On parle partout, dans la presse et les cercles politiques, de la réorganisation de notre système d'instruction publique. Le projet de loi qui sera soumis à la Chambre à ce sujet, est, paraît-il livré aux imprimeurs. Certain personnage politique important, qui a ses grandes entrées dans l'Olympe, nous dit que cette loi contient entr'autres bonnes choses, une clause que a trait spécialement à la question de l'hygiène dans nos écoles de campagne. Nous n'aurions qu'à nous réjouir de voir une si désirable mesure être mise vigoureusement en pratique, car l'état sanitaire de nos écoles rurales est vraiment déplorable. Nous craignons fort cependant que le gouvernement rencontre des difficultés à faire observer ses lois sanitaires, car il existe à ce sujet, beaucoup de mauvaise volonté chez un grand nombre de contribuables.

Le médecin de campagne pourrait rendre d'inappréciables services, dans le milieu qu'il fréquente, en travaillant à seconder les efforts des autorités, administratives pour diffuser cette belle science de l'hygiène qui est surtout de son ressort. Plus que personne nous constatons tous les jours, et nous déplorons le manque absolu de soins et d'ordre qui préside à la construction de nos maisons d'école. En est-il une seule sur vingt qui soit faite selon les lois les plus élémentaires de l'hygiène ? Il est bon certes de donner de bonnes institutrices à nos enfants, il est désirable qu'on mette entre leurs mains de meilleures méthodes d'instruction ; nous désirons vivement que le gouvernement encourage de toutes ses forces l'éducation populaire, mais nous insistons surtout pour qu'il force les municipalités par ses officiers, à observer strictement les lois sanitaires et hygiéniques qu'il édicte. Jusqu'à présent, on a complètement négligé cette importante question de l'hygiène dans la construction de nos maisons d'écoles. On construit ces maisons à la diable sans s'occuper si le site choisi pour la construction est sain et convenable ; ces maisons sont mal éclairées, mal chauffées et pas du tout ventilées. On entasse les pauvres enfants dans des classes beaucoup trop étroites et trop basses, on les retient des heures durant, dans une atmosphère chargée de miasmes délétères, courbés sur des tables trop basses, la vue torturée par une lumière vicieuse et mal distribuée. Nous le répétons, le médecin de campagne aurait ici une belle mission de philanthropie à remplir. Dans le passé, la profession médicale a joué un rôle trop passif dans ces sortes de questions. Ne nous appartient-il pas d'être les pionniers de l'hygiène au milieu de nos populations ? Ne devons-nous pas nous efforcer plus que personne de diffuser cette science autour de nous et surtout à l'école. Nous sommes de ceux qui croient que le médecin est tenu par vocation et par devoir de s'occuper autant que possible des grandes questions sociales économiques qui s'agitent autour de lui, et plus spécialement, cela va sans dire, doit-il s'occuper des questions qui se rattachent intimement à sa profession, comme l'hygiène publique et privée.

Nous ferons donc une œuvre louable, humanitaire en secondant énergiquement les efforts du gouvernement pour l'amélioration si désirable qu'il projette, et pour l'exécution de laquelle il a le droit de compter sur nous.

### Histologie et traitement climatérique de la Tuberculose

Lu devant la Société Médicale des Etudiants de Laval de Québec  
par M. H. A. Larue, E. E. M. Séance du 22 octobre 1897.

Ce siècle, cette fin de siècle si remarquable et si fertile en découvertes de toutes sortes dont quelques-unes tiennent du prodige et presque du miracle, nous montre un contraste singulier : d'un côté la chirurgie franchissant en quelques bonds des espaces incommensurables et arrivant en ces quelques dernières années à l'apogée de ses succès et de ses triomphes ; d'un autre côté les médecins restant au contraire impuissants à enrayer la marche essentiellement envahissante de la phtisie pulmonaire.

Il y a un demi siècle cette maladie paraissait exclusivement confinée dans les capitales, dans les grands centres manufacturiers, dans les cités ouvrières, les faubourgs et les casernes. Aujourd'hui on la trouve partout, aussi bien à la campagne qu'à la ville, aussi bien dans les châteaux que dans les chaumières ; que les populations habitent les villes ou les campagnes, les hauteurs, la plaine ou les vallées ; qu'elles établissent leurs résidences sur les bords des rivières, sur les lisières des forêts, sur les plages de l'océan ou sur les plantureux rivages du St Laurent, partout et toujours se dresse devant nous le sinistre tableau de la mortalité par la phtisie ; frappant également les deux sexes, l'enfance, l'âge adulte aussi bien que la vieillesse. C'est assurément à l'heure actuelle la maladie qui sape si bien l'espèce humaine qu'il n'y a pas d'exagération à dire que dans un quart de siècle elle sera une véritable épidémie, suivant l'expression du docteur Mascarel, de France, à moins que l'école de Pasteur ou celle de Koch ou encore Paul Paquin ou quelques-uns de ses émules n'y apporte un remède salutaire.

### HISTOLOGIE DE LA TUBERCULOSE

La Tuberculose comme chacun le sait, est une maladie infectieuse, virulente et inoculable dont les lésions pathologiques sont caractérisées par des corps nodulaires ou des infiltrations diffuses qui subissent une transformation caséuse ou sclérotique, pouvant s'ulcérer et en quelques circonstances se calcifier.

Ces corps nodulaires que nous appelons tubercules ne présentent dans leur récente formation rien de distinctif dans leur composition, ni de particulier dans leur arrangement ; et le fait est que des formations identiques sont produites par d'autres parasites, notamment l'actinomycoïse et le strongle qu'on rencontre dans le poumon du mouton et quelques fois chez l'homme suivant Rudolphi.

Mais c'est plus tard que surviennent les changements caractéristiques à cette maladie. Les recherches et le travail de Baumgarten nous permettent de suivre dans leurs détails les différents degrés de développement du tubercule.

D'abord nous avons une multiplication des cellules fixes, principalement celles du tissu connectif et de l'endothélium des capillaires ; et de ces cellules sont formées graduellement des corps ronds, cuboïdes ou polygonales qu'on nomme cellules épithélioïdes, dans la plupart desquelles on trouve les bacilles.

En second lieu, les leucocytes surtout de la variété des polynucléaires émigrent des vaisseaux sanguins au foyer d'infection, et là ne se subdivisent pas comme ils le font généralement, mais subissent pour la plupart une destruction rapide. Plus tard, à mesure que le tubercule se développe, les leucocytes monomitaires ou lymphocytes remplacent les précédents et ne dégèrent pas. Dans la plupart des tubercules les cellules géantes apparaissent et sont formées par l'accroissement du protoplasme et l'augmentation des noyaux de chaque cellule individuelle et peut-être aussi par la fusion de plusieurs cellules ensemble. Cependant les cellules géantes semblent être en raison inverse au nombre et à la virulence des bacilles.

Donc, en premier lieu les bacilles causent une prolifération des éléments fixes en même temps qu'une production des cellules épithélioïdes et géantes, et en second lieu une réaction inflammatoire associée d'une exudation de leucocytes. Ceci a été démontré par Pruden et Hodenpyl ; ils prirent une culture de ces bacilles, la firent bouillir puis l'inoculèrent dans les veines d'un lapin ; ils examinèrent le poumon à différents jours et ils trouvèrent que ce bacille mort, ainsi inoculé, en arrivant au repos dans les petites capillaires des poumons, produit absolument les mêmes changements : prolifération des cellules, émigration des leucocytes, inflammation locale. Cependant il n'a pas encore été défini clairement jusqu'à quel point les leucocytes attaquent et peuvent détruire les microbes, car Metschnikoff proclame la phagocytose tandis que Baumgarten la nie entièrement.

Une fois formé ce tubercule peut subir une transformation caséuse ou se scléroser.

Si c'est la transformation caséuse qui survient; on voit à la partie centrale du tubercule, un procédé de coagulation nécrotique se former dans les cellules qui deviennent irrégulières, se convertissent en une masse homogène et sans structure, et ceci est dû à l'action directe des bacilles et de leurs toxines. Radiant du centre à l'extérieur périphérique le tubercule se convertit graduellement en un corps gris jaunâtre dans lequel les bacilles sont très abondants. Ces masses caséuses peuvent ou se ramollir, ou s'encapsuler ou se calcifier.

Avec la nécrose des éléments cellulaires au centre du tubercule on peut avoir une transformation hyaline en même temps qu'un accroissement considérable des éléments fibreux; de sorte que le tubercule peut aussi se convertir plus tard en une structure ferme et dure. Quelque fois le changement sera plutôt d'une nature fibro-caséuse mais alors la sclérose prédomine.

Le tubercule infiltré résulte de la fusion de plusieurs petits foyers d'infection peut-être si petits qu'ils ne sont pas visibles à l'œil nu, mais qui histologiquement parlant, sont composés de noyaux qui forment le centre et entourés de surfaces périphériques dans lesquelles les cellules aériennes sont remplies par les produits de l'exudation et par la prolifération de l'épithélium des alvéoles. Sous l'influence du bacille le procédé de caséation s'effectue habituellement en petits groupes de lobules, parfois dans un lobe entier et plus rarement dans un poumon tout entier.

Est-ce que les bacilles peuvent eux-mêmes causer la suppuration? Dans ce qu'on appelle abcès tuberculeux froids, la matière n'est pas du pus, histologiquement parlant, mais plutôt un débris de cellules défectives et de la matière caséuse. Mais il est probable que les produits du bacille sont capables de produire la suppuration, comme dans la tuberculose des articulations et des os, la suppuration existe très souvent bien que parfois elle peut être causée par une infection mixte. Koch fait remarquer que la tuberculine est le meilleur agent pour la production d'une suppuration expérimentale.

Le bacille n'a pas de tendance non plus à produire la septicémie; il ne se multiplie pas dans le sang mais y produit une petite surface d'inflammation ou chronique, ou sous-aigue qu'on appelle granulomes. D'autres maladies ont le même effet, par exemple: la morve, la lèpre, l'actinomycose, le mycetomapedes, le strangle etc.

Nous avons affaire à un irritant qui ne produit des toxines en apparence qu'en petite quantité ou plutôt des toxines qui ne causent pas une destruction rapide des cellules et ne provoquent pas une chemiotaxis positive considérable. Mais d'un autre côté le microbe n'est pas non plus détruit facilement par les cellules. Car bien que nous n'ayons pas de preuve directe, ni que nous ne puissions démontrer l'existence de spores dans ce bacille nous avons cependant la preuve indirecte qu'il en existe certaines formes qui sont très résistantes.

Ils persistent pendant longtemps dans les cellules. Néanmoins nous avons des preuves de leur dégénération, bien que ce soit un procédé extrêmement long, en d'autres termes ce bacille qui n'est pas très virulent, ni très toxique en lui-même et par ses propres forces, est comme *indigestible*. C'est cette *indigestibilité* qui rend ce bacille individuellement si dangereux et si fatal à l'espèce humaine.

#### TRAITEMENT CLIMATÉRIQUE DE LA TUBERCULOSE

Koch a prétendu qu'on pouvait obtenir un résultat extraordinaire en injectant une culture de bouillon glyceriné des bacilles tuberculeux; il pensait, par ce moyen, induire une nécrose du tissu qui donnait hospitalité aux bacilles. Ceux-ci ne pouvant plus se nourrir, le procédé devait en rester là. L'expérience a démontré que si sa théorie avait du bon, la pratique n'a pas donné tout ce qu'on en attendait. Depuis, plusieurs découvertes, beaucoup de recherches, et une multitude de communications ont été faites sur ce sujet, et toutes ont prouvé indirectement que c'est aux tissus eux-mêmes qu'il faut en appeler pour combattre avantageusement ce microbe.

Mais comme dans ces cas les tissus sont déjà affaiblis, leur vitalité

diminuée et qu'ils ont perdu en quelque sorte de leur force défensive, il faut donner toute notre attention et diriger nos efforts vers cette dernière planche de salut, qui est de mettre les tissus et tout l'organisme en état de combattre avantageusement l'action des microbes.

Voici ce que disait le Dr. Lutaud de Paris sur ce sujet: "La base fondamentale de toute thérapeutique rationnelle doit être de renforcer le pouvoir de résistance des tissus. L'organisme doit être placé dans les conditions nécessaires pour faire face non seulement aux besoins journaliers et pour affronter les vicissitudes de température, humidité etc., mais encore il faut le rendre capable de résister aux attaques de l'ennemi qui se présente sous forme de microbe pathogène. Il faut avant tout prévenir cette dévitalisation des tissus qui les rendrait une proie facile pour les microbes maraudeurs."

Pour atteindre ce résultat et pour obtenir cette vitalité des tissus il y a trois indications à suivre, trois grandes lignes principales à considérer. D'abord la première, celle sur laquelle on semble, surtout depuis quelques années, attacher la plus grande importance, est de placer le patient dans un milieu le plus favorable au maintien d'un degré maximum de nutrition. Ensuite il faut prendre les moyens à notre disposition pour influencer d'une manière locale ou générale les procédés tuberculeux; et, en troisième lieu, ce qui n'est qu'une déduction des principes précédents, il faut s'attaquer aux symptômes et tout faire pour les atténuer le plus possible.

Le milieu qui est le plus de nature à influencer l'état général de la nutrition, à augmenter le métabolisme du corps humain et à donner une vigoureuse impulsion à la vitalité des tissus, est bien un climat favorable, une température propice et un régime de vie approprié.

Depuis que l'on a constaté que la tuberculine de Koch ne produisait pas les résultats favorables qu'on en attendait, les cliniciens ont dirigé toute leur attention vers le traitement climatérique de cette maladie et ont fondé de grandes espérances sur cette dernière planche de salut. Et depuis, les statistiques ont démontré clairement jusqu'à quel point ce traitement était efficace; tout ce qu'on peut en attendre; et qu'il pouvait offrir un obstacle, heureusement très souvent infranchissable, à cette race dominante des microbes.

Ce traitement climatérique comprend les soins donnés aux tuberculeux dans les sanatoria aidés de l'alimentation forcée ou de la suralimentation et le traitement par les hautes altitudes.

Les sanatoria sont les résultats des progrès récents de la médecine pratique. Comme le spécialiste a été formé par les difficultés toujours plus grandes et par les besoins toujours croissants, ainsi le sanatorium est un développement du spécialisme. L'avantage du sanatorium consiste surtout en ce que le pouvoir de diriger et régulariser l'hygiène et l'alimentation d'un malade est nécessaire pour obtenir un bon résultat du traitement. Quand le médecin dit au patient son état, quoi manger, comment boire, dormir, s'habiller, quel exercice prendre, jusqu'à quel point travailler et s'amuser, le malade peut faire tel que conseillé, mais aussi il peut fort bien agir autrement; outrepasser les bornes, et par là compromettre tout, et c'est ce qu'arrive fréquemment. Les chances sont que le malade considérera que le seul vrai devoir du médecin est de prescrire des drogues; quant à son avis sur l'hygiène générale il le suivra s'il lui convient.

Mais c'est différent si le médecin a son patient constamment sous sa surveillance; il peut diriger en tout point son malade dans l'observance de son traitement jusque dans ses moindres détails. C'est une petite merveille de constater les résultats obtenus par ce fonctionnement des sanatoria et souvent obtenir un résultat complet là où le simple médecin de famille n'avait obtenu aucun progrès.

Ce traitement par la vie sanatoriale repose sur trois principes généraux qui sont le repos le plus complet, la vie en plein air et la suralimentation et même, l'alimentation forcée.

La question de l'environnement, c'est-à-dire de la vie en plein air et exposé au soleil, est de la plus grande importance. Et ce principe

été démontré d'une manière intéressante et pratique par l'expérience de Trudeau. Il inocula la tuberculose chez un certain nombre de lapins ; il en enferma dans un endroit petit, noir, humide, et il laissa aller les autres libres dans les champs et les forêts ; les premiers succombèrent tous et très rapidement tandis que les seconds en guérirent ou ne montrèrent que peu de symptômes.

Il faut donc que le consommateur soit continuellement dans un bain de soleil, à moins que le temps ne soit pluvieux ou l'atmosphère chargée d'humidité ; il doit recevoir et concentrer le maximum de rayons solaires et même, si les circonstances le permettent, prendre ses repas encore au soleil.

Cette vie en plein air est une règle générale et il n'y a d'exception que pour les malades qui sont trop faibles pour s'y transporter eux-mêmes, car la toux, la fièvre, la transpiration, et l'hémoptisie ne sont pas des contre-indications à cette règle.

Dans l'intervalle de ses repas le malade doit demeurer inactif, tranquille, confortablement assis ou encanté dans un fauteuil, sous un bocage, une galerie, ou sur un balcon, mais toujours là où il sera le plus exposé au soleil. Pendant les premiers temps du traitement le malade ne devra prendre aucun exercice physique ni moral, mais plus tard, lorsque un mieux sensible sera constaté, l'exercice se prendra en raison directe de l'augmentation de la matière.

Cette idée qu'ont certains médecins et le public en général que l'exercice chez un consommateur lui acquerra de la force est une erreur de la pire espèce. Pour cela on se base qu'en santé l'exercice donne la force, donc les malades doivent en retirer le même profit. L'homme en santé a un montant suffisant de capital physiologique en réserve qu'il peut dépenser en exercice physique, et on sait que l'activité physiologique non seulement produit la force mais encore forme le tissu musculaire, donc par l'exercice l'homme enrichit ses ressources normales. Mais le consommateur n'a aucun capital de réserve et est pour ainsi dire à la veille de sa dissolution physiologique. Donc l'exercice pour un tuberculeux ne peut avoir qu'un effet désastreux sur sa constitution épuisée et dévitalisée.

Le troisième point et non pas le moins important de ce traitement sanatorial est la question de nutrition. Le malade doit suivre un régime et une diète déterminée à l'avance, l'heure des repas est fixée et régulière, la quantité à ingurgiter est prévue par le médecin et si l'estomac du malade est rebelle et se refuse à conserver ce qu'on lui a forcé de prendre, le malade recommence le même repas quelques minutes plus tard ; et si cet organe persiste dans sa rébellion on ingère les aliments au moyen du tube stomacal de Fouché.

Voici le régime prescrit et suivi au sanatorium de Nordock.

Déjeuner 8 a. m.

½ litre de lait, œufs ou viande autant que le malade peut en prendre, thé ou café.

Dîner en 2 séances.

Première séance à 12 hrs : — ½ litre de lait, ½ lb. bœuf ou poisson avec légumes.

Seconde séance 1 hr. p. m. : — ½ litre de lait, ½ lb. veau, mouton ou volaille, autant de légumes que le malade en veut, ½ lb. de pain et beurre, ½ lb. de pudding au riz ou aux œufs.

Souper 7 hrs. p. m. : — Même quantité que le dîner excepté le pudding.

Ces sanatoria et ils sont toujours construits d'après le même principes, sont des bâtisses de bois : à l'intérieur on n'y voit ni tentures, ni tapis, ni ornements d'aucune sorte. Le chauffage doit se faire par la vapeur à basse pression ou par eau chaude et l'éclairage par la lumière électrique de façon à éviter les viciations de l'air que donnent toujours les moyens ordinaires de chauffage et d'éclairage : les fenêtres et les portes restent ouvertes une grande partie de la journée, de sorte que l'air y est toujours frais et pur. Tels sont les sanatoria de Nordock, de Saranac, de Falkenstein en Bavière ; celui de Colorado Springs, le Texas Sanatorium, celui de Almon Springs N.-Y ; celui de Aiden, de

Ashville, de Goeberadorf, en Sibérie ; de Hohenhouef, en Allemagne ; d'Augicourt, de Mont Doré, en France ; de Arosa, de Arcachon, dans la Gironde. Tout récemment un sanatorium de ce genre à été établi à Gravenhurst à peu près à 100 milles au nord de Toronto, près du lac de Muskoka. Des forêts de pins et des rochers le protègent contre les vents froids et humides de l'hiver. On se propose comme au sanatorium d'Adirondack de l'occuper l'hiver comme l'été. On suppose que les résultats seront merveilleux et on les attend avec beaucoup d'intérêt. Il est aussi fortement question d'en bâtir un de ce genre sur la Montagne Tremblante, dans le village de Ste Agathe des Monts près de Montréal. Ce sanatorium pourrait certainement rivaliser en tous points avec celui d'Adirondack et il serait situé à un niveau de 700 pieds plus haut que celui-ci.

Un autre moyen qu'on fait intervenir et avec avantage pour atténuer cette terrible maladie qui traîne à la mort une si grande proportion de la race humaine, c'est le séjour des tuberculeux dans les hautes altitudes. Ce genre d'aérothérapie a pour base et pour principe la sécheresse et la fraîcheur pure de l'atmosphère qui a une action sédative par sa température constante, son état hygrométrique stable, sa haute pression barométrique ; elle a de plus une action tonique grâce aux forêts, à la pureté de l'air, à sa richesse en ozone, et au fait qu'elle est soustraite à deux grands inconvénients le vent et l'humidité.

Après un séjour de quelques semaines sur ces hauteurs, on constate chez un tuberculeux qui a pratiqué rigoureusement un régime abondant et nutritif ; on constate, disons-nous, l'abaissement et la disparition de la température fébrile, même dans les cas de cavernes tuberculeuses ; les mouvements respiratoires sont augmentés en nombre et en intensité ; il survient une dilatation des vésicules de l'air, et une augmentation permanente dans le volume de la poitrine ; on constate l'amplitude des mouvements du cœur en même temps que s'accroissent ses pulsations en nombre ; l'appétit fait des progrès surprenant et le malade acquiert une facilité de digestion qu'il n'avait pas connue depuis longtemps. Les maux de tête si fréquents auparavant deviennent de plus en plus rares et diminuent graduellement en intensité ; la toux diminue petit à petit et le patient dort d'un sommeil paisible, bienfaisant et rafraîchissant.

En un mot il se fait un échange plus rapide et plus complet des tissus, le métabolisme se fait sur une base merveilleuse et tout le corps acquiert un pouvoir plus grand de résistance.

Dans la théorie comme dans la pratique il n'y a rien de plus éloquents que les chiffres ; permettez-moi d'en citer quelques-uns.

Arcachon dans la Gironde, ayant d'un côté une grande forêt de pins maritimes et de l'autre la mer où se baignent 100,000 personnes par été, est en même temps une station hivernale pour les phthisiques : la température est de 15°c. en été et 10°c. en hiver ; les flots y sont toujours un peu agités et les malades y prennent ces bains de lames dont les effets sont si reconstituants. A cet endroit, le Dr. Lalesque, sur 170 cas ancrés de tuberculose pulmonaire, a obtenu les résultats suivants :

1ere Période 73 cas :	
Guérison complète	22 cas.
Amélioration prononcée	39 "
Aggravation ou mort	12 "
2ième Période 37 cas	
Guérison complète	1 cas
Amélioration prononcée	24 "
Aggravation ou mort	12 "
3ième Période 60 cas :	
Guérison complète	4 cas
Amélioration	21 "
Aggravation	35 "

Au sanatorium d'Ormesson, pour les tuberculeux indigents, sanatorium dont le Dr. Blache a donné à l'Académie de Médecine de Paris la belle statistique de 24% de guérison complète et 40% d'amélioration,

c'est la nourriture et l'air qui y forment à peu près toute la thérapeutique.

Le Dr. Weyburg a traité cette maladie à St Mortiz, qui est situé à 6000 pieds audessus du niveau de la mer sur les alpes Suisses, avec une température moyenne de 34°. Sur 95 cas il a eu 18 cures complètes et permanentes, 28 ont fait un progrès marquant, 14 ont obtenu un succès temporaire et dans les autres 15 cas, la maladie a progressé.

Le Dr. Williams de Londres sur 246 cas de tuberculose qu'il a traités de cette manière par les hautes altitudes a obtenu chez 110 de ses malades une cure complète : 30% ont fait des progrès marquants et 5% seulement sont demeurés dans le même état.

Le Dr. Berheim, médecin français, dans un ouvrage sur ce sujet, dit qu'il se guérit par ce traitement des sanatoria et l'aérothérapie 50% des malades tuberculeux tandis qu'il en meurt 95% de ceux qui sont traités par les moyens ordinaires de la thérapeutique.

Il y a encore les stations de tuberculeux à Davos-au-Platz en Suisse à 2500 pieds avec température de 37° ; Lésine au nord de l'Italie à 4700 pieds avec température de 40°.

En Amérique nous avons Denver dans le Colorado à une élévation de 5000 pieds avec température moyenne de 50°. Colorado Springs à 6000 avec 40°, Boulder 5500 pieds, température 45°, Santa Fé 7400 pieds, GuAldragra 5000 pieds.

Les résultats sommaires que je viens de mentionner portent en eux leur éloquence et témoignent bien de l'efficacité d'un climat élevé sur la tuberculose.

Cependant une dose de climat doit être comme une dose de médecine, prescrite intelligemment, après une mûre considération du cas dans tous ses détails : et ces détails comprennent les conditions financières, mentales et sociales du patient et l'état plus ou moins avancé de sa maladie. Si la maladie ne fait que commencer, est encore restreinte et n'est pas très active : si les systèmes vasculaires et digestifs sont normaux, si l'état général de la constitution est bon, qu'il n'y ait aucune bronchite, pas de rhumatisme et aucun trouble nerveux alors le patient doit être envoyé dans un climat spécialement tonique comme Davos, Colorado, Floride, Adirondacks, Ste Agathe des Monts. Mais ces cas forment la minorité. Le plus grand nombre des malades ont ou bien une débilité constitutionnelle marquée ou une grande activité des procédés tuberculeux, ou encore ils peuvent avoir un défaut sérieux dans la nutrition avec complication du côté des bronches, du cœur ou du système nerveux, et lorsqu'on a ces symptômes on peut attendre un succès certain, ou du moins une amélioration notable, par un séjour dans de hautes altitudes comme à Denver, à Colorado Springs, Santa Fé, Adirondack, Sur les Alpes, etc.

En résumé, la pureté de l'atmosphère est la première considération et c'est pour cette raison que les hautes altitudes conviennent si bien.

La température vient en second lieu si elle est tant soit peu égale et non sujette à des variations subites. Le climat d'hiver des Adirondacks, Colorado, Davos et les autres ont l'avantage d'un froid égal et le sud de la France et de l'Italie ont une haute température, mais uniforme, avec maximum montant de soleil.

La sécheresse de l'air est certainement un important facteur mais non essentiel. Qu'elle ne soit pas nécessaire cela est prouvé par le nombre et l'importance des bons résultats obtenus en Floride à Torquay, à Falmouth sur la côte sud de l'Angleterre où on rencontre l'atmosphère la plus humide du monde.

Beaucoup de choses ont été dites sur le choix d'une localité pour le traitement climatérique des différentes périodes de la tuberculose. Si la maladie est limitée à un sommet chez une personne dont l'histoire personnelle et de sa famille est bonne, il a de grandes chances de combattre victorieusement la maladie, s'il vit au dehors dans un bain continue de soleil en aucun climat, froid ou chaud, humide ou sec, bas ou

Mais si les deux sommets sont attaqués et qu'il y ait des cavités, les chances d'une cure permanente sont de beaucoup diminuées et un climat doux et chaud serait préférable. C'est dans ces cas que les soins donnés dans un sanatorium et les effets des hautes altitudes seraient indiqués.

Adirondacks offre tous les avantages d'une température égale et d'une haute altitude. Le climat d'hiver y est délicieux. Le patient doit s'y rendre en septembre ou octobre pour s'habituer graduellement aux froids. Ste Agathe des Monts offrirait tous les avantages géographiques, topographiques, météorologiques et sanitaires. Les municipalités ou les gouvernements devraient y bâtir une institution du genre des sanatoriums où les cas précoces de tuberculose parmi la classe pauvre pourraient y être traités systématiquement. D'autant plus que cet endroit y est d'un accès très facile par chemin de fer ; que la nature y a déployé tous ses charmes et que les amusements y sont des plus variés.

## XI Congrès Français de Chirurgie

(Suite)

### Traitement chirurgical du goître exophtalmique

M. le Pr Thomas JONNESCO (de Bucarest). — Trois méthodes se disputent la qualité d'opération de choix dans le traitement chirurgical du goître exophtalmique : celle qui s'adresse au corps thyroïde (*thyroïdectomie partielle, strumectomie ou énucléation, et exothyropexie*) ; celle qui s'attaque aux artères thyroïdiennes (*ligature des artères thyroïdiennes*) ; et celle qui s'adresse au sympathique cervical (*section du cordon, résection partielle, et résection totale et bilatérale* du sympathique cervical, y compris les trois ganglions). Laquelle de ces méthodes répond au triple *desideratum* : bénignité, facilité et efficacité ?

I. — La *thyroïdectomie partielle*. — Allen Starr (*Medical News* 1896) en a réuni 190 cas, dont : 74 guérisons complètes, 45 améliorations, 3 insuccès et 33 morts rapides. Dont 45 0/0 à peu près de succès et 17,36 0/0 de mort rapide. Les cas heureux de Luffier (2) et de Doyen (2) nouvellement publiés (1897) ne changent rien à cette statistique, car on peut leur opposer les cas malheureux de Lejars (mort subite) et de Quénu (thyroïdectomie totale de nécessité après hémorragie, avec myxœdème consécutif) aussi récents (1897). Donc la thyroïdectomie partielle, opération facile et bénigne dans le goître ordinaire, devient grave dans le goître exophtalmique, par la fréquence de la mort subite et immédiate, absolument indépendante de l'acte opératoire. De plus, les guérisons obtenues l'ont été dans les goîtres anciens devenus tardivement basedowiens (faux goîtres exophtalmiques), tandis que dans les cas de goître exophtalmique vrai, la mortalité immédiate est considérable (Mœbius.)

La *strumectomie* ou *énucléation* intra-glandulaire isolée de Socin a donné de meilleurs résultats : 61 cas avec 50 guérisons ou améliorations, 4 morts dont 2 opératoires, 2 tétanies et 5 insuccès ; soit 82 0/0 de résultats plus ou moins favorables, mais obtenus surtout dans les faux goîtres exophtalmiques (Brimer, 1894).

Quant à la *thyroïdectomie totale*, malgré l'opinion de Péan (*Académie de Médecine*, 1897), sa gravité est bien connue pour y insister.

L'*exothyropexie* de Poncet et Jaboulay, à part ses inconvénients, n'a pas donné de meilleurs résultats : 12 opérations avec 5 guérisons ou améliorations et 2 morts par basedowisme aigu.

En somme gravité, inefficacité contre le vrai goître exophtalmique, récurrence fréquente (Jaboulay) : tel est le bilan des interventions sur le corps thyroïde.

2. — La *ligature des artères thyroïdiennes* (Mikulicz, Wolfner, Billroth, Trendelenburg, Kocher, Rydigier) a donné de meilleurs résultats : Kocher (1895) sur 34 cas (ligature de 3 artères) a 31 guérisons ou améliorations et 3 morts ; donc : 9 0/0 de léthalité. Rydigier (1897)

ture des 4 artères) : 22 cas avec 20 guérisons ou améliorations et 2 insuccès. Malgré cela, cette opération est peu pratiquée.

3. — Les opérations sur le sympathique cervical sont au nombre de trois : section, résection partielle et la résection totale.

a) La section simple, proposée par Edmunds (*Société pathologique de Londres*, 1895) a été pratiquée trois fois par Jaboulay (de Lyon), en février, mars et juin 1896. Malgré les satisfaisants résultats immédiats, cette opération a été abandonnée et à juste titre par l'auteur lui-même.

b) La résection partielle, comprenant une partie plus ou moins étendue de la chaîne cervicale ; je l'ai proposée et pratiquée le premier, dans deux cas, le 17 août et le 2 septembre 1896, en enlevant les ganglions cervicaux supérieur et moyen et le cordon intermédiaire. Les résultats immédiats, je les ai fait connaître au *Congrès français de Chirurgie* de 1896 (octobre). Le 19 janvier 1897, Jaboulay répéta mon opération avec succès ; puis il pratiqua cinq autres fois la résection du ganglion cervical supérieur seul. D'autres chirurgiens ont eu recours à la résection partielle (Quénu, 3 avril 1897 ; Gérard-Marchand, 5 avril 1897 ; Faure et P. Reclus, 22 juin 1897 ; Juvara, 11 juillet 1897). En tout 12 résections partielles avec 12 guérisons opératoires et un seul insuccès thérapeutique (Quénu).

c) La résection totale et bi-latérale, comprenant les trois ganglions, que j'ai proposée dès le début, je l'ai pratiquée le 18 juillet 1897 et communiquée à l'*Académie de Médecine*, le 28 juillet 1897. Le résultat immédiat a été excellent. Soulié (de Marseille) a publié le 1er septembre (*Archives provinciales de Chirurgie*) un cas opéré le 17 avril 1897 avec bon résultat immédiat, mais avec récurrence. Enfin, Faure vient de la pratiquer, d'un côté seulement, avec un parfait résultat.

Telles sont les interventions pratiquées sur le sympathique cervical. Comme on le voit, la simple section a été abandonnée par l'auteur lui-même (Jaboulay) et les seules opérations qui sont restées sont celles que j'ai proposées et pratiquées le premier, à savoir les résections partielles et totale de la chaîne cervicale. Les résultats tardifs, comme les résultats immédiats, sauf le cas de Soulié, sont excellents. Mes deux premiers malades, qui datent déjà de près de quatorze mois sont actuellement parfaitement guéris ; l'exophtalmie a disparu, le goître aussi ; il en est de même des troubles nerveux, dyspnée, transpirations profuses, etc., qui n'ont plus reparu ; le pouls est tombé à 90, de 100 et 120. Quant au troisième cas, qui date de trois mois, il est en pleine voie de guérison aussi ; car tous ces symptômes, très accentués avant l'opération, ont déjà disparu, le pouls seul reste encore entre 80 et 90.

En somme, la résection du sympathique cervical est une opération facile, bénigne et donne dans presque tous les cas la guérison, et cela dans les cas typiques de maladie de Basedow et non dans les faux goîtres exophtalmiques... L'avenir décidera du maintien de cette guérison, qui dure déjà depuis quatorze mois. Du reste, dans tous les autres cas, sauf ceux de Quénu et Soulié, l'amélioration et même la guérison définitive est indiquée.

Je conclus que : la résection du sympathique cervical, par sa bénignité absolue, sa facilité et son efficacité doit être l'opération de choix du goître exophtalmique. La résection totale, qui seule permet d'enlever la plupart des nerfs accélérateurs cardiaques en enlevant le ganglion cervical inférieur, est l'opération de choix, car elle seule aussi permet de réséquer le nerf vertébral et d'agir ainsi sur tous les nerfs vaso-constrictifs encéphaliques ; une grande partie des troubles des Basedowiens reconnaissant pour cause l'anémie cérébrale. Quant à la section simple (opération de Jaboulay), elle a été justement abandonnée par son auteur même, pour recourir à mon opération.

Sur la résection totale du grand sympathique cervical dans le goître exophtalmique.

M. le Dr J. L. FAURE (de Paris). — J'ai pratiqué trois fois la ré-

section du grand sympathique cervical pour lutter contre les accidents du goître exophtalmique.

Chez une première malade, dont l'affection remontait à une douzaine d'années et qui est opérée depuis le 5 juin, j'ai obtenu : une diminution très nette de l'exophtalmie, surtout marquée dans les premiers jours et actuellement stationnaire, une répression considérable du goître, une amélioration légère de la tachycardie, mais surtout une véritable transformation de l'état général. Chez cette malade, j'ai extirpé des deux côtés le ganglion cervical supérieur et cinq à six centimètres de cordon qui en émane.

Chez une seconde malade, d'ailleurs moins gravement atteinte, et opérée le 3 août, j'ai obtenu une très grande amélioration de l'exophtalmie qui s'est surtout atténuée dans le mois qui a suivi la sortie de l'hôpital et a presque disparu ; une rétrocession considérable du goître et une amélioration également très grande de l'état général. Chez cette malade j'ai réséqué la totalité du grand sympathique droit, y compris le ganglion supérieur et le ganglion inférieur. Mais, à gauche, la malade ayant eu, au moment où je sortais le pneumogastrique, une syncope immédiate et grave, qui n'a cédé qu'à quelques minutes de respiration artificielle, j'ai cru prudent de me contenter d'enlever le ganglion cervical supérieur et quelques centimètres de sympathique.

Une troisième malade, qui était un type remarquable de la maladie dont elle présentait tous les signes à l'état pour ainsi dire aigu, a succombé au chloroforme. J'avais enlevé à droite, sans incidents, le sympathique tout entier avec ses deux ganglions internes. À gauche, après l'incision de la peau, la malade criant et remuant, quelques gouttes de chloroforme lui furent données dans les conditions ordinaires et la malade présenta une syncope brusque, dont elle ne put être rapelée.

Je n'ai rien à dire au point de vue opératoire, si ce n'est que l'opération m'a toujours paru relativement facile.

Les résultats que j'ai obtenus dans mes deux premiers cas ont été très favorables : limitation de l'exophtalmie, répression du goître, état à peu près stationnaire de la tachycardie, mais transformation presque complète de l'état général qui va s'accroissant encore. C'est donc à mon avis, une bonne opération. Mais je ne puis passer sous silence les deux accidents chloroformiques, une syncope grave et une mort que j'ai observée. Sur trois cas, c'est beaucoup.

Je me demande si l'opération n'est pas jusqu'à un certain point, favorable et si le cœur, privé d'une de ces sources d'énergie, n'est pas plus sensible à la toxicité des anesthésiques. Je crois qu'il peut être prudent de faire l'opération en deux fois, et j'ai l'intention, à l'avenir, d'employer l'éther au lieu du chloroforme. Mais cette opération m'a donné, quant à ses résultats thérapeutiques, de trop bons résultats pour que je ne la recommence pas à la première occasion.

#### Discussion sur le Goître exophtalmique : Thyroïdectomie.

M. le Dr R. SOREL (du Havre). — A propos du traitement du goître, je voudrais faire une simple remarque, qui est bien ici à sa place. Au point de vue opératoire, lorsqu'il s'agit de s'attaquer au corps thyroïde, soit pour un goître, soit pour une maladie de Basedow, il semble qu'il y ait un courant de réaction qui se produit dans les sociétés savantes ou dans des journaux. Pour justifier l'exothyropexie de Jaboulay, on charge la thyroïdectomie de méfaits : difficultés opératoires, pertes considérables de sang, suites opératoires graves. Je tiens à protester contre cette manière d'opérer, qui consiste à ne pas opérer et je déclare que lorsqu'on s'attaque au corps thyroïde il faut l'enlever de suite par thyroïdectomie partielle. Je n'ai aucune prétention ni à une expérience considérable des thyroïdectomies, puisque je n'ai fait que cinq opérations, ni à une habileté opératoire particulière. Cependant, dans mes cinq cas, l'opération a été simple, rapide et exsangue. Sans la crainte des complications opératoires annoncées, d'hémorragies subites et graves, j'ai opéré lentement et dans mes cinq cas j'ai

terminé l'opération, pansement compris, en 20 minutes ou une demi-heure. Tous mes opérés ont guéri par première intention le douzième jour.

A l'hôpital du Havre, un des collègues a opéré une femme d'un goître par exothyropexie, et, après trois mois, il lui reste, une tumeur grosse comme une orange, avec une plaque de sphacèle, et de suppuration ; elle sera guérie, quand ? Je n'en sais encore rien ; mais, dans le lit, à côté mes cinq malades pouvaient se succéder et sortir guéris, avant que celle qui a subi l'opération timide ne soit débarrassée.

Aussi j'affirme que dans le cas de goître ou de maladie de Basedow, si l'on veut agir sur le corps thyroïde, il faut revenir à la véritable pratique chirurgicale, et faire la thyroïdectomie, opération facile, à peu près exsangue, et rapide.

#### Topographie et contagion du cancer

Le Dr LÉON NOËL vient de publier dans la *Revue des maladies cancéreuses*, un important travail dont voici les conclusions :

1° Le cancer est une maladie très diversement répartie. Dans une même région, outre les localités où sévit la mortalité moyenne par cancer, on observe des taches d'immunité cancéreuse à côté des taches cancéreuses ;

2° Des taches d'immunité cancéreuse occupent souvent un rayon de plusieurs villages limitrophes. Ces villages, au moins dans les observations que nous avons recueillies, sont situés sur des plateaux secs et assez loin des cours d'eau ;

3° Les taches cancéreuses s'observent dans deux conditions différentes : soit ramassées en un territoire resserré de maisons (maisons à cancers, cancers entre voisins, hameaux cancéreux), soit au contraire étendues sur une surface plus large ; en ces cas l'intermédiaire entre les différents cancers est fréquemment un cours d'eau ;

4° Le cancer ne se répand pas toujours par taches ; faute de terrain favorable, il peut rester isolé. C'est dans ces conditions qu'on l'observe surtout dans les maisons écartées, situées hors ville, entourées d'arbres, aux lisières des bois. Un certain nombre de ces maisons isolées s'élèvent parfois au bord de l'eau ;

5° Dans les taches d'immunité cancéreuse ou les taches cancéreuses, l'hygiène de l'habitant est la même, aucune différence d'alimentation, d'habitudes, de profession. Toutefois un village, situé dans un rayon d'immunité cancéreuse, peut finir par abriter des cancéreux. Cette circonstance se réalise parfois, quand dans ce village vient s'installer une personne que sa profession avait fait vivre jusque-là loin de ce village, un douanier par exemple.

Ce douanier se fixant dans une localité indemne, non seulement prend le cancer, mais encore il ouvre une série cancéreuse parmi ses voisins ;

6° La fréquence du cancer dans les maisons isolées près des bois ou le long des rivières ne s'explique pas par de pures raisons de coïncidence ;

7° Aucune des anciennes théories émises sur le cancer ne donne une explication satisfaisante du processus. Tout au plus un certain nombre de conditions peuvent être considérées comme prédisposantes (hérédité) ou déterminantes (traumatisme) ; mais ces conditions n'interviennent que dans un chiffre restreint de cas. Une autre pathogénie est de rigueur ;

8° Le cancer près des bois évolue chez l'homme dans des localités où règne sur les arbres le chancre ou cancer végétal. Il existe des taches cancéreuses et des taches d'immunité parmi les arbres comme on en rencontre parmi les hommes. L'étiologie prédisposante qui accuse les contusions, la moindre résistance de l'arbre transplanté dans un sol moins riches, la marche clinique du cancer des arbres ressemble à celle du cancer de l'homme, la tumeur aboutit à la mort habituelle du végétal. Il n'est pas dit que l'étiologie déterminantes de la tumeur végétale (spores de champignons, bactéries, causes inconnues) ne se retrouve pas dans l'étiologie du cancer des animaux et des hommes dans les

quels des spores ont été observées par Metschnikoff. La question de relation se pose entre le cancer ou chancre des arbres et le cancer des hommes. La topographie du cancer des arbres par taches, sa transmission admise par les botanistes, indiquent la propagation par contagion. S'agit-il là du siège primordial de la tumeur maligne, communiquée ensuite à l'homme par différents intermédiaires, insecte souillant les végétaux alimentaires ou l'épiderme humain ?

9° Des faits cliniques, qui semblent positifs, établissent la transmission du cancer de l'homme à l'homme. Des faits expérimentaux établissent d'une manière indéniable la transmission du cancer entre animaux de même espèce. L'expérimentation échoue avec des animaux d'espèces différentes ; mais l'ignorance où nous restons de l'agent cancéreux, l'impossibilité où nous sommes de faire varier ses degrés de virulence, l'obscurité qui entoure les terrains de réceptivité de l'agent cancéreux, toutes ces choses permettent de se demander si les conditions expérimentales ont toujours reproduit les conditions de la clinique. A ce propos la question se pose, s'il existe véritablement un agent pathogène spécifique, de savoir si cet agent n'est pas susceptible d'un transformisme spécial dans des organes différents ;

10° La fréquence du cancer humain près des bois s'expliquerait par l'hypothèse d'une pathogénie univoque avec le cancer des arbres du voisinage. De même le cancer près des cours d'eau s'expliquerait, non seulement par le charroi de l'agent cancéreux venant de l'arbre, mais encore par celui du cancer venant de l'homme, l'eau ayant pu être souillée par des débris cancéreux. On remarque que ce sont surtout les cours d'eau qui déberdent dont les rives sont habitées par des cancéreux.

—*La France Médicale.*

#### Valeur pronostique du varicocèle dans les tumeurs du rein

La varicocèle symptomatique des tumeurs du rein n'a pas seulement la grande valeur diagnostique que lui attribue M. Guyon, il comporte aussi au point de vue pronostique une importance de premier ordre.

A l'aide de documents cliniques et anatomo-pathologiques, j'ai établi, en effet, que le varicocèle ne reconnaissait pas pour cause la compression de la veine spermatique par la tumeur, mais par des ganglions dégénérés. J'ai eu l'occasion récemment de confirmer sur un malade ces conclusions auxquelles mes recherches m'avaient conduit, il y a deux ans.

Un malade se présentait à moi avec les trois symptômes principaux que voici : hématurie, varicocèle et tumeur lombaire gauche. Je diagnostiquai un cancer du rein gauche, de gros volume, et pratiquai une laparotomie exploratrice pour me rendre compte du volume et des connexions de la tumeur. Au cours de l'opération, je reconnus que la rate était seule augmentée de volume, mais le rein ne présentait pas de dégénérescence. Le malade ne résista pas à l'opération, et succomba deux jours plus tard. A l'autopsie, je trouvai un noyau cancéreux dans le rein gauche, et des masses ganglionnaires énormes le long de la colonne vertébrale et comprenant la veine spermatique.

Ce fait montre donc bien comment il n'est aucun rapport entre le volume de la tumeur et la production du varicocèle. Celui-ci n'est que la manifestation extérieure de l'adénopathie secondaire. Et de ce qu'un cancer s'accompagne d'un varicocèle précoce ou tardif, on peut conclure qu'il y a déjà propagation ganglionnaire. Cette conclusion atténue encore les espérances qu'on était en droit de formuler sur les résultats des petites tumeurs, des noyaux limités, considérés jusqu'ici comme curables par la néphrectomie. Il faut, en effet, dans ces conditions, ou ne pas opérer, ou si on opère, poursuivre et enlever les masses ganglionnaires.—Dr LEGUEU, chirurgien des hôpitaux. (Congrès d'urologie 1897.)

### Injections de sérum artificiel dans les brûlures graves

M. le prof. Tommasoli, qui a déjà expérimenté avec succès les injections de sérum artificiel dans diverses dermatoses chroniques (psoriasis, prurigo, lichen), vient d'essayer ce mode de traitement dans les brûlures graves, que leur étendue rend habituellement mortelles.

Dans un cas où il s'agissait d'une femme de soixante ans, presque entièrement brûlée avec de l'eau bouillante, l'issue fut fatale, malgré les injections journalières de plus d'un litre de sérum pendant cinq jours. Ce cas, absolument désespéré d'emblée, avait cependant montré qu'à chaque injection l'état général de la malade se relevait, son pouls, sa respiration devenait moins rapides, le sommeil survenait pour quelques heures. Chez un second malade, très gravement brûlé aussi, la guérison fut, par contre, obtenue assez rapidement par les seules injections de sérum artificiel et les bains continus suivant la méthode pratiquée à Vienne.

Des expériences de contrôle furent pratiquées par le prof. Tommasoli sur des lapins et des chiens. On sait, à la suite des travaux de Klebs, que la mort des animaux échaudés jusqu'à une certaine mesure est inévitable. Or, avec des injections de sérum, on arrive à en sauver la majorité ; les résultats ont surtout été démonstratifs chez les chiens.

Le prof. Tommasoli conclut à la nécessité de l'emploi des injections de sérum dans les brûlures graves ; si les injections sous-cutanées ne suffisaient pas il ne faudrait pas craindre de recourir aux injections intra-veineuses.

—(Rif. med.)

### Guérison des brûlures par le permanganate de potasse.

Nous avons déjà relaté l'usage qui pourrait être fait de l'acide picrique pour la guérison des brûlures. Mais cet acide a des inconvénients chimiques. M. Albert Nodon, dans la *Revue internationale de l'électricité*, indique comment on peut le remplacer avec avantage par une dissolution concentrée de permanganate de potasse. L'auteur a eu occasion d'employer souvent ce remède, dans des cas de brûlures produites, par exemple, par des circuits électriques fortement chauffés, et il a pu constater chaque fois les heureux résultats produits par son application. Il est nécessaire d'appliquer la solution de permanganate le plus rapidement possible, après l'instant de la brûlure ; cette application doit être faite pendant plusieurs minutes. La partie malade prend alors une coloration noire, produite par le peroxyde de manganèse, la sensation vive de cuisson cesse presque aussitôt et, un jour ou deux après le traitement, les tissus détruits se sont reconstitués et toute trace de l'accident a disparu.—(Progr. Méd.)

### Melæna des nouveau-nés d'origine nasale

Quand on est appelé auprès d'un nouveau-né qui a du melæna, c'est-à-dire qui perd du sang par l'anus et vomit du sang plus ou moins digéré, on examine soigneusement le ventre, on le palpe et on le percute, puis la chose étant jugée, on ordonne une potion astringente au perchlorure de fer, ou au tannin, avec ou sans sirop de rstanhia ; on fait mettre de la glace sur le ventre ; on donne un peu d'alcool si l'enfant est déjà tout à fait bas ; on formule devant la famille un pronostic grave et très grave et . . . on laisse aller les choses. Si l'enfant guérit, on se demande si la médication n'y était pas pour quelque chose ; si l'enfant meurt, comme c'est le plus souvent le cas, cela ne surprend ni le médecin qui s'y attendait, ni la famille qui a été prévenue.

M. Swoboda et tout récemment par M. Hochsinger, attirent d'une façon particulière l'attention du praticien sur le melæna qui tient tout simplement à une hémorragie nasale. Si l'on n'a pas la précaution d'examiner de parti pris la gorge et le nez de l'enfant, le sang qui ne sort pas par les narines et qui coule directement dans le pharynx, et de là dans l'estomac et l'intestin, passe inaperçu, et au lieu de tamponner les fosses nasales, le médecin prescrit la potion astringente qui, naturellement, n'empêche pas l'enfant de mourir, si par hasard l'hémorragie ne s'arrête pas spontanément.

M. Hochsinger à l'appui de cette opinion rapporte un cas très instructif au point de vue pratique.

Un jour M. Hochsinger est appelé auprès d'un nouveau-né qui, quelques heures après sa naissance, a vomi du sang et perdu du sang par l'anus. Cette hémorragie durait déjà sans interruption depuis cinq ou six heures lorsque M. Hochsinger vit l'enfant. Il trouva un enfant presque exsangue, dont la température rectale n'atteignait plus que 35°,8. Instruit par les faits de M. Swoboda, M. Hochsinger eut la curiosité de jeter un regard dans la gorge de l'enfant, et trouva le pharynx transformé en une véritable rigole de sang. Son diagnostic était donc fait : c'était un faux melæna par hémorragie nasale. Pour voir de quel côté venait du sang, il introduisit dans la narine droite un tampon d'ouate roulé en cylindre : le cylindre ne fut pas teinté de sang. Il introduisit un tampon identique dans la narine gauche et le retira imbibé de sang. L'enfant saignait donc par la fosse nasale gauche. Après nettoyage du pharynx, il put constater que l'hémorragie était arrêtée. Lorsque trois heures plus tard, le tampon fut renouvelé, l'hémorragie ne se reproduisit plus, l'enfant était guéri.

Les conclusions à tirer de ce fait, c'est qu'en face d'un melæna, le médecin aura la curiosité de voir ce qui se passe dans la gorge et dans le nez et, s'il trouve une hémorragie nasale, il aura soin de la traiter avant de recourir aux médications des hémorragies intestinales.

### Diagnostic des vers intestinaux sans examen des selles

Il est quelque fois important pour le médecin de pouvoir dire dès sa première visite si un enfant a ou non des vers intestinaux.

Cependant, le diagnostic clinique de l'helminthiase intestinale, sans l'examen microscopique des selles, n'est guère aisé. Or, d'après un confrère allemand, M. Muller de la Fuente, qui a eu l'occasion d'observer un nombre considérable de cas, il existe deux signes qui permettent de faire ce diagnostic.

Le premier est l'existence de coliques à caractères très particuliers. Elles apparaissent notamment d'une façon subite, brusquement, et surprennent l'enfant au milieu de ses jeux ; en second lieu, elles sont d'emblée très intenses et tellement douloureuses, qu'elles arrachent parfois des cris au petit malade ; enfin, la douleur est strictement localisée à une partie de l'intestin. On peut en effet, palper le ventre de l'enfant sans provoquer la moindre douleur ; mais, aussitôt qu'on touche la région d'où partent les coliques, l'enfant pousse des cris arrachés par la douleur qu'il éprouve. Un vermifuge ayant produit l'effet désirable fait disparaître les coliques et la sensibilité locale dont il vient d'être question.

Le second signe qui permet de faire le diagnostic de vers intestinaux est l'existence d'un rétrécissement du champ visuel de deux côtés. Ce rétrécissement est ordinairement tellement accusé qu'il peut être apprécié par le procédé qui consiste à promener un doigt devant chaque œil du malade. Il va de soi que le rétrécissement du champ visuel ne peut être utilisé que chez les enfants déjà grands.

—(Presse médicale.)

### Immunité Acquisse

Gottstein (Berlin Klin. Woch. sept. 1897), dont les attaques contre le traitement de la diphtérie par l'antitoxine sont bien connues, dirige ses efforts contre les vues communément acceptées quant à l'immunité acquise par les êtres humains contre les secondes attaques des maladies spécifiques aiguës. Il considère injustifiable de conclure que parce qu'un homme ne contracte pas deux fois une maladie infectieuse il en est devenu réfractaire par la première attaque ; il considère cela comme un résultat de la doctrine de la chance, et il ajoute que quoi que le fait de gagner deux fois le premier lot dans une loterie par la même personne est pratiquement inconnu, personne ne songerait à regarder cela comme un cas d'immunité. L'auteur rejette l'action prophylactique de la vaccination sous le prétexte qu'elle n'est pas strictement comparable à l'inoculation varioleuse, et il établit que Voges a

démontré que le choléra des poules ne peut donner prise à aucun pouvoir immunisant spécifique, puisque la même immunité que celle conférée par l'injection de cultures atténuées peut être obtenue à l'aide de sérum d'animaux sains, et il en conclut que l'immunité de Pasteur expérimentalement établie est simplement un pouvoir de résistance augmenté. L'immunité acquise chez l'homme devrait selon lui, être le sujet d'investigation sans avoir recours aux expériences sur les animaux. Gottstein cherche à s'enquérir de quelles maladies spécifiques aiguës on prétend conférer définitivement l'immunité et en réunissant les opinions de différents auteurs il trouve que la variole, la rougeole, et la fièvre scarlatine sont les seules universellement admises comme susceptibles d'agir ainsi. Quant à ce qui regarde les deux premières, les cas ne sont pas rares chez lesquels le même malade est atteint de la même affection deux fois ou même plus souvent, et la rareté de ce fait est seulement d'accord avec la loi des probabilités. Trois facteurs se combinent pour ajouter à cette rareté. Premièrement beaucoup de maladies, telles que la diphtérie, se rencontrent particulièrement aux premières années de la vie, de manière que lorsqu'un malade est exposé à une seconde infection, il a passé l'âge de susceptibilité spéciale. D'autres affections encore, telles que le choléra, le typhus, et les fièvres récurrentes se montrent d'une manière typique en de courtes et rares épidémies, en sorte que le sujet a bien peu de chance de les rencontrer de nouveau. Enfin, et ce qui est le plus important, les maladies mortelles comme le choléra, la diphtérie et la peste, épargnent seulement ceux qui sont les plus résistants, chez lesquels la probabilité d'une réinfection tombe bien bas. L'auteur donne alors nombre d'exemples de retour répété des maladies infectieuses chez les mêmes individus, et fournit des statistiques élaborées pour montrer que la fréquence de telles infections est actuellement en excès, sur ce qu'on en pouvait déduire du calcul des probabilités. Ainsi il cite de Maiselis des statistiques de 33 secondes attaques de fièvre scarlatine, 37 de rougeole, et pas moins de 514 cas de petite vérole, et rappelle aussi le retour de la syphilis et de la coqueluche. Il attaque ensuite les vues courantes sur l'immunité par le sérum, référant aux expériences qui ont été faites pour démontrer que le sérum des nouveaux-nés et d'adultes qui n'ont jamais souffert de diphtérie exerce une influence protectrice sur les cochons d'inde contre la toxine diphtérique. Il avance de plus que, suivant la théorie de Weismann, l'immunité acquise ne peut être transmise, et de là on ne pouvait expliquer la non-susceptibilité à quelques maladies de certaines familles et de certaines races. Cette non-susceptibilité est réellement due au pouvoir de résistance augmenté résultant de l'élimination des faibles dans la lutte pour l'existence. Il suggère finalement l'idée que dans un grand nombre d'exanthèmes, la vraie cause de l'immunité peut-être l'endurcissement de la peau, qui suit l'éruption et prévient l'infection par la peau. Il éclaircit sa pensée en citant le cas de ceux qui travaillent la vanille, et qui une fois guéris de l'eczéma amené par leur travail, n'y sont plus susceptibles.

— *British Medical Journal*.

Dr P. V. F.

On vante beaucoup la teinture de capsicum comme l'application topique la plus efficace contre l'herpès labial (cold sores).

— *Clinical Chronicle*.

#### Solution chaude de cocaïne

(*The Medical age*.)

L'effet anesthésique local obtenu avec la cocaïne est plus rapide, plus intense, et dure plus longtemps si la solution est chaude. Les dangers de l'intoxication sont ainsi de beaucoup diminués, vu que la quantité de cocaïne peut être réduite de beaucoup si elle est chauffée. Une solution chauffée de 0.5 ou 0.4 pour cent produira un effet puissant.

— DA COSTA.

#### Traitement des douleurs menstruelles

Il ne s'agit nullement ici de l'administration de morphine ou de ces succédanés ni de l'ingestion de phénacétine, d'antipyrine, etc., etc.

M. le docteur Fliess a noté qu'il existe, au point de vue physiologique, un rapport incontestable entre le processus de la menstruation et quelques parties de la pituitaire, comme le cornet inférieur et cette partie de la cloison riche en vaisseaux et en glandes que l'on désigne assez souvent sous le nom de *tuberculum septi*.

On sait que pendant les règles ces parties augmentent de volume, se cyanosent, deviennent fort sensibles au contact de la sonde et déterminent souvent des hémorragies. Le badigeonnage de ces régions avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 20 p. c. aurait pour effet de faire disparaître assez vite les douleurs menstruelles ne reconnaissant pas pour cause une sténose ou autre affection analogue. Ces douleurs sont plutôt de nature névralgique, car elles persistent en dépit de la cessation du flux cataménial. Ce procédé mérite d'être essayé. Au surplus, les occasions de s'en servir ne manquent pas.

(*Mouv. théor. et méd.*)

### FORMULAIRE

#### Contre les hémorroïdes (KOSBOBERDCKJI).

1° Chrysarobine.....	75 centigrammes
Iodoforme.....	30 —
Extrait de belladone.....	60 —
Vaseline.....	15 grammes.

Appliquer cette pommade, à l'extérieur, deux ou trois fois par jour.

2° Chrysarobine.....	8 centigrammes
Iodoforme.....	2 —
Extrait de belladone.....	1 —
Beurre de cacao.....	1 gr 80

Pour un suppositoire. (*Gaz. hebdom.*)

#### Liniment antinévralgique. — (M. EULENBURG).

Ichtyol.....	} à 5 grammes
Onguent napolitain.....	
Chloroforme.....	} à 30 —
Alcool camphré.....	

Mélez. — Usage externe. Agiter le mélange avant de s'en servir.

Faire avec ce liniment des frictions sur la région douloureuse.

#### Contre la dentition douloureuse. — (DAUCHEZ).

1 Irrigations fréquentes de la bouche avec de l'eau chloralée chaude.

Hydrate de chloral.....	1 gramme.
Alcoolat de menthe.....	10 —
Ajoutez : Eau chaude.....	250 —

2° Frictions douces sur les gencives avec le collutoire suivant :

Chloroforme.....	0.25 centigrammes
Créosote pure.....	0.15 —
Laudanum de Sydenham.....	0.10 —
Teinture de benjoin.....	10 grammes

#### Injection sous-cutanée pour arrêter l'hémoptysie. (CAPITAN).

Ergotine Yvon.....	5 grammes
Chlorhydrate de morphine.....	4 centigrammes
Antipyrine.....	1 gr. 50 cent.
Sulfate de spartéine.....	20 centigramme
— d'atropine.....	2 milligrammes
Eau distillée q. s.....	10 c. c.

Ds. : au besoin, une injection d'une seringue de Pravaz de  $\frac{1}{2}$  en  $\frac{1}{2}$  heure ou même de  $\frac{1}{4}$  en  $\frac{1}{4}$  d'heure, sans dépasser toutefois le maximum de 5 seringues.

Potion à prendre en même temps d'heure en heure ou de  $\frac{1}{2}$  en  $\frac{1}{2}$  heure par cuillerée à soupe, si le malade peut boire

Ergotine Bonjean.....	2 grammes
Acide gallique.....	50 centigrammes
Sirop de thérebenthine.....	120 grammes.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Contusion suivie d'une arthrite suppurée et d'une ankylose

Par M. le Dr E. PAQUET, de St-Aubert L'Islet

Le 17 décembre 1896, J. B. âgé de 39 ans, reçoit dans une bagarre un coup de bâton sur le côté interne du tibia.

Cet homme robuste, habitué au travail pénible des chantiers ne porte aucune attention à cette contusion de la partie supérieure du tibia.

Les téguments sont à peu près sains. Le blessé observe à peine une légère extravasation sanguine.

Les contusions au premier degré ne sont pas graves généralement. Il n'y a pas altération profonde des tissus et gangrène consécutive.

La contusion détermine rarement dans l'os des dégâts considérables. Le blessé ne se dérange pas pour si peu !

Nous verrons, cependant, par l'historique de ce cas, que les contusions peuvent être suivies de complications redoutables.

Je vois le patient pour la première fois, le 11 janvier 1897. Depuis quelques jours il se plaignait vivement du point frappé. Les douleurs augmentaient par la pression et le mouvement.

Voici les symptômes observés chez mon malade : Au point contusionné la douleur est excessivement vive.

Le plus léger toucher sur la région gonflée exaspère le malade.

L'état général est mauvais et laisse prévoir une longue maladie

Température 103° ; pouls 126. J'ai tout lieu de craindre une forte sup-

uration. Elle était, en effet, annoncée, depuis quelques jours, par des

frissons répétés, la fièvre, le délire et l'œdème. Je m'empresse d'ouvrir

une voie au pus afin de prévenir la dénudation de l'os et la nécrose.

Le pus s'écoule en assez grande quantité. Je prends toutes les précau-

tions antiseptiques, je prescris des lavages répétés de la plaie avec

des solutions les plus accréditées, je donne la quinine et des fortifiants.

En examinant avec la plus grande attention la jambe de mon

patient, je constate plusieurs cicatrices échelonnées sur la crête du

tibia.

A l'âge de sept ans, il a souffert pendant plusieurs mois.

Il a "perdu des os" suivant son expression. Son père a été em-

porté par la phthisie pulmonaire à l'âge de 29 ans.

Un frère a pu atteindre l'âge de vingt-cinq ans. Il a été victime

de la phthisie laryngée.

L'épée de Damoclès semblait suspendue sur la tête de mon ma-

lade !

L'histoire de la famille, les antécédents du malade, me faisaient

porter un pronostic sévère, je redoutais cette ostéo-périostite du tibia,

j'avais raison de craindre.

J'ai de grandes distances à parcourir pour visiter mon malade, je

le vois de nouveau le 18 janvier, il est plongé dans les plus grandes

souffrances.

L'articulation fémoro-tibiale est atteinte d'une arthrite aiguë par

propagation ou par traumatisme. La douleur toujours vive, augmente

au plus léger mouvement.

Le gonflement articulaire est considérable. Les téguments sont

tendus, rouges et présentent une température élevée. La jambe se flé-

chit instinctivement.

J'observe des secousses convulsives très douloureuses. Elles sont

plus fréquentes durant la nuit. Impossible de modifier la position du

membre sans arracher des cris au malade. Il y a contraction spasmo-

dique des muscles périarticulaires.

Je mets le malade sous l'influence du chloroforme pour redresser

la jambe et l'immobiliser.

J'obtiens facilement la résolution des muscles, je fais l'extension

du membre sans utiliser une trop grande force.

Le redressement joint à l'immobilité possède des propriétés analogues remarquables. L'immobilisation dans une bonne position garde les muscles au repos.

Pendant deux mois, je laisse la jambe du malade dans une gouttière matelassée d'ouate. Je voulais rétablir plus vite les mouvements de l'articulation afin d'éviter l'ankylose. Mais j'observais toujours une grande sensibilité articulaire. En mobilisant trop vite, je pouvais donner une chance aux tissus de s'enflammer de nouveau.

Je me contente d'appliquer des ventouses scarifiées et de faire des applications de pointes de feu autour de l'articulation.

Le 10 et 14 février, j'ouvre deux nouveaux abcès à la partie interne et moyenne du tibia.

Le 2 février, je constate de la fluctuation sur le côté externe de l'articulation, je fais la ponction avec l'aspirateur de Dieulafoy et j'enlève cinq onces d'un liquide séreux.

Le 14 février, l'état de mon malade est alarmant. J'observe une légère toux avec expectoration sanguinolente. Les poumons sont fortement congestionnés.

Il y a perte complète d'appétit, nausées et vomissements.

Les frissons se répètent ; la peau est visqueuse et la transpiration semble épuiser le malade. Je redoute pour mon pauvre bûcheron une terminaison fatale.

Le 18 février, je fais une large incision sur le côté externe de l'articulation. Je retire douze onces de pus de mauvaise nature. Je place un drain en déclivité, j'ordonne des lavages antiseptiques.

La ponction est plus inoffensive. Mais comment drainer et laver une plaie articulaire après une ponction ? Je préfère ouvrir largement, afin d'évacuer avec facilité la collection purulente et de permettre des lavages antiseptiques. L'ouverture des jointures suppurées était autrefois une des opérations les plus graves.

L'écoulement du pus cesse enfin le 11 mars.

Le 22, les douleurs sont complètement disparues. Elles ont retenti le plus longtemps sur les côtés du ligament rotulien. J'ai pu sauver mon malade au prix des plus grands efforts. Mais je n'ai pu mobiliser l'articulation assez vite pour obtenir des mouvements. Au moyen du massage, j'ai pu empêcher la fonte atrophique des muscles péri-articulaires. L'axe de la jambe se continue parfaitement avec celui de la cuisse. Le tissu cellulaire du creux poplité a subi la transformation fibreuse. On peut aussi constater chez mon malade l'allongement hypertrophique de la partie antérieure des condyles fémoraux.

J'ai respecté l'ankylose rectiligne. Le membre présente un point d'appui fixe et le malade commence à vaquer à ses occupations.

Pour montrer toute la gravité de l'affection de mon malade, je dirai que le premier octobre, des esquilles osseuses venaient encore pointer à travers les parties molles du tiers moyen de la jambe.

Les sequestres ont toujours été superficiels. J'en ai fait l'extraction avec facilité.

L'ankylose du genou dans les cas d'arthrite suppurée peut paraître un échec thérapeutique. Le mal est toujours moins grand quand elle est rectiligne.

Le 11 mars, au moment où l'écoulement cessait, j'ai enlevé la gouttière pour mobiliser. Les douleurs augmentèrent ; l'inflammation parut se réveiller. J'étais obligé de remettre l'appareil en place pour l'enlever définitivement le 22 mars.

Je me suis contenté depuis du massage et du pétrissage des tissus péri-articulaires afin de donner de la vie aux masses musculaires et d'assouplir les tissus fibreux para synoviaux.

## REPRODUCTION

**Cardiopathie complexe et néphrite par intoxication plombique**

Clinique de M. JACCOUD.—Hôpital de la Pitié

Je vous ai montré tout à l'heure au n° 8 de la salle Jenner un homme de 53 ans, charron de son état, qui est entré dans notre service le 12 mai dans un état assez grave, il présentait une dyspnée considérable et un œdème généralisé ayant envahi même la face, un véritable anasarque.

L'état organique répondant à cet ensemble symptomatique : respiration fréquente, pénible, superficielle et œdème, était non moins important par sa complexité.

A l'auscultation de la poitrine on trouve en arrière dans toute la moitié inférieure des deux poumons des râles humides, sous-crépittants qui peuvent être rapprochés de la dyspnée, mais qui ne sont cependant ni assez nombreux, ni assez généralisés pour expliquer un trouble aussi considérable de l'acte respiratoire.

A l'examen du cœur nous trouvons une certaine augmentation de volume du ventricule gauche, une impulsion cardiaque médiocre et, en première ligne, un souffle aux quatre foyers valvulaires, dont je vais vous détailler la nature.

A la pointe, si on a soin de la bien couvrir avec le pavillon du stéthoscope, on trouve au premier temps un souffle dur, long, à timbre un peu aigu avec une propagation très manifeste vers l'aisselle gauche. Un souffle si net dénote une insuffisance mitrale.

Dans la région xyphoïdienne on trouve également au premier temps, n'empiétant ni sur le grand ni sur le petit silence, c'est-à-dire purement systolique, un souffle long et dur, mais à tonalité moins élevée que le souffle mitral. C'est donc bien là un souffle autochtone et non un souffle de propagation.

En résumé nous avons dans les deux foyers inférieurs du cœur deux souffles types d'insuffisance valvulaire, je dis types parce que tous les deux sont longs et forts, parce qu'ils sont franchement systoliques, et qu'ils ont chacun une propagation très nette dans l'aisselle correspondante.

En auscultant les foyers orificiels supérieurs (je vous rappelle ici que l'orifice pulmonaire se trouve au niveau du deuxième espace intercostal et du troisième cartilage costal gauches, que l'orifice aortique occupe le deuxième espace intercostal droit tout près du sternum) nous trouvons également à chacun de ces foyers un souffle au premier temps sans aucun empiètement sur le petit silence à droite. Ces souffles sont beaucoup moins longs, moins forts et moins rudes que ceux de la pointe ; on pourrait les méconnaître si on ne faisait pas grande attention. Pour ma part je les ai toujours trouvés.

Si on devait, et ce ne serait pas une erreur, juger de l'âge des lésions valvulaires par la force et la rudesse des souffles, il nous faudrait conclure que les lésions orificielles de la base sont beaucoup plus récentes que celles de la pointe.

Mais pouvons-nous traduire par une équation mathématique la signification de ces souffles de la base et conclure du souffle systolique gauche au rétrécissement de l'artère pulmonaire et du souffle droit au rétrécissement aortique ? Si nous pouvons à coup sûr donner cette interprétation aux souffles de la pointe, il n'en est pas de même pour les souffles de la base, car elle ne s'impose pas, par un siège bien déterminé des souffles ni plus parce que ces souffles sont nettement systoliques mais parce qu'ils sont forts, rudes et prolongés. Pour les souffles de la base il faut être encore plus rigoureux que pour les souffles de la pointe ; ce ne sont pas des souffles quelconques qui puissent vous permettre de formuler l'équation classique, mais il faut à ces souffles les qualités de dureté, de longueur, de rudesse que je vous signale pour conclure aux lésions (insuffisance ou rétrécissement) des orifices et encore faut-il que vous sachiez qu'un état athéromateux des artères pulmonaire et aorte à leur origine, peut donner lieu à des souffles offrant les mêmes caractères, sans qu'il y ait de modifications dans l'état des orifices. Ici

à la base les souffles sont faibles, doux, assez difficiles à trouver, il n'y a donc pas de lésions orificielles, il n'y a ni rétrécissement ni athérome, et il ne nous est point permis de conclure à autre chose qu'à un peu d'épaississement de l'endocarde suffisant pour faire vibrer la colonne sanguine.

Cette interprétation des souffles de la base est-elle un embarras pour le diagnostic de l'affection cardiaque dont elle atteint notre malade, non assurément ; nous sommes en présence d'une endocardite diffuse, voilà le diagnostic de fond, endocardite diffuse qui a produit un rétrécissement tricuspide et mitral et à la base seulement un épaississement léger de l'endocarde.

Chez ce malade la lésion prédominante est le rétrécissement tricuspide, ceci est bien manifeste, d'abord à cause de la force et de la dureté plus grandes du souffle au niveau de cet orifice comparé au souffle mitral et aussi à cause de l'état des jugulaires qui sont gonflées, turgescentes et dans lesquelles la colonne sanguine produit un certain frémissement. Il n'y a pas cependant de pouls veineux, c'est-à-dire de reflux de la colonne sanguine au moment de la systole, ce qui indique que les valvules sont restées insuffisantes. Le frémissement que je vous signale est causé par le choc de l'ondée sanguine contre les valvules tricuspidiennes au moment de la systole.

Telle est la cardiopathie présentée par notre malade, ajoutons cependant encore ce détail que l'épaississement de l'endocarde signalé au niveau des orifices artériels se prolonge dans l'aorte au-delà de son origine, car on entend le souffle au niveau de la fourchette sternale et dans le dos ; l'aorte n'est cependant pas dilatée car en plongeant les doigts de haut en bas et d'avant en arrière sous la fourchette sternale on ne sent pas les battements du vaisseau.

Cet état du cœur est grave par lui-même et on pourrait, y trouvant une suffisante explication des symptômes observés, commettre la faute de s'arrêter là dans l'investigation clinique.

Il nous faut aller plus loin et examiner l'état des reins. L'urine est rare et très foncée ; on y a trouvé, le jour de l'entrée du malade, une énorme quantité d'albumine, albumine grise sale se précipitant d'emblée en épais flocons, qualités objectives qui dénotent avec certitude deux faits très importants pour le diagnostic.

Elles impliquent forcément une lésion rénale et démontrent que nous n'avons pas affaire ici à une albuminurie fonctionnelle, elles prouvent en plus que la néphrite est de date ancienne. En dehors de ces conditions vous n'aurez jamais une albumine de cette qualité, grise, sale et floconneuse. L'apparence que je vous signale persiste ordinairement plusieurs heures, d'autres fois les flocons se dissocient une heure après ; ici cet état persiste longtemps vous pouvez constater dans le verre que je vais vous faire passer, les caractères tout spéciaux du précipité albumineux.

Ceci étant donné, vous pouvez faire un diagnostic aussi ferme que si vous aviez le rein sous les yeux, vous pouvez dire que cet homme est atteint de néphrite ancienne et ajouter que, quelle qu'ait été la modalité anatomique de la lésion rénale au début, elle porte maintenant sur le parenchyme. Il y a donc ici une néphrite parenchymateuse ou mixte. La quantité d'albumine rendue en 24 heures a été dosée, elle est de 7 gr., or comme le malade n'émet que 500 gr. d'urine, vous voyez que cette quantité est considérable ; l'urée excrétée, qui est ordinairement de 15 gr. par litre, est notablement diminuée chez notre malade qui n'émet qu'un 1/2 litre d'urine.

Quelle a pu être chez notre malade la cause de cette néphrite ? vous allez voir comme quoi il ne faut pas s'en rapporter dans les recherches étiologiques à un interrogatoire superficiel, mais faut creuser à fond le sujet. Cet homme, avons-nous dit, est charron de son état, il semble n'y avoir là aucune source de renseignements pour établir l'étiologie de la maladie dont il est atteint, mais en l'interrogeant plus à fond sur son genre de travail vous apprenez qu'il est employé depuis des années à peindre les bois dont on fait les parois et les banquettes des wagons. Vous voici tout aussitôt éclairés, cet homme manie les

couleurs, particulièrement la couleur blanche qui a pour base la céruse. Il travaille ainsi depuis trente ans ; c'est donc un saturnin, mais, me direz-vous, il doit avoir présenté antérieurement les accidents ordinaires de l'intoxication plombique. Il a eu, en effet, paraît-il, une première attaque de coliques en 1889 qui a duré cinq jours et une autre en 1896 qui a duré dix jours, il n'a jamais présenté aucun autre symptôme d'intoxication, c'est bien peu pour un homme qui manie la céruse depuis trente ans. Est-il donc vraiment saturnin ? Ne croyez pas que le saturnisme médical se borne aux manifestations brutales de l'intoxication, il y a quelque chose de constant c'est l'imprégnation saturnienne lente. On sait que les sels de plomb se combinent avec les albumines de l'organisme et forment des albuminates de plomb dont une partie est éliminée et dont l'autre reste fixé dans l'organisme.

Les manifestations grossières de l'intoxication plombique sont simplement dues au rapport qui existe entre cette élimination et le dépôt de ces albuminates. Si le premier facteur est trop faible les accidents éclatent, sinon l'intoxication reste latente. Les épisodes du saturnisme peuvent manquer, mais il n'en n'existe pas moins, l'imprégnation est constante. Le malade est toujours sous l'imminence d'accidents qui pourront éclater à l'occasion d'un refroidissement, d'un excès de fatigue ou d'une intempérance alcoolique. Chez notre homme les accidents ont été légers et tardifs.

L'imprégnation saturnienne peut-elle agir sur le cœur et les artères ? Kussmaul a déterminé la manière dont agit le plomb sur le myocarde et sur les parois vasculaires ; il y a une dégénérescence graisseuse du myocarde, et un épaississement de la membrane celluleuse des artères. Malacez ajoute qu'il y a une rigidité des tuniques artérielles. Durosiez a aussi signalé une action du plomb sur l'endocarde, fait indéniable certainement, mais dont il a exagéré l'importance.

Dans le cas particulier nous sommes autorisés, en l'absence de toute autre influence, à attribuer la cardiopathie, dont est atteint notre malade, à l'imprégnation plombique.

Quant au rein nous ne pouvons pas dire que dans l'état où il se trouve actuellement, il soit un rein de saturnin, car le saturnisme produit toujours de la néphrite interstitielle, mais nous savons d'autre part que la néphrite aujourd'hui parenchymateuse est ancienne, et qu'au début elle a pu être interstitielle et par suite obéir à la règle. Et pour ma part dans une suite de phénomènes qui s'enchaînent si bien, je n'hésite pas à attribuer cette néphrite à l'imprégnation saturnienne. L'étiologie étant ainsi élucidée, examinons au point de vue clinique la complexité pathologique que présente notre maladie. La coexistence d'une cardiopathie et d'une néphrite n'est point un fait rare, le plus souvent même, dans cet état, une des lésions est subordonnée à l'autre. Il peut se faire que le rein, soit le premier pris et que la lésion cardiaque soit la conséquence de la néphrite, nous avons alors le cœur *rénal*, s'il m'est permis d'employer cette expression peu française, c'est-à-dire une hypertrophie du ventricule gauche. D'autres fois, c'est le cœur qui a commencé à être malade, et nous avons dans la suite le rein *cardiaque* classique.

Ici nous n'avons rien de semblable, ni dans un sens, ni dans l'autre, il n'y a pas de subordination d'une lésion à une autre car le cœur est malade non comme dans une cardiopathie d'origine rénale et le rein n'est point malade comme un rein cardiaque, puisqu'il s'agit d'une néphrite parenchymateuse. Il y a ici deux effets parallèles d'une même cause, l'intoxication lente, par le plomb.

Tel est au complet le diagnostic des affections présentées par notre malade et l'interprétation des symptômes qu'il nous offre.

Revenons à lui maintenant ; ce qu'il y a de plus important dans sa situation et ce qui semble le plus grave pour lui c'est sa dyspnée, c'est elle qui constitue le danger immédiat. Les organes atteints : cœur et reins, sont tous les deux générateurs de dyspnée, mais il ne faut pas vous en tenir à cette conception, il faut savoir quel est dans l'espèce le générateur le plus important car le traitement sera tout différent sui-

vant que la dyspnée sera plutôt d'origine rénale ou plutôt d'origine cardiaque ; si votre traitement ne tombe pas juste, vous aggraverez singulièrement l'état de votre malade. Si par exemple, vous pensez avoir affaire à une dyspnée cardiaque vous donnerez alors la digitale et même avec une certaine énergie, mais si vous vous êtes trompé, si le rein est la cause primordiale de la dyspnée alors vous êtes sûr d'empoisonner votre malade, car le rein est imperméable. Dès le premier jour vous aurez des accidents ; ce n'est pas là une subtilité pathologique mais une nécessité des plus importantes. Il faut absolument déterminer avec exactitude l'origine de la dyspnée.

Or, dans le cas particulier, considérant que les affections sont toutes les deux anciennes, considérant la quantité d'albumine, considérant d'autre part que les lésions pulmonaires sont tout à fait insuffisantes pour expliquer la dyspnée, je n'ai pas hésité à me prononcer catégoriquement pour l'origine urémique. Alors laissant de côté, bien entendu, la digitale, j'ai commencé par donner 60 litres d'oxygène et à mettre le malade au régime lacté absolu, et bien j'ai fait, car j'ai eu depuis une preuve mathématique de ce que j'avais avancé. Hier matin, en effet, 48 heures après son entrée, 24 heures après la prescription du régime lacté, le malade n'avait encore rendu dans la journée et la nuit que 500 gr. d'urine ; le rein était donc bien imperméable puisque 3 litres  $\frac{1}{2}$  de lait n'avaient pas augmenté la diurèse. Donc j'étais dans le vrai et la situation m'imposait d'agir encore avec plus d'énergie puisque la diurèse n'avait pas augmenté et que la dyspnée n'avait pas diminué. J'ai donc prescrit un purgatif drastique.

Eau-de-vie allemande..... } à 25 grammes.  
Sirop de nerprun..... }

L'effet utile a été obtenu, le malade a eu de nombreuses selles séreuses qui ont éliminé une certaine quantité des produits toxiques accumulés par suite de l'insuffisance rénale. La situation est meilleure quoiqu'il y ait toujours de la dyspnée.

Nous continuons aujourd'hui à prescrire à notre malade de l'oxygène, le régime lacté et nous lui donnons en plus un gramme de caféine.

Vous voyez combien il était important de faire une juste interprétation des phénomènes complexes qui se présentaient à notre observation, tant au point de vue pathogénique qu'au point de vue thérapeutique.

L'Abeille Méd.

#### Contribution à l'étude du pouls dans les maladies infectieuses fébriles

Un grand nombre de médecins ont étudié les caractères du pouls et leurs variations pathologiques : le nombre des pulsations, leur rythme, le retard du pouls sur la systole ventriculaire, la forme, l'ampleur, la tension, le dicrotisme du pouls ont été ainsi passés en revue, et on a vu que les infections fébriles déterminent du côté du cœur et du système circulatoire des manifestations passablement constantes dans leur modalité (accélération, dicrotisme, parfois monocrotisme.)

M. MACHIMOWITZ a étudié plus particulièrement, sur un grand nombre de sphygmogrammes, non pas, comme on le fait d'ordinaire, la forme et la qualité de la pulsation, mais sa longueur ; il a montré qu'on peut tirer de ces mensurations des conclusions intéressantes et des indications utiles. Son travail a porté d'une part sur des individus sains, d'autre part sur des malades atteints d'affections fébriles graves.

A l'état normal, le pouls n'est pas mathématiquement régulier ; il est influencé par les mouvements respiratoires ; l'inspiration l'accélère et le renforce ; l'expiration produit des modifications en sens inverse qui compensent les premières.

Les variations de durée des révolutions cardiaques produites par ce mécanisme restent dans certaines limites, quelle que soit la rapidité des battements du cœur ; elles ne dépassent pas 0 s. 2 à 0 s. 3. Lors-

qu'on accélère artificiellement le pouls, par exemple en faisant courir le sujet, on peut quelquefois diminuer cette irrégularité physiologique du pouls, mais jamais pour bien longtemps, car les mouvements respiratoires et la position horizontale ont vite fait de ramener les choses à l'état normal.

Au contraire, chez les *fébricitants*, les variations de durée des révolutions cardiaques deviennent beaucoup moindres que chez les individus sains ; elles n'atteignent plus que 0,04, c'est-à-dire qu'elles sont environ dix fois plus petites. (Exception faite, bien entendu, des cas où il existe de l'arythmie proprement dite cliniquement appréciable).

*En d'autres termes, les infections fébriles ont en quelque sorte, sur le pouls, une action régularisante.* Certains médicaments tels que la digitale, le strophantus, la convallaria, le chloral, la morphine régularisent eux aussi les battements du cœur ; mais tandis que ces médicaments, pris à dose thérapeutique même pendant longtemps, sont bien supportés et ne nuisent pas à la santé, au contraire, les infections fébriles prolongées déterminent des troubles de nutrition et des modifications pathologiques dans les vaisseaux, le myocarde et les autres organes ; cette influence délétère sur le système circulatoire se traduit par des modifications dans la forme du pouls (augmentation du diastolisme, apparition du monocrotisme, etc . . .) ; on sait, d'ailleurs, que les cliniciens modernes ont, à juste titre, appelé l'attention sur l'importance des caractères du pouls et des battements du cœur pour le pronostic et le traitement des infections fébriles, importance qui est même supérieure à celle de la courbe thermique.

Aussi vaut-il mieux dire que les maladies fébriles ont sur le cœur une action *pseudo-régularisante* ; celle-ci s'observe à son maximum dans les infections particulièrement graves ; on peut voir alors les révolutions cardiaques présenter toutes exactement la même durée ; il y a presque proportionnalité entre la gravité de l'infection et la régularité plus ou moins parfaite du rythme du cœur, cette régularité parfaite étant l'indice d'une altération grave du cœur et du système vasculaire (les autopsies faites par Maximowitch lui en ont fourni la preuve.)

On voit quelle importance peut avoir, dans l'étude des cardiogrammes et des sphygmogrammes, la mesure exacte de la *longueur des pulsations*. Toutes les fois qu'on veut apprécier par la méthode graphique l'action d'un agent pathologique sur le cœur, il est indiqué de recueillir des tracés d'au moins 150 à 300 pulsations, et sur ces tracés, de mesurer d'une façon rigoureuse la longueur des pulsations isolées, et aussi les longueurs respectives des diverses périodes dont se composent ces pulsations. Il y a, dans cet ordre d'idées, toute une série de nouvelles recherches à faire (Maximowitch.—*Deuts arch. f. klin. med.*, 11 avril 1897.)

#### *De la régularité du pouls chez les personnes bien portantes et chez les malades*

Il est intéressant de rapprocher du travail de Maximowitch une étude sur le même sujet du Dr Hüslér, publiée le même jour dans le même journal, et faite d'ailleurs à un tout autre point de vue.

L'auteur constate d'abord, comme l'a fait Maximowitch, que *le pouls normal n'est pas mathématiquement régulier* ; chez des individus parfaitement bien portants et jeunes, il est fréquent de trouver sur une même courbe, prise à l'état de repos du sujet, des différences de 0 s. 2 à 0 s. 4 pour la durée d'une pulsation, c'est-à-dire des différences représentant le quart, le tiers et même la moitié d'une pulsation. Même en considérant, non plus deux pulsations quelconques de la courbe mais deux pulsations immédiatement voisines, on note encore des différences de un dixième de seconde et davantage. Quant à savoir quels sont les facteurs de ces variations, c'est actuellement impossible à dire, il n'y a aucun périodicité dans la succession des pulsations longues et des pulsations courtes, et l'examen attentif des courbes n'a nullement permis de constater une régularité normale du pouls.

Le Dr Hüslér passe ensuite à l'étude du rythme cardiaque chez des *convalescents de maladies aiguës* et chez les malades atteints d'*affections chroniques diverses*.

Il a bien observé que chez deux convalescents de typhoïde le pouls était plus régulier que normalement ; mais il attribue cette régularisation à la tachycardie présentée par ces malades (plus de 100 pulsations à la minute), et il rappelle que, suivant H. Christ, le travail musculaire chez les gens bien portants régularise le pouls en même temps qu'il l'accélère.

Ce qui l'a frappé surtout dans cette étude de plus de 40 sphygmogrammes, c'est que *les maladies chroniques même prolongées ne semblent pas avoir d'influence sur la régularité du pouls* : il a suivi des malades, notamment des phtisiques, chez qui à aucun moment le pouls n'est devenu arythmique et à l'autopsie desquels on trouvait un cœur atrophié et graisseux.

Ce fait est à rapprocher de faits semblables observés par le Dr Jaquet chez des typhiques, des pneumoniques, des érysipélateux, qui peuvent mourir de myocardite en conservant jusqu'à la fin un pouls parfaitement régulier.

Par conséquent une maladie générale grave, lors même qu'elle retentit sur le myocarde, ne suffit pas pour rendre le pouls arythmique : le cœur conserve, malgré tout, une tendance très marquée à la conservation de la régularité de son rythme ; pour que l'arythmie se produise, il faut qu'interviennent en plus d'autres éléments encore très mal connus.

Reste enfin à étudier le rythme du pouls chez les cardiaques. Ceux-ci se rangent en deux catégories, suivant qu'ils ont ou non de l'arythmie.

Les premiers ont tous présenté à l'autopsie, outre les lésions valvulaires et orificielles, une myocardite interstitielle plus ou moins marquée avec ou sans artério-sclérose des coronaires. L'arythmie observée était une arythmie persistante, non influencée par le repos ou les médicaments ; on a noté entre les pulsations qui se suivaient immédiatement des différences de durée de trois et même cinq dixième de seconde ; quand les variations n'atteignaient pas ces chiffres élevés, on observait néanmoins, et d'une façon constante, entre les pulsations consécutives des petites différences de 0 s. 1 à 0 s. 2.

Une deuxième série de malades observés par l'auteur est formée de cardiaques non arythmiques ; elle comprend non seulement des cardiaques à lésions compensées, mais encore des *asystoliques* avec œdème, dyspnée, palpitations. Seulement ici une remarque est nécessaire ; très souvent, chez les asystoliques, en prenant le pouls, on croit à de l'arythmie alors que les tracés montrent une assez grande régularité : c'est l'inégalité des battements du cœur qui en donne le change, beaucoup de pulsations étant avortées et arrivant à la périphérie peu ou pas perceptibles.

En résumé, on retrouve encore ici la règle formulée plus haut ; *le cœur tend à rester régulier* ; malgré des lésions graves de l'appareil valvulaires, malgré l'asystolie il conserve son rythme ordinaire. Quant aux causes de l'arythmie, l'auteur ne les étudie pas ; il ne fait que poser la question ; il signale la myocardite, certaines névroses du cœur sans y insister ; il rappelle seulement pour finir que ce qui complique cette étude, c'est l'absence de criterium actuel pour distinguer un pouls légèrement arythmique du pouls normal qui est irrégulier (Fr. Hüslér, de Bâle. *Deut. arch. f. klin. med.*, 11 avril 1897.)

(G. Kuss. (*Bull. méd.*))

#### **Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par les injections de sérum artificiel ou par l'iodure de potassium**

Les cas suspects où le diagnostic de tuberculose pulmonaire ne peut être ni confirmé ni rejeté par l'exploration clinique sont fréquents dans la pratique courante et mettent souvent le médecin dans l'embarras. En effet, l'examen bactériologique des crachats, auquel on doit avoir recours en pareille circonstance, n'est pas toujours à la portée du

praticien, et, d'un autre côté, les injections de tuberculine de Koch sont actuellement redoutées en raison des dangers incontestables qu'elles peuvent présenter.

*Moyen révélateur pour le sérum artificiel*

Il y a quelques années, M. le docteur Hutinel, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, a montré que des injections salines sous-cutanées étaient susceptibles de déterminer, chez des enfants tuberculeux, de véritables réactions fébriles avec poussées péri-tuberculeuses, et il avait admis que l'intensité de ces réactions pouvait faire soupçonner l'existence de certaines tuberculoses latentes.

Tout dernièrement, M. le docteur O. Sirot, médecin de l'Hôtel-Dieu de Beaune, vient d'utiliser cette réaction des tuberculeux vis-à-vis des injections sous-cutanées de sérum artificiel. Notre confrère a pu vérifier ce fait chez dix malades, tous apyrétiques, dont cinq ont présenté une fièvre plus ou moins élevée après l'injection de sérum artificiel, tandis que chez les cinq autres aucune réaction fébrile n'a été notée.

Chez les sujets du premier groupe la constatation du bacille de Koch et l'examen clinique ultérieur ont prouvé l'existence de la tuberculose pulmonaire, sauf chez un seul malade où le diagnostic est resté obscur. Inversement, chez les cinq individus appartenant à la seconde catégorie, l'absence de toute lésion pulmonaire fut démontré par l'observation prolongée des patients et le résultat négatif de l'analyse bactériologique des crachats.

Pour les injections, M. Sirot se sert indifféremment d'une des solutions suivantes :

Chlorure de sodium.....	5 grammes
Sulfate de soude.....	10 —
Eau distillée.....	1 litre
Chlorure de sodium.....	6 grammes
Sulfate de soude.....	10 —
Sulfate de magnésie.....	2 —
Eau distillée.....	1 litre

L'injection est pratiquée sous la peau de l'abdomen, un peu à droite et au-dessous de l'ombilic, à la dose de 20 c.c. chez les adultes ou les adolescents.

S'il s'agit de sujets indemnes de tuberculose pulmonaire, on n'observe aucune élévation du degré thermique pendant les neuf heures qui suivent l'injection.

Par contre, chez les tuberculeux qui sont *apyrétiques*, on voit, dans le courant des neuf heures consécutives à l'injection, la température devenir fébrile et atteindre un maximum variant de 38° à 39°6, puis, en l'espace de vingt-quatre heures, reprendre définitivement son niveau normal. L'injection est donc inoffensive.

Pour que l'épreuve du sérum artificiel puisse donner des résultats concluants, il faut avoir soin, avant d'y procéder, de prendre matin et soir, pendant plusieurs jours, la température du malade afin de s'assurer qu'il n'y a pas de fièvre. En outre, la température sera relevée immédiatement avant l'injection, puis trois, six et neuf heures après.

Il convient d'ajouter que, suivant M. Sirot, toute température inférieure à 38° ne doit pas être considérée comme une réaction positive.

*Moyen révélateur par l'iodure de potassium*

M. le docteur G. Sticker, privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Giessen, signalait d'autre part que l'iodure de potassium, à la dose de 0 gr. 50 centigr. à 1 gramme par jour, provoque dans les cas suspects de tuberculose pulmonaire des signes de catarrhe au niveau des parties atteintes, ainsi qu'une expectoration plus ou moins abondante dans laquelle on peut déceler la présence de bacilles de Koch. En conséquence, notre confrère estimait que la médication iodurée pouvait être utilisée pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire latente.

Cette opinion vient d'être confirmée par un médecin norvégien, M. le docteur H. Vætesen (de Christiania), qui a eu l'occasion d'employer

la médication iodurée dans un but diagnostique chez vingt-sept malades observés soit à l'hôpital, soit dans sa clientèle privée. Notre confrère administrait l'iodure de potassium en solution à 1.5 %, dont il faisait prendre trois cuillerées à bouche par jour. Cette épreuve donna au bout de deux à trois jours un résultat positif chez huit sujets, dont la toux et l'expectoration augmentèrent considérablement ; à l'auscultation, on perçut des râles sonores au niveau de certaines parties du poumon dont l'état anormal ne s'était manifesté jusque-là par aucun signe précis.

Chez quatre de ces malades seulement, on put constater la présence de bacilles tuberculeux dans les crachats, mais dans les autres cas le diagnostic de phtisie fut facilité par divers symptômes caractéristiques, tels que l'existence de tuméfactions ganglionnaires et de tuberculoses osseuses.

Pour ce qui concerne les dix-neuf individus chez lesquels l'iodure de potassium ne provoqua aucune réaction du côté des poumons, M. Vætesen les considère comme exempts de tuberculose. Et de fait, chez aucun d'eux on ne put jamais déceler le bacille de Koch dans les crachats ni obtenir de réaction au moyen de la tuberculine. En outre, plusieurs d'entre eux furent suivis pendant deux années sans présenter aucun symptôme de lésion pulmonaire.

Notre confrère se croit donc autorisé à recommander l'usage interne de l'iodure de potassium à petites doses comme un moyen précieux pour reconnaître la vraie nature de certains catarrhes suspects des sommets. Ce moyen serait appelé à rendre des services surtout aux médecins de campagne, qui ne se trouvent pas toujours dans les conditions nécessaires pour faire l'examen bactériologique des crachats.

**Comment on extrait les corps étrangers de la cornée**

On sait combien est fréquente la pénétration de particules dans le sac conjonctival, que ce soit un grain de poussière soulevé par le vent, un fragment de charbon à la portière d'un wagon, un éclat de fer ou d'émeri chez les ouvriers ajusteurs ou autres.

Le corps étranger atteint généralement le globe de l'œil, au niveau de la fente palpébrale ; il frappe alors soit la cornée, soit la conjonctive bulbaire. La cornée est fixe ; la conjonctive bulbaire est, au contraire, éminemment mobile. Elle fuit sous le corps étranger qui ne peut s'y incruster, tandis qu'il s'enclavera aisément dans le tissu cornéen, si la force de projection est suffisante. Ce fait nous explique pourquoi dans l'immense majorité des cas, la particule se retrouvera à la surface de la cornée. On l'y découvre en éclairant obliquement la cornée et en concentrant la lumière au moyen d'une lampe. On peut également instiller une goutte de la solution suivante :

R. Fluorescine.....	40 centigrammes
Carbonate de soude.....	70 —
Eau distillée.....	20 grammes.

Instiller une goutte, fermer l'œil ensuite pendant quelques secondes et laver avec un collyre quelconque.

La perte de substance cornéenne se teint en vert. Sur la tache verte tranche nettement le corps étranger. L'emploi de la fluorescine est très avantageux. Souvent, en effet, le corps étranger après avoir lésé la cornée, n'y séjourne pas : les larmes l'expulsent. La tache verte de la blessure est alors uniforme, sans relief suspect.

Pour extraire les corps étrangers de la cornée, on insensibilise l'œil à la cocaïne.

On emploie la solution suivante :

R. Chlorhydrate de cocaïne....	20 centigrammes
Eau distillée.....	10 grammes

Une goutte de trois en trois minutes pendant un quart d'heures.

On fait asseoir le blessé devant une fenêtre. Le praticien se tient debout derrière lui et fait reposer la tête du patient sur sa poitrine. D'une main, il découvre la cornée, en s'assurant que les paupières sont bien relâchées, preuve d'une anesthésie complète. Alors,

avec une petite aiguille spéciale ou une petite gouge, à la rigueur avec une simple aiguille à coudre bien stérilisée, il détache légèrement et sûrement la particule. Il faut se garder d'éroder l'épithélium cornéen au cours de cette petite opération ; il faut avoir bien en vue le corps étranger et l'énucléer du premier coup. Si la perte de substance est assez notable, on fera porter un bandeau jusqu'au lendemain.

Si c'est un éclat de fer ou d'acier qui a pénétré dans l'œil, il se forme rapidement—déjà ou bout de quelques heures—un anneau brunâtre qui se découvre après l'extraction du fragment. Cet anneau provient de l'oxydation du métal. Il convient de gratter cet anneau jusqu'à complète disparition. Cette manœuvre est déjà beaucoup plus délicate ; elle exige parfois le doigt exercé d'un spécialiste.

(*Journal méd. de Bruxelles*)

#### Des kystes dermoïdes de l'ovaire comme cause de dystocie

Par le Dr FIEUX — Chef de clinique obstétricale à Bordeaux

Cette grosse question d'obstétrique vient d'être traitée à la Société de Gynécologie de Bordeaux, par M. le Dr Fieux à la suite de la communication d'une observation personnelle, où l'auteur dut inciser un kyste dermoïde logé entre le vagin et le rectum, et empêchant le dégagement de la tête.

L'auteur fait remarquer, à juste titre, un point important à noter dans l'histoire des relations des kystes dermoïdes avec la grossesse, c'est l'opportunité d'un diagnostic précoce.

Les gros kystes multiloculaires, les cysto-épithéliomes peuvent, par leur volume, troubler la marche régulière de la grossesse ; mais s'ils laissent celle-ci aller à terme, habituellement leur influence sera nulle au moment de l'accouchement, car ils restent élevés.

Au contraire, les kystes dermoïdes peuvent rester cachés, latents, pendant toute la grossesse et ne se déceler qu'au moment du travail. C'est qu'en effet leur volume relativement restreint, leur densité, leur forme arrondie et régulière, leur extrême mobilité, sont des facteurs qui se donnent la main pour faire tomber ces tumeurs dans l'excavation pelvienne, c'est-à-dire pour en faire, au moment du travail, des tumeurs *previa*.

L'intervention précoce s'impose donc pour éviter non seulement cette complication du travail, mais aussi le danger de l'infection puerpérale, toujours possible, et qui peut provoquer secondairement l'infection de la tumeur.

En tout cas que pour une cause ou pour une autre, le chirurgien n'ait pas voulu ou n'ait pas pu intervenir pendant la grossesse, il sera prudent de surveiller la femme de près pendant le dernier mois et surtout au moment des premières douleurs.

Si la tumeur était tombée dans le Douglas, il serait encore temps de la refouler au-dessus du détroit supérieur. Mais on ne devra tenter ce refoulement que lorsqu'il peut être pratiqué doucement dans l'intervalle des contractions. Celles-ci sont-elles vigoureuses et subintrantes, la manœuvre devient dangereuse, car la tumeur, comprimée d'une part entre la région fœtale qui la repousse en bas et les doigts qui tentent de la faire remonter, peut éciater soit du côté du vagin, soit du côté du rectum.

Mais quelle sera la conduite à tenir quand on se trouvera en présence, à une période avancée du travail, d'une tumeur de cette nature remplissant en grande partie l'excavation pelvienne ? Doit-on avec le forceps essayer brutalement de faire passer la tête en dépit de l'obstacle ? Evidemment non. L'éclatement de la poche kystique soit dans le vagin, soit dans le rectum, est susceptible d'amener, dans ces conditions, des délabrements énormes.

Doit-on tenter l'ablation totale du kyste par le vagin ? Evidemment non ; le moment serait mal choisi avec ces poussées incessantes de la tête de l'enfant sous l'influence des contractions utérines.

La meilleure conduite chirurgicale est la ponction suivie d'aspiration, quitte à recourir à l'incision de la poche si le liquide, trop épais, ne peut s'écouler par le trocart.

Malgré cette pratique prudente on n'est pas sûr d'être à l'abri de délabrements du côté de la cloison recto-vaginale.

—*L'Abeille Méd.*

#### Traitement chirurgical du cancer du rectum

Par M. PÉAN, membre de l'Académie de médecine

*Conclusions.*—1° L'ablation de rectum cancéreux n'est réellement entrée dans la pratique qu'à partir du jour où les chirurgiens français ont imaginé de faire la section extemporanée des organes les plus vasculaires avec l'écraseur linéaire et le ligateur.

2° Elle n'a pu être exécutée promptement et sans danger d'hémorragie qu'à partir du jour où nous avons remplacé cet outillage par les pinces, supprimé toutes les ligatures et appliqué le morcellement au cours de l'opération, et où l'asepsie et l'antisepsie, non moins essentiellement françaises, ont fait disparaître la septicémie.

3° Elle n'exige d'autre outillage que les bistouris, les ciseaux, les rétracteurs, les pinces ordinaires de diverses longueurs, celles à mors longuets ou longs, droits ou courbés, recouverts au besoin de caoutchouc, les pinces à mors larges, fenêtrés, les aiguilles à manche, les fils aseptiques et le tube à drainage.

4° Elle est presque constamment suivie de succès, surtout si l'on a soin, comme je l'ai préconisé, de recouvrir complètement la perte de substance avec les téguments muqueux de l'intestin, du vagin et la peau du voisinage (2).

5° Son exécution est facile lorsque le cancer est limité à la muqueuse, dans laquelle il débute presque toujours, et à la musculuse. Dans ce cas, il est aisé de l'enlever avec ou sans incisions préliminaires et de fermer la perte de substance par suture.

6° Lorsque le mal déborde l'épaisseur des parois rectales et s'est propagé aux tissus voisins, la conduite du chirurgien doit varier suivant que le néoplasme occupe seulement l'une des faces du rectum ou, au contraire, tout son pourtour suivant qu'il est limité à la partie inférieure, à la partie moyenne, à la partie supérieure ou qu'il occupe la totalité de ce canal.

7° Elle diffère plus encore, suivant que le cancer existe chez l'homme ou chez la femme.

8° Dans les deux sexes, lorsqu'une portion seule des faces du rectum est envahie, l'opérateur doit s'attacher à conserver et à utiliser de son mieux les parties saines.

9° Si le cancer siège uniquement à la partie inférieure du rectum, sur toute sa circonférence, rien n'est plus facile que de circonscire cette portion du canal en la sectionnant en deux moitiés pour faciliter la dissection et de l'exciser, après avoir mis des pinces sur les vaisseaux saignants et des pinces à mors courbes sur la portion du rectum située au-dessus du mal. Il suffit ensuite de retirer les pinces et de suturer aux lèvres de la peau celles du bout rectal conservé.

10° Si le cancer occupe la partie moyenne et la partie supérieure, la conduite à tenir diffère chez l'homme et chez la femme.

11° Chez l'homme, si la partie moyenne est envahie en même temps que la partie inférieure et si le cancer déborde seulement du côté des faces postéro-latérales, l'opération est la même que dans le cas précédent ; il faut avoir soin cependant d'agrandir autant qu'il convient, en avant du côté du pubis, en arrière du côté de l'échancrure sciatique, les incisions préliminaires faites au rectum de façon à pouvoir reconnaître sans peine l'étendue des parties malades. Si l'on voit alors que le mal a envahi simultanément l'urèthre, la prostate, les vésicules séminales et le col de la vessie, il faut enlever par morcellement, avec beaucoup de soin, toutes ces parties malades, y compris les portions extra-muqueuses de l'urèthre et de la vessie ; mais si la muqueuse elle-même est cancéreuse sur une certaine longueur, on ne doit l'exciser que s'il est possible de fermer le passage des urines de ce côté et d'assurer leur libre écoulement au moyen d'une sonde laissée à demeure dans l'urèthre.

(2) Il ne faut pas craindre, pour ce motif, de faire du côté de la peau des débridements nécessaires pour favoriser le rapprochement et les sutures.

12° Si le cancer a envahi en même temps que la partie inférieure et moyenne du rectum sa partie supérieure, et s'il n'y a pas du côté des voies urinaires de prolongements inopérables, il est facile, en agrandissant suffisamment les incisions préliminaires, de poursuivre la section en deux moitiés et la dissection latérale de chacune d'elles jusqu'au delà de la portion malade. A ce moment, l'opérateur saisit transversalement, avec des pinces à mors droits ou courbes, la portion saine et résèque le rectum au-dessous d'elles. Les pinces laissées sur le bout supérieur permettent de l'abaisser et, après avoir fermé par suture la plaie péritonéale, d'attirer jusqu'à la peau et d'y suturer les lèvres du bout supérieur.

13° Lorsque le mal a respecté la partie inférieure de l'intestin, alors qu'il a profondément envahi les parties moyenne et supérieure, il faut que le chirurgien, après avoir incisé verticalement sur les deux points le bout inférieur et prolongé ses incisions préliminaires en dehors pour lui permettre d'aborder et d'enlever par dissection toutes les parties malades, suture les lèvres de l'extrémité supérieure de l'intestin conservées à celles du bord supérieur de la partie inférieure saine. Dans ce dernier cas, il importe plus encore que dans les précédents de ne laisser aucune partie dénudée, au cours de l'opération, c'est-à-dire de dépourvue de muqueuse. On aura soin également de mettre à demeure une grosse sonde en caoutchouc pour faciliter le passage ultérieur des gaz et des matières liquides ou solides provenant de l'intestin.

14° Chez la femme, la présence du vagin facilite singulièrement l'opération du côté de la paroi antérieure du rectum, surtout en ce qui concerne sa partie moyenne. Si la cloison recto-vaginale est prise dans toute son épaisseur et si, pour ce motif, la muqueuse du vagin ne peut être conservée, il faut saisir de chaque côté, avec des pinces à mors longs placées à étages, et couper entre elles sur la partie médiane, de bas en haut, toute la cloison recto-vaginale jusqu'au dessus du mal. De cette façon, la section se fait à sec et le chirurgien, se servant des pinces comme rétracteurs, sait à quelle hauteur il doit récéquer le rectum.

15° Si la partie supérieure du rectum est malade, et si le cancer n'est propagé à travers le péritoine au col et au corps de l'utérus, on pourra les enlever en même temps ; on se comportera de même que chez l'homme pour abaisser le bout supérieur de l'intestin, qui a été conservé, avec cette différence cependant que les parois antérieure et latérales du vagin et du rectum quand il n'aura pas été nécessaire de les réséquer, pourront être utilisées pour reconstituer plus ou moins complètement le rectum.

16° Toutes les fois que le rectum seul était cancéreux chez l'homme et chez la femme, nous avons pu l'enlever, même en totalité, par la voie périnéale ou par la voie pubiopérinéo-ischiatique, ou par la voie pubio-vagino-ischiatique.

17° Ces voies nous paraissent de beaucoup préférables à la voie sacrée, à la voie abdominale et à la voie abdominale-périnéale. Quand nous avons eu recours à la voie abdominale seule, c'était dans des cas où le cancer était limité à la partie supérieure du rectum et à une portion de l'S iliaque.

18° Il est inutile d'ajouter que l'ablation du rectum cancéreux ne doit être pratiquée que chez des malades encore en état de pouvoir supporter un pareil traumatisme, sinon il ne faut pas hésiter à se contenter du traitement palliatif.

(Gaz. des Hop.)

#### Traitement du placenta prævia

(HOFMIRE.)

On ne doit donner le nom de placenta prævia qu'aux cas dans lesquels une partie plus ou moins considérable du placenta recouvre l'orifice utérin alors que le canal cervical est encore fermé. Suivant l'importance de cette partie, le placenta prævia est dit partiel ou total (central).

Le placenta prævia se produit pendant la grossesse par suite du développement de l'œuf et de l'extension de la surface placentaire qui envahit la région de l'orifice interne ; mais il est douteux qu'il puisse se produire par l'implantation directe de l'ovule sur l'orifice interne, car les constatations anatomiques et embryologiques connues semblent contredire la possibilité de cette pathogénie.

Le symptôme capital est l'hémorragie qui se produit lorsque la caduque se sépare ou lorsque ses vaisseaux sont ouverts par le décollement d'un lobe placentaire. L'importance de l'hémorragie ne dépend pas du volume du lobe placentaire détaché.

Le diagnostic est basé sur l'existence de l'hémorragie et la constatation de la présence du tissu placentaire dans le col entr'ouvert. La persistance de l'hémorragie après rupture de la poche des eaux indique le décollement du placenta situé normalement ou tout au moins inséré à la partie supérieure de l'utérus.

Toute la thérapeutique doit tendre à arrêter l'hémorragie. Ce but est tellement primordial que toute considération tirée des chances de survie de l'enfant doit lui être subordonnée.

Le traitement de l'hémorragie par le tamponnement n'est admissible (après désinfection soignée du vagin et à l'aide de pièces stériles ou stérilisées) que : 1° pendant la grossesse ; 2° au commencement de l'accouchement, pour gagner du temps, relever les forces de la parturiente et à la condition qu'on puisse la tenir constamment sous la surveillance médicale.

Si le travail de l'accouchement est assez avancé, d'une manière générale, le meilleur traitement consistera à ouvrir largement la poche des eaux ; dans les cas simples, on se bornera à cette manœuvre ; dans les cas plus graves on abaissera un pied après avoir fait la version. Autant que possible on abandonnera ensuite l'accouchement aux forces naturelles, sans se préoccuper du sort ultérieur de l'enfant. A l'occasion on pourra dilater les parties molles de la mère pour faciliter l'extraction.

Pendant toutes les manœuvres de l'accouchement on aura soin de soutenir les forces de la mère par les moyens appropriés (injections salines, injections sous-cutanées d'éther et de camphre, lavements de vin, etc.). La période post-puerpérale devra être particulièrement surveillée.—*Journ. de Méd. de Paris.*

#### Traitement abortif de l'influenza par le calomel

Le traitement abortif de l'influenza, que préconise M. Felsenthal, est fort simple et consiste dans l'administration systématique du calomel. Une expérience datant de la première épidémie d'influenza lui a notamment montré que le calomel, administré avant le troisième jour après le début de l'influenza, coupe court à la maladie et s'oppose à l'apparition des complications ordinaires de la grippe épidémique.

Le traitement est conduit par M. Felsenthal de la façon suivante :

Dans tous les cas où il est appelé à voir le malade avant le troisième jour après le début de l'influenza, il commence par donner du calomel : 20 centigrammes, en deux prises chez l'homme ; 15 centigrammes en trois prises chez la femme. Chez l'enfant, on donne autant de centigrammes de calomel que le petit malade compte d'années.

Une amélioration rapide ne tarde pas à suivre la prise de calomel. Six à dix heures après, la température, très élevée, baisse, la céphalalgie et les douleurs dans le dos diminuent ou disparaissent complètement, la toux cesse et le malade entre en convalescence et est guéri complètement, le plus souvent au bout de deux ou trois jours. Il reste seulement un peu d'anorexie dont on vient facilement à bout par l'administration de quelques amers.

Dans la grande majorité des cas, le calomel suffit pour amener la guérison. Dans certains cas, et seulement à titre d'adjuvants, M. Felsenthal emploie encore les enveloppements humides du thorax, si la fièvre ne tombe pas franchement ; les analgésiques (antipyrine, phénacétine) en cas de persistance des douleurs ; un peu d'iodure de sodium,

s'il existe des phénomènes inflammatoires du côté de l'appareil respiratoire. Chez les hommes, enfin, M. Felsenthal a l'habitude de donner, en même temps que le calomel, un grog ou du vin chaud, destinés à provoquer une sudation abondante.

—(La Presse médicale.)

#### Ancrage du rein

L'hydronéphrose et la pyonéphrose sont des accidents fréquents, dus souvent à la fermeture des urèthres par un calcul ou une autre obstruction qui arrête l'écoulement de l'urine : L'hydronéphrose peut exister pendant dix à quinze jours sans briser la substance du rein. Un rein qui a laissé sa position naturelle peut parfois être remis en place par le taxis, mais il est enclin à retourner à sa position mauvaise. Quand ceci arrive nous sommes justifiables de pratiquer une opération radicale. Il est futile de tenter le remplacement d'un rein dans sa position naturelle et de l'y retenir par un bandage serré. Le bandage pourrait ne pas être mis assez serré pour atteindre son but sans entraver la circulation ; on ne pourrait obtenir qu'une pression générale et non locale par ce moyen. Dans ma méthode d'ancrer un rein flottant j'étais une incision abdominale vis-à-vis l'endroit normal du rein. L'incision est faite juste assez grande pour permettre l'introduction des doigts dans la cavité et de refouler les intestins d'un côté, de manière à donner un champ d'observation libre. Une aiguille longue, courbe avec un manche fort, et munie d'un fil de soie, de tendon de Kangarou, ou d'autre matériel, est passée à travers le bord supérieur du rein entre la onzième et la douzième côte et poussée en arrière à travers la couche musculaire. L'aiguille est désenfilée et retirée. L'autre bout est enfilée et introduit à une courte distance du point traversé par le premier ; les fils sont alors serrés sur un morceau de gaze de la même manière qu'un nœud en étape, (staple stitch). Cette opération en est une radicale plutôt que palliative. On laisse les sutures en place de dix à quatorze jours. Dans deux cas j'ai eu la bonne fortune d'être appelé pour opérer pour des troubles ovariens des malades sur qui j'avais déjà pratiqué cette opération. Une de ces opérations fut faite à un intervalle de 6 mois après la première opération ; l'autre un an et demi après. Dans les deux cas j'ai trouvé le rein à sa position normale, comme celui de l'autre côté. Je pense qu'il y a des objections à l'incision lombaire ; on ne trouve pas toujours le rein là où il devrait être et on est forcé parfois de le rechercher. On obtient par la voie abdominale un plus vaste champ d'observation.

R. HARVEY REED.

Dr P. V. F.

#### Manière d'introduire le cathéter dans la trompe d'Eustache

Tenez le cathéter entre le pouce et les deux premiers doigts, comme vous tiendriez une plume ; insérez la pointe du cathéter d'abord verticalement dans la narine jusqu'à une petite proéminence de la peau qu'on trouve à l'entrée du vestibule, relevez alors immédiatement le cathéter dans une position horizontale et suivez le plancher du méat inférieur, poussant le cathéter doucement jusqu'à ce qu'il s'arrête. On a alors atteint le mur postérieur du pharynx. Ceci est le premier point de repère, aussi bien que le premier pas dans toutes les différentes méthodes de cathétérisme. Sans retirer le cathéter, faites-lui faire un quart de cercle du côté opposé à celui qu'on veut cathétériser et retirez-le jusqu'à ce qu'il rencontre un autre obstacle, le second point de repère, le mur postérieur du septum ou du vomer. On doit ici faire attention de tenir fermement le cathéter avec le pouce et l'index de la main gauche, les autres doigts reposant sur le pont du nez. Tournez-le ensuite en bas du côté à cathétériser d'environ  $\frac{3}{4}$  de cercle jusqu'à ce que le petit anneau en métal au bout de l'instrument se dirige vers l'angle externe de l'œil. Quatre vingt-dix fois sur cent par ce moyen, vous serez à l'entrée de la trompe d'Eustache. Pour les commençants c'est certainement la meilleure et la plus facile des méthodes. Quant au choix du cathéter, au lieu des cathéters en caoutchouc durci dont

on s'est beaucoup servi durant ces dernières années, je crois que les otologistes reviennent graduellement aux cathéters métalliques pour la raison qu'on peut les stériliser beaucoup mieux que les cathéters en caoutchouc durci.

Clinical Chronicle.

Dr. P. V. F.

#### Un remède contre le hoquet

Le *Journal d'Hygiène* indique un nouveau remède, ou plutôt un procédé nouveau, pour la guérison du hoquet. Il est dû au professeur Lépine (Lyon), qui le désigne sous le nom d'*extension de la langue*. Au moment de l'accès, saisissez la langue du patient, la tirez un peu fortement, de façon à sentir la résistance qu'oppose toujours en pareil cas la base de cet organe, et la maintenir tirée en dehors de la bouche aussi longtemps que l'exige la cessation du spasme. Sans chercher à établir l'explication physiologique du fait, le *Journal d'Hygiène* se contente de dire qu'il faut pratiquer l'extension simple et continue de la langue, et non exercer des *tractions rythmées* de cet organe, comme dans les cas où l'on cherche à rétablir la respiration.

### FORMULAIRE

Formules pour le traitement de la dyspepsie par hyposthénie gastrique. — (A. ROBIN.)

Sulfate de potasse.....	} à 15 centigr.
Azotate de potasse.....	
Bicarbonate de soude.....	30 —
Poudre d'ipéca.....	1 —

Mélez. Pour un cachet.

Prendre un cachet avant chaque repas.

Le bicarbonate de soude peut être remplacé par de la craie préparée ou de la poudre de café. Lorsqu'il s'agit de sujets anémiques, on ajoutera à la formule ci-dessus mentionnée 10 à 20 centigrammes de limaille de fer.

On peut encore administrer, en place de ces cachets, l'élixir tonique de Gendrin.

Extrait de cascarille.....	} à 5 grammes.
— d'absinthe.....	
— de gentiane.....	
— de myrrhe.....	
Fleurs sèches de camomille.....	6 —
Ecorces d'oranges amères.....	10 —
Sous-carbonate de potasse.....	15 —
Eau distillée de menthe ou vin de Malaga.....	250 —

F. S. A.

Prendre une cuillerée à café de cet élixir dans un peu d'eau cinq minutes avant le repas. On peut aussi employer alternativement ces deux préparations, ce qui permet de varier le traitement.

En outre, on prescrira le mélange suivant :

Teinture de noix vomique.....	6 grammes.
— d'ipéca.....	1 —
— de badiane.....	5 —

Mélez. Prendre vi gouttes de cette mixture avant chaque repas.

Enfin, pour favoriser la production de l'acide chlorhydrique, Robin fait prendre au malade, au milieu du repas, 20 centigrammes de chlorure d'ammonium. (*Gaz. heb.*)

Liniment contre les hémorrhoides. — (M. L. H. ADLER.)

Extrait fluide d'hamamelis virginica..	} à 16 grammes.
Extrait fluide d'hydrastis canadensis..	
Teinture de benjoin composée.....	} 4 —
Teinture de belladone.....	
Huile d'olive phéniquée à 5%.....	

Mélez. Usage externe.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### De l'hypertrophie des amygdales et de son traitement

Par M. le docteur L. N. J. Fiset, Laryngologiste.

Lue devant la Société Médicale de Québec

Parmi les affections chroniques de l'arrière gorge, il en est une des plus répandues, des plus populaires, qui présente un type clinique bien tranché : c'est l'hypertrophie des amygdales. Peu d'affections au tant qu'elle, courent les rues, et cependant, il n'en est peut-être pas une dont la thérapeutique soit si mal comprise.

Beaucoup de praticiens croient atteindre le *nec plus ultra* de la thérapeutique de cette affection en pratiquant l'ablation à l'amygdalotome, on fait fi du traitement médical et on méprise les autres procédés opératoires qu'on regarde comme des hors d'œuvre.

Avec l'amygdalotome, plus de dangers de blessure de la carotide interne, plus de longueurs opératoires, et enfin n'a-t-on pas surtout la brillante perspective d'un succès prompt et définitif ?

Cette manière de voir, quelque juste qu'elle paraisse, est pourtant illusoire en pratique ; c'est abuser de l'intervention, ou, du moins, c'est en exagérer les nécessités ; elle a été la source de bien des échecs.

Il faut admettre, de toute nécessité, que pour une affection soumise à tant d'influences, et si variable dans ses formes et dans son aspect, une thérapeutique uniforme et mutilante ne saurait donner de garanties suffisantes de succès.

La connaissance parfaite de l'affection, voilà le véritable phare qui devra nous guider dans le choix d'un traitement rationnel et surtout efficace.

#### Considérations générales et d'anatomie pathologique

On définit ainsi l'hypertrophie des amygdales : c'est une affection caractérisée, soit par l'accumulation de sécrétions dans les cryptes tonsillaires dont la présence détermine plus ou moins d'irritation avec ou sans hypertrophie du parenchyme de la glande, affection plus spécialement connue sous le nom d'amygdalite folliculaire chronique ; soit par l'hypertrophie du tissu glandulaire sans que les lacunes soient altérées d'une façon notable.

Il est évident, par cette définition, que nous devons entendre par hypertrophie amygdalienne des conditions très diverses, mais qui toutes conduisent au même point : l'augmentation de la masse totale de l'amygdale.

Il y a cependant des auteurs qui n'admettent l'hypertrophie que lorsque l'amygdale fait protusion au dehors des piliers du pharynx ; idée fautive qui ne s'appuie ni sur la pathologie ni sur les faits cliniques.

Nous admettons pour notre part comme hypertrophiée toute amygdale dont le volume dépassera tant soit peu la normale ; distinction parfois subtile, puisque le volume des amygdales saines varie beaucoup suivant les individus. Mais si les limites sont vagues et mal définies pour les hypertrophies légères, la différence de volume est tranchée dans les hypertrophies graves. Les tonsilles se juxtaposent quelquefois sur la ligne médiane tant elles sont développées, peuvent ulcérer les surfaces de contact par leurs frottements réitérés et produire une synéclee.

D'autre part l'amygdale peut acquérir un volume énorme et cependant rester complètement cachée en arrière du pilier antérieur qui s'étend au-devant d'elle à la manière d'un voile.

Au point de vue pathologique, l'hypertrophie se divise en deux classes : l'hypertrophie *dure ou fibreuse* et l'hypertrophie *molle ou adénoïde*. Bosworth, donne à la première classe le nom de forme hyperplasique ; et à la seconde, forme hypertrophique vraie, suivant que le tissu glandulaire propre ou le tissu fibreux domine dans le processus hypertrophique. Ajoutons à cette division une troisième forme : les pseudo-hypertrophies et dans laquelle entreraient les masses tonsillaires hypertrophiées par les accumulations sécrétoires dans les cryptes.

L'hypertrophie dure, véritable sclérose, est le résultat ultime de toutes les attaques répétées d'amygdalites aiguës ou sous aiguës et qui ne s'accompagnent presque jamais de troubles nasaux ou pharyngiens. Elle rétrograde en général de quinze à vingt ans ; mais aussi elle peut persister au-delà de l'âge mûr ; à soixante ans ce n'est pas encore une rareté. Dans l'hypertrophie molle, la lésion se cantonne de préférence à la membrane muqueuse des follicules, plutôt que dans le parenchyme lui-même ; pour cette raison, la glande ne présente pas en général un volume très considérable, excepté toutefois dans les poussées aiguës où elle peut atteindre un volume et un poids énormes. C'est la plus fréquente de toutes les hypertrophies ; on la rencontre au berceau de la vie ; par contre, elle s'atrophie plus tôt et d'une manière plus radicale que la variété fibreuse. Elle est le partage du lymphatisme et a pour compagnes presque obligées, les végétations adénoïdes et les proliférations lymphoïdes à la base de la langue.

#### Étiologie

On peut dire que dans une partie notable des cas, le processus hypertrophique dérive d'inflammations aiguës et fréquemment répétées des amygdales, survenant de préférence chez certains sujets et dans des conditions particulières que nous allons nous efforcer de bien mettre en lumière.

Les tissus dans l'hypertrophie sont soumis en quelque sorte à une inflammation latente qui la maintient ; mais l'hypertrophie peut aussi être *vraie*, comme on la rencontre si souvent dans les autres glandes lymphoïdes, et dans ce cas l'élément inflammatoire n'y est pour rien. L'amygdale n'est pas malade alors, elle est estropiée.

*Causes prédisposantes.*—C'est un fait incontesté que l'âge joue un rôle considérable dans le développement de l'hypertrophie des amygdales ; c'est une maladie de la première enfance, de la jeunesse, et des jeunes adultes ; après vingt ans, elle décline avec l'âge pour disparaître en presque totalité vers soixante ans, sauf les formes fibreuses qui sont plus tenaces. Quelques auteurs admettent qu'elle peut être congénitale dans quelques cas rares.

Les sujets mâles sont plus souvent frappés ; et Ingals prétend que la proportion s'élève aux deux tiers des cas.

L'étude des professions comme causes de la maladie n'a pas une importance bien grande, eu égard à la classe de sujets qu'elle frappe (les enfants surtout), et parce que telle influence ne pourrait vraisemblablement se manifester qu'au bout d'une période assez longue d'activité professionnelle. L'influence des saisons est plus évidente ; aux saisons froides, aux températures humides et basses de l'automne et de l'hiver, nous sommes redevables des inflammations à répétition dont l'hypertrophie de l'organe malade est le résultat obligé.

La goutte, et le rhumatisme occupent aussi dans l'étiologie de l'hypertrophie une place au premier rang qu'on ne saurait leur contester.

On a cru pouvoir incriminer la syphilis acquise comme cause probable prédisposante de l'hypertrophie ; ne devrait-on pas aussi mettre sur les rangs la syphilis héréditaire, et surtout le lymphatisme ? Souvent en effet, on observe des hypertrophies *bilatérales*, chez les sujets atteints de tares diathésiques qui ne pourraient vraisemblablement s'expliquer par aucune autre cause appréciable.

*Causes déterminantes directes.*—Le tissu amygdalien, mou, friable, creusé de trous, de cavités anfractueuses, placé à l'entrée des voies aérienne et digestives, reçoit naturellement le premier choc des invasions microbiennes vers ces conduits ; les débris alimentaires, les poussières de toutes sortes, d'un autre côté, trouvent facilement à sa surface tourmentée des abris où ils peuvent fermenter, se digérer à leur aise, déterminant enfin par leur présence des inflammations répétées. C'est un milieu de culture qui ne demande que l'ensemencement. Aussi l'hypertrophie est-elle rarement essentielle ou primitive ; tantôt elle est le fait d'amygdalites à répétition ou angines à forme tonsillaire se développant dans le tissu propre amygdalien et n'intéressant que

lui ; après la résolution des phénomènes aigus, de la fièvre si elle existe, de la douleur etc., il persiste de l'hypertrophie sans trace d'inflammation des tissus voisins et de l'amygdale : l'amygdale seule reste estropiée, et sclérosée ; tantôt, au contraire, c'est le *processus inflammatoire* (Magnan) qui prédomine : la tonsille se gonfle, rougit, se vascularise, s'accompagne d'œdème inflammatoire avoisinant, puis tout peut se résoudre et rentrer dans l'ordre sans laisser de traces : c'est une hypertrophie aiguë de circonstance ; mais aussi le gonflement peut persister, et si l'inflammation ne cède bientôt, si elle passe à l'état chronique ; c'est fait, l'hypertrophie inflammatoire chronique est constituée.

Les cryptes peuvent être encore le siège d'inflammations et partout le point du départ d'hypertrophie par l'irritation continue, non seulement des sécrétions exagérées et concrétées normales ou pathologiques de la glande, mais encore d'une pululation d'algues et de fungi déterminant par leur présence une inflammation qui aboutira soit à l'ulcération soit à l'hypertrophie ; c'est le *leptothrix buccalis*, c'est le *mycosis tonsillaris*, c'est le *leptothrix algosis fungium* qui tour à tour ou tous ensemble en font les frais ordinaires.

L'ulcération quelquefois déterminée par leur présence peut même à la fin bourgeonner activement et constituer une forme d'hypertrophie par bourgeonnement. Les chercheurs n'ont pas manqué de tourner leur yeux vers la tuberculose pour constater quel rôle pouvait jouer le bacille de Koch sur le processus hypertrophique et Dieulafoy a soutenu que dans un grand nombre de cas l'hypertrophie était de nature manifestement tuberculeuse. Il n'a cependant pas appuyé ses dires de statistiques concluantes ni d'examen d'histologie pathologique sérieux.

Il nous faut dans tous les cas admettre l'influence certaine des *maladies générales à manifestations locales* sur le processus hypertrophique amygdalien, et laissant après la disparition de leurs symptômes un degré plus ou moins prononcé d'hypertrophie. Est-il besoin de nommer la typhoïde, la rougeole, la dyphtérie dont la tonsille semble être l'un des sièges de prédilection, la variole, la syphilis qui se cantonne si souvent sur l'amygdale, la scarlatine par l'angine si violente qui marque son début et enfin la grippe. — (L. Fiset).

*Causes déterminantes indirectes.* — Il n'est pas toujours aussi facile de préciser la cause déterminante d'une hypertrophie ; le pus d'une otite moyenne, une inflammation de voisinage, un catarrhe nasopharyngien peuvent fort bien provoquer une inflammation hypertrophique des amygdales.

Les investigations de MM. St-Hilaire et Coupart, il y a quelques années, ont démontré qu'après l'ablation des végétations adénoïdes dans un grand nombre de cas (dans l'hypertrophie tonsillaire molle surtout) le processus hypertrophique rétrocedait graduellement sans traitement local actif. C'est un fait très important sur lequel on n'insiste peut-être pas assez. Par suite de l'obstruction nasale due aux végétations, peu à peu la respiration buccale supplante celle du nez ; l'amygdale alors qui se présente au courant d'air, devient plus susceptible aux inflammations, réagit et s'hypertrophie. Que le tissu adénoïde soit enlevé, la respiration nasale reprend son cours, l'hypertrophie n'a plus de raison d'être et la glande s'atrophie graduellement. C'est un fait constaté tous les jours depuis que Von Allen en 1891 l'a signalé pour la première fois. Nous pouvons dire, en résumé, que les amygdales s'hypertrophient sous l'influence d'une foule de causes que l'on peut difficilement et prévoir et prévenir. Le traitement prophylactique sera nul par conséquent.

#### Symptômes

L'hypertrophie des amygdales est bien plutôt une source constante de gêne que de douleur ; celle-ci se rencontre cependant quelquefois sous forme de légères douleurs constrictives, surtout pendant les exacerbations. Le malade est surtout incommodé dans ses mouvements de déglutition par le reflux des liquides au-dessus du voile du palais entravé dans son action ; il l'est encore par des nausées, par des vomissements réflexes, s'il veut ouvrir trop largement la bouche.

Quelques troubles gastriques : gastralgies, dyspepsies, soit à titre

de névroses, soit comme résultat de la déglutition de sécrétions contaminées et perverties des lacunes tonsillaires viennent quelquefois augmenter le cortège des symptômes, grossi déjà de troubles réflexes : la surdité, les tintouins, l'asthme, la toux, etc.

Si l'hypertrophie devient excessive, on peut craindre des troubles graves de la respiration ; surtout si, chez l'enfant, à une inflammation tonsillaire grave avec hypertrophie considérable, vient s'ajouter la présence de tumeurs adénoïdes dans le cavum qui ferment davantage les orifices naturels des voies respiratoires ; ces troubles atteindront leur maximum de gravité — chez le nourrisson dont la nutrition sera gravement compromise. L'hypertrophie semble marquer encore d'un cachet particulier ses malheureuses victimes à cause de la coïncidence si fréquente de végétations adénoïdes auxquelles elle emprunte quelques-uns de leurs traits caractéristiques. Qui ne remarque en effet leur air hébété, leurs yeux sans expression et ternes, le maintien de la bouche béante, leur voix *amygdalienne* ? La nuit ils ronflent ; les mouvements respiratoires sont pénibles et présentent une irrégularité notable, bien que la suffocation soit rarement à craindre. La conséquence de tous ces troubles respiratoires est évidente, c'est une hématoxe incomplète, une nutrition défectueuse, c'est enfin un état de débilité persistant avec détérioration considérable de la santé.

Deux névroses viennent fermer la liste des troubles respiratoires, c'est la toux et l'asthme ; autant la première est commune autant la seconde est rare. Toute altération pathologique tonsillaire est capable de provoquer la toux dont l'origine est facile à concevoir, puisqu'il suffit de se rappeler l'innervation si complexe de la glande à laquelle prennent part le glosso-pharyngien, le lingual, le spinal et le pneumogastrique. La toux peut survenir par crise et l'on a cru remarquer que la position prise par le malade avait une influence directe sur la production de ces quintes dues au frottement possible de la masse hypertrophique sur l'épiglotte, l'un des trois points de départ du réflexe de la toux laryngienne.

Le langage autant que la déglutition et la respiration reçoit le contre-coup de l'hypertrophie ; Ses troubles sont caractéristiques. Dans les cas d'hypertrophie considérable, le malade articule avec peine ; les mouvements de sa langue sont lents, incomplets ; contrairement à l'adénoïdien, il prononce assez bien les *m* et les *n*, mais pour lui, par contre, la prononciation des *l* et des *r* est une véritable torture. Sa voix est plus élevée, et Knight de New-York cite le cas intéressant d'un ténor qui perdit ses deux notes les plus élevées par l'ablation de ses amygdales. On explique ce fait assez facilement je crois si l'on considère que la bouche et l'arrière-gorge, qui forment une cavité résonnante dans le chant, se trouvent considérablement agrandies par l'excision de masses aussi volumineuses et par le fait que le patient ne peut plus ménager à l'intérieur de la bouche le volume d'air nécessaire très restreint destiné à vibrer à l'unisson de la note donnée par le larynx.

Les troubles de l'audition ont soulevé plus de discussions ; on a jeté sur le compte de l'hypertrophie une illiade de troubles auriculaires. On se disait : lorsque l'inflammation des follicules clos est assez vive, elle se propage dans le voisinage, frappe ses congénères les follicules de la langue et le tissu lymphoïde naso-pharyngien. De là à la trompe d'Eustache et à la caisse du tympan il n'y a qu'un pas ; la trompe se referme, ses exsudats ne circulent plus, l'air se raréfie dans la caisse ; bref, l'oreille s'enflamme secondairement.

Cependant tout cela n'est pas aussi simple en clinique et les faits semblent plutôt démontrer que l'origine de tous ces troubles est bien plutôt le fait du tissu adénoïde retro-pharyngien, plus tapageur, que de l'hypertrophie amygdalienne. L'hypertrophie au contraire a bien peu de tendance à irriter les parties voisines et à en déterminer l'inflammation. De même les défauts de développements de la cage thoracique attribués à tort à l'hypertrophie amygdalienne qui coïncide assez souvent avec la présence de végétations adénoïdes dans le cavum sont dus à n'en pas douter à ces dernières qui jouent sur la respiration un rôle bien autrement considérable.

Disons enfin que l'amygdale hypertrophiée est sujette à de fréquentes récidives inflammatoires qui justifient encore davantage les interventions actives directes.

#### Signes physiques

ASPECT DES AMYGDALES HYPERTROPHIÉES. — L'hypertrophie imprimée à l'amygdale des variétés de forme assez étendues divisibles toutefois en un certain nombre de groupes ou types assez tranchés pour en permettre une distinction facile. M. Moure en 1892 en a fait plusieurs principaux ; nous le suivrons dans sa division ; c'est d'ailleurs celle qui nous fournit les données les plus sûres au point de vue thérapeutique.

a) AMYGDALES PÉDICULÉES. — Si l'on dirige un faisceau lumineux dans l'arrière gorge et que l'on déprime fortement la langue surtout à sa base, on fait saillir entre les piliers du pharynx deux masses de volume variable depuis celui d'une noisette à une grosse noix : les amygdales. Elles sont rouges ou rosées, plus ou moins lisses, à surface antérieure fortement convexe et à surface interne et libre creusée de lacunes, plus ou moins nombreuses. Leur axe vertical (le plus long) est plus ou moins fortement incliné d'avant en arrière et de haut en bas. La face externe de cette masse charnue tient à la paroi du cou par un pédicule plus ou moins large en général très peu étendu et parfaitement visible si l'on a soin de provoquer le réflexe nauséux qui fait converger davantage les amygdales vers le centre de la cavité pharyngienne. Au peu d'étendue du pédicule, à sa forme, à sa saillie en dehors des piliers, vous avez facilement reconnu l'amygdale pédiculée, celle qui donne au chirurgien les plus grandes facilités opératoires.

b) AMYGDALES SESSILES. — Si les facilités de traitement sont grandes pour les amygdales pédiculées, il n'en est malheureusement pas ainsi pour la seconde variété, plus commune : les amygdales plates, diffuses ou sessiles. Elles projettent peu ou point dans la cavité buccale excepté pendant la nausée. Elles sont très susceptibles, s'enflamment avec la plus grande facilité ; elles prennent rang très souvent dans le cortège de la diathèse rhumatismale et provoquent souvent la suppuration du tissu cellulaire avoisant supérieur.

c) AMYGDALES ENCHATONNÉES. — Plus grave encore est cette troisième classe d'amygdales. Elles projettent bien un peu dans la cavité buccale ; mais, sous l'action des inflammations, les piliers se sont soudés à elles ; sans l'impulsion de l'hypertrophie, la tonsille a repoussé, distendu le pli glosso-palatin ; elle l'a coiffé à la manière d'un capuchon épais quelquefois, quelquefois aussi très mince et fermement adhérent à la glande. Sous cette enveloppe l'amygdale se dérobe à la vue en sorte qu'il est parfois difficile de conclure à l'hypertrophie malgré l'étroitesse manifeste de l'isthme du gosier, mais que l'on déprime la langue et l'on verra que plus bas l'hypertrophie glandulaire est plus visible et réelle. Si le pli glosso-palatin est mince, en partie absorbé, on peut impunément employer l'excision si elle est possible ; mais gardons-nous d'opérer ainsi sur une amygdale coiffée d'un pilier antérieur épais et adhérent ; ce serait courir presque fatalement à l'hémorragie grave.

PSEUDO-HYPERTROPHIES. — Nous avons vu que le tissu amygdalien, creusé de cavités lacunaires et de glandes peut s'enflammer, par l'irritation des sécrétions perverses ou par le fait d'une invasion microbienne et s'hypertrophier. Dans les cryptes stagne une matière caséuse, fétide, où pululent les microbes et dont le trop plein bave au dehors. Cette sécrétion, quelquefois retenue par une oblitération accidentelle de l'ouverture lacunaire, peut quelquefois ulcérer la tonsille, ou encore peut se concréter, se calcairiser, se transformer en vrais calculs durs, énormes quelquefois et qui simulent l'hypertrophie vraie. De telles concrétions ont en plusieurs occasions, brisé les lames des amygdalotomes (St-Germain).

#### Diagnostic

Le diagnostic de l'affection ne saurait présenter de difficultés sérieuses si l'on garde bien présent à l'esprit la possibilité d'une production néoplasique ou de gommes syphilitiques. Mais le diagnostic de la

forme d'hypertrophie et surtout la distinction entre les variétés scléreuse et les hypertrophies molles présente un intérêt thérapeutique de premier ordre, ce seront les antécédents du sujet aidés de l'examen physique qui fourniront les données les plus sûres pour servir de base au diagnostic.

#### Pronostic

Une partie du pronostic nous est déjà connu ; les troubles de nutrition que l'hypertrophie entraîne à sa suite, le rôle important qu'elle joue dans la contagion, puisque la dyphtérie en particulier frappe trois sujets atteints d'hypertrophie contre un à pharynx normal, les lésions des organes des sens, les troubles digestifs, respiratoires, etc., rendent le pronostic assez sombre pour ceux qui font fi de tout traitement ; par contre les résultats si encourageants fournis par une thérapeutique sage et bien ménagée, passent sur ce sombre tableau le coup de balai qui enlève au pronostic sa gravité.

(A suivre)

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE, 1897.

En l'absence du Président monsieur le Docteur Charles Verge occupe le fauteuil.

Le dernier procès-verbal est adopté.

Monsieur le docteur Clark de Québec est admis membre de la Société.

Le docteur Paquin demande l'opinion de l'assemblée sur les articles publiés dans les derniers numéros de l'*Union Médicale* et *La Clinique* touchant la position prise par le bureau des gouverneurs vis-à-vis des médecins et les sociétés de bienfaisance ; et quel cas on doit faire de cette lettre circulaire adressée aux médecins sur le même sujet par un comité médical formé à Montréal.

Après discussion, il est admis que le Bureau provincial doit s'occuper de cette question et qu'il appartiendra au conseil de discipline qu'il veut organiser, de se prononcer sur ce sujet d'une manière plus catégorique lorsque le temps sera venu.

Monsieur le docteur L. N. Fiset, de Québec nous donne alors la lecture d'un travail sur *l'hypertrophie de l'amygdale et son traitement*, qui sera publié en entier par *La Revue Médicale*.

Après une courte discussion sur la partie du traitement au galvanocautère, à laquelle prirent part les docteurs Brochu, Faucher et le confèrencier le docteur Paquin rapporte deux cas d'avortement dans lesquels il attribue l'expulsion du placenta à l'action exclusive du sulfate de Quinine.

1er Cas. Trois heures à la suite d'une grande frayeur Mde X. enceinte de 3 mois est prise de douleurs utérines puis d'hémorragie presque aussitôt. Les médicaments d'usage et des soins appropriés sont prescrits sans retard. Au bout d'une heure tout rentre dans un calme qui ne dura que 4 heures. Alors réapparaissent quelques douleurs accompagnées d'une perte considérable, puis le fœtus est expulsé et retrouvé parmi les caillots ; mais le placenta reste dans le col encore trop peu dilaté pour lui livrer passage. Des remèdes tarissent bien l'écoulement ou à peu près, mais le col se referme d'avantage. Trois jours se passent ainsi : pas de douleurs, pas d'hémorragie. C'est alors que fut administré le sulfate de quinine à la dose de 8 grains. Celui-ci provoqua des douleurs très fortes au bout de 20 à 25 minutes, 40 minutes après le placenta en entier était expulsé.

2ième Cas. Il ne diffère du premier que par la cause : " chute sur le siège " par l'intervalle entre l'expulsion du fœtus et celle du placenta (six jours) et par la durée de l'expulsion (4 heures) une fois que le sulfate de quinine fut administré. Deux doses de 7 grains à 3 heures d'intervalle furent requises cette fois.

Enfin après les affaires de routine, la séance fut ajournée au 20 janvier 1898.

C. R. PAQUIN, M. D., Sec.

## REPRODUCTION

## Notes sur la chirurgie rurale

Par M. le docteur PAUCHET (d'Amiens), ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

## ANTISEPTISIE

La chirurgie d'aujourd'hui a eu pour point de départ l'anesthésie générale et la connaissance de la microbiologie.

L'ère antiseptique est apparue avec toutes les complications de sa méthode et la cherté extrême des pansements. L'asepsie lui a succédé. Les substances chimiques, dont on a multiplié le nombre à l'infini, ont cédé peu à peu le pas à la simplicité des agents mécaniques et physiques, en tête desquels se placent le dégraissage et la chaleur.

Toutefois, si la méthode aseptique est la plus simple, plus facile à appliquer et susceptible de donner une plus grande sécurité que la méthode antiseptique, celle-ci doit s'associer à la précédente dans une certaine mesure, du moins sur le terrain de la chirurgie journalière.

1° MÉTHODE ASEPTIQUE.—Celle-ci exige, en général, un local spécial. Elle nécessite en tout cas un matériel de stérilisation dont le fonctionnement doit être assuré par une personne dont on ne puisse mettre en doute la conscience et la minutie.

a. *Stérilisation de l'eau.*—C'est la chose la plus indispensable à la chirurgie aseptique ; il faut donc la chauffer à un degré suffisant pour détruire tous les germes ; il faut la conserver à l'abri de ces derniers et en faire usage dans des récipients stériles eux-mêmes.

On fait souvent usage d'eau d'abord filtrée, puis bouillie pendant trois quarts d'heure. Mais la température de 100 degrés ne détruit pas tous les micro-organismes ; il faut que celle-ci soit élevée sous pression à une température de 120 à 140 degrés.

Nous faisons usage personnellement de l'appareil Levassort, qui se compose ainsi : 1° d'un énorme stérilisateur en cuivre de la contenance de 35 litres et où la pression doit être maintenue de 2 à 3 atmosphères, c'est-à-dire à une chaleur de 132 degrés ; 2° d'un réservoir de cuivre communiquant avec le précédent et destiné à conserver l'eau pendant son refroidissement ; 3° d'un filtre à l'amiante intermédiaire à ces deux récipients.

On a ainsi 35 litres d'eau froide et 35 litres d'eau chaude. Quand on veut en faire usage sur place, on fait communiquer l'appareil avec des robinets placés au-dessus d'un lavabo ; quand on veut la transporter, on se sert de boîtes métalliques pourvues d'un robinet et préalablement stérilisées à l'autoclave. Tous ces appareils de stérilisation peuvent être fabriqués partout.

b. *Stérilisation des instruments.*—Chaque fois qu'on s'est servi de ces derniers pour une opération, on enlève le sang avec de l'eau froide puis on les plonge dans de l'eau bouillante additionnée de carbonate de soude. Après ce décapage, on les essuie avec un linge sec et propre, puis, au moment de s'en servir, on les place dans une étuve chauffée à 170 ou 180 degrés.

Nous faisons usage de l'étuve Péan, qui a l'avantage de répartir partout également la chaleur, grâce aux tubes métalliques disposés le long des parois.

Les instruments sont placés dans des boîtes métalliques.

Cette étuve sert également à stériliser les cuvettes, plateaux etc.

c. *Stérilisation des compresses, ouate, crins, soies, etc.*—Tous les objets qui ne sont pas altérés par la chaleur humide seront stérilisés par la vapeur d'eau sous pression.

L'autoclave est employé dans ce but. Il produit un courant de vapeur qui imprègne et traverse les objets. Son fonctionnement est le même que celui du stérilisateur d'eau, qui n'est lui-même qu'un vaste autoclave. Comme pour ce dernier, on peut élever la pression à 3 atmosphères et, par suite, à 144 degrés de température.

Les divers objets destinés à la stérilisation, après avoir subi un premier dégraissage à l'eau bouillante, seront disposés à sec dans des

des boîtes de métal nickelées, dont les extrémités sont percées d'orifices qui permettent à la vapeur de circuler ; ces boîtes seront ouvertes au moment même de l'opération ; elles permettent d'emporter les objets au loin en cas d'intervention urgente.

Les compresses sont faites avec de la toile à beurre ; elles peuvent servir un grand nombre de fois, pourvu qu'elles soient lessivées après chaque opération comme du linge ordinaire. Dès que la boîte qui les contient a été ouverte, les compresses ne peuvent servir pour une séance ultérieure ; elles doivent être stérilisées de nouveau. Pour nos pansements, comme nous faisons usage de ces compresses, nous en passons deux ou trois dans un cylindre en fer blanc percé d'un trou à chaque extrémité. Cette boîte est placée à l'autoclave qui peut en stériliser dix à douze à la fois.

Les soies sont enroulées sur des bobines de ouate hydrophile ; au moment de s'en servir, on les enveloppera dans une compresse ; on les placera à l'autoclave avec les autres objets.

Les crins sont disposés vingt par vingt dans un drain qu'ils dépassent à chaque extrémité ; de cette façon, on peut facilement en prendre un à la fois, et ce faisceau de fil est facile à manier.

L'appareil dont nous faisons usage est l'autoclave Sorel, qui donne des objets stérilisés secs ; cet état convient surtout aux compresses, lesquelles épongent mieux et ne refroidissent pas l'intestin au cours des opérations abdominales.

Comme l'asepsie proscriit l'usage des éponges et des gazes antiseptiques (salol, iodoforme), ces compresses servent à des usages multiples ; elles essuient la plaie au cours des interventions, garnissent le champ opératoire, retiennent l'intestin au cours des laparotomies et hystérectomies vaginales ; elles s'appliquent également sur les plaies en guise de pansement.

d. *Stérilisation des mains.*—Les ongles doivent être coupés ras. L'usage du cure-ongles est proscriit, car il crée de petits sillons où les microbes peuvent se loger. Les mains et les avant-bras sont brossés et savonnés à l'aide d'eau stérilisée chaude pendant cinq minutes au moins. Les brosses à ongles sortent de l'autoclave ; la cuvette destinée au lavage a été flambée ou passée à l'étuve. Le brossage et le savonnage terminés, les mains sont rincées à l'eau stérilisée, puis frottées à l'alcool. Au cours de l'opération, on détache le sang des doigts dans une cuvette contenant de l'eau stérilisée.

Si les mains avaient été souillées la veille ou le jour même par un corps septique, il faudrait faire plusieurs lavages de suite et on les plongerait dans une solution de permanganate de potasse qu'on décolorerait par le bisulfite de soude.

e. *Désinfection de la région opératoire.*—On rase les poils sur une large étendue ; puis, après avoir brossé et savonné la peau, on la frotte à l'alcool comme on a procédé pour les mains. Après ce nettoyage, on limite le champ opératoire à l'aide de compresses stérilisées.

2° MÉTHODE MIXTE (*antiseptie et asepsie combinées*). La méthode aseptique trouve son application dans un grand nombre de cas ; mais au point de vue pratique, la chirurgie dite aseptique demande à l'antiseptie de jouer encore un certain rôle, très limité sans doute, mais suffisant pour qu'elle ne puisse être abandonnée.

Les mains, après brossage et savonnage, seront plongées pendant une minute environ dans une solution de sublimé au 1000°. Si celles-ci avaient été souillées la veille ou le jour même par un objet septique, on ferait précéder l'immersion dans le sublimé par un lavage au permanganate de potasse, suivi d'un lavage au bisulfite de soude.

Les instruments peuvent, au sortir de l'étuve, être présentés au chirurgien à sec dans le plateau où ils ont été stérilisés ; mais en le couvrant d'une couche de solution phéniquée au 50°, on les préserve des poussières atmosphériques et des mouches qui peuvent venir se poser sur les taches de sang.

Au cours d'une opération, si un instrument vient à tomber ou si on a besoin d'un instrument non stérilisé, il est plus pratique de plonger ce dernier dans un liquide antiseptique à chaud. Pendant nos

opérations, une poissongère émaillée contient toujours à cet effet de l'eau phéniquée en ébullition.

Les plaies septiques seront lavées à l'aide d'une solution de sublimé au 1000°, plutôt qu'avec de l'eau stérilisée simple, qu'il s'agisse d'irriguer une articulation après arthrotomie ou de désinfecter le vagin ou le rectum avant une intervention. Après un grattage pour lésion tuberculeuse, l'attouchement au chlorure de zinc au 5e produira de bons effets. Après un curetage utérin, un badigeonnage à l'iode s'associera heureusement à l'action de la curette.

Tout le reste de la méthode est constitué par l'asepsie pure, tel que nous l'avons décrite précédemment. C'est à cette façon d'agir que nous avons recours dans notre pratique courante.

Mais, en somme, l'agent antiseptique occupe un rang secondaire, et, quand on fait un lavage des mains, l'action mécanique du liquide et de la brosse, combinée à l'action dégraissante du savon, entraîne bien plutôt les microbes que la propriété microbicide de la solution où on les plonge.

(A suivre)

**Cure radicale des hernies ombilicales.**

M. V. A. Stolépinsky conseille le procédé suivant de cure radicale de hernie ombilicale ou de hernie de la ligne blanche chez la femme. Premier temps : incision ovale à l'entour de la hernie comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Deuxième temps ; isolement du sac ; on le sépare de la peau et, s'il est trop adhérent, on l'incise à sa base en reposant le contenu de la hernie, dans la cavité abdominale au moyen d'une éponge. Troisième temps ; sutures ; le plus souvent la tension de la paroi empêche la réunion des lèvres de la plaie et coupe les fils si celle-ci a pu avoir lieu. Il faut donc allonger l'orifice en faisant deux incisions latérales dans l'épaisseur des grands obliques. Les sutures se font comme d'habitude, à deux étages.

M. Stolépinski a opéré, avec ce procédé, cinq malades, dont deux pour éventration, deux pour hernie de la ligne blanche et une pour hernie ombilicale. Les résultats furent toujours excellents ; chez aucun des opérés il n'y eut de récurrence (Arch. russes n° 35, 1897).

**Réduction du paraphimosos par la compression manuelle progressive associée aux irrigations d'eau froide**

M. Guyot, médecin principal de l'armée belge, n'a jamais eu d'insuccès avec ce procédé qui réussit là où les autres ont échoué. Voici la technique qu'il recommande :

Le patient est assis sur le bord d'une chaise ou d'un lit avec un grand sceau d'eau froide entre les jambes écartées. Une compresse fine et souple, mouillée, est enroulée plusieurs fois autour de la verge. De la main gauche en supination, le médecin saisit la verge à pleine main, pendant que de la main droite, armée d'une autre compresse, d'une éponge ou d'un irrigateur, il projette largement l'eau froide sur les parties sexuelles. La main gauche étreint progressivement la verge, en portant ses efforts particulièrement sur les bourrelets œdémateux et sur le gland. Ces premières irrigations d'eau froide ont pour effet d'atténuer la sensibilité du gland plus ou moins enflammé et de diminuer l'érection de la verge en faisant refluer le sang des corps caverneux, dont la compression excentrique contribue à produire l'étranglement. Ce premier résultat obtenu, on continue la compression graduelle, intense et proportionnée toutefois à la sensibilité du patient, en ouvrant fréquemment la main gauche pour irriguer la verge. Après quelques minutes de cette manœuvre, les bourrelets œdémateux sont affaiblis ; le gland flétri, ridé, exsangüé, est réduit à un volume moindre qu'à l'état normal. C'est la condition d'un succès facile, assuré : on porte alors rapidement la pulpe du pouce ou de l'index droit sur la face antérieure du gland en le refoulant d'avant en arrière, en même temps que la main gauche, maintenant toujours la compression circulaire et tirant sur la verge, ramène le prépuce en sens opposé.

Si on a affaire à un sujet pusillanime ou doué d'une trop vive sensibilité, ou à un paraphimosos très enflammé, on peut faire précéder les manœuvres de réduction d'applications cocaïnées sur le gland et le bourrelet, ou mieux encore d'injections de cocaïne autour de la racine de la verge.

**Troubles de la parole chez les épileptiques**

M. F.-M. Nevsky a publié une intéressante étude, dans les *Archives russes de neurologie* (n° 3, 1897), sur les troubles de la parole chez les épileptiques. D'après l'auteur, les troubles de la parole sont surtout l'apanage des épileptiques déments. Un des premiers signes de la démence épileptique est la lenteur de l'élocution. A cette lenteur, il faut ajouter des répétitions de mots ou de tronçons de phrases. Les répétitions peuvent n'atteindre que quelques syllabes, ou même quelques sons ; ainsi les voyelles deviennent traînantes surtout au niveau de l'accent tonique. L'articulation des mots est aussi défectueuse : le malade arrive difficilement à donner à ses lèvres la forme voulue, si bien que, dans la diction d'un mot, il saute d'une consonne à l'autre. Dans une forme plus avancée encore, on observe, au milieu d'une phrase ou d'un mot, des pauses plus ou moins régulières et plus ou moins longues rappelant une sorte de bégaiement lent. Ce bégaiement peut être ou bien inspiratoire ou bien expiratoire. A ces troubles de l'expression des mots, il faut ajouter des modifications du timbre de la voix, qui devient fausse, avec un mélange de notes aiguës et graves. Quelquefois la voix baisse, on a de la peine à l'entendre, le malade parlant en chuchotant.

La plupart de ces signes sont si caractéristiques qu'ils suffisent souvent à faire faire le diagnostic de la maladie.

**Le chlorate de potasse dans le traitement de la stomatite aphteuse**

Parmi les divers moyens employés contre la stomatite aphteuse, affection infantile bénigne, mais qui, parfois, acquiert une certaine gravité de par sa ténacité et sa tendance aux récurrences, le chlorate de potasse est celui qui paraît le moins employé ; quelques cliniciens (Baginsky) lui contestent même toute valeur thérapeutique. Or, d'après les nombreuses observations relevées par M. le docteur Amedeo Levi, à la polyclinique générale de Vienne, dans le service dirigé par M. le docteur A. Monti, professeur extraordinaire de pédiatrie, aucun autre médicament n'exercerait, sur l'évolution de la stomatite aphteuse, une action aussi favorable que le chlorate de potasse employé en applications locales et administré en même temps à l'intérieur.

Voici les formules dont M. Monti fait usage à cet effet :

Chlorate de potasse.....	1	grammes.
Eau distillée.....	200	—
Teinture de myrrhe.....	3	—

Mélez. Usage externe.

Cette solution sert pour les lavages de la cavité buccale.

Chlorate de potasse.....	1	grammes.
Eau distillée.....	90	—
Sirop de groseilles.....	10	—

F. S. A. Donner à l'enfant, toutes les deux heures, une cuillerée à café de cette potion mise à rafraîchir dans de la glace. (*Rev. des mal. de l'enfance.*)

**Les "gros enfants" au point de vue obstétrical**

Les gros enfants, c'est-à-dire atteignant ou dépassant 20 livres, sont rares. Et c'est heureux, car le pronostic de l'accouchement est alors sévère pour l'enfant et pour la mère.

Le diagnostic de "gros enfant" peut et doit se faire au cours de la grossesse. Quand la hauteur de l'utérus dépasse sensiblement 34 centimètres, c'est-à-dire la hauteur de l'utérus à terme, on ne peut hésiter qu'entre trois hypothèses : hydrosie de l'amnios, gros œuf ou grossesse gémellaire. Le palper tranchera la question.

Quant à la conduite à tenir en pareil cas, elle vient d'être exposée par M. AUDEBERT, dans la *Gazette hebdomadaire*.

Deux cas peuvent se présenter : le fœtus est mort, ou il est vivant. Si le fœtus est mort, pas d'hésitations ; on doit recourir à la basiotripsie ou à l'embryotomie ; il faut au *plus vite* débarrasser l'organisme maternel. Mais si le fœtus est vivant, la conduite de l'accoucheur doit varier suivant la nature de l'obstacle qui s'oppose à l'accouchement.

1° La tête ne peut pas s'engager ; il faudra avoir recours à la symphyséotomie. Le forceps et la version, ici comme les bassins rétrécis, exposent aux fractures du crâne, aux épanchements sanguins et doivent être rejetés.

2° Quand la dystocie est due à la longueur du diamètre bi-acromial, le procédé de Jacquemier qui consiste à tirer sur les deux aiselles avec le doigt recourbé en crochet, est souvent d'une exécution difficile et d'un succès douteux.

Mieux vaut employer le procédé de Varnier, dans lequel on va à la recherche du bras postérieur ; puis, à l'aide de ce bras, on fait exécuter au fœtus un mouvement de rotation, par une manœuvre analogue à celle qui, dans la version, transforme le mauvais pied en bon pied. En cas d'échec, on pourrait peut être, comme dernière ressource, fendre la symphise pubienne.

3° L'extraction des hanches donnera lieu souvent à de grosses difficultés, surtout dans les présentations du siège, quand les parties maternelles n'auront pas été déjà dilatées par le passage de la tête et des épaules. Aussi la version par manœuvres *externes* s'impose d'une façon absolue, si, pendant la grossesse on a constaté une présentation de l'extrémité pelvienne. Pour le même motif, on doit rejeter pendant le travail la version par manœuvres *internes* qui amènerait le premier au détroit supérieur le diamètre bi-trochantérien. Si cet accident (présentation du siège) se produit, il paraît justifiable de la symphyséotomie, car on doit craindre de voir les difficultés de l'extraction du siège se renouveler au moment du passage du diamètre bi-acromial et des diamètres céphaliques.

#### Le microbe du rhumatisme

M. M. TRIBOULET, COYON et ZADOC ont recueilli dans le service de M. Variot, à l'hôpital Trousseau, une observation de rhumatisme avec chorée. À l'autopsie, l'examen bactériologique leur a permis de contrôler d'une façon complète les recherches de M. Thiroloix sur la bactériologie du rhumatisme.

L'autopsie a eu lieu environ trente-six à quarante heures après la mort. Lesensemencement ont été fait sur bouillon et sur lait stérilisé, et les cultures ont été, les unes aérobies, les autres anaérobies. On s'est servi, pour lesensemencements, de liquide pleural, de sérosité péricardique, du sang de la veine cave inférieure, d'un fragment de valvule mitrale, et d'un segment de moelle lombaire.

Se réservant de revenir en détail sur l'étude bactériologique de cette observation, les auteurs établissent les résultats suivants : a) le liquide pleural n'a fourni aucune culture appréciable ; b) le liquide péricardique a fourni, en culture anaérobie, des colonies assez nombreuses de staphylocoques ; c) le sang de la veine cave, le fragment de valvule et le segment de moelle ont *seuls* donné, et en culture anaérobie *seulement*, sur lait stérilisé, les résultats typiques à savoir :

1° En dix huit heures environ, fermentation intense aboutissant à la séparation du lait en deux parties, l'une séreuse, l'autre représentant une émulsion grasse à grosses bulles solidifiées, d'aspect alvéolaire, tout à fait caractéristiques, ainsi qu'on peut le voir par comparaison avec une culture type fournie par M. Thiroloix.

La fermentation du lait a pour résultat le dégagement d'une odeur butyro-caséuse franche, qui ne présente aucune nuance de fétidité. Le développement gazeux est assez fort parfois pour briser le tube.

Sur lamelles, on colore aisément de gros bacilles, les uns courts et trapus, les autres un peu plus larges, rappelant bien des aspects polymorphes de la bactériidie charbonneuse mais toujours avec un volume plus considérable que celle-ci. Ce microbe supporte le Gram-Weigert ;

2° 2 cc. de culture en injection intra-musculaire, dans la cuisse d'un cobaye, ont amené la mort de l'animal en vingt-neuf heures, avec formation, au pli de l'aîne, d'une vaste collection séro-œdémateuse (constatation analogue à celle de Thiroloix).

Il y aura lieu de poursuivre expérimentalement la série d'inoculations indiquées par Thiroloix sur le cobaye et sur le lapin, pour réaliser les lésions endocardiques, péricardiques et pleurales que cet auteur a reproduites.

Toujours est-il qu'actuellement il nous a été possible d'isoler sur le cadavre, *quarante heures après la mort*, le bacille décalé par Thiroloix cinq fois dans le sang de cinq rhumatisants vivants, ce qui prouve que le microbe isolé par nous n'est vraisemblablement pas un vulgaire microbe de la putréfaction.

Notre observation, déjà fort importante comme venant la première à titre de contrôle, prend, nous semble-t-il, un intérêt plus spécial encore du fait de la coïncidence, chez le sujet observé, rhumatisme et d'une *chorée*. De semblables constatations, si elles se reproduisent, et s'il peut s'y ajouter le fait de la présence *in situ* dans les centres nerveux du microbe signalé, fixeront enfin cette question encore douteuse pour bon nombre d'auteurs, des rapports étiologiques si saisissants de la chorée avec le rhumatisme.

*La France Médicale*

#### Traitement de l'asthme par le sérum antidiphthérique

Le prof. Revilliod (de Genève) a été engagé à tenter cette médication par deux raisons, l'une d'ordre pathogénique, l'autre d'ordre thérapeutique.

Notre confrère estime, en effet d'une part, que l'accès d'asthme peut être considéré comme un moyen de défense de l'organisme, lequel cherche dans la voie pulmonaire un émonctoire gazeux ; d'autre part, il explique par l'action élective de l'iodure sur les voies respiratoires le succès de ce médicament classique de l'asthme. L'accès, dit-il, sera devenu inutile par le fait de l'intervention du médicament eupnéique, qui aura facilité l'élimination gazeuse et d'autre part, modifié, chemin faisant, les surfaces en calmant ou supprimant leur impressionabilité aux agents atmosphériques.

Généralisant cette interprétation, M. Revilliod considère comme indiquée dans le traitement de l'asthme toute médication qui s'adresse à l'arbre bronchique, et, comme la médication iodurée, joue, pour ainsi dire, le rôle d'une soupape qui ouvre les portes de sortie et ferme les portes d'entrée. Il était ainsi amené par la logique à essayer le sérum antidiphthérique, puisqu'il facilite la chute des fausses membranes et s'oppose à leur extension, ce qui revient à dire qu'il établit, à la surface de la muqueuse, un courant de dedans en dehors, favorisant ainsi un travail d'exosmose nécessaire à la guérison.

Quoi qu'il en soit de ces vues théoriques, les faits semblent affirmer l'action heureuse du sérum antidiphthérique dans l'asthme.

Le premier malade traité ainsi était atteint d'un asthme datant de six ans, et allant toujours en s'aggravant, malgré les traitements les plus variés. L'amélioration se dessina dès la première injection et se manifesta après chaque injection subséquente. Au bout de dix injections faites dans l'espace de cinq mois la guérison était complète, et elle se maintient.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une femme de quarante ans, chez laquelle l'affection datait de sept mois ; elle fut guérie à la suite de trois injections faites dans l'espace de dix jours.

La troisième observation est celle d'un homme de trente-six ans, atteint d'un asthme dont le début, lent et progressif, remontait à huit mois quand le malade vint voir M. Revilliod. Depuis six semaines se montraient de violents paroxysmes. La guérison fut complète après six injections faites dans l'espace de deux mois ; elle ne s'est pas démentie depuis un an.

Quatre autres asthmatiques ont été soumis au traitement ; ils ont été seulement améliorés et sont retombés dans leur accès, les injections ayant été arrêtées.

Il n'a été fait usage que du sérum de Roux.

Les injections doivent être renouvelées un nombre de fois variable selon les cas, mais suffisant pour soutenir leur action eupnéique. Cette action n'est d'abord que passagère, mais à mesure que le nombre des injections augmente, elle devient plus durable et permet d'éloigner les injections jusqu'à ce qu'on puisse finalement les cesser tout à fait.

—Bull. Méd.

**Traitement de la fièvre typhoïde par les lavements huileux**

Un médecin australien, M. le docteur O. Paget (de Fremantle), a pu se convaincre, au cours d'une violente épidémie de fièvre typhoïde qu'il a eu l'occasion d'observer, que les lavements d'huile d'olives pure exercent une action très favorable sur les lésions de l'intestin et sur l'état général des dothiéntériques. Qu'il y ait constipation ou diarrhée, l'huile favorise l'évacuation de l'intestin et empêche l'absorption des toxines formées dans le tube digestif, fait qui se traduit immédiatement par une amélioration des symptômes typhiques: la fièvre diminue, l'ataxie, l'insomnie disparaissent, le malade ressent un bien-être relatif et l'affection évolue d'une façon bénigne.

Pour obtenir ce résultat il suffirait, d'après notre confrère, d'injecter dans le rectum, deux fois par vingt-quatre heures, un quart à un demi-litre d'huile d'olives et de continuer ainsi pendant au moins cinq jours. Dans la suite on ne donne plus les lavements huileux qu'une seule fois par jour, puis toutes les quarante-huit heures, pour cesser définitivement lorsque tous les phénomènes morbides paraissent s'être amendés d'une façon durable. Il est cependant des malades chez lesquels les lavements huileux ne provoquent aucune évacuation, par suite d'un état paralytique de l'intestin. Dans ces cas, il faut administrer l'huile d'olives par la bouche et en une seule fois; si une première dose n'est pas suivie d'effet au bout de douze heures, on en fait prendre une seconde. Dès qu'une garde-robe a été ainsi obtenue, on revient à l'usage des lavements huileux, qui, à partir de ce moment, produisent leur effet habituel.

En administrant de cette façon l'huile aux typhiques, M. Paget a pu s'abstenir de tout autre moyen de traitement, notamment de l'usage des antiseptiques intestinaux et des bains ou des enveloppements froids; il s'est borné aux simples lotions du corps avec une éponge imbibée d'eau tiède vinaigrée.

Sur une centaine de cas de fièvre typhoïde ainsi traités, notre confrère n'a pas eu à enregistrer un seul décès, tandis qu'au cours de la même épidémie et dans la même localité la mortalité chez les typhiques soignés à l'hôpital a été de 20%.

**Traitement de l'écoulement urétral consécutif à l'emploi des injections de permanganate de potasse.**

D'après M. le docteur J. Sterne, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Nancy, on observerait souvent, à la suite des blennorrhagies traitées avec succès par les grands lavages au permanganate de potasse, un écoulement à peu près incolore, visqueux, épais, agglutinant les lèvres du méat, ne contenant pas de gonocoques, et vraisemblablement dû à l'irritation produite par le permanganate sur la muqueuse urétrale. Notre confrère a trouvé que le meilleur moyen pour faire disparaître ce suintement consiste à injecter dans l'urèthre, trois fois par jour, la solution ci-dessous formulée :

- Sulfate de zinc..... 0 gr. 20 centigr.
  - Glycérine.....
  - Eau distillée.....
- } à 50 grammes.

Mêlez. — Usage externe.

**Traitement des vomissements de la grossesse par l'eau oxygénée**

P. GALLOIS a obtenu dans le traitement des vomissements de la grossesse de bons effets de l'eau oxygénée. On sait qu'un des meilleurs moyens d'arrêter ces vomissements consiste dans les inhalations d'oxygène. Cette méthode n'étant pas facilement applicable à des malades

pauvres venant à la consultation de la Charité, M. Gallois eut l'idée de faire prendre à ces femmes de l'eau oxygénée (bioxyde d'hydrogène) à l'intérieur. Il emploie cette substance de la façon très simple que voici :

On met une cuillerée à soupe d'eau oxygénée dans un litre d'eau et les malades prennent cette eau mêlée au vin pendant les repas. D'après les observations qu'il a recueillies à la Charité et qui viennent d'être publiées récemment dans la thèse de Briend, on constate que la guérison a lieu presque immédiatement; le lendemain ou le surlendemain les malades ne vomissent plus. Lorsqu'il leur arrive d'interrompre l'usage de l'eau oxygénée au repas, les vomissements recommencent.

Il s'agit, en somme, d'un traitement très simple qui s'est montré jusqu'ici constamment efficace et que l'on peut employer sans danger. La seule recommandation est de se servir de by-oxyde d'hydrogène et non pas d'eau chargée d'oxygène. On la reconnaît au caractère suivant: L'eau oxygénée H<sup>2</sup> O<sup>2</sup> doit rouiller presque immédiatement le fer sur lequel on la dépose en dégageant des bulles d'oxygène.

Journ. méd. de Paris.

**Rappel à la vie des nouveau-nés en mort apparente**

Brown recommande dans ce but d'injecter sous la peau de l'enfant né en mort apparente le mélange de :

- Whisky..... V gouttes.
- Teinture de belladone..... I goutte.

Ce liquide sera injecté aux deux bras. Les enfants ouvriraient les yeux immédiatement après l'injection et se mettraient à crier.

En cas d'insuccès de ce procédé, l'auteur injecte sous la peau 4—8 grammes d'eau chaude et introduit en outre dans l'estomac 4—8 grammes d'eau chaude additionnée de 1 goutte d'alcool aromatisé.

**Le calomel dans la conjonctivite blennorrhagique des nouveau-nés**

Dans 57 cas de conjonctivite blennorrhagique chez les nouveau-nés dont les sécrétions contenaient toujours le gonocoque de Neisser, l'auteur s'est servi avec succès du calomel. Après avoir lavé la conjonctive avec une solution d'acide borique à 2% et l'avoir essuyée soigneusement avec un tampon d'onate hydrophile, il la saupoudrait de calomel.

Les sécrétions et la tuméfaction de la conjonctive diminuèrent considérablement, même dans les cas graves, dès le lendemain après l'institution du traitement. Parfois les saupoudrements étaient répétés 2 à 3 fois par jour. Le traitement demanda en général une semaine, avec deux semaines au maximum pour les cas graves invétérés. Les résultats obtenus sont très satisfaisants.

**FORMULAIRE**

**Contre les plaies chancreuses**

- Iodate de sodium pulvérisé..... 3 grammes
- Acide borique porphyrisé..... 30 "

A employer en application sur les plaies.— (Gaz. hebdom.)

**Vaginite blennorrhagique.**

- Alun.....
  - Acide borique.....
  - Borate de soude.....
  - Sulfate d'hydrastine..... 60 centigr.
  - Acide phénique.....
  - Essence de cannelle.....
- } à 30 grammes.
- } à xx gouttes.

Une cuillerée à café du mélange dans 1 litre d'eau chaude. Deux injections vaginales par jour.

En cas de besoin, on peut doubler ou tripler la dose.

—(La Presse médicale.)

## Bureau Provincial de Médecine

A une assemblée du Comité de Législation du Conseil Médical de la Province de Québec, tenue à Québec, le 30 novembre 1897, il est résolu à l'unanimité :

" Que le Conseil Médical de la Province de Québec désapprouve, de la manière la plus formelle, les démarches faites auprès de la Législature, par un certain nombre de jeunes gens qui ont illégalement étudié la médecine, en vue de l'obtention de la licence de pratiquer sans avoir, au préalable, passé l'examen préliminaire ; "

" Que copie de la présente résolution soit adressée à tous les membres de la Législature afin que justice soit rendue à la Corporation des Médecins Licenciés de cette province. "

L. J. A. SIMARD, M. D.

Prés.

A. G. BELLEAU, M. D.

Secrétaire.

C. M. & C. P. Q.

## BILL

Loi amendant la loi concernant les médecins et chirurgiens

Sa majesté, par et de l'avis et du consentement de la législature de Québec, décrète ce qui suit :

1. L'article 3972 des Statuts refondus est amendé :

(a) En remplaçant, dans la deuxième ligne, le mot : " quarante ", par les mots : " quarante-deux " ;

(b) En remplaçant, dans la sixième ligne, le mots : " dix-neuf ", par les mots : " vingt-et-un " ;

(c) En remplaçant, dans les treizième et seizième lignes, le mot : " dix ", par le mot : " douze ".

2. L'article 3987 des Statuts refondus est amendé en ajoutant, à la fin du troisième alinéa, les mots suivants : " Ce certificat devra être enregistré dans le registre du registraire, et le conseil de discipline pourra l'annuler si des plaintes fondées sont faites contre celle qui l'avait obtenu. "

3. Le paragraphe et les articles suivants sont ajoutés après l'article 3997 des Statuts refondus :

## " § 3a Du Conseil de discipline

## I. ORGANISATION DU CONSEIL

" 3997a. Il peut être formé, par le bureau des gouverneurs, un conseil appelé " Conseil de discipline ", composé de quatre gouverneurs élus par le bureau.

En outre, le président du bureau fait, de droit, partie du conseil.

" 3997 b. Ce conseil est chargé d'instruire, d'entendre et de décider toute accusation ou plainte portée contre un membre du collège, à raison d'infractions à des devoirs professionnels, ou d'actes dérogatoires à l'honneur de la profession.

" 3997c. Le quorum du conseil de discipline est de trois.

Le président du bureau en est de droit président, et les secrétaires du bureau agissent comme greffiers *ex officio*.

" 3997d. Les pouvoirs des membres de ce conseil expirent à l'assemblée générale tenue pour l'élection du bureau des gouverneurs, qui suit leur nomination, mais le conseil peut, nonobstant l'expiration de ses pouvoirs, rendre son jugement sur toute plainte qu'il a entendue au mérite.

" 3997e. Le conseil doit siéger à Québec ou à Montréal chaque fois qu'il en est requis par le président ou par deux membres.

C'est le secrétaire du lieu où se réunit le conseil qui agit comme greffier.

" 3997f. Le bureau des gouverneurs est autorisé à faire des règlements pour définir le mode de convocation du conseil et tous autres règlements se rattachant à l'exercice des pouvoirs de ce conseil, mais ces règlements n'entrent en vigueur qu'après avoir été approuvés par le lieutenant-gouverneur en conseil.

## II PROCÉDURE SUR LA PLAINTE

" 3997g. La plainte n'est assujettie à aucune forme particulière, et dans l'exercice des pouvoirs qui lui sont conférés, le conseil peut recourir à tous les moyens qu'il juge convenables pour s'instruire des faits à vérifier, et pour permettre à l'accusé de se défendre.

" 3997h. Le conseil peut assermenter les parties et leurs témoins, les forcer à comparaître et à répondre sous serment, les punir en cas de refus, par l'amende ou l'emprisonnement, et possède généralement, quant à ces objets, tous les pouvoirs de la cour supérieure.

" 3997i. La décision du conseil est rendue à la majorité des membres siégeant.

" 3997j. Si l'accusation est bien fondée, le conseil peut, suivant la gravité du cas, frapper l'accusé de quelque une des peines suivantes :

1. La censure ;
2. La privation du droit d'éligibilité à la charge de gouverneur du collège, et même du droit de vote aux élections des gouverneurs du collège, pendant un certain temps ;
3. La privation, pour un temps limité et déterminé, du droit d'exercer la médecine.

" 3997k. Le conseil peut condamner aux frais qu'il juge convenables, la partie qui succombe, ou diviser ces frais, et en outre, la condamner à payer à la partie gagnante, une somme destinée à indemniser des dépenses personnelles encourues au sujet de la plainte.

## III. APPEL

" 3997l. Toute décision ou jugement du conseil de discipline qui comporte l'imposition d'une des peines disciplinaires énumérées à l'article 3997j, est sujette à appel au bureau des gouverneurs.

Cet appel, est formé par lettre contenant une copie de la décision adressée, dans les quinze jours de cette décision, à l'un des secrétaires du bureau.

Sur réception de cet avis, le secrétaire du bureau des gouverneurs du lieu où doit être tenue la plus prochaine assemblée de ce bureau, est tenu de se faire remettre le dossier de l'affaire, et de le conserver pour le déposer devant le bureau des gouverneurs à sa plus prochaine assemblée.

" 3997m. Le bureau des gouverneurs décide de l'appel sommairement, à sa plus prochaine assemblée après la réception de l'avis d'appel par le secrétaire.

Nulla autre preuve que celle reçue par le conseil de discipline, n'est admise lors de l'appel.

Le bureau des gouverneurs peut, cependant, entendre le plaignant et l'accusé ou leurs conseils.

" 3997n. Le bureau des gouverneurs peut confirmer la décision du conseil ou prononcer celle qu'il aurait dû rendre, et, dans l'un ou l'autre cas, adjuger, selon qu'il le croit équitable, tant sur les frais de première instance que sur ceux d'appel.

" 3997o. La décision du conseil de discipline, s'il n'y a pas d'appel dans les délais utiles, et, en cas d'appel, celle du bureau des gouverneurs, sont finales.

## IV. EXÉCUTION DES JUGEMENTS

" 3997p. A défaut par la partie de payer les frais adjugés contre elle sous quinze jours de la décision du conseil de discipline, s'il n'y a pas eu d'appel, ou du bureau des gouverneurs si l'appel y a été porté, la partie à laquelle ils sont dus, peut obtenir de la cour supérieure du district où la plainte a été faite, une exécution contre les biens mobiliers et immobiliers de la personne condamnée à les payer, en déposant au bureau du protonotaire, un état détaillé de ces frais, dûment certifié par un des secrétaires du bureau, avec une copie certifiée de la même manière, du jugement portant adjudication de ces frais.

Si les frais ne s'élèvent pas à quarante piastres, il ne peut être émis d'exécution contre les immeubles.

4. L'article 3998 des Statuts refondus est amendé en ajoutant après le mot : " commise ", à la fin du septième alinéa, les mots suivants : " ou par poursuite devant un juge de paix, conformément aux dispositions de la partie LVIII du code criminel, 1892 ".

5. Cette loi entrera en vigueur le jour de sa sanction.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### De l'hypertrophie des amygdales et de son traitement

Par M. le docteur L. N. J. Fiset, Laryngologiste.

*Lu devant la Société Médicale de Québec*

*(Suite et fin)*

#### Traitement

Depuis très longtemps les chirurgiens ont discuté sur le rôle physiologique des amygdales. Deux camps se sont formés ; les partisans de l'intervention d'une part, les partisans de l'expectation de l'autre. Ces derniers ont prétendu démontrer le rôle important que jouent les amygdales dans la prophylaxie des infections par l'air.

Placée à l'arrière-gorge comme une sentinelle à l'avant-poste des voies respiratoires la tonsille arrête dans sa source le microbe meurtrier, lui fait subir une quarantaine sévère dans les cryptes où il s'atténue, se digère, puis le rejette au dehors avec le trop plein de ses sécrétions dépourvu de puissance toxique et de vitalité. L'amygdale encore, disent-ils, favorise, par sa sécrétion visqueuse et filante, le glissement du bol alimentaire dans le pharynx et le canal œsophagien. C'est donc un organe à respecter coûte que coûte.

Mais les partisans de l'expectation ont eu le tort de ne pas appuyer ces théories sur la clinique. Bien au contraire, ne sait-on pas qu'une tonsille hypertrophiée favorise singulièrement l'invasion de certaines maladies infectieuses pour ne parler que de la scarlatine, la diphtérie, les angines lacunaires aiguës et autres ? la clinique n'est-elle pas là aussi pour démontrer que l'ablation de ces glandes dégénérées, à sécrétions viciées n'entrave nullement la déglutition et ne favorise en aucune façon les inflammations du pharynx par l'irritation causée par le passage du bol alimentaire (Magnan).

Les partisans de l'intervention, d'autre part, sont allés aussi loin, ils ont prétendu que cette glande n'est pas du tissu normal chez l'homme qu'elle est absente chez certains mammifères, qu'elle ne peut par conséquent jouer le rôle physiologique, qu'elle devrait être rasée enfin.

Entre ces deux extrêmes nous admettons avec M. Moure que "chaque fois que l'hypertrophie ne sera pas trop considérable ou qu'elle pourra rétrocéder, il faudra conserver l'organe et réserver l'intervention."

#### Médication générale

Il y a donc un traitement médical de l'hypertrophie, et qui doit, si on se base sur le principe établi par M. Moure, primer le traitement chirurgical dans certains cas, mais c'est surtout sur la pathogénie de l'affection qu'il se guidera ; il attaquera la diathèse, le vice de l'organisme, la cause en un mot ; c'est donc dire que le traitement sera surtout général, et l'on atteindra le plus facilement le but proposé en instituant un traitement local approprié. Sous l'impulsion puissante de cette médication, de cette combinaison de moyens thérapeutiques, le maximum d'effet sera vite produit.

Chez les scrofuleux, les eaux sulfureuses, les arsénicaux ; chez les anémiques un régime tonique, une hygiène bien entendue, ne sauraient manquer de produire leurs bons effets. Le traitement des diathèses chez les gouteux et les rhumatisants ne devrait jamais être négligé. Chez tous, il faudra surveiller l'appareil digestif, pratiquer l'endurcissement par les bains froids, l'hydrothérapie, les exercices en plein air, en un mot ne rien négliger de ce qui peut améliorer l'état général du patient.

Tous ces moyens trouvent surtout leur application aux approches de la puberté, car l'on a lieu d'espérer que l'hypertrophie se résorbera à cette époque. Ils facilitent ou provoquent alors la régression des variétés molles d'hypertrophie, car à vrai dire, la thérapeutique médicale a bien peu de prise sur les formes fibreuses.

Les succès de la médication générale seront plus éclatants si on lui donne ferme appui par une médication locale bien entendue.

#### Médication locale

La médication locale ne s'adressera qu'aux variétés molles d'hypertrophie ; une amygdale sclérosée ne pouvant guère être influencée par une médication topique. Quatre procédés principaux méritent mention spéciale parmi les innombrables moyens à notre disposition. Ce sont les badigeonnages fortement astringents, les gargarismes émollients, les injections parenchymateuses et le massage de l'amygdale, soit seul ou combiné aux badigeonnages.

La condition première et essentielle de tout traitement efficace, c'est la propreté absolue de la bouche. Le malade devra faire des lavages fréquents de toute la cavité buccale, des dents surtout, faire extraire ou remplir les dents cariées, qui sont des foyers incessants d'infection.

Il devra faire précéder et suivre chaque repas d'un gargarisme antiseptique. Il devra en être ainsi au lever et au coucher. Une solution d'acide carbolique au 1/00 ou de chloral, aromatisé à l'essence de menthe remplit très bien cette importante indication. Si l'amygdale est creusée de lacunes infectées, le médecin devra avant chaque pansement nettoyer les cavités par des lavages alcalins chauds, légèrement antiseptiques, et dirigés dans la crypte infectée sous une pression très forte, la canule sera très petite. La solution de Dobell est une excellente préparation et très appropriée à ce but. Les pulvérisations à haute pression agissent aussi très bien.

Les badigeonnages employés avec plus de succès sont le glycérolé de tannin, les solutions de nitrate d'argent 10 à 40 grains à l'once et surtout les préparations iodées. La solution de lugol, la teinture d'iode ou encore la formule suivante :

Q. Iode métallique.....	5 centigr.
Iodure de Potasse.....	10 —
Laudanum.....	1 gramme.
Menthol.....	2 centigr.
Glycérine.....	100 grammes.

Pour badigeonner les amygdales et  $\frac{1}{2}$  cuillerée à café par un demi verre d'eau tiède pour se gargariser le fond de la gorge matin et soir.

Il faut cependant être prudent avec les préparations énergiques quand on les applique directement à l'intérieur des cryptes, de crainte de déterminer la mortification de la muqueuse et de produire des exsudations fibrineuses par suite d'une réaction trop intense. Sciler et Morell Mackenzie ont employé avec succès des injections parenchymateuses d'iode ou d'acide acétique, ou d'acide phénique ; mais il faut surveiller de près ces traitements actifs, et modérer par tous les moyens la réaction vive qui en résulte fatalement. Les sels de zinc, sulphate ou chlorures en badigeonnages ou en gargarismes comptent aussi de nombreux succès. 20 à 30 grains à l'once conviendront bien en badigeonnage tandis qu'il suffit de 10 grains à l'once pour les gargarismes ; ceux-ci seront répétés plusieurs fois par jour.

La condition essentielle de succès réside toute entière dans la persévérance à appliquer ce traitement. Une application quotidienne suffira pour les badigeonnages, excepté pour le tannate de glycérine qui demandera plusieurs applications par jour, deux ou trois en moyenne.

Le massage digital combiné aux badigeonnages est un puissant moyen de combattre l'engorgement inflammatoire.

Parmi les moyens locaux, l'électrolyse a eu ses heures de splendeur, mais cette vogue a vite pâli en présence des nombreux insuccès qu'elle a enregistrés à son avoir.

Ces moyens ont en général peu d'effet sur les amygdales sessiles ou enchatonnées qui font le plus souffrir les malades. Force nous est donc alors de recourir aux procédés chirurgicaux, plus efficaces.

#### Traitement chirurgical

Avant d'aborder le traitement chirurgical il faut que l'on soit bien pénétré que le traitement médical ne donnera pas tout le succès qu'on peut en attendre ou qu'il se soit montré infructueux après tentative sérieuse.

Ici se posent naturellement deux questions importantes pour le chirurgien :

- a) Quand doit-on opérer ?
- b) Quel sera le procédé opératoire ?

a) Les règles les plus élémentaires de la prudence nous enseignent que l'on ne doit jamais opérer sur une amygdale en pleine inflammation par crainte d'hémorragies graves. Tout au plus sera-il permis de faire l'ablation d'une amygdale qui, grosse quand le processus inflammatoire l'étreint, revient totalement sur elle-même entre les crises, au point de rendre impossible l'intervention, et qui cependant expose le patient, par ces récidives inflammatoires fréquentes, à des accidents plus ou moins graves.

Il ne faudrait pas non plus hésiter à enlever séance tenante une amygdale qui par son gonflement extraordinaire mettrait le malade dans un état imminent d'asphyxie. Entre deux dangers nous devrions ici choisir le moindre ; mais à part ces cas bien tranchés, la règle doit être absolue : il faut attendre la résolution complète de tout phénomène inflammatoire. De même il sera sage d'éviter toute intervention pendant une épidémie de grippe ou de diphtérie.

b) Dans le choix du mode opératoire, le chirurgien devra prendre en considération la conformation générale des amygdales, son volume, l'âge du patient, son tempérament, son état général. L'intervention sera toute différente suivant les aspects et suivant les classes dans lesquelles on aura placé les glandes hypertrophiées.

Je résume les innombrables procédés en trois catégories principales :

1° Ablation en une seule séance des hypertrophies considérables et des amygdales pédiculées.

2° Pour les hypertrophies diffuses, ou à lobes distincts ou pour les amygdales enchatonnées, cautérisations galvaniques profondes et étendues.

3° Pour les pseudo-hypertrophies, ouverture des lacunes par la dissection froide ou galvanique et morcellement.

Je ne m'arrêterai pas à la description de la technique de tous les procédés opératoires employés, cela nous mènerait trop loin, ce serait dépasser le but de ce petit travail.

Doit-on cocaïniser l'amygdale pour en faire l'ablation ?

On a, je crois, beau exagérer le danger des hémorragies consécutives par l'action vasoparalytique qui suit l'effet anesthésique de la cocaïne. Sur 11 cas d'amygdalotomie double dans lesquels j'ai appliqué la cocaïne en badigeonnage avec la solution au 1/10 pas un seul n'a présenté d'hémorragie dépassant celle qu'on a droit d'attendre après l'ablation de masses aussi développées ; et dans les deux seuls cas d'hémorragie inquiétante que j'ai rencontrés dans ma pratique, je n'avais pas cocaïnisé l'amygdale. La douleur est d'ailleurs très supportable sans anesthésie et je crois qu'il vaudrait mieux s'abstenir chez les sujets nerveux dans la crainte de provoquer des nausées et des réflexes désagréables que la cocaïne ne manque pas alors de produire et qui gênent beaucoup les manœuvres opératoires.

1<sup>ère</sup> CLASSE.—*Amygdales pédiculées*, je ne mentionne que pour en faire promptement justice le bistouri et les ciseaux autrefois si employés, et les difficultés de la technique viennent encore ajouter à leur discrédit ; ils sont d'ailleurs à peu près abandonnés.

Bientôt apparut l'amygdalotome de Fahnestok qui créa une véritable révolution dans la chirurgie de l'amygdale.

C'est à tout prendre un excellent instrument s'il est proprement appliqué et manié par une main expérimentée, mais il ne faudra pas perdre de vue qu'il ne s'applique qu'à une classe d'hypertrophie, encore doit-il être soumis à certaines indications précises. Il permet une ablation à peu près complète de la glande dans l'axe des piliers du pharynx du fond de la logette amygdalienne sans grand danger, au moins théorique, de blessure de la carotide interne. Mais s'il présente de grands avantages, il présente aussi des inconvénients. Chez les enfants les petites dimensions de l'isthme du gosier opposent quelquefois

un obstacle sérieux à l'engagement de l'amygdale. Malgré sa délicatesse de forme, c'est encore un instrument encombrant dans la gorge de l'enfant et l'on ne peut sacrifier d'avantage à la délicatesse sans nuire à la solidité, aussi les manœuvres opératoires sont-elles quelquefois grosses de difficultés, et si l'on veut agir vite dans ce cas (car les enfants sont peu tolérants) on risque fort de faire une ablation incomplète de l'amygdale et peut-être une ablation du pilier antérieur qui grossit le danger d'hémorragie et des suites fâcheuses post-opératoires. Chez l'adulte, il arrive parfois que la guillotine ne s'adapte pas très bien à la forme de l'amygdale, et rend difficile l'engagement. Il faut cependant se rendre à l'évidence et s'incliner devant les immenses services, qu'il nous rend tous les jours, c'est après tout l'instrument de choix. Il reste à signaler deux autres procédés opératoires pour la classe des amygdales pédiculées et qui rendent au chirurgien des services signalés, ils trouvent surtout leur indication quand on aura lieu de craindre une hémorragie post-opératoire ils devront alors supplanter l'amygdalotome. Je veux parler des sections à l'anse froide et à l'anse galvanique. Toutes les fois qu'il sera possible, c'est à cette dernière qu'on donnera la préférence ; elle prévient davantage les chances d'hémorragie pour la cautérisation parfaite du pédicule pendant la section. Ce sont cependant des procédés douloureux qui ne sont applicables que chez l'adulte, c'est d'ailleurs surtout chez lui qu'ils trouvent leurs indications.

2<sup>ème</sup> CLASSE.—Le traitement si simple de l'hypertrophie tonsillaire pédiculée qui se résume à vrai dire, dans l'excision à la guillotine et au serre-nœud simple ou électrique, ne saurait en aucune sorte, s'appliquer aux hypertrophies diffuses ou enchatonnées. Il ne faut pas songer à la guillotine, on ne pourrait y loger l'amygdale et elle serait dangereuse, on ne saurait non plus recourir à l'anse froide ou galvanique encore plus difficile à manier et qui glisserait fatalement. Que faire alors ? Un seul moyen nous reste, mais un moyen très efficace à coup sûr, c'est la cautérisation. Elle offre sur les procédés sanglants qui ne pourraient d'ailleurs être appliqués sans danger, trois avantages sérieux : absence de récidive, impossibilité d'infection diphthéritique, et éloignement de tout danger d'hémorragie.

Tous les caustiques chimiques ont été essayés puis abandonnés tour à tour ; la cautérisation ignée a seule prévalu, grâce à la délicatesse exquise, au peu de rayonnement et au maniement si facile des pointes de galvano-cautère. Son contrôle est absolu ; le médecin peut s'il le veut, effleurer à peine l'amygdale ou il peut la volatiliser presque entière en une seule séance. Les phénomènes réactionnels sont peu intenses d'ordinaire, les douleurs supportables grâce à une cocaïnisation bien faite et les résultats rapides. Il est sage de choisir trois ou quatre cryptes voisines, de les cautériser de dedans en dehors en plaçant la pointe froide au fond de la crypte, (on évite de la sorte une pénétration trop profonde de la pointe) ; puis, avec un cautère à grande surface achever de volatiliser les cloisons demi carbonisées pour en faire un gouffre béant à surface libre de l'amygdale, on empêche de la sorte toute stagnation de matière purulente dans les cryptes à demi détruites. En quelques séances c'en est fait de toute l'amygdale.

J'ai en une dizaine de circonstances, attaqué par ce procédé des hypertrophies diffuses ou enchatonnées, contre-indiquant d'une manière absolue, l'emploi de la guillotine, les résultats furent constants, et toujours les mêmes : guérison complète et sans récidive. Or à quoi devons-nous attribuer les bons effets de la cautérisation ignée, puisque souvent la destruction du tissu glandulaire est incomplète ? Il nous faut faire une grande part à la suppression de l'apport sanguin dans le tissu glandulaire par les vaisseaux étranglés entre les fibres du tissu cicatriciel, nous devons admettre aussi que l'effet de la cautérisation fait sentir bien au delà de l'eschare galvanique, (Kellogg) en provoquant une résorption manifeste des produits de l'inflammation qui entretient l'hyperplasie.

3<sup>ème</sup> CLASSE.—Le traitement des pseudo-hypertrophies se résume dans la dissection, c'est-à-dire l'incision des ouvertures lacunaires pour

permettre le drainage facile des cavités, soit à l'aide d'un instrument tranchant, soit avec un couteau galvano caustique construit *ad hoc*. Ce traitement si simple sera suivi du morcellement des lèvres de l'ouverture ainsi pratiqué à l'aide d'une pince à emporte-pièce, la pince coupante de Ruault par exemple, Ruault fait ordinairement suivre le morcellement d'un badigeonnage énergique à l'iode. Que de dyspepsies, que de diarrhées incontrôlables ont été vite subjuguées par ce simple traitement qui supprime la cause de tout le mal en tarissant la sécrétion infecte des cryptes, incessamment dégluties par le malade !

Voilà les indications thérapeutiques précises que nous fournissent les trois grandes variétés de forme d'amygdales hypertrophiées. Il en est d'autres qui découlent de l'âge du patient ; d'une manière générale, l'excision est la méthode de choix chez l'enfant ; les formes diffuses, enchatonnées, et les pseudo-hypertrophies se rencontrent rarement d'eux-mêmes au berceau de la vie.

Il me reste maintenant à parler d'une complication, la seule sérieuse peut-être qui puisse résulter d'une amygdalotomie : l'hémorragie post-opératoire.

C'est un fait avéré que la très grande majorité des hémorragies graves ont eu lieu chez l'adulte et dans un grand nombre de cas après une ablation au bistouri ou aux ciseaux. L'hémorragie post-opératoire immédiate ou secondaire mortelle est très rare ; mais tout praticien qui fait de l'amygdalotomie doit s'attendre à rencontrer tôt ou tard des hémorragies graves, qui demanderont de sa part beaucoup de sang-froid et d'habileté ; et force nous est d'admettre combien nos moyens de défense contre elles sont vains et illusoire. Le danger d'hémorragie post-opératoire peut venir de cinq sources principales.

1° Citons en premier lieu l'hémophilie qui est une contre-indication complète à l'emploi de l'excision.

2° Quelquefois l'artère pharyngienne ascendante est déviée et anormale ; Billroth, un grand chirurgien pourtant, l'a sectionnée en opérant au bistouri.

3° Il n'est pas rare de rencontrer le long du pilier antérieur du pharynx une grosse artère qui chemine vers les parties supérieures, et plus d'une fois elle a été divisée dans le sens longitudinal pendant l'excision à la guillotine d'une amygdale coiffée d'un pilier antérieur épais et adhérent.

4° Une autre source sérieuse de danger d'hémorragie grave est la section accidentelle du plexus veineux situé au bord inférieur de l'amygdale et à la base de la langue.

5° Enfin une cause plus sérieuse et plus commune d'hémorragie est la présence dans la masse amygdalienne d'une ou plusieurs grosses artères qui restent béantes après la section, parce que le tissu connectif périvasculaire qui s'est développé en abondance par le fait du processus hypertrophique, empêche la rétraction du vaisseau lésé et par suite entrave l'hémostase spontanée.

Quelques indices cependant peuvent nous mettre sur nos gardes et nous faire prévoir le danger. Des hémorragies antérieures sans causes suffisantes pour expliquer leur abondance devront nous faire rejeter l'excision ; de même, des pulsations de l'amygdale, visibles à l'œil, ou appréciables au toucher seront pour nous un avertissement salutaire qui nous fera rejeter tout procédé sanglant. Quelques chirurgiens regardent la vascularisation abondante de la muqueuse qui recouvre l'amygdale comme un signe non équivoque de danger. Dans un des cas d'hémorragie que j'ai rencontrés, et que j'ai cités plus haut, la membrane muqueuse de revêtement était très vasculaire ; et ce n'est que sur des instances pressantes du malade que je fis l'ablation à la guillotine, car il se refusait à l'emploi de tout autre procédé. Il faut cependant avouer que ce dernier signe n'est pas toujours d'accord avec les faits cliniques, et que les hémorragies, sont bien plus fréquentes dans les formes fibreuses d'hypertrophie, d'ordinaire pâles et anémiées, mais dont la trame fibreuse empêche la rétractilité vasculaire de produire son effet hémostatique ; et l'on a aussi remarqué qu'elles sont bien plus fréquentes dans les excisions partielles de la glande, qui laisse les vaisseaux béants que

dans l'ablation complète où la section s'est faite dans le tissu lâche qui sert de coussin à l'amygdale et où les vaisseaux ont plus de facilités à se contracter. De là découle une indication précieuse et qui semble au premier abord paradoxale. Il faudra, dans ces sections partielles d'hypertrophies fibreuses dures, essayer de saisir le tronçon laissé en place, l'attirer au dehors avec une égrigne et tenter son extirpation, ou bien encore transfixer le pédicule d'une aiguille courbe et passer l'anse d'un serre-nœud derrière celle-ci et faire une section mousse et lente de la masse charnue. En présence d'une hémorragie abondante, le chirurgien devra garder tout son sang-froid, calmer l'agitation du malade, lui administrer l'opium ou la morphine pour temporiser l'excitation vasculaire et lui faire sucer de la glace. Il ne faut pas songer aux styptiques, ils n'ont donné et ne donneront que de mauvais résultats ; mieux vaut alors rechercher avec soin la source hémorragique ; au besoin pincer une artère qui donne abondamment et pratiquer la torsion. Néanmoins bien souvent cette manœuvre sera suivie d'échec. Si l'hémorragie se fait en nappe on pourra essayer la cautérisation au thermocautère et employer une grosse pointe, les pointes du galvano-cautère seraient ici inutiles à cause de leur petit volume, ils se refroidissent vite au contact du sang et ne peuvent produire de cautérisations sérieuses. Encore une fois, tout peut échouer, et il faudra songer à la compression, elle doit être de longue durée. Habituellement tout se termine là, l'hémorragie cesse et ne récidive pas d'ordinaire, pourvu que le malade soit tenu au repos absolu, le tronc et la tête un peu élevés. Il devra s'abstenir pendant quelque jours de toute alimentation chaude et d'exercice forcé de la voix. Toutefois la compression peut être inutile. Il ne nous reste alors que deux ressources : la ligature des vaisseaux du cou et la syncope provoquée par la ligature des membres.

Mais quelle sera l'artère à ligaturer ? Les observations de Delavan et de Fuller montrent que la ligature de la carotide primitive même, est quelquefois suivie d'insuccès, l'hémorragie dans trois cas cités par ces messieurs ayant continué avec la même abondance, le sang se faisait jour par l'hexagone de Willis, descendait la carotide interne puis remontait par la carotide externe, et de là à travers la plaie. Or puisque la carotide interne ne donne aucune branche dans le cou, c'est la carotide externe qu'il faudra raisonnablement ligaturer. Une deuxième branche de salut nous reste, la syncope, Delavan l'a à plusieurs reprises provoquée avec succès par la ligature des membres, le malade est alors couché, une injection de sérum est administrée, et le sujet reprend vite ses sens. L'hémorragie n'est reparue dans aucun des cas cités.

En voilà certes assez pour nous démontrer à l'évidence, combien sont illusoire tous nos moyens thérapeutiques, même les plus énergiques, contre une hémorragie amygdalienne rebelle et si le succès vient couronner nos efforts, nous pouvons bien nous en attribuer quelque mérite ; mais la large part, elle appartient à dame nature qui prend enfin pitié du malade et... du médecin.

## REPRODUCTION

### Notes sur la chirurgie rurale (1)

Par le docteur PAUCHET (d'Amiens), ancien interne lauréat des Hôpitaux de Paris.

ANTISEPSIE RURALE.—Le praticien peut, grâce à une méthode mixte, pratiquer des interventions avec des garanties sérieuses de succès à l'aide d'un arsenal des plus simples.

a. *Stérilisation de l'eau*. — On peut avoir recours à trois méthodes différentes :

*Stérilisation chimique de l'eau*. — On doit avoir à sa disposition un filtre bioxyde de manganèse et une solution saturée de permanganate de chaux. On met dans une bouilloire de l'eau dans laquelle on plonge le filtre ; on porte à l'ébullition pendant une demi-heure ; on

(1) Voy. *La Revue Médicale*, 1897, p. 164.

tire alors hors de l'eau le tube de caoutchouc annexé au bloc filtrant ; on ajoute au liquide quelques gouttes de permanganate jusqu'à coloration franchement rosée ; on amorce le siphon et, par le tube de caoutchouc, il sort une eau claire et stérile. Ce procédé est très sûr ; il a le défaut d'être lent.

*Ebullition simple et directe.* — On nettoie une marmite émaillée à l'eau chaude additionnée de carbonate de soude ; on la remplit d'eau filtrée ou non ; on porte à l'ébullition pendant trois quarts d'heures ; la marmite doit être fermée par un couvercle pour éviter les poussières atmosphériques. Pour faire usage de cette eau, on se sert d'une bouche qu'on aura flambée à l'alcool.

*Ebullition au bain marie.* — On doit avoir une grande bouilloire et cinq à six bouteilles en verre blanc, dont le goulot, armé d'un bouchon spécial, peut être fermé automatiquement ou à volonté après l'ébullition.

Ces litres sont soigneusement nettoyés à l'eau carbonatée, puis rincés ; ils sont alors remplis d'eau et placés au bain-marie pour subir une ébullition de trois quarts d'heure. Au bout de ce temps, l'ouverture du goulot est fermée, et le médecin peut l'emporter pour les pansements et les opérations. Cette eau bouillie est susceptible de se conserver pendant plusieurs jours.

b. *Stérilisation des instruments.* — On aura recours à un des procédés suivants :

*A froid.* En les laissant pendant vingt minutes dans l'eau phéniquée à 1/20, ou dans le chloroforme du commerce.

*A chaud.* En les plongeant dans l'eau bouillante additionnée d'autant de poignées de carbonate de soude qu'il y a de litres de liquide. Au moment de s'en servir, on les placera dans de l'eau phéniquée à 1/20.

Pour cette ébullition, on pourra faire usage d'un récipient quelconque ; il vaut mieux avoir une poissonnière émaillée, ou mieux encore une boîte métallique susceptible de se placer sur une lampe à alcool portative.

Après chaque opération, les instruments seront lavés à l'eau froide pour enlever les taches de sang ; s'il ont été souillés par du pus, on les fera bouillir à l'eau phéniquée à 1/50 pendant un quart d'heure ; on les essuiera avec soin, et on les couvrira de vaseline jusqu'à la prochaine intervention.

c. *Stérilisation des soies, crins, drains, etc.* — Ces divers objets seront d'abord bouillis pendant un quart d'heure dans l'eau ordinaire ; puis, ou bien on les conservera à demeure dans des flacons remplis de sublimé à 1/1000, ou mieux on les placera dans des tubes à forme d'éprouvettes, et pourvus d'un bouchon de caoutchouc fermant automatiquement ou à volonté. Ces tubes, remplis de sublimé à 1/1000, seront bouillis au bain-marie pendant un quart d'heure. On pourra les conserver indéfiniment et en faire usage au moment voulu. Un coup brusque frappé sur le fond du tube produira le claquement sec du marteau d'eau et garantira la stérilisation.

Les soies dont on fera usage seront choisies dans les modèles très-sés : deux dimensions suffisent. On choisira donc le n° 2 (soie fine) et le n° 6 (soie forte). Ces fils seront enroulés sur des petites bobines de coton hydrophile.

Les crins de Florence peuvent être suppléés par de la soie fine ; en tous cas, on choisira le modèle extra-fort ; on les placera dix par dix dans l'intérieur d'un drain qu'ils dépasseront aux deux extrémités ; pour réduire la longueur, les crins pourront être pliés en deux avant d'être introduits dans le drain.

d. Les catguts seront d'abord placés dans l'éther pendant deux jours pour être dégraissés. Au bout de ce temps, on les laissera à demeure, dans l'alcool phéniqué à 1/20. On choisira deux modèles de catguts : un fort n° 4, un fin n° 1. Ces fils seront enroulés comme la soie sur des bobines d'ouate. On sait que les catguts ne peuvent pas être plongés dans l'eau bouillante ; la stérilisation chimique doit suffire.

e. *Stérilisation des brosses, tubes de caoutchouc, canules de verre, tampons, etc.* — C'est toujours par l'eau bouillante, suivie par l'immersion dans le sublimé, qu'on désinfectera ces objets.

f. *Stérilisation des mains.* — On aura recours au brossage, au savonnage et à l'immersion dans le sublimé, comme nous l'avons indiqué à propos de la méthode mixte ; il en sera de même de la région opératoire.

g. *Préparation des solutions antiseptiques.* — On peut faire usage de solutions concentrées que le praticien emporte avec lui et dont il verse quelques gouttes dans l'eau bouillie au moment de s'en servir. Il est préférable d'avoir ces solutions préparées d'avance. On aura alors recours au procédé indiqué pour l'ébullition de l'eau au bain-marie.

Mais au lieu de mettre de l'eau pure, on l'additionnera d'une quantité dosée de solution-mère. Cette dernière sera préparée au gré du médecin ; voici quelle est la formule des solutions au moment où on en fait usage :

*Solution de sublimé.*

Sublimé.....	1 gramme.
Acide tartrique.....	1 —
Violet de méthyle à 1/20.....	1 goutte.
Eau.....	1000 grammes.

*Solution de phénol.*

Acide phénique.....	20 grammes.
Glycérine.....	20 —
Fuchsine à 1/200.....	1 goutte.
Eau.....	950 grammes.

*Solution de sel marin.*

Sel marin.....	10 grammes.
Eau.....	1000 —

*Solution d'acide picrique.*

Acide picrique.....	10 grammes.
Eau.....	1000 —

Ces solutions peuvent être conservées dans des bocaux à robinet de verre.

h. *Préparation d'une poudre antiseptique.* — Les gazes antiseptiques salolées ou iodoformées sont inutiles ; on prend une compresse ou une lamelle d'ouate hydrophile ; on l'exprime fortement et on l'applique sur la plaie. Si on a besoin d'une poudre antiseptique, ce qui est rare, on fera usage soit d'acide borique finement pulvérisé, soit de poudre de Lucas-Championnière, dont voici la formule :

Poudre de quinquina gris.....	} Parties égales en volume.
Poudre de benjoin.....	
Iodoforme.....	
Carbonate de magnésie.....	

*A suivre*

**Le cancer chez la femme**

Par le docteur SOLÉ, chirurgien à l'hôpital du Calvaire (Bruxelles),

Au moment où la question du cancer passionne les milieux scientifiques et où des recherches de toute nature sont faites sur son étiologie et son traitement, il importe que tout praticien vienne porter à l'édifice commun le fruit de ses recherches personnelles. C'est dans ce but que j'ai recherché et contrôlé la statistique du docteur Dever, statistique qui porte sur ses huit dernières années de pratique à l'hôpital du Calvaire.

Nous insisterons peu sur la curabilité de cette terrible affection, attendu que dans la plupart des cas nous nous sommes trouvés en présence de processus trop avancés pour pouvoir être traités radicalement ; notre mission, presque toujours, s'est bornée à rendre moins pénible les derniers moments de la malade et à combattre les symptômes principaux, la cachexie, la douleur et les hémorragies.

Toutefois, et nous le démontrerons plus loin, nous sommes absolument convaincus de ce fait que, pris au début et convenablement traité, le cancer est curable dans un grand nombre de cas, que dans beaucoup

d'autres l'intervention opératoire est encore utile et soulage la malade.

Depuis le 1er octobre 1888 jusqu'à ce jour, la statistique porte sur 188 cas de cancer.

Nous comprendrons dans cette analyse, sous le nom de cancer, toute tumeur maligne, qu'elle soit d'origine mésodermique (sarcome) ou bien d'origine ectodermique (épithélioma, carcinome).

*Siège.* — Multiples sont les endroits où peuvent se développer ces lésions.

Sein, 99 cas : sein droit 34, sein gauche 65.

Face, 20 cas : région nasale 11, mâchoire supérieure 4 région fronto-temporale 3, région occipitale 1, langue 1.

Rectum 8 cas.

Membre inférieur, 7 cas : région inguinale 2, genou 3, face dorsale du pied 1, face antérieure jambe 1.

Estomac, 7 cas.

Membre supérieur, 4 cas : face antérieure avant-bras 2, face dorsale de la main 1.

Foie, 2 cas.

Larynx, 2 cas.

Pancréas, 2 cas.

Vessie, 1 cas.

Dure-mère, lobe frontal droit, 1 cas.

*Analyse microscopique.* — Tous ces cas, examinés histologiquement, ont fourni 8 sarcomes, 5 aux membres inférieurs (2 à la région inguinale, 3 au genou, 1 au sein, 1 à la mâchoire).

*Age.* — Le sarcome n'atteint, en général, que les individus jeunes. Sur huit sarcomes, une seule de nos malades avait 63 ans, la plus âgée des autres n'avait que 35 ans.

Il est curieux de constater que c'est en général à partir de cet âge que se développent le carcinome et l'épithélioma. Nous ne notons que quatre cas qui y fassent exception, une enfant de 14 ans atteinte d'un épithélioma du front et trois cas de cancer utérin chez des malades âgés respectivement de 23, 28 et 29 ans.

Le cancer utérin naît de préférence entre 35 et 45 ans.

Les cancers du sein, du rectum et de l'estomac entre 40 et 50 ans.

L'épithélioma est rare avant 55 ans.

*Marche de l'affection.* — La rapidité de l'affection est en raison inverse de l'âge. Plus une malade est jeune, plus rapidement se développera son affection. Chez les malades de constitution faible, l'affection semble marcher avec plus de lenteur que chez les autres.

Les formes d'encéphaloïde du carcinome et les sarcomes sont les tumeurs les plus malignes.

*Récidives.* — Tout ce que nous avons dit à propos de la marche de l'affection retrouve ici sa place.

La récurrence est en raison inverse de l'âge de la malade. Sur 42 amputation du sein, deux seulement ont récidivé dans la cicatrice en dedans les trois mois, l'une des malades était âgée de 36 ans, l'autre de 39.

Les deux tumeurs à l'examen microscopique présentaient les caractères du carcinome médullaire.

A l'occasion de ce travail nous avons tâché de revoir les opérées. Sur 42 opérations pour tumeur du sein, faite avant le 1er janvier 1896, 11 de nos malades ont été perdues de vue.

Nombre de cas : 31.

Mortalité opératoire ; 0.

Récidives ; après 3 mois 2, après 6 mois 1, après un an 6, après 18 mois 4, après 2 ans 1.

Si nous admettons avec Koenig que des malades sans récurrence après 2 ans peuvent être considérées comme guéries, nous avons donc 17 guérisons définitives, soit environ 57%.

La récurrence est plus rapide dans les cancers utérins que dans ceux du sein, cela provient, à notre avis, des causes suivantes :

1° La difficulté plus grande du diagnostic au début et par conséquent la tardivité de l'intervention.

2° L'imperfection de nos procédés opératoires qui ne nous permet pas de suivre aussi loin les lymphatiques de l'utérus et du rectum que ceux du sein que nous poursuivons jusque dans le creux axillaire.

*Hérédité.* — Dans nos 188 cas, nous n'avons constaté l'influence de celle-ci que 23 fois, soit à peine 12%. Cette influence semble être plus grande dans les cancers utérins que dans n'importe quelle autre forme : sur 37 cas de cancers de l'utérus, nous l'avons noté 8 fois, soit près de 23%.

*Étiologie.* — Nous ne savons rien de bien certain relativement à l'étiologie du cancer. En tout état de cause, on ne peut nier que l'irritation exerce une action sur sa production ou sur son développement.

Toutes les malades, en général, rejettent l'origine de leur mal sur un traumatisme. Ainsi pourquoi cette fréquence si considérable du cancer du sein gauche relativement à celui du sein droit dans des proportions de 2 à 1, 65 à 34. Si l'on veut bien observer, on verra que dans la classe ouvrière, principalement, les femmes ont une tendance à allaiter de ce côté et l'on verra presque toujours chez les femmes qui ont eu des enfants le sein gauche plus développé que celui du côté opposé. De même pour les cancers utérins les femmes accuseront presque toujours d'avoir souffert de métrite chronique pendant plusieurs années.

Sur nos sept cas de cancers de l'estomac, nous avons trouvé une certaine dyspepsie datant de longues années avant que le néoplasme n'ait pris naissance.

Quant à la pathogénie ancienne des théories en cours, ni la théorie nerveuse de Schröder vander Kolk, ni la théorie irritative de Virchow, ni celles des germes embryonnaires de Comheim, ni la théorie parasitaire n'ont apporté à leur appui un nombre suffisant de faits pour être soutenues efficacement.

Notre rôle donc se borne à enregistrer des faits et à rechercher, par un interrogatoire minutieux, toutes les circonstances qui ont précédé et accompagné l'affection, espérant toujours arriver à jeter la lumière sur une maladie aussi importante que terrible pour notre pauvre humanité.

#### De la menstruation et de l'ovulation pendant la période puerpérale

Toute femme de bonne santé, habituellement bien réglée, qui présente de l'aménorrhée persistante doit être considérée comme très probablement enceinte. Les causes de l'aménorrhée pathologique sont connues, et la tuberculose avancée, la chloro-anémie grave, l'adipose généralisée etc., sont d'un diagnostic aisé. D'autre part, la persistance des règles pendant la grossesse, est malgré la croyance vulgaire, extraordinairement rare. Cependant, elle existe, mais il y a les plus grandes chances pour qu'en pareil cas, la femme ait un utérus mal formé, un utérus double ; l'une des deux cavités contient l'œuf, l'autre reste le siège d'une fluxion mensuelle qui se traduit par l'apparition d'un écoulement réellement cataménial. Quelquefois la première époque correspondant aux règles ordinaires qui suit immédiatement la conception, est marquée par la venue d'un peu de sang. Mais la qualité et surtout la quantité de ce sang sont très différentes de ce qu'elles étaient avant la fécondation.

L'aménorrhée dure toute la grossesse ; et s'il survient un écoulement sanguin à une époque quelconque de la gestation, il doit être considéré comme pathologique, et traité en conséquence. Que de menaces de fausses couches, regardées à tort comme un retour des règles, et qui ne sont dues en réalité qu'à une fatigue exagérée, à un traumatisme, au coït, etc. !

Six semaines environ après l'accouchement, se fait le retour de couches, véritable retour de la menstruation qui reprend ensuite son cours régulier. Le retour de couches est précédé souvent vers le 18e ou le 20e jour après l'accouchement d'un petit écoulement sanguin, qu'on a désigné sous le nom de "petit retour de couches".

S'il est aisé de savoir ce que devient la menstruation pendant la période puerpérale, l'ovulation est moins facile à étudier. Pour Schülein, pendant la grossesse l'ovaire reste inerte ; Scanzoni, Meigs, Slavjanski soutiennent au contraire que l'ovulation continue ; Cuzzi et Berti admettaient qu'il pouvait y avoir un commencement de maturation des follicules de de Graaf. Négri, et Drona, Bajardi croyaient possible la déhiscence; du follicule et Palladino a soutenu que pendant la grossesse, la fonction ovarienne continuait. Récemment (janvier 1897) Cosentino pense avoir pris sur le fait l'ovulation pendant la grossesse : Une femme de 34 ans, cardiaque, meurt subitement au sixième mois de sa grossesse. L'ovaire droit sectionné transversalement présentait dans la substance corticale trois cavités kystiques, avec un corps jaune, récent à la partie antérieure. Une préparation microscopique montre un follicule de de Graaf, éclaté, pris sur le fait même, de forme circulaire, à bords frangés, pourvus d'un riche réseau de vaisseaux artériels et veineux entourant l'enveloppe et un ovule mûr avec tous ses éléments, dans une masse de substance moléculaire, déposée entre la membrane granuleuse et la paroi du follicule. L'ovaire gauche portait un corps jaune plus ancien que celui du côté droit.

Or, de ces deux corps jaunes, l'un appartenait bien certainement au follicule dont l'ovule avait été fécondé, et l'autre, à un follicule qui avait acquis un certain degré de maturité pendant le cours de la grossesse.

Ainsi serait confirmé l'opinion de ceux qui croient à la superfétation. Pour qu'elle puisse se faire, il faut tout naturellement que le spermatozoïde trouve un chemin ouvert entre la paroi utérine et l'œuf fécondé qui en occupe déjà la cavité. Cette voie inter-utéro-ovulaire peut à la rigueur rester perméable pendant les trois premiers mois de la grossesse, alors que les deux caduques ovulaire et pariétale sont encore indépendantes l'une de l'autre et que leur soudure n'est pas réalisée. Après le troisième mois la superfétation ne serait plus possible, ce qui n'empêcherait pas l'ovulation de continuer.

Après l'accouchement, les constatations cliniques redeviennent plus faciles. Et il est certain que la fonction ovarienne reprend vite son cours, si tant est qu'elle l'ait jamais suspendu. Il n'est pas très rare de rencontrer des femmes qui accouchent dix mois après leur précédent accouchement. On raconte même que certaines femmes ont été fécondées, le jour même de leur délivrance, où à peine quelques jours après, preuve que l'ovulation se faisait pendant les premiers jours des suites de couches.

L'ovulation et la menstruation se passent d'habitude simultanément et parallèlement, et avec le retour de couches, il est logique de comprendre une ponte ovulaire. Mais la ponte peut certainement avoir lieu sans écoulement menstruel ; Cosentino, nous l'avons vu, en donne la démonstration anatomique ; la clinique avait depuis longtemps parlé dans le même sens. Combien, en effet, de femmes qui deviennent enceintes pendant qu'elles allaitent, c'est-à-dire à une époque où elle ne se sont pas réglées ? Malaisé est alors le diagnostic de l'âge de la grossesse dont l'existence même, causes souvent bien des surprises ; d'autant mieux, que si la femme qui est à la fois nourrice et enceinte est d'une bonne santé elle peut continuer à allaiter son nourrisson, sans inconvénient aucun, pour celui-ci, pas plus que pour elle-même.

En résumé, une nourrice même non réglée peut redevenir enceinte, et une nouvelle fécondation peut avoir lieu chez une accouchée avant le retour de couches.

Menstruation n'est donc pas synonyme de fécondité, quoique pour beaucoup d'auteurs, la période menstruelle, avec les jours qui la précèdent ou qui la suivent immédiatement, soit éminemment favorable à la fusion de l'ovule avec le spermatozoïde. — DEMELIN, accoucheur des hôpitaux.

### Salol et antiseptie des voies urinaires

Grâce au génie de Pasteur et à ses dignes disciples, grâce à l'antisepsie, cette grande conquête dont s'enorgueillit justement notre siècle, la médecine et la chirurgie triomphent aujourd'hui d'un grand nombre d'affections à micro-organismes infectieux et pour ne citer que l'infection puerpérale, elle n'existe plus que dans nos souvenirs.

Les affections génito-urinaires ont largement profité de cette grande méthode, et la liste est longue des produits antiseptiques qui ont été expérimentés dans ces maladies. Cependant aucun d'eux n'a donné, pensons-nous, le résultat supérieur obtenu par le santal salolé. C'est ce que, du moins, démontrent les deux observations de cystite chronique qui ont rapidement cédé à l'antisepsie rigoureuse *intra et extra*.

La première est celle d'un égyptien de 26 ans qui était à sa troisième blennorrhagie urétrale. Une première contractée en 1889 n'eut aucune complication et par les balsamiques et les injections disparut au bout de cinq mois.

Une deuxième atteinte, l'année suivante, se compliqua de balanoposthite et ne disparut qu'au bout d'une année malgré les grands lavages au permanganate de potasse, les instillations, les injections, les balsamiques, les bains et les douches sulfureux, les bains de mer.

Enfin la troisième qu'il avait contractée en 1894 persistait déjà depuis dix-huit mois lorsque nous eûmes l'occasion de le traiter.

Au terme de la sixième semaine cette dernière blennorrhagie s'était en outre communiquée à la vessie, d'où cystite aiguë blennorrhagique avec son cortège fébrile et douloureux, les besoins impérieux et fréquents de la miction (39, 40 fois par jour) qui est restée rebelle à tout traitement, puisqu'aujourd'hui encore, après un an et demi de traitement, ce jeune homme robuste, de bonne constitution, tempérament indemne d'arthritisme, d'herpétisme, de tuberculose, de scrofule, etc., etc., présente chaque jour un petit suintement urétral, et ses urines sont souvent purulentes au commencement et à la fin des mictions dont la fréquence n'est plus aussi grande qu'au début.

Ajoutons qu'en outre du traitement auquel il avait été soumis on n'avait pas oublié cette fois l'administration de l'acide borique et du benzoate de soude.

Après avoir repris en vain le traitement par les lavages boriqués à doses fractionnées et répétées, les instillations diverses dans la vessie et l'urèthre, tel enfin qu'il avait été précédemment institué, nous eûmes l'heureuse inspiration de remplacer l'usage de l'acide borique et du benzoate de soude comme antiseptiques urinaires par le salol joint au santal.

*Un mois après, tous les accidents avaient disparu.*

Nous ne pouvons oublier que c'est à l'instigation d'un de nos éminents spécialistes que nous fûmes amenés, il y a de cela cinq ans environ, à faire l'essai du salol dissout dans l'essence de santal pur, et les résultats que nous avons obtenus depuis ont été tellement supérieurs à ceux du santal seul, tellement concluants que, selon nous, le salol associé au santal est le meilleur antiseptique des voies urinaires.

La seconde observation est celle d'une demi-mondaine de 45 ans que nous eûmes l'occasion de soigner il y a un an environ pour une cystite douloureuse aiguë dont nous nous abstiendrons de faire la description puisqu'elle n'avait rien que de classique, et une vaginite.

Cette situation était très certainement créée de toute pièce par cathétérismes intempestifs et septiques pratiqués par la sage-femme durant les couches de la malade, car à l'examen microscopique des urines nous avons trouvé des cellules épithéliales gonflées de la vessie, des globules de pus, quelques globules sanguins, des coli-bacilles, des staphylocoques, mais point de gonocoques de Neisser.

Ici encore le succès rapide que nous avons obtenu en l'espace de trois semaines revient au traitement antiseptique par le santal salolé.

— L'Abeille Méd.

### Un nouveau mode de suture

Dans le *Centralblatt f. Gynakologie* du 15 mai 1897, Zweifel décrit un nouveau mode d'appliquer une suture continue qui possède de très grands avantages de simplicité et de rapidité d'application. C'est le point dont on se sert sur beaucoup de machines à coudre à "double-fil", et il s'applique de la manière suivante : Une aiguille droite à pointe émoussée et une aiguille courbe à manche avec le chat à sa pointe sont toutes deux enfilées et les fils attachés à une extrémité de la ligne de suture. L'aiguille de Peaslee est alors poussée à travers les deux lèvres de la plaie, et à chaque fois, on passe l'aiguille droite dans l'anse du chat de l'aiguille courbe : on a ainsi une suture continue, laissant un fil de chaque côté de l'incision, pendant que les trajets du fil qui la traverse restent tous cachés.

Dans les endroits où la peau est mince cette suture est avantageuse, vu qu'elle fait soulever légèrement le pli à son milieu ; mais dans les tissus épais ou gras cette élévation sépare trop les bords épithéliaux, et alors on doit prendre des précautions extra ; soit de faire un tour avec le fil de l'aiguille droite autour de l'autre avant de faire chaque point, ou bien, d'employer un troisième fil, qui doit être passé d'un côté à l'autre de l'incision chaque fois qu'on passe la suture à travers la peau. Cela tient les bords rapprochés.

*The Therapeutic Gazette.*

Dr P. V. F.

### Comment passer le cathéter (chez le Prostatique) Waterhouse

Prenez un cathéter JACQUES de moyenne grosseur, passez-le jusqu'à ce qu'il vienne s'arrêter sur l'obstruction, ajustez-y une grosse seringue aspirante, contenant deux ou trois onces d'eau chaude, et poussez doucement le liquide, faisant faire en même temps au cathéter un mouvement de rotation. La pression de l'eau forme un sac, comme une vessie, au bout du cathéter, qui refoule la glande, et par son mouvement léger de rotation le cathéter passe pardessus la glande et le tour est joué.

### Le traitement rationnel des affections catarrhales du nez et des voies aériennes supérieures

Pendant plusieurs années l'auteur, comme probablement la plupart de ceux qui ont fait leur apprentissage pour le traitement spécial des maladies du nez et de la gorge à Vienne et à Berlin, a fait un usage libéral du cautère actuel, de la scie, de la gouge, etc. pour détruire les tissus les plus épaissis de la cavité nasale, et il a employé de même des astringents puissants, minéraux et végétaux, comme moyen de réduire l'inflammation soit-disant catarrhale, s'appuyant sur ce qui paraissait être des résultats immédiats excellents, comme évidence de la valeur de ces mesures drastiques. Mais une observation plus étendue a grandement diminué notre foi en ces sortes de moyens. On peut obtenir ainsi facilement des résultats temporaires, mais les mêmes causes qui ont produit la maladie restent là pour agir, les premières conditions reviennent promptement. Après avoir essayé ces méthodes pendant plusieurs années, l'auteur adopte le mode d'agir suivant, contre les affections catarrhales chroniques du nez et de la gorge :

1° Amélioration de la résistance vitale du malade et de sa santé générale par des bains toniques, portant une attention spéciale aux soins de la peau par des bains d'eau froide, les douches froides, le massage superficiel, en évitant de porter trop d'habits etc.

2° L'application aux parties malades de substances antiseptiques, surtout des huiles essentielles volatiles, en solution dans de la vaseline liquide, en raison de la sécheresse excessive de la membrane muqueuse. Les substances qu'on a trouvées les plus utiles sont les huiles d'eucalyptus et de cinnamome, de gaulthérie, cubèbe, goudron, menthol, camphre et ichthyol.

Des applications révulsives aux parties de la peau qui sont en relation spéciale avec la membrane muqueuse malade ; la peau de la face et du cou étant ainsi en relation par les centres vaso-moteurs, avec

les membranes pituitaire, pharyngienne et laryngée. C'est pour cette raison qu'un mal de gorge ou un rhume de cerveau résulte si souvent de l'exposition de l'arrière du cou à l'action prolongée du froid, quand la peau n'a pas été dressée pour endurer cette exposition.

Il y a plusieurs années, le Dr. Brown-Séguard suggérait la possibilité de vaincre la susceptibilité au froid par l'application d'un courant d'eau froide à l'arrière du cou. M'emparant de cette suggestion, j'inaugurai un plan de traitement consistant en applications chaudes et froides à la face et à l'arrière du cou, le but de l'application chaude était de préparer la peau à l'application froide.

Dans l'emploi de cette mesure, l'application froide est d'abord faite très courte, pas plus de vingt ou trente secondes, la prolongeant graduellement jusqu'à ce que le malade puisse les supporter sans mauvais effet pendant plusieurs minutes.

Dans le but de simuler autant que possible les conditions qui ordinairement font contracter un rhume de cerveau ou un mal de gorge, ma coutume a été, quand c'était praticable, d'employer un courant d'air froid comme moyen réfrigérant. On peut appliquer la chaleur au cou au moyen d'un sac d'eau chaude, et à la face au moyen de vapeur, et ainsi on peut localiser un effet réflexe sur les membranes du pharynx. L'effet immédiat qu'éprouve un malade souffrant d'un rhume de cerveau ; le soulagement de la céphalalgie, de plénitude, et d'autres symptômes désagréables qu'on rencontre dans cette condition apporte une preuve suffisamment convainquante de l'efficacité du traitement employé pour encourager le malade à en continuer l'usage, nonobstant les quelques légers inconvénients qu'il peut rencontrer.

Un des moyens les plus efficaces de soulager un rhume de cerveau aigu est l'application, en se mettant au lit, d'une compresse sur toute la tête, y compris le front et la partie supérieure du cou, en les recouvrant d'une compresse humide de toile à fromage, mouillée dans l'eau froide. (Après avoir saturé les cheveux d'eau froide), mettant une flanelle sèche pardessus, et recouvrant le tout d'un bonnet imperméable, comme un fin mackintosh ou une mousseline huilée. Au lever le matin, le malade se trouve remis d'une manière étonnante. On doit cependant, être attentif à éviter de prendre du froid en exposant ses cheveux humides à une évaporation prolongée. On peut obvier à cette difficulté en asséchant rapidement avec une serviette et en éventant les cheveux tout en maintenant par la friction la circulation du cuir chevelu.

Les remèdes antiseptiques volatiles sont appliqués de préférence, dans la majorité des cas, à l'aide de vaporisateurs, plutôt qu'avec des *nebulisateurs* et des *atomisateurs*. La raison en est que par l'usage de solutions convenables avec le vaporisateur, l'air introduit dans les voies respiratoires est complètement saturé du médicament, le remède est ainsi entraîné partout où peut pénétrer l'air. Les médicaments sous forme liquide même quand ils sont réduits en fines particules, comme avec un bon nebulisateur, adhèrent aux surfaces avec lesquelles ils viennent en contact, et ne peuvent ainsi pénétrer dans les parties les plus profondes du poumon quand cet organe est atteint, ni dans les sinus variés en rapport avec la cavité nasale ; pendant que les remèdes volatiles sous forme gazeuse, comme en parfaite solution dans l'air, peuvent être poussés dans ces cavités par l'emploi de mesures propres.

Le vaporisateur ne demande pas l'usage préparatoire de l'*atomisateur* ou d'autres moyens d'introduire des solutions détergentes dans la cavité nasale. L'objection à ces solutions détergentes est qu'elles ne nettoient pas, elles enlèvent seulement quelques-unes des plus grosses concrétions, mais elles ne pénètrent pas dans les nombreuses cryptes et retraites de la cavité nasale. Un remède volatil, tel que le menthol, ou l'eucalyptus appliqué à l'aide d'un vaporisateur et de force convenable, provoque, lorsqu'il est en contact avec la membrane muqueuse, un écoulement profus de sérum, qui part partout des membranes muqueuses comme résultat de la stimulation des glandes séreuses. Cet écoulement de sérum baigne la surface muqueuse entière qui tapisse la cavité nasale, détachant et entraînant tout ce qui doit

être enlevé. Les solutions détergentes doivent toute l'efficacité qu'elles possèdent au fait qu'elles sont plus ou moins irritantes et qu'elles produisent ainsi une sorte d'effet stimulant, mais aux dépens du malaise considérable du malade, et certainement sans meilleurs résultats qu'on ne pourrait en obtenir par l'usage de balsamiques forts et d'autres vapeurs qui exercent en même temps un effet curatif par leurs propriétés antiseptiques. L'usage répandu du cautère comme moyen d'altérer la membrane muqueuse hypertrophiée pour soulager la respiration gênée est, dans l'opinion de l'auteur, à peine justifiable, — certainement excepté dans les cas extrêmes ; parce que ces épaissements sont certains de disparaître tôt ou tard par un procédé atrophique et en conséquence la production d'une quantité considérable de tissu cicatriciel amènerait sûrement une condition ultérieure pire que celle qui serait résultée de l'opération des causes naturelles seules, tant chroniques qu'aigues. Ces hypertrophies peuvent être réduites par l'application systématique des mesures qu'on vient de tracer.

Dans les cas d'hypertrophie folliculaire, condition qu'on rencontre fréquemment dans la gorge et aux amygdales, le cautère actuel ou d'autres remèdes équivalents rendent souvent des services appréciables mais leur usage devrait être limité à ces structures qui sont actuellement et désespérément malades, et on devrait prendre autant de soins que possible d'éviter la production de tissu cicatriciel.

Nous sommes pleinement d'opinion que la chirurgie du nez, de la gorge et du pharynx a été largement outrée, un fait qui est également vrai dans les autres branches de la chirurgie.

*Moderne Médecine.*

Dr P. V. F.

#### Traitement du prurit vulvaire pendant la grossesse

M. P. Ruge (Berlin) a recommandé dans ces cas de broser et savonner énergiquement la vulve, le vagin et le col, et de les laver ensuite avec huit à dix litres d'une solution de sublimé à 1% pendant un quart d'heure.

M. Fieux, de Bordeaux, vient d'obtenir par cette méthode un beau succès. Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, sans antécédents nerveux, qui, au septième mois de sa troisième grossesse, a été prise de démangeaisons intolérables du côté de la vulve. A partir de ce moment, la patiente ne dort plus, mange à peine, devient très irritable ; malgré deux injections quotidiennes au sublimé et l'application constante de compresses d'eau froide, elle n'est pas calmée. A l'examen, les organes génitaux ne présentent rien de particulier, ni oxyure, ni pédicule, ni écoulement blennorrhagique.

Avec le traitement de Ruge on obtint la cessation immédiate et définitive des démangeaisons. *Id.*

## FORMULAIRE

#### Traitement du coryza chez les enfants lymphatiques.

M. le docteur Dauchez indique, dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, diverses prescriptions contre le coryza des enfants. Voici les principales :

1° Chaque matin, les fosses nasales seront, au réveil, largement humectées d'eau salée tiède, à l'aide d'une éponge ou d'une serviette mouillée ;

2° Ce lavage sera remplacé quelques jours plus tard par un lavage avec la solution d'alun froide à 10 ou 20 p. c. ;

3° Si la céphalée est très aiguë, l'enfant respirera de deux heures en deux heures les vapeurs du mélange suivant :

Chloroforme anesthésique.....	5 grammes.
Ether sulfurique.....	15 —
Essence de térébenthine.....	3 —

F. S. A. Usage externe.

4° L'exagération des sécrétions nasales sera combattue par les inhalations souvent répétées de :

Teinture d'iode.....	15 grammes.
Teinture de lavande.....	2 —
Essence de bergamote.....	V gouttes.

5° Et si la douleur accompagne l'écoulement nasal, on introduira dans chaque narine une boulette de coton hydrophile imbibée de la solution :

Chlorhydrate de cocaïne.....	25 centigr.
Glycérine purifiée.....	} à 25 grammes.
Eau de laurier cerise.....	

6° Enfin à l'entrée de la nuit on fera renfler dans chaque narine une quantité de vaseline boriquée équivalente à une noisette.

#### Contre le sycosis. — (BROCCQ.)

Huile grise.....	20 grammes
Oxyde de zinc.....	} à 7 —
Amidon.....	
Vaseline.....	14 —
Ichtyol.....	1 —
Acide salicylique.....	1 gr. 20 centigr.

Usage externe.

(*Rev. de Thérap. Méd. Chir.*)

#### Pommades contre les pustules acnéiques volumineuses.

Sous nitrate de bismuth.....	} à 2 grammes.
Précipité blanc.....	
Ichtyol.....	} 20 —
Vaseline.....	

Appliquer le soir. Mélez. Usage externe.

*Id.*

## Bureau Provincial de Médecine

COMITÉ DE LÉGISLATION

A une assemblée tenue aujourd'hui, il est résolu, après avoir examiné les Bills Privées des Messieurs suivants :

Henri-Joseph Hamel,	Hector-Homer Joyal,
Jean-Arthur Roy,	Joseph Degagné,
Émile Thibaudeau,	Jos.-Ferdinand-Elzéar Roy,
Joseph-Arthur Chabot,	Joseph-Napoléon Roy,
Napoléon Boucher,	Noël-Eusèbe Guillet,
Williams-James Enright,	Jos.-Pierre-Léon-Delphis Girouard,
Joseph-David Dupuis,	Jos.-Hormisdas Lemoine,
Urgèle Labelle,	

1. Que le Bureau médical n'a jamais eu l'opportunité de prendre connaissance des raisons qui ont empêché les susdits requérants de subir l'examen préliminaire pour l'admission à l'Étude de la Médecine et de la Chirurgie ;

2. Que le Comité de Législation n'a pas d'objection à l'adoption de ces Bills pourvu que chaque pétitionnaire subisse l'examen préliminaire pour l'admission à l'Étude et l'examen Médical ; ce dernier pouvant être subi après l'examen préliminaire, sans attendre les délais fixés par la Loi Médicale.

L. J. A. SIMARD, M. D.

Prés.

A. G. BELLEAU, M. D.

Secrétaire.

C. M. & C. P. Q

Québec, 17 Décembre 1897.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Un cas de dilatation aigue de l'estomac

Par M. le docteur ALBERT JOBIN de St Roch, Québec.

L'histoire pathologique de Mlle M., qui fait le sujet de cet article, et celle de sa famille, se résument à ceci.

Dans son enfance elle jouit d'une assez bonne santé. Vers l'âge de huit ans, une certaine bosse suivant son expression, commença à lui pousser dans le dos ; et, depuis lors elle n'a jamais souffert de douleurs ni d'abcès, ni de paralysie ; même elle n'a jamais cessé de suivre ses classes, d'aller et venir, et de jouer avec ses petites compagnes. Cependant la déviation de la colonne vertébrale a toujours été en augmentant, si bien qu'aujourd'hui (elle a 13 ans) il y a une gibbosité considérable à angle aigu, dans la région dorso-lombaire avec déviation latérale droite. La pauvre petite, quand elle marche, l'épaule gauche en avant et très élevée, semble se mouvoir tout d'un bloc.

Quant à son histoire de famille, son père est mort d'une affection cancéreuse de l'estomac. Il avait 55 ans. — Sa mère mourut à 52 ans de *consomption d'intestins*, et une sœur de phthisie aiguë à l'âge de 15 ans.

\* \* \*

Le soir du 21 du présent mois, je fus demandé pour voir cette jeune personne qui souffrait depuis deux jours, me dit-on, de vomissements et de constipation. En effet la première chose que je vis en entrant dans la chambre fut un bassin à demi rempli du dernier vomissement qui consistait en liquide de couleur verdâtre. Tournant mes regards, déjà inquiets, vers la malade, je vis le tableau suivant : Facies grippé, agitation incessante, crampes douloureuses, pouls misérable battant 120 à la minute, température (96°—97° F.) sueurs froides, teinte légèrement cyanotique avec quelques taches de purpura sur les extrémités.

Poursuivant mon examen je pus avec assurance éliminer les affections du cerveau et de la poitrine comme étant la source de cet état pathologique, et je dirigeai alors toute mon attention du côté du ventre.

A la *vue*, rien d'anormal, si ce n'est une forte projection du ventre en avant, en raison de la déviation parallèle de la région dorsale de l'épine.

Le *palper* ne peut déceler la moindre trace de sensibilité dans aucune des régions de l'abdomen. Seulement il m'a été facile, grâce à des petits mouvements imprimés à l'épigastre, d'entendre un bruit de clapotage. Il n'y avait pas de hernie.

A la *percussion*, l'estomac me parut considérablement dilaté, son bord inférieur descendant en bas de l'ombilic, à tel point que je pus, avec la plus grande facilité, et à plusieurs reprises, une main appliquée sur le côté gauche de l'épigastre et l'autre main frappant légèrement le côté opposé, percevoir à l'épigastre cette sensation d'ondulation du liquide, comme dans l'ascite. Et, phénomène étrange, le cœur battait assez fort pour produire à chacune de ses systoles un bruit de clapotement du liquide contre les parois de l'estomac avec une tonalité si forte qu'on pouvait l'entendre même à plusieurs pieds de distance.

Je formulai alors un pronostic sérieux.

Je diagnostiquai une toxémie produite par des fermentations anormales élaborées dans un estomac dilaté.

Pour tout traitement je prescrivis un émétique à l'ipeac, ce qui eut pour résultat le rejet de liquides verdâtres à odeur infecte, et de la quantité d'un litre. Trois lavements composés d'eau, d'huile d'olive et de thérebentine, administrés à trois heures d'intervalle, ne firent passer que peu de matières alvines.

Le lendemain matin, le 22, mêmes symptômes, avec cette différence qu'ils s'étaient quelque peu aggravés. Je trouvai ma malade trop faible pour tenter une intervention opératoire. Je me mis alors en frais de lui laver l'estomac avec le tube Foucher ; mais l'agitation et l'indocilité de ma petite malade vinrent m'empêcher d'arriver à aucun résultat satisfaisant. Persuadé de l'utilité de la chose, je revins à la charge quelques heures après, mais sans plus de succès que la première

fois. Je lui donnai alors une injection hypodermique d'apomorphine de 1/10 de grain, et 10 minutes s'étaient à peine écoulées que déjà elle remettait à peu près un litre d'un liquide brun verdâtre d'une odeur repoussante.

Malheureusement son état allait toujours en empirant. Elle passa une nuit d'insomnie et dans le sub-delirium ; et le 23 au matin, lorsque je la vis je constatai que c'en était fini : il ne lui restait plus que quelques heures d'existence. En effet vers le midi de ce jour, elle rendait le dernier soupir dans un état d'adynamie.

La maladie avait duré quatre jours.

\* \* \*

Je vous l'avouerai franchement, j'étais fort intrigué de cette dilatation stomacale chez une personne aussi jeune. A part deux ou trois indigestions, d'une durée moyenne de 2 à 3 jours dans les derniers 18 mois de son existence, je n'ai rien pu découvrir qui fut de nature à jeter quelque lumière sur la source de cette dilatation que j'appellerai *aigue*.

Je fis part à la famille de mon embarras à ce sujet, et je lui fis entendre qu'elle me rendrait un grand service en me permettant d'autopsier la défunte afin d'éclaircir le cas.

Mon désir fut exaucé. Et en compagnie de mon aimable et distingué confrère le Dr Jules Dorion, je fis l'autopsie du cadavre. Notre examen post-mortem ne se borna qu'au contenu de l'abdomen.

Disons de suite que le foie, la rate, les reins, et les organes de la génération étaient dans un état normal.

Après l'incision de la paroi abdominale, l'estomac énormément distendu par les liquides et les gaz, nous parut remplir toute la cavité abdominale ; même le pylore et une portion du duodénum semblaient faire partie de l'estomac, tant l'accumulation des liquides et des gaz de ce dernier se faisait sentir jusque là. Gênés par cet organe qui par sa distension nous masquait tous les autres, nous en faisons la ponction ; et nous retirons deux litres de liquides avec quelques grumeaux d'une couleur brun verdâtre, et d'une odeur nauséabonde. La capacité totale de l'estomac était de trois litres.

La muqueuse stomacale était congestionnée.

Poursuivant nos recherches, le phénomène suivant nous donna la clef de la situation : le pylore, le pancréas, et une portion de duodénum ne formaient plus qu'une seule masse, unis entre eux par des adhérences tellement fortes et tellement serrées que, même avec le scalpel, nous avons eu mille peines à les détacher.

Fait digne de remarque, toutes ces adhérences étaient criblées de tubercules caséux, comme d'ailleurs tout le reste du péritoine.

Passé ce point, (dans le duodénum), l'intestin était complètement libre et presque vide.

En repassant tout le tube digestif, nous trouvons deux légères invaginations : la première dans le jéjunum, et la deuxième dans l'iléum. Chacune de ces invaginations mesurait à peu près 2 pouces de longueur. Elles semblaient être toutes récentes, puisqu'il n'y avait aucune trace de rougeur ou d'inflammation sur la séreuse ou sur la muqueuse des bouts invaginés ; il n'y avait pas non plus d'adhérences, et la réduction se faisait le plus facilement du monde. Aussi l'intestin n'était-il pas plus distendu en aval qu'en amont du point invaginé.

Ce phénomène nous a paru être le résultat des contractions que l'intestin a faites pour vider son contenu.

Dans tous les cas nous ne pouvons en aucune façon rattacher la dilatation de l'estomac à ces invaginations à raison de la trop grande distance entre les deux, et aussi parce que ces dernières étaient perméables.

Le cœcum était sain et complètement libre. Tout le gros intestin était réduit à l'état de simple corde de la grosseur du pouce, et complètement vide à raison sans doute des lavements administrés.

Après l'examen de toutes ces pièces nous en sommes venus à la conclusion que notre malade est morte empoisonnée par l'absorption des toxines, produit des fermentations anormales élaborées dans son estomac dilaté ; et que cette dilatation est le résultat d'une constriction du duodénum produite par des adhérences de nature tuberculeuses.

25 décembre 1897.

### Chronique rétrospective

L'année 1897 tire à sa fin, mais comme elle semble marquer le début, dans notre monde médical québécois, d'une réaction en faveur du progrès, recueillons-nous ensemble un instant pour repasser les événements locaux qui nous intéressent d'abord, puis un peu ceux du monde extérieur, arrivés pendant ce laps de temps. Notre "Société Médicale" compte déjà un an d'existence; elle répond à un vœu depuis longtemps exprimé par les médecins de cette ville, les jeunes surtout, de se rencontrer à des assemblées régulières où l'on puisse discuter les cas de pratique, entendre des conférences sur des sujets scientifiques, etc. Ce vœu a été largement exaucé, un comité spécial s'est occupé de l'organisation en décembre 1896 et pouvait soumettre son rapport ainsi qu'un canevas de constitution à une assemblée générale tenue le 14 janvier dernier. Séance tenante, 39 médecins s'inscrivirent membres de la nouvelle association. Depuis cette date le nombre des adhérents a plus que doublé, et la société en compte aujourd'hui 86, 35 de Québec et 51 des districts voisins. Comme on le voit, c'est un beau résultat, principalement en face des prédictions apathiques venues de certains quartiers. Pendant ces derniers douze mois dix séances ont eu lieu; les sujets suivants ont été traités soit en conférence, soit sous forme de discussion :

- Génération spontanée et aseptie.
- Rayons X.
- Epilepsie jacksonnienne (rapport de cas).
- Localisations cérébrales.
- Traitement chirurgical de la myopie.
- Accidents post-sérothérapiques (rapport d'un cas).
- Luxation de l'œil par forceps, (rapport d'un cas).
- Ablation d'un sein chez un jeune garçon, (production de la pièce).
- Traitement de l'obstruction intestinale par l'électricité, (rapport de cas).
- Déontologie médicale, (discussion).
- Le médecin et les assurances sur la vie.
- Hypertrophie des amygdales et son traitement.

Nous voudrions voir tous les médecins, dignes de ce nom, et soucieux de l'avancement scientifique comme de l'intérêt professionnel dans ce district, se joindre à notre société. Nous croyons comprendre qu'à l'avenir des cartes postales seront adressées à chaque membre, le prévenant au moins une semaine à l'avance de la date des séances; pourquoi ne s'imposerait-on pas alors une fois par mois un léger sacrifice pour se rendre à l'assemblée? Que chacun apporte sa pierre d'édifice, son expérience ou son mot dans la discussion. La Société Médicale de Québec est une association *indépendante*, libre de toute attache officielle ou officielle, de toute coterie; elle veut être exclusivement scientifique, être ouverte à tous et représenter l'opinion de tous, c'est dire qu'elle est essentiellement démocratique. Aidons-la donc chacun dans la mesure de ses forces. Pour la perpétuer nous comptons avant tout sur *les jeunes*, sur leur assiduité aux séances; leurs concours enthousiaste, sincère, nous est indispensable à son succès.

Un autre événement, gros d'importance pour nous durant cette même année, a été la fondation du premier journal de médecine qui ait paru à Québec: "*La Revue Médicale*". Honneur au promoteur de l'entreprise, M. le Dr P. P. Boulanger! Nous ne cacherons point ici notre rêve personnel qui serait celui de voir un jour la "*Revue*" devenir l'organe responsable de notre société, M. Boulanger étant un des nôtres. Enfin que cette espérance se réalise ou non, souhaitons longue vie et beaucoup d'abonnés au seul représentant de nos véritables intérêts dans cette partie de la province. Notre ancienne capitale a donc fait deux grands pas, médicalement parlant (à Montréal on traduit cela en disant: les médecins de Québec sont en train de s'organiser, paraît-il?), de même que dans l'ordre matériel elle s'empresse de seouer la poussière de ses vieux murs et de surgir au même rang que

ses rivales plus ambitieuses en les dépassant toutefois sous certains rapports. Le meeting du "*British Medical Association*" à Montréal a été un honneur et un bienfait pour le Canada et les principaux journaux s'accordent à lui reconnaître un succès incontestable que le Congrès de Moscou, tenu quelques semaines auparavant, a été loin de remporter. Ces congrès, en général, ont-ils une valeur strictement scientifique et les opinions qui y sont publiquement émises doivent-elles jusqu'à un certain point faire autorité en la matière? La réponse doit être naturellement très relative, mais c'est une question que nous aimerions, pour notre part, à voir plus souvent débattue.

La diphtérie a semblé sévir, cet automne, avec plus d'acharnement que jamais dans plusieurs villes de l'Ouest américain; terrain nouveau, constitution médicale des milieux ou virulence particulière plus grande, quel que soit la profondeur des théories étiologiques modernes, l'impitoyable bacille a déjoué là-bas bien des projets d'immunité et beaucoup d'ordonnance microbicides. Montréal se débarrasse lentement, très lentement, de son épidémie de variole, une recrudescence appréciable s'est même produite il y a à peine quelques semaines; c'est le cas de croire, pour notre voisine du moins, au microbisme latent de Verneuil.

Cette année a vu aussi le sérum anti-pestueux de Yersin remporter le succès qu'on en attendait et fournir ainsi une arme importante, essentielle, pour combattre le prochain fléau. Sanarelli, un italien demeurant dans l'Uruguay, a gratifié ses contemporains de la découverte du bacille de la fièvre jaune. La réaction agglutinante de Widal est entrée partout dans la pratique courante et d'autres séro-réactions que celle de la typhoïde ont été expérimentées d'une manière satisfaisante et sont acquises, dit-on, à la science. En Europe, encore une des belles figures de la science française, si brillante et si féconde en cette fin de siècle, qui disparaît! Qui ne connaît les travaux du professeur Tarnier, le continuateur de l'œuvre immortelle de Pajot et avec lui fondateur de l'obstétrique moderne, non seulement française, mais universelle! Stéphane Tarnier est décédé le mardi 23 novembre 1897. En 1868 il était d'après Joulin: "un grand et beau garçon imberbe qui, s'il n'avait pas les attributs de la toute-puissance au menton, les portait dans son cerveau." Interne des hôpitaux en 1853, reçu docteur en 1857, agrégé en 1860, chirurgien des hôpitaux en 1865, a été élu membre de l'Académie de médecine en 1872. En 1884 il fut nommé professeur et a été installé dans la chaire de clinique de la rue d'Assas en 1889, où, depuis, plusieurs canadiens sont allés puiser leurs connaissances au contact du maître. Et quel maître! Imposant au physique comme au moral, parole chaude, pénétrante, phrase méthodique, raisonnée, presque un axiome en soi, dont la clarté vous éblouissait et qui se gravait inoubliable dans vos circonvolutions. Tarnier était un de ces hommes auxquels l'élève s'attache, non seulement par admiration ou par respect, mais en plus et éminemment par sympathie. Il a doté la science de deux instruments remarquables, les plus perfectionnés en leur genre que l'on connaisse jusqu'à présent, le forceps qui porte son nom, le modèle de tous les forceps à traction suivant l'axe pelvi-génital, fabriqués depuis, et le basiotribe. Son principal ouvrage est un "*Traité de l'art des accouchements*", en collaboration avec Chantreuil et Budin, qui n'a malheureusement pas été complété. Tarnier s'est fait le protagoniste de l'antisepsie et de l'asepsie obstétricales et on a pu dire que, sous son règne, les microcoques puerpéraux sont disparus comme hôtes de la Maternité de la rue d'Assas. Tous ceux qui ont suivi ses leçons savent quelles vigoureuses applications la méthode aseptique recevait en cet endroit. Tarnier était commandeur de la Légion d'honneur.

## REPRODUCTION

## Note sur la chirurgie rurale (1)

Par le docteur PAUCHET (d'Amiens), ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

## II

**PANSEMENT D'UNE PLAIE.**—Nous supposons une plaie accidentelle ; il serait puéril de plonger dans le sublimé la région malade pendant quelques instants, et de faire ensuite un pansement antiseptique. Il faut avant tout abraser aux ciseaux courbes les parties mortifiées qui forment un excellent milieu de culture pour les microbes ; puis raser et savonner avec soin tout le pourtour de la plaie. Ne pas craindre d'éthériser le malade si c'est nécessaire. Cette dernière précaution est indispensable en certain cas, par exemple à la suite d'un écrasement des doigts. Après ce décapage consciencieux, on inonde la plaie et ses alentours de sublimé à 1/1000.

Alors s'il s'agit d'une coupure nette débarrassée de corps étrangers et présentant une surface bien propre et cruentée, on pourrait tenter la réunion au crin de Florence par des points séparés ; en cas d'hésitation, ne pas réunir et appliquer un *pansement sec* ; on trempe alors des lamelles de gaze et d'ouate hydrophile dans du sublimé ; on les exprime fortement, et on les applique sur la plaie après l'avoir recouverte ou non de poudre antiseptique. Une couche d'ouate autour de cette première épaisseur, et quelques tours de bande achèvent le pansement ; celui-ci restera plusieurs jours en place. *Le pansement humide* sera au contraire appliqué s'il y a des chances réelles d'infection ou si on constate autour de la blessure un peu de rougeur ou de douleur ; on recouvre alors la plaie de compresses trempées dans le sublimé ; puis on applique une lame de taffetas gommé qu'on maintient par quelques tours de bande. Ce pansement sera renouvelé tous les jours.

**Lavages antiseptiques.**— Pour les pratiquer, il faut un récipient, un tube de caoutchouc muni d'un robinet, et dont l'extrémité se termine par une canule de verre. Comme récipient, un bock de verre ou un bock portatif en caoutchouc rempliront ce but ; on peut encore se servir d'un simple bouchon de caoutchouc qu'il suffit d'adapter à ce tube, et d'introduire dans le goulot d'une bouteille.

Comme canule, il faudra en avoir trois modèles : une à extrémité très effilée pour les plaies, les oreilles, etc., une autre conique en verre très fort servira aux injections vaginales, et une troisième, très courte et très large, au lavage de l'urèthre (canule de Janet).

Ces canules peuvent d'un autre côté s'introduire dans le pavillon des sondes rectales ou vésicales, et, par suite, servir au lavage de ces organes ; on voit donc que le même laveur pourra servir au lavage du vagin, du rectum, de l'urèthre, des oreilles, de la gorge, des plaies, de la cavité utérine, du nez, de la plèvre, du péritoine et même aux injections de sérum artificiel.

**Pansement d'une brûlure.**—Diverses substances ont été employées pour panser les brûlures, jusqu'au jour où Mme Nageotte indiqua qu'on devait les traiter comme des plaies chirurgicales, et procéder sous chloroforme à un brossage et savonnage avant d'appliquer l'agent antiseptique. On devra donc avant tout nettoyer le membre brûlé, surtout si des substances nuisibles comme de la vaseline ou des corps gras ont déjà été appliqués. On trempera alors des compresses dans une solution d'acide picrique à 1/100 ; on les exprimera et on les disposera en plusieurs couches sur la lésion et ses alentours. Si la région brûlée n'a pas été infectée secondairement on pourra laisser le pansement durant une semaine ; dans le cas contraire, on le renouvelerait plus souvent.

**L'eau salée en chirurgie.**— La solution de sel marin (10 p. 1000), improprement appelée sérum artificiel, joue en ce moment un rôle important en thérapeutique chirurgicale. Les lavages du péritoine, de la plèvre ou de l'intestin se feront à l'aide de cette solution qui ne pro-

duit pas la mort des cellules superficielles comme l'eau pure et qui n'intoxique pas le malade comme les substances antiseptiques.

Les injections d'eau salée dans le système circulatoire se pratiquent chez les malades affaiblis par une hémorragie ou une infection : elles relèvent le pouls, stimulent le patient, et favorisent l'élimination des toxines par les urines, pourvu que le rein ne soit pas altéré.

Ces injections se font dans les *veines* quand l'action a besoin d'être rapide, qu'il s'agisse d'une malade saigné à blanc par une hémorragie ou d'un opéré en état de shock. En poussant ainsi dans une veine du bras 1,000 ou 1,500 grammes de liquide, on voit ressusciter souvent le malade, mais cette voie directe n'est pas exempte de danger, et les accès d'oppression, d'affolement cardiaque et des syncopes ne sont pas rares. De plus, le manuel opératoire n'est pas si simple qu'il paraît, et rien n'est plus commun que de voir un opérateur, sorti brillamment d'une grosse intervention, se trouver dans une difficulté extrême pour introduire son trocart dans les veines du patient.

Les injections se feront donc dans le *tissu cellulaire* plutôt que dans les veines ; elles conviendront à la très grande majorité des cas. On se munit d'un entonnoir de verre auquel est adapté un tube de caoutchouc dont l'autre extrémité est nouée autour d'une aiguille d'aspirateur ; on aseptise la surface de la cuisse du malade. Tout l'appareil ayant été préalablement bouilli, on plonge l'aiguille soit dans le tissu musculaire, soit dans le tissu sous-cutané ; on met l'entonnoir, ou bien un récipient quelconque à un niveau très élevé ; on le fixe sur place ; on y verse 500 grammes ou 1 litre d'eau salée, et la pression atmosphérique pousse dans toute l'épaisseur du membre le liquide qui met plusieurs heures à s'absorber.

L'asepsie la plus stricte doit régler l'injection de sérum : la peau du patient, les mains de l'opérateur, l'instrument seront désinfectés comme pour une opération.

On peut préparer soi-même la solution salée ; on fait bouillir dans une très faible quantité d'eau du sel de cuisine dont on a déterminé le poids ; après la dissolution, on filtre le liquide dans un entonnoir de verre dont le fond est garni d'un tampon de ouate hydrophile. Cette solution mère doit être versée dans des litres pleins d'eau, qu'on stérilise comme nous l'avons indiqué à propos des solutions antiseptiques

A suivre

## Comment faut-il traiter la migraine ?

M. le Dr EDGARD HIRTZ. — Hôpital Laënnec.

Pour les anciens, la migraine était un ennemi qu'il fallait ménager, et dont les méfaits ne tardaient pas à se faire sentir à ceux qui avaient l'imprudence de la déloger.

C'était l'opinion de Wepfer, de Schobelt, de Tissot (*Nerfs et leurs maladies*, Paris 1813), qui allait jusqu'à prétendre " que c'est un vrai malheur de ne plus avoir la migraine." A cela nous répondrons, avec les auteurs du Compendium, que c'est, au contraire, un véritable bonheur d'en être débarrassé. La crainte des métastases n'est pas le commencement de la sagesse, l'expectation n'est pas le dernier mot de la thérapeutique, et pour cette affection, comme pour la plupart des maladies, l'ambition du médecin doit viser, suivant l'expression humanitaire de M. Huchard, à être un "guérisseur".

Il faut donc traiter la migraine, et traiter le migraineux, opposer à l'une l'arsenal thérapeutique dont nous disposons aujourd'hui, et protéger l'autre par des règles d'hygiène et de diététique raisonnées qui constituent la base de la médication prophylactique.

Pendant de longues années, le nombre infini de médicaments qu'on prônait pour la guérison de la migraine cachait, sous une apparence de richesse, une réelle pénurie.

L'empirisme épuisa tour à tour les narcotiques, les émissions sanguines, les révulsifs, les toniques, les évacuants, les excitants.

Ambroise Paré pratiquait l'artériostomie temporaire ; Avicenne employait l'opium et l'absinthe ; Tissot vantait l'effet des sangsues et

(1) Voy. *La Revue Médicale*, 1897, page 171. (Gaz. des Hôp.)

celui des vomitifs, qui ont plutôt, il faut le reconnaître, le don d'exaspérer la migraine. La teinture de coccinelle, la paullinia sorbilis ont eu leur heure de célébrité. Le trèfle d'eau (ou feuilles de ményanthe) est employé par le Dr Gérard, de Marseille, en infusion de 0 gr. 50 deux fois par jour, sucrée avec une cuillerée à bouche de sirop de valériane. Sydney-Ringer conseille une infusion de 2 à 4 grammes de camomille au début de l'accès.

Toutes ces médications ont été détronées depuis quelques années par des agents thérapeutiques d'une réelle valeur que nous allons passer en revue.

Le premier, par ordre de mérite, est sans contredit l'analgésine. Huchard l'a expérimentée le premier, chez nous, comme antipyrétique; mais c'est avant tout un médicament analgésique, et à Germain Sée revient le mérite d'en avoir vulgarisé l'emploi, comme agent anti-douloureux. C'est donc sous le nom d'analgésine, et non d'antipyrine, qu'il doit poursuivre sa carrière, et qu'on doit le prescrire.

Les doses sont, pour ainsi dire, individuelles. Tel sujet est soulagé par une dose de 0 gr. 25; à tel autre il faut administrer 1 gramme, voire 2 et 3 grammes pour le guérir de sa crise.

Il faut mettre les malades en garde contre l'abus de ce médicament qui est tombé dans le domaine public, qu'on prend, sans demander avis à son médecin et qui provoque cependant de temps en temps des accidents de véritable intoxication. J'ai vu un homme de 50 ans, artérioscléreux, être pris à la suite de l'usage prolongé de 2 grammes d'analgésine, d'un vertige cérébelleux qui ne cessa qu'avec la suppression de l'analgésine.

L'estomac tolère plus facilement l'analgésine, lorsqu'on y ajoute 0 gr. 50 de bicarbonate de soude.

On peut faire absorber le médicament par la voie hypodermique, lorsque l'état nauséux dépendant de la migraine est trop pénible et trop prononcé pour permettre l'ingestion d'aucun liquide. On peut l'administrer en quart de lavement, médicament contenant 2 à 3 grammes d'analgésine avec 6 gouttes de laudanum.

Avant la vogue si justifiée de l'analgésine, on prescrivait fréquemment la caféine soit en potion, soit en injection sous-cutanée (formule de Huchard.)

Nous recommandons la formule suivante :

Caféine .....	} à 14 grammes.
Benzoate de soude.....	
Eau de Menthe.....	

On donnera une cuillerée à café toutes les deux heures, de cette potion, jusqu'à 3 ou même 4 cuillerées. Chacune représentant 0 gr. 25 de caféine.

La même dose se trouvera dans une seringue de Pravaz, avec la formule d'injection hypodermique :

Caféine.....	2 gr. 50
Benzoate de soude.....	2 — 95
Eau distillée.....	Q. s. p. 10 cc.

Si le sujet est rebelle à l'analgésine on pourra essayer successivement d'autres médicaments comme l'acétanilide ou antifebrine. Il sera prudent de ne le donner qu'à doses fragmentées, par petits cachets de 0 gr. 20 ou 0 gr. 25 jusqu'à 5 ou 6 cachets par jour. On aura soin de ne jamais dépasser 2 grammes.

La phénacétine a l'avantage d'être d'une toxicité presque nulle, et de provoquer bien plus rarement que l'analgésine des éruptions et des symptômes d'intolérance.

On la prescrira par cachets de 0 gr. 25 ou 0 gr. 30 jusqu'à 4 ou 5 par jour.

L'exalgine souvent héroïque dans les névralgies trifaciales est moins brillant contre la migraine. On ne dépassera pas 0 gr. 25. C'est un médicament à surveiller et qui a donné lieu à des accidents.

Les Allemands, établissant une division toute théorique de la migraine, en forme angiospastique et angioparalytique, emploient dans la première la nitrite d'amyle en inhalations de quelques gouttes, et dans

la seconde forme l'ergot de seigle, à l'intérieur, comme vaso-constricteur. Nous n'avons jamais constaté les succès qu'annonçait Eulenburg.

Lauder Brunton vante l'action du salicylate de soude pris en 4 doses de 1 gr. 50 et associé à 2 gr. 50 de bromure de potassium.

Immerwahr, Benus Lewy, Schumann ont trouvé dans le bleu de méthylène un remède très efficace contre la migraine, spécialement de la forme dite angiospastique.

Ils le donnent à la dose de 0 gr. 10 — 4 fois par jour — en l'associant à la noix de muscade, pour éviter l'irritation vésicale.

Bleu de méthylène.....	} à 0. gr. 10
Noix de muscade pulvérisé.....	

Pour 1 capsule gélatineuse n° 10, environ 4 capsules par jour.

La migranine que Schumann considère comme un des meilleurs médicaments anti-migraineux n'est qu'un mélange d'antipyrine et de caféine.

Elle renferme :

Antipyrine.....	89.4	0/0
Caféine.....	8.2	—
Acide citrique.....	0.56	—

L'aconitine réussit parfois là où les autres nervins ont échoué. On ne la prescrira que par granules d'un quart de milligramme, en moyenne, deux par jour.

Le guarana renferme la guaranine identique à la caféine.

On le donnera en poudre, à la dose de 0 gr. 50 à 2 gr.; délayé dans de l'eau.

Séguin, grand partisan de la théorie oculaire de la migraine, considérant avec beaucoup d'auteurs américains qu'elle se rattache fréquemment à des vices de réfraction, recommande l'emploi des mydriatiques, la correction de la vue par des verres appropriés, et comme médicament interne : l'extrait de Cannabis indica qu'il donne à la dose de 3 pilules par jour de 0 gr. 01, en augmentant progressivement jusqu'à 0 gr. 15.

Gradle, de Chicago, emploie de préférence la teinture de Cannabis à la dose de XX à XXV gouttes, 2 fois par jour à 6 heures d'intervalle.

La migraine ophthalmique caractérisée par ses crises d'amblyopie transitoire et de scotome scintillant, sera justiciable, dans sa phase douloureuse, de la même médication que la migraine vulgaire.

Mais d'autres indications pourront se présenter dans les cas où cette migraine s'associera à des maladies nerveuses telles que : la neurasthénie, l'hystérie, certaines psychoses, l'épilepsie, le tabes et la paralysie générale.

La médication la plus utile, la seule vraiment efficace, dans l'intervalle des accès et destinées à les éloigner, c'est la médication bromurée. Charcot et Féré ont bien insisté sur les services qu'elle peut rendre. On prescrira le bromure de potassium ou de sodium, ou le polybromure, progressivement de 2 à 6 grammes en 24 hrs.

La migraine ophthalmoplégique décrite pour la première fois par Mœbius en 1884, étudiée successivement par Charcot, Remach, Thomson, Snell, Senator, Weiss, Clark, Joachim, Bouchard, Parinaud, Ballet et d'Alché, comprend deux phases bien déterminées : une phase douloureuse et une paralytique. L'accès de douleur est intense, atroce, dit Charcot; c'est l'hémicranie par excellence; il cesse souvent brusquement, au moment où apparaît l'ophthalmoplégie. La paralysie frappe d'ordinaire le moteur oculaire commun et détermine du ptosis, du strabisme externe, de la dilatation pupillaire et de la diplopie. Cette affection résiste parfois à toutes les médications, et de périodique qu'elle était au début, elle peut devenir continue.

Dans sa période douloureuse, on emploiera l'antipyrine, la phénacétine, l'exalgine, etc. Dans une observation de Mokliatchkine, la migraine ophthalmoplégique céda sous l'influence de la quinine administrée à la dose de 0 gr. 60 à 1 gr. 20 par jour, pendant 5 à 6 semaines. Il s'agissait, très probablement dans l'espèce, d'une forme particulière de fièvre larvée.

La période paralytique est fréquemment rebelle à toutes les inter-

ventions thérapeutiques, ce qui s'explique par les constatations anatomopathologiques qu'on a pu faire. Dans un cas de Gubler on trouva en effet le nerf oculo-moteur enveloppé d'un exsudat abondant avec épaississement de la pie-mère. Dans un cas Weiss, le nerf était perdu dans des masses tuberculeuses. Dans une observation de Thomsen il était comprimé par une tumeur fibro-chondromateuse.

Malgré ces faits qui déjouent toutes les tentatives de guérison, on essaiera toujours soit le traitement ioduré, soit le traitement bromuré. Localement on tentera les révulsifs énergiques sous forme de vésicatoires à la nuque, de cautères, ou même de séton.

Ce n'est pas tout de guérir l'accès de migraine, il reste une autre indication à remplir, plus difficile à réaliser, celle d'éloigner les accès, de les rendre moins fréquents et même de les faire disparaître, s'il est possible.

Pour obtenir cet effet, il faut prendre en considération les diverses causes qui donnent naissance à la migraine. On imposera au malade un régime sévère ; on proscriera les aliments indigestes, les boissons alcoolisées, les moindres doses de spiritueux appelant, chez beaucoup de sujets prédisposés, une crise de migraine. Les exemples de guérison sont dûs pour la plupart à une extrême sobriété.

Marmontel raconte qu'il était depuis des années tourmenté par des accès d'hémicrânie très douloureux. Il avait consulté sans succès bien des médecins et fut guéri par un maréchal-ferrant qui lui prescrivit de boire beaucoup d'eau, de se priver de ragoûts, de vin pur, de liqueurs, de café.

Haller, très sujet à la migraine, se guérit en buvant chaque jour de l'eau en abondance, et en changeant son régime trop nutritif contre une alimentation légère. Linné se délivre d'une migraine en buvant tous les matins à jeun un litre d'eau fraîche et en faisant de l'exercice.

Qui ne connaît la fâcheuse influence des intoxications alimentaires, des préoccupations, du surmenage, de la surexcitation des sens.

Parfois la migraine est sous la dépendance de troubles oculaires, d'astigmatisme, et les médecins américains, Séguin en particulier, ont guéri des migraineux en corrigeant les anomalies par des verres appropriés, sans oublier le traitement général de l'arthritisme.

Debout recommandait comme moyen prophylactique l'usage des pilules suivantes :

Sulfate de quinine.....	3 grammes
Poudre de fleurs de digitale.....	1 — 50.
Sirop de sucre.....	q. s.

Divisé en 30 pilules.

Une tous les soirs, pendant plusieurs mois.

Chez les arthritiques, les rhumatisants, les goutteux, je n'ai eu qu'à me louer de la médication suivante :

Régime sévère, dépourvu d'aliments azotés et indigestes le soir, surtout végétarien. Comme boisson, de l'eau ou une boisson aromatisée comme le thé faible.

Le matin à jeun deux verres d'eau de Carlsbad ou de Tarasp chauffés à 40° environ, ou de l'eau de Vichy.

Tous les soirs avant dîner, une des pilules suivantes analogues à celles de Trousseau :

Valérienate de quinine.....	1 gramme
Extrait de colchique de.....	0 gr. 20 à 0 gr. 40
— digitale.....	0 gr. 30
— aconit.....	0 gr. 10

Pour dix pilules.

Le migraineux neurasthénique tirera le meilleur bénéfice du séjour à la campagne, d'un exercice musculaire modéré, de la vie calme et exempte des préoccupations professionnelles.

Il sera soumis à l'usage interne des phosphates, et des glycérophosphates qu'on alternera avec l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler ou de Pearson à la dose de VI à XII gouttes par jour, ou de l'arséniate de strychnine en granules d'un milligramme, 2 à 3 par jour.

L'hydrothérapie, l'électricité statique, la psychothérapie seront l'ordinaire des adjuvants précieux. — *Journal des Praticiens*

### Les fonctions de la glande thyroïde (1).

Par M. E. DE CROX.

La suite de mes expériences, sur les rapports physiologiques entre les nerfs du cœur et la glande thyroïde, m'a permis de déterminer deux importantes fonctions de cet organe.

Une grande partie de mes expériences a été consacrée à la mensuration directe de la pression sanguine dans les artères thyroïdiennes, et la vitesse de la circulation dans les veines, ainsi qu'à l'étude des modifications que l'excitation des nerfs cardiaques et des nerfs thyroïdiens apporte dans la circulation du sang et l'écoulement de la lymphe de la glande thyroïde. D'autres expériences, comme la section de certains nerfs du cœur et l'extirpation des glandes thyroïdes, ont été entreprises afin d'observer les changements que ces opérations produisent dans le fonctionnement normal de ces organes.

Les nerfs de la glande thyroïde possèdent une double origine : les deux nerfs laryngiens fournissent à la glande les nerfs vaso-dilatateurs ; le ganglion cervical supérieur et le sympathique du cou, les vaso-constricteurs. La distribution anatomique de ces nerfs varie considérablement, aussi bien chez le chien et le cheval que chez le lapin.

La plupart des animaux soumis aux expériences dans le laboratoire de Berne, sont atteints de goître ; on rencontre parmi eux les formes variées de cette affection, endémique dans le pays. Cette circonstance particulière a, sur plusieurs points spéciaux, beaucoup facilité mes recherches.

Voici les principales conclusions de mon étude :

1° L'iodothyridine produite dans la glande thyroïde est destinée, en première ligne, à activer le fonctionnement des centres nerveux, qui régularisent les battements du cœur et la circulation du sang. La fonction de la glande thyroïde consiste à transformer les sels de l'iode, parvenus dans le sang, en une combinaison organique, l'iodothyridine, et à débarrasser ainsi ces centres nerveux d'une substance toxique excessivement dangereuse.

En effet, les expériences exécutées sous ma direction, par le docteur Barbera (de Bologne), viennent de démontrer que l'iode exerce une action paralysante sur les centres des nerfs dépresseurs et pneumogastriques. L'action tout opposée de l'iodothyridine ne dépend donc pas de l'iode qu'elle contient.

2° Cette fonction des glandes thyroïdes se trouve dans la dépendance directe du cœur. Par l'intermédiaire des filets nerveux qu'il envoie aux deux laryngiens, le cœur dirige lui-même la production de l'iodothyridine, indispensable à son fonctionnement normal.

3° Les corps thyroïdes, situés à l'entrée des artères carotides, dans la boîte crânienne, constituent des appareils destinés à protéger le cerveau contre les dangers des subits afflux de sang, que ces afflux soient provoqués par l'exagération du travail du cœur ou par un rétrécissement notable des voies de circulation.

Les glandes thyroïdes forment ainsi une sorte de circuit secondaire de faible résistance.

4° Cette fonction préservatrice des glandes thyroïdes est également dominée par le cœur. En provoquant une forte dilatation des vaisseaux thyroïdiens, le cœur intervient de deux manières dans la sauvegarde des organes cérébraux : a. en ouvrant, pour ainsi dire, les écluses en cas de danger subit ; b. en augmentant la production de l'iodothyridine dans les cas de danger persistant.

Le thymus, situé à proximité des artères vertébrales, les glandes supplémentaires qui se trouvent à côté des organes vitaux enfermés comme les reins et les testicules dans des gaines solides, ainsi que les hypophyses, remplissent très probablement des fonctions préservatrices analogues à celle de la glande thyroïde, et cela, soit à l'aide de leurs produits spéciaux, soit grâce à des dispositions favorables de leur système vasculaire.

Ce n'est pas le moment de développer les conséquences pathologiques qui doivent forcément amener les troubles dans les fonctions des

(1) Communication à l'Académie des sciences.

corps thyroïdes, telles que je viens de les établir. Il me paraît pourtant utile d'indiquer dès à présent deux points importants pour le traitement du goitre, qui résultent directement de mes recherches. Dans la forme vasculaire et hyperhémique de cette affection, il faut soigneusement éviter l'emploi de l'iodothyridine ; par contre, l'emploi interne de l'iode est tout indiqué. Au contraire l'emploi de l'iodothyridine et des extraits des glandes thyroïdes sera très salubre dans les cas d'atrophie et de cachexie strumiprive.

En cas de danger immédiat, la section des nerfs dépresseurs, dans les formes vasculaires du goitre, et celle des nerfs sympathiques, dans les formes atrophiques, pourraient être tentées. Mais ces dernières formes du goitre, l'extirpation de la glande sera toujours d'une efficacité plus immédiate et aussi plus durable que la section des nerfs sympathiques.

(Gaz. des Hop.)

#### La méthode de Finsen dans le traitement de la variole

Par M. P. DESFOSSES, interne des hôpitaux

Une des conséquences les plus redoutées de la variole réside dans les cicatrices indélébiles que laissent après elles les pustules varioliques ; aussi, pour éviter ou atténuer la suppuration des vésicules, a-t-on eu recours à une foule de topiques : emplâtre de Vigo, gutta percha, gomme chloroformée, etc., etc.

La méthode de Finsen peut rentrer également dans la classe des topiques ; elle ne vise pas, en effet, à traiter la variole, elle ne s'adresse qu'à une de ses complications : le procédé consiste simplement à soustraire les varioleux aux rayons chimiques du spectre solaire, et à ne les laisser exposés qu'aux seuls rayons rouges.

Le principe de cette méthode est basé sur ce fait d'observation, que la lumière ne produit d'action sur les téguments que par ses rayons chimiques, qui sont les rayons violets et ultra-violet ; supprimer ces rayons, c'est supprimer l'influence de la lumière sur la peau. La méthode de Finsen vise à traiter le malade atteint de variole comme on traite une plaque photographique, elle veut créer pour lui une véritable chambre noire, accessible à la seule lumière rouge.

Le mode d'emploi de la méthode de la chambre rouge est simple. Il suffit de masquer par des tentures, des couvertures, toutes les issues qui peuvent donner passage à la lumière. On ne laissera qu'une fenêtre que l'on tendra d'étoffes rouges, ou que l'on munira des verres rouges ou recouverts du papier rouge des photographes.

La nuit, pour les soins à donner au malade, on se servira de la lampe à verre rouge et jaune des laboratoires.

Le malade, ainsi placé dans une demi-obscurité, éprouve tout d'abord une impression désagréable, mais l'habitude vient vite et il cesse bientôt de se plaindre.

Pour que ce traitement soit efficace, il faut qu'il soit appliqué dès le début de la maladie, dès que le diagnostic est posé, et qu'il soit continué jusqu'à ce que les pustules soient arrivées à la dessiccation complète. Ce traitement doit être continu : laisser pénétrer la lumière solaire pendant quelques instants dans la chambre, serait une faute qui détruirait tous les résultats de longs jours d'obscurité.

Il est bien entendu que l'exclusion de lumière ne devra pas constituer tout le traitement de la variole et qu'elle ne contre-indique aucune des méthodes habituelles de traitement, ni aucune des exigences de l'hygiène. Le chauffage et l'aération de la pièce devront être assurés.

Cette méthode de la chambre rouge, employée par d'assez nombreux médecins, a donné des résultats encourageants. Sans croire que cette méthode suffirait pour arrêter les effets de la maladie à la période papuleuse ou vésiculeuse, et pour supprimer complètement la période de suppuration avec son cortège de complications, il semble rationnel de penser que son emploi facilite la dessiccation, évite les cicatrices et diminue en partie les accidents de la suppuration. En tous cas, cette méthode se recommande par sa parfaite innocuité ; le praticien qui voudra éviter chez ses malades les cicatrices disgracieuses pourra, sans crainte, essayer un traitement aussi simple.

—(La Presse Médicale.)

#### Les métrorrhagies dans les maladies du foie

M. DALCHÉ. L'influence des maladies du foie sur l'apparition des métrorrhagies, signalée bien souvent par les anciens auteurs, est indiscutable. De toutes les affections hépatiques, la lithiasie biliaire est celle qui trouble le plus facilement la menstruation. A la suite d'une colique hépatique, les règles deviennent plus abondantes, d'autres fois reparaissent deux ou trois jours après leur terminaison, et cette ménorrhagie peut durer dix jours et plus ; souvent, il y a émission de caillots et douleurs de dysménorrhée congestive ; après des accès calculeux répétés, les règles avancent ou retardent, conservent leur abondance ou se suppriment, si bien que les périodes se confondent. Chez les lithiasiques qui portent des lésions utérines, les métrorrhagies apparaissent dans la période intercalaire. Une colique fruste ou fort atténuée suffit aussi bien qu'une colique franche. Les cirrhoses provoquent des métrorrhagies, surtout au début, et s'accompagnent plus tard d'aménorrhée. Enfin, l'auteur rapporte des cas de métrorrhagies au cours de tumeurs hépatiques et d'ictères infectieux bénins et malins. Une de ses malades refusa le curettage qu'on lui proposait, et guérit par le traitement dirigé uniquement contre les calculs.

Soc. Méd. des Hop.

#### Nature et genèse des aphtes de Bednar

Pendant les premières semaines de l'allaitement, les nouveau-nés présentent souvent des ulcérations qui siègent sur la voûte palatine au niveau de l'angle formé par les maxillaires, dont la forme est arrondie, le fond blanc ou grisâtre, les bords rougeâtres et si peu saillants qu'ils semblent estampés, leur lieu de prédilection étant le bord du palatin, près de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, sur les muscles péristaphylins. Ces ulcérations doubles et symétriques ordinairement, peuvent aussi s'étendre et s'unir quelquefois en se prolongeant sur le raphé prenant alors la "forme d'un papillon".

Ces ulcérations sont connues sous le nom d'aphtes de Bednar, ou de plaques ptérygoïdiennes de Parrot, M. le Dr ALVAREZ de Madrid, a consacré à cette affection un mémoire qu'il a lu au Congrès de Moscou, et qui peut se résumer dans les conclusions suivantes :

1° Les aphtes de Bednar sont de nature lymphatique ; c'est une manifestation primordiale du scrofalisme, ou pour mieux dire, du lymphatisme.

2° Leur cause essentielle est : la condition anatomo-physiologique de l'épithélium, et de l'origine des lymphatiques de la muqueuse ; conditions constantes du lymphatisme.

3° L'hyperhémie et l'exfoliation épithéliale *post-partum* constituent une cause prédisposante et locale.

4° La compression répétée de la muqueuse par la langue, et la contraction des péristaphylins (décutitus) pendant l'acte de la déglutition, servent de cause occasionnelle locale, d'où leur siège et leur symétrie.

5° C'est une porte d'entrée qui facilite diverses infections, par effraction de la muqueuse.

On doit constamment examiner et surveiller la voûte palatine du nouveau-né pendant les premières semaines, car assez fréquemment, ces aphtes ne donne lieu à aucun symptôme ni à une gêne apparente chez l'enfant.

7° On doit les traiter immédiatement et elle se cicatrisent vite par les attouchements journaliers au nitrate d'argent à 1 pour 50.

8° Leur signification scientifique réclame, d'ores et déjà, le traitement du lymphatisme.

#### L'étiologie de l'Obstruction nasale.

Le Dr Mayo Collier (*Journal of Laryngology*) tire les conclusions suivantes :

1°—La respiration par la bouche, dans les conditions ordinaires, doit être regardée comme pathologique.

2°—Les causes constitutionnelles y donnant lieu sont l'hérédité, en même temps que les suites des fièvres éruptives, la tuberculose, les

maladies spécifiques, et les maladies qui tendent à des conditions adynamiques.

3°—Les causes locales sont les lésions obstructives variées des voies nasales, mentionnées dans le paragraphe précédent, excepté ces cas exceptionnels dus au raccourcissement congénital de la lèvre supérieure ou à d'autres malformations orales, y compris le bec de lièvre.

4°—En dépit des manifestations fréquentes de la respiration par la bouche, et des rapports qu'y trouvent les spécialistes, ses mauvaises conséquences multiples et étendues ne sont pas pleinement appréciées par notre profession en général.

5°—On ne doit pas compter sur cette tendance à la cure spontanée, il faut des soins médicaux ou chirurgicaux.

6°—Ainsi en vue de prévenir cette maladie ou d'autres analogues des voies aériennes supérieures, le malade doit, outre les soins propres à la peau et aux pieds, faire une partie de sa toilette journalière l'usage de jets détergents convenables appliqués aux narines et à la gorge.

7°—La respiration par la bouche et les conditions pathologiques qui lui donnent naissance, sont des résultats des habitudes et des raffinements incidents à la civilisation.

—Lancet Clinique

Dr P. V. F.

**Le traitement de l'ataxie locomotrice par l'élongation vraie de la moelle épinière**

M. GILLES DE LA TOURETTE. — J'ai déjà eu l'honneur de présenter à l'Académie, en collaboration avec M. Chipault, une note sur le traitement de l'ataxie locomotrice par l'élongation vraie de la moelle épinière.

La méthode que nous proposons était basée sur des recherches anatomiques nous ayant montré qu'on pouvait obtenir par la flexion forcée du rachis un allongement de la moelle pouvant aller jusqu'à deux centimètres. Je rappellerai que nos observations cliniques faites à l'aide d'un appareil spécial, poursuivies pendant quatre années, avaient porté sur 47 ataxiques, 39 hommes et 8 femmes, et que 22 malades, soit près de la moitié, avaient été améliorés suivant la presque totalité des symptômes ; 15 suivant quelques-uns seulement.

Dix malades n'avaient retiré aucun bénéfice de l'élongation. Les phénomènes douloureux, les troubles génitaux urinaires, l'incoordination motrice avaient été surtout améliorés. Je désire aujourd'hui soumettre à l'Académie une nouvelle série d'observations faites en collaboration avec M. Gasne pendant ma dernière suppléance de la Clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière, du 15 juillet au 15 novembre. 21 malades (18 hommes et trois femmes) ont suivi le traitement d'une façon suffisamment prolongée et régulière (15 à 40 séances) pour permettre d'apprécier les résultats que les tabétiques peuvent relever de cette méthode. Or, 17 sur 21 en ont obtenu des bénéfices considérables portant particulièrement sur les phénomènes douloureux divers, les troubles génito-urinaires, l'incoordination motrice ; l'incontinence d'urine, par contre, a paru peu influencée.

Ce pourcentage, par rapport aux résultats précédemment énoncés, paraîtra peut-être très considérable ; on s'en étonnera moins lorsqu'on saura que tous les ataxiques qui se sont présentés n'ont pas été indistinctement soumis à l'appareil. Guidé par l'expérience nous avons établi une sélection encore plus rigoureuse que celle à laquelle nous avons conduit nos premières recherches. C'est ainsi que l'élongation doit être refusée aux tabétiques cachectiques comme à ceux dont la maladie revêt une très lente évolution, dans les cas d'arthropathies, de crises laryngées, lorsque les manifestations sont limitées à l'appareil oculaire sous forme de paralysies du muscles ou d'atrophie de la papille. Ces malades doivent être éliminés d'emblée.

Par contre, l'appréciation est un peu plus difficile et ne peut se baser que sur l'expérience directe lorsqu'il s'agit de savoir si, indépendamment des phénomènes observés, l'état du rachis permet d'obtenir

l'élongation et les bénéfices qu'on est en droit d'en attendre. Dans notre première communication nous disions que certains malades, lors de la première séance, se pliaient comme une charnière ; étant donné nos recherches anatomiques, l'élongation dans ces cas ne saurait avoir lieu. Pendant cette flexion, pour ainsi dire normale, chez ces sujets, la longueur de la moelle ne varie pas ou varie dans des limites insuffisantes pour produire un effet thérapeutique. Chez d'autres, la flexion, au lieu d'être illimitée, pour ainsi dire, s'effectue d'une façon insuffisante. Il est des sujets, en effet, chez lesquels elle ne saurait avoir lieu par suite d'une adipeuse trop marquée des parois abdominales limitant la flexion ; ces cas sont d'une facile appréciation.

Par contre, chez certains tabétiques, d'un âge généralement avancé, la colonne vertébrale offre une rigidité très marquée, et comme l'élongation de la moelle et des racines est intimement liée à la flexion de la partie antérieure du rachis, la traction qu'ils peuvent supporter reste insuffisante pour la produire. On se basera dans ces cas, pour repousser l'intervention, sur ce fait que ces sujets n'éprouvent pas dans les extrémités inférieures la sensation d'engourdissement qui est la meilleure preuve de la réalité de l'élongation et d'une bonne application de l'appareil.

Disons en terminant que nous avons uniquement compris dans notre statistique les malades venus du dehors, le déplacement qu'ils étaient obligés d'effectuer dans des conditions souvent difficiles, pour se rendre trois fois par semaine à la Salpêtrière, étant une véritable garantie de leur sincérité. Dans cet ordre d'idées nous avons éliminé les sujets déjà hospitalisés, ceux-ci pouvant avoir intérêt à exagérer les bénéfices de l'élongation dans le but de satisfaire l'expérimentateur, sous la direction médicale duquel ils se trouvent placés ou, au contraire, à accuser un état stationnaire afin de prolonger leur séjour à l'hôpital.

(Bull. méd.)

**Traitement des douleurs consécutives à l'extraction des dents**

L'extraction des dents est parfois suivie de douleurs très vives, plus ou moins persistantes et rebelles. Pour les calmer on a proposé un assez grand nombre de moyens.

L'inhalation, pendant trois ou quatre secondes, des vapeurs de deux gouttes de nitrite d'amyle suivie d'un repos absolu pendant cinq minutes, produit une accalmie parfois durable.

La résine phéniquée de Fletcher (résine, acide phénique et chloroforme) rend des services, d'autant plus qu'elle constitue un excellent styptique. On peut dissoudre la résine jusqu'à saturation dans 15 gr. de chloroforme et y ajoute ensuite dix gouttes d'acide phénique.

Le plus souvent on introduit dans l'alvéole une boulette de coton préalablement imbibée de mixtures diverses : chloroforme et teinture de pyréthre ou chloroforme et teinture d'aconit, en parties égales.

Les dentistes américains emploient souvent le mélange suivant :

Chloroforme .....	} à 30 grammes
Alcool .....	
Teinture d'aconit .....	
Morphine .....	0 — 40

T. B. Welch, pour imbibé le tampon de coton à introduire dans l'alvéole, recommande le mélange suivant :

Alcool pur .....	30 grammes
Chloroforme .....	60 —
Ether sulfurique .....	22 —
Gomme camphrée .....	15 —
Teinture d'opium .....	4 —
Essence de girofle .....	2 —

Souvent la douleur est calmée par des applications chaudes sur la joue ou par des badigeonnages de la gencive au-dessus des points douloureux avec un tampon de papier buvard imbibé du mélange :

Mentol cristallisé .....	0 gramme. 35
Teinture d'aconit .....	XX gouttes.
Chloroforme .....	7 grammes

Un moyen d'un emploi facile partout consiste à débarrasser l'alvéole des caillots sanguins qui l'obstruent au moyen d'un petit morceau d'allumette sur lequel on a enroulé un peu de ouate à pansement et à y seringuer ensuite de l'eau très chaude.

Parfois la cloison osseuse qui séparait la dent enlevée de sa voisine a été brisée au moment de l'extraction et il reste des esquilles qui sont des causes d'irritation. On les enlève avec des pinces quand on pourra les saisir ; sinon on lavera l'alvéole avec un fort courant d'eau chaude et, dès que l'hémorragie paraîtra arrêtée, on y introduira une boulette de coton imbibée de phénol camphré.

Sjoberg, de Stockholm, déclare que rien n'est supérieur à l'acide phénylique. Il en injecte dans l'alvéole une solution chaude—à 3,5%—avec une seringue ordinaire. Si malgré cela la douleur persiste il a recours à l'acide phénylique pur, dont il remplit l'alvéole en usant pour cela d'une petite seringue à bec recourbé. Au bout de quelques secondes le liquide en excès doit être enlevé avec du papier buvard. Que l'on emploie l'acide pur ou la solution concentrée, il faut toujours préserver les parties voisines avec un mouchoir bien appuyé de chaque côté des bords alvéolaires.

F. H. Morgan lave l'alvéole avec de l'eau chaude additionnée d'acide phénique. Après quoi, il obture la cavité — débarrassée des esquilles s'il en existait — avec un tampon de ouate trempé dans le mélange :

Menthol.....	4 grammes
Hydrate de chloral.....	4 —
Gomme camphrée.....	2 —
Alcool.....	30 —

Si la douleur revêt le caractère névralgique, la phénacétine, à la dose de 30 à 60 centigrammes a donné en général un soulagement très marqué.

Dans un cas où la douleur persistait encore douze jours après l'extraction d'une dent atteinte de périostite, Bennett obtint finalement une guérison complète et instantanée en introduisant un petit couteau de Paget dans l'alvéole et en sectionnant le nerf.

—Bull. Méd.

#### Traitement de la chlorose Par M. le professeur HAYEM

M. le professeur Hayem a consacré à ce sujet une de ses leçons cliniques de l'hôpital Saint-Antoine ; elle a été publiée dans la *Médecine moderne* par les soins de M. Parmentier, chef de clinique.

M. Hayem a essayé successivement les inhalations d'oxygène qui augmentent l'appétit et facilitent les digestions, l'hydrothérapie qui donne également de bons résultats. Il a pu faire ainsi absorber aux chlorotiques une grande quantité d'aliments réparateurs et riches en fer.

Quand l'anémie est peu intense, légère ou moyenne, on obtient une amélioration sensible : l'appétit renaît, les forces reviennent, la peau se colore légèrement, le nombre des globules augmente, mais au bout de peu de temps (15 jours à 3 semaines) le bénéfice acquis ne s'accroît pas, les globules nouvellement formés restent imparfaitement développés, la lésion caractéristique du sang persiste, et cela, quand le traitement est poursuivi pendant 2, 3, 4 mois.

Parfois même, si l'anémie est intense, l'hydrothérapie fatigue, retire le sommeil et aggrave la situation.

Après avoir constaté ces faits chez les chlorotiques soumis à ces divers traitements, M. Hayem a prescrit ensuite un traitement ferrugineux et dans tous les cas il a obtenu promptement, sinon une guérison définitive tout au moins une guérison temporaire.

Ces observations, ainsi que celles dans lesquelles l'auteur a institué d'emblée le traitement ferrugineux et a pu suivre la réparation sanguine promptement lui ont permis de conclure que le fer exerce, grâce à son rôle dans la constitution des globules sanguins, une action spéciale qu'aucun médicament, qu'aucune pratique thérapeutique, ne peuvent suppléer. Cette action se traduit, dans un sang où les hématies n'ont

plus leur évolution normale, par un retour plus ou moins rapide au type physiologique.

*Le fer est le spécifique de la chlorose.* Il concourt à la rénovation globulaire, et, après avoir arrêté le processus de déglobulisation, il permet aux hématies d'acquiescer leur parfait développement.

Le choix de la préparation n'est pas indifférent et celui de M. Hayem s'est porté sur l'oxalate de protoxyde de fer. Comme on doit s'efforcer de ne donner le fer qu'à dose faible et pendant le moins de temps possible, un des avantages du protoxalate de fer, c'est qu'il est inutile de dépasser la dose de 15 à 20 centigrammes maximum, 2 fois par jour. Sous l'influence de cet agent, les malades se colorent pour ainsi dire à vue d'œil et l'administration du fer est réduite à un minimum.

M. Hayem commence par dix centigrammes avant les repas ou pendant le cours ; au bout de 8 à 10 jours il donne 15 centigrammes ; parfois il arrive à 20, dose que jamais il ne dépasse. Ainsi il continue pendant 1 mois au plus, quitte à y revenir.

Enfin, on complète et assure la guérison des chlorotiques en leur conseillant l'hydrothérapie, l'aérothérapie, la cure d'altitude dans certains cas.

L'Abeille Méd.

## FORMULAIRE

### Traitement prophylactique de l'hérédosyphilis

M. Pinard conseille, pendant toute la durée de la grossesse, l'iodhydrargyrate de potasse à la dose journalière de 50 centigrammes. Il prescrit l'une des deux formules suivantes :

I. Sirop simple.....	300 grammes.
Bi-iodure d'hydrargyre.....	10 centigr.
Iodure de potassium.....	10 grammes
II. Bi-iodure d'hydrargyre.....	10 centigr.
Iodure de potassium.....	10 grammes.
Eau de menthe.....	20 —
Eau distillée.....	250 —

On fera prendre au déjeuner et au dîner une cuillerée à soupe de l'une ou l'autre de ces deux potions.

Cette formule a l'avantage de réunir les qualités de l'iodure de potassium à celles du mercure, elle est plus active que le sirop de Gibert et est beaucoup mieux tolérée que celui-ci. Avec elle, on n'observe jamais de troubles digestifs, à peine dans certains cas a-t-on noté un peu de coryza.

(Rev. des mal. de l'enf.)

### Traitement du rhumatisme par le salicylate de méthyle par la voie stomacale. (1)

M. le Dr Lasserre s'appuyant sur une expérience de quatre années de succès vient d'affirmer dans le Bulletin de Thérap. (déc. 1897) que le salicylate de méthyle parfaitement pur peut fort bien, sans inconvénients s'administrer par la voie stomacale dans le rhumatisme aigu ou sub-aigu. Voici comment il formule :

R. Salicylate de méthyle chimiquement pur...	1 cc.
Sirop de punch.....	} à 100 grammes
Eau distillée.....	

A prendre par cuillerées à soupe dans les 48 heures. Cette dose est fort peu élevée, et, ce mode d'emploi est absolument anodin, l'odeur vive, pénétrante et tenace du salicylate de méthyle qui était le seul inconvénient de son emploi ne constitue plus dès lors un obstacle. Ce médicament s'élimine rapidement par le rein et la peau, son action élective sur le rein en fait un diurétique puissant. Le Dr Lasserre lui attribue aussi de bons effets dans la goutte.

(1) Voir *La Revue Médicale* page 143 pour le traitement des douleurs rhumatismales par les badigeonnages de salicylate de méthyle.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Virulence et immunité

Cours inédit du docteur Roux, fait à l'Institut Pasteur le 4 janvier 1896, recueilli et rédigé par M. le docteur A. Rousseau de Québec.

Dans les leçons précédentes nous nous sommes occupés de maladies variées dans leurs allures, variables dans leur gravité, mais toutes produites par l'introduction dans l'organisme d'un virus produisant à dose très faible des effets infiniment grands.

Cette action des virus a de l'analogie avec celle des ferments. Aussi les a-t-on depuis longtemps comparés à des ferments. On les a d'abord rapprochés des ferments chimiques. Mais l'action des ferments chimiques s'épuise en s'exerçant. Une quantité donnée d'inversin, par exemple, ne pourra intervertir qu'une quantité déterminée de sucre.

Au contraire l'activité des virus se multiplie en quelque sorte en s'exerçant. Or il n'y a que des êtres vivants qui puissent ainsi multiplier leur action au lieu de l'épuiser.

Les virus sont donc assimilables aux ferments organisés vivants, ainsi que l'a établi Pasteur, et la prédiction d'Edwards se trouve par lui justifiée : "Quiconque pénétrera la cause des fermentations, trouvera en même temps la cause des maladies."

Les virus exigent pour se développer des conditions de milieu nutritif, d'humidité, de température etc, que chaque espèce ne rencontre pas partout. Chaque virus ne se développera donc pas chez toutes les espèces animales, mais seulement chez les espèces dites sensibles. Même la nécessité d'un milieu favorable fait que certains virus se localisent en une partie du corps ou en un tissu : c'est ainsi que le virus de la rage se localise dans le système nerveux.

Si le milieu vivant est favorable le microbe pourra s'y développer. Mais un microbe peut se développer dans l'organisme sans en troubler les fonctions. On trouve cinq fois sur dix, dans les rats d'égout, des hématozoaires qui ne semblent exercer sur eux aucune influence nocive. Or on appelle virus les micro-organismes qui produisent des maladies. Il ne suffit donc pas à un microbe de se développer dans l'organisme animal pour être qualifié de virus : il faut de plus qu'il en trouble les fonctions.

Il y a dans le tube digestif de l'homme des microbes qui lui sont probablement très utiles, peut-être même indispensables. De même on voit dans les nodosités des légumineuses auxquels ces plantes doivent leur croissance. Organisme microbien n'est donc pas synonyme d'organisme nuisible.

Pour produire des maladies le microbe doit sécréter des substances toxiques. La virulence est l'aptitude des microbes à se développer chez ces êtres vivants en donnant des substances toxiques. Les symptômes des maladies microbiennes se rattachent à l'action sur l'organisme de la toxine des virus. Il est par suite facile de concevoir que divers microbes sécrétant la même toxine puissent produire la même maladie.

Les vibrions du choléra appartiennent à des races variées. Il suffira pour avoir avec ces différentes races, se développant chez l'homme, des appareils symptomatiques absolument identiques, que la toxine sécrétée par chacune d'elles soit la même. C'est ainsi que le même poison l'atropine, par exemple, peut se retrouver dans diverses espèces de plantes. Il n'est pas plus étonnant que diverses espèces de ces végétaux inférieurs qu'on appelle microbes donnent la même toxine.

Les toxines microbiennes ont entre elles toutes de nombreux points de ressemblance ; mais certaines propriétés peuvent permettre de différencier les unes des autres. Aussi les nombreuses variétés de toxine n'ont pas une égale résistance à la chaleur et elles sont diversement influencées par les agents chimiques, comme le chlore et l'iode, par exemple.

On a comparé ces toxines à des enzymes ou ferments solubles ; avec plus ou moins de raison, à vrai dire. En effet, à cause de leur ins-

tabilité et parce qu'on ne peut agir que sur de très petites quantités, il est difficile de les étudier au moyen des réactifs et par suite de déterminer leurs propriétés physiques et chimiques. Il vaut mieux s'appliquer à les caractériser par l'étude des effets que produit leur inoculation aux animaux.

Les microbes étant des êtres vivants peuvent être modifiés dans leur activité, et les bactériologistes ont mis à profit cette propriété, comme les botanistes ont fait pour les plantes supérieures.

Pasteur comprit le haut intérêt qu'il pouvait y avoir à modifier les virus et il nous a donné les moyens de les atténuer.

C'est dans les cultures que nous obtenons ces modifications : nous y sommes en effet maîtres des microbes par l'ensemble des conditions (température, humidité et qualité des matériaux nutritifs) dans lesquels nous les plaçons.

Il faut agir sur plusieurs générations pour obtenir une variété nouvelle d'une plante supérieure. Nous n'obtenons pas autrement une forme modifiée d'un microbe, mais nous avons en opérant sur les microbes l'avantage d'une multiplication rapide, d'une succession en quelques jours ou quelques semaines de plusieurs générations.

Un microbe ne doit être dit atténué que lorsque les propriétés atténuées peuvent se transmettre à la descendance. Une action brutale comme une vive application de la chaleur ou de la dessiccation modifie bien les microbes mêmes sur lesquels elle s'exerce, mais ces modifications ne se transmettent pas à la descendance. Il faut pour obtenir une atténuation réelle, des actions de longue durée, et le plus souvent on utilise dans ce but l'air et la chaleur.

Par la dessiccation à 37° de la sérosité d'un animal atteint de charbon symptomatique on prépare une poudre albumineuse riche en spores qu'il suffit de chauffer brusquement à 104° pour obtenir un virus incapable de donner une maladie mortelle. Cependant sa culture en milieu favorable est très virulente. Le chauffage brusque a modifié sa vitalité plus que sa virulence. Il n'est pas réellement atténué. Au contraire la bactérie charbonneuse maintenue, pendant quelque temps, suivant la méthode de Pasteur, dans un bouillon à 42°5, subit des modifications qui se transmettent indéfiniment à la descendance. Elle est réellement atténuée.

Les virus atténués produisent des affections légères. Ils peuvent se développer encore facilement dans l'organisme animal ; mais leur propriété de sécréter des toxines est très diminuée.

On dit qu'il y a retour à la virulence lorsqu'un virus atténué redevient nocif. Cette notion de retour à la virulence est très importante au point de vue des idées générales en bactériologie, et Pasteur, dans une communication célèbre, s'en est servi pour expliquer l'apparition des maladies à travers les âges.

Peu à peu grâce à des circonstances inconnues, des micro-organismes se seraient habitués à la vie parasitaire ; passant d'animal à animal ils auraient oublié la vie saprophytique et se seraient adaptés aux conditions de leur vie nouvelle.

Ces maladies virulentes ne récidivent pas ou récidivent sous une forme atténuée, et l'immunité conférée par une attaque d'une maladie virulente est d'autant plus solide que celle-ci a été plus sérieuse. L'organisme reste donc modifié après une première atteinte d'une maladie.

Il faut distinguer cette immunité acquise de l'immunité naturelle de certaines espèces ou de certaines races vis-à-vis telles ou telles maladies. L'immunité naturelle doit nous intéresser moins que l'immunité acquise, mais celle-ci résulte souvent d'une maladie qui aurait pu être mortelle et par suite il y a intérêt à chercher à l'obtenir par une maladie bénigne. Les premiers essais dans cette direction ont été faits contre la variole au moyen d'inoculations des produits d'une variole bénigne. Jenner substitua ensuite à l'inoculation des varioles légères celle de la vaccine moins nocive de beaucoup, et qui très vraisemblablement est une variole atténuée due à des micro-organismes modifiés d'une façon durable par leur condition d'existence.

Jusqu'à là on preuait dans la nature des vaccins tout préparés. Nous devons à Pasteur de les préparer nous-mêmes en partant de virus actifs, depuis la découverte de l'atténuation du microbe du choléra des poules et de la bactériidie charbonneuse complétée par une série d'admirables travaux.

On sait l'importance que prit au point de vue économique, la découverte par Pasteur de l'atténuation des virus. Elle ne fut pas un moindre évènement au point de vue scientifique, car elle devait conduire les savants à une étude sérieuse de l'immunité.

Comment expliquer que dans l'organisme d'un lapin ou d'un mouton vaccinés contre la maladie charbonneuse il se soit produit une modification persistante capable de mettre l'animal à l'abri de nouvelles atteintes de la maladie ? La première idée qui vint à l'esprit des savants pour répondre à cette question fut d'assimiler l'animal à un milieu de culture. Après qu'un virus atténué s'est développé dans son organisme, il est un milieu insuffisant, comme pour une nouvelle culture un bouillon où a déjà poussé la bactériidie charbonneuse. Une première culture le prive des substances nécessaires au développement du virus. C'est la théorie de l'épuisement. L'immunité qui résulte de cet épuisement cessera quand l'organisme aura réformé les substances nécessaires au développement du microbe, et ainsi s'explique que l'immunité acquise n'est pas permanente, mais va constamment en diminuant.

Or, la théorie de l'épuisement ne résiste pas devant les faits d'expérimentation : Un lapin est vacciné contre le charbon. Après 12 jours il peut supporter une dose de virus mortelle pour un lapin neuf, mais, il succombe à une dose massive. Il faut cependant, pour qu'elles se développent, plus de substance nutritive à une grande quantité de bactéries qu'il n'en faut à une petite quantité. La théorie de l'épuisement doit donc être abandonnée.

(A suivre)

### Notes sur la chirurgie rurale (1)

Par le docteur PAUCHET (d'Amiens), ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

#### III

##### MATÉRIEL CHIRURGICAL

1<sup>o</sup> INSTRUMENTATION.—L'arsenal du praticien doit être très simple, bien compris, peu susceptible de s'altérer :

- 2 bistouris droits ;
- 1 bistouri à résection. Le couteau à amputation est inutile ;
- 1 paire de ciseaux courbes ;
- 1 paire de ciseaux droits ;
- 10 pinces hémostatiques, analogues aux pinces américaines dont les mors courts garantissent la solidité et la rigidité ;
- 1 pince à disséquer munie de griffes ;
- 1 sonde canelée et 1 stylet ;
- 1 curette de Volkmann ;
- 1 gouge de Legouest ;
- 1 pince-gouge ;
- 1 ciseau-burin ;
- 1 maillet de plomb ;
- 1 scie à dos mobile, grand modèle ;
- 1 rugine courbe. Le trépan est inutile. Avec un maillet, le ciseau-burin, la pince-gouge et la rugine, on peut traiter toutes les fractures du crâne ;
- 1 davier de Farabeuf ;
- 2 écarteurs de Farabeuf ;
- 1 aiguille à manche de Doyen ;
- 1 pince à traction utérine munie de quatre griffes ;
- 1 pince à pansements utérins ;
- 1 spéculum bivalve Collin
- 1 curette utérine de Sims ;

- 1 sonde utérine de Doléris ;
- 10 bougies de Hégar ;
- 2 canules à trachéotomie ;
- 1 aspirateur Potain ;
- 1 thermocautère ;
- 1 tube de Faucher pour l'estomac ;
- 1 bande élastique quelconque en guise de bande d'Esmarch ;
- 1 laveur ; soit un bock émaillé ou en caoutchouc, soit un laveur vide-bouteille. A ces laveurs est adapté un tube de 2 mètres terminé par une canule de verre ; nous avons vu, à propos des lavages antiseptiques, que leurs usages étaient multiples.

Tout instrument aura un manche métallique. Les objets composés de deux pièces, comme les pinces et les ciseaux, pourront avoir une articulation démontable. Celle de Collin est de beaucoup la meilleure : si on ne désire pas avoir cette dernière, il faudrait se pourvoir d'instruments à articulation fixe à vis. Ce dernier modèle, non démontable, est tout aussi bon que le précédent, quand on fait usage de l'ébullition pour stériliser les instruments.

Le praticien devra également avoir :

- Quelques sondes urétrales ;
- 1 sonde de femme ;
- Quelques sondes molles de Nélaton ;
- Quelques sondes coniques en gomme ;
- Quelques bougies exploratrices ;
- Quelques bougies filiformes.

PRÉPARATIFS POUR OPÉRATIONS A DOMICILE.—a. *Table d'opération* : une table de 80 centimètres de haut, de 50 centimètres de large, de 1 m. 80 de long. A son défaut, une porte étroite ou une rallonge de table posée sur des tréteaux. Sur cette table, on disposera une couverture pliée, puis quelques journaux et une toile cirée, le tout recouvert d'un drap propre.

En cas d'opération gynécologique, une table de 1 mètre suffit ; on devra ajouter à son extrémité deux porte-jambes qu'on peut remplacer par deux aides.

b. *Local*.—Choisir la pièce la plus éclairée et la plus aérée, la chauffer à une température de 22 à 23 degrés, couvrir le parquet de journaux, puis de vieux draps, enlever les meubles, les objets inutiles, de façon à n'avoir que la table d'opération en pleine lumière, trois tables légères recouvertes d'une serviette, ainsi que quelques tabourets. Ces divers meubles servent à poser les cuvettes, plateaux, etc. Un seau de toilette sera disposé au-dessous de la table d'opération.

c. *Linge et menus objets*.—Quelques serviettes, mouchoirs, draps, tabliers nouvellement lessivés, quelques brosses de chiendent à dos de bois, des épingles anglaises. Pour bandage, on pourra avoir des bandes de tarlatane de 10 centimètres de large ou bien des bandes de toile coupées dans un vieux drap. Ces bandes seront roulées d'avance et très serrées. S'il s'agit d'un pansement sur le tronc, on choisira une serviette pliée en deux ou une large bande de flanelle.

Comme les éponges doivent être proscrites, on préparera les tampons de la façon suivante : on prend une masse peu tassée d'ouate hydrophile, du volume d'un œuf de dinde environ, puis on l'enveloppe d'un petit carré de tarlatane dont on rapproche les bouts en les nouant en bourse à l'aide d'un fil.

d. *Vaisselle*.—Quelques cuvettes de toilette pouvant être remplacées par des soupières, saladiers, etc. Quelques plats creux pour les instruments ; des marmites ou bouilloires contenant plusieurs litres et destinées à bouillir l'eau, les tampons, etc. On aura également une louche pour transvaser les liquides.

On devra laver ces objets à l'eau chaude carbonatée ou à la brosse et au savon.

e. *Stérilisation*.—On enveloppe dans une grande serviette quelques mouchoirs, brosses à ongles, tampons, serviettes, tubes de caoutchouc, etc. Cette serviette est fermée en bourse avec une ficelle et plongée dans une marmite d'eau. On mettra dans cette eau autant de

(1) Voy. *Revue médicale* 1897 page 179. (Gaz. des hôp.)

poignées de sel marin qu'il y a de litres, en ayant soin préalablement d'envelopper ce sel dans un mouchoir fermé ; on portera à l'ébullition pendant une demi-heure.

On remplira d'eau deux autres marmites, l'une sera portée à l'ébullition pendant trois quarts d'heure, l'autre sera chauffée de la même façon, quelques instants seulement avant l'opération, de façon à avoir une marmite d'eau bouillie chaude et une marmite d'eau bouillie froide. Chaque pièce de vaisselle sera flambée à l'aide de quelques gouttes d'alcool.

f. *Le lit du malade* sera placé dans une pièce voisine, et bassiné pendant l'opération avant de recevoir le patient.

g. *Pansements et médicaments.*—On devra se procurer :

Anesthésiques : chloroforme, cocaïne, éther ;

Antiseptiques : acide phénique, sublimé ;

Alcool : pour dégraisser la peau et flamber les cuvettes ;

Bandes de gaze ;

Ouate ordinaire ;

Ouate hydrophile ;

Gaze plâtrée.

On peut faire usage de ces derniers objets fournis par le commerce, ou bien de lamelles d'ouate et de gaze plâtrée disposée sous forme de bandes roulées extrêmement tassées et occupant peu de place.

*A suivre*

### Le traitement des trajets fistuleux suppurants.

Par E. G. SENN M. D. Chicago.

Ce sujet en est un d'une importance indéfinie et d'une nature tellement étendue que je ne tenterai pas la description du traitement des différentes espèces de fistules, mais je m'arrêterai sur la variété persistante qui suit un drainage ou un traumatisme, et qui, sans cause apparente, continue à suppuer pendant une période de temps indéfinie, alors que survient l'arrêt graduel ou soudain de l'activité vitale, suivie de guérison complète définitive. De tels trajets fistuleux sont une source de grands ennuis et aux chirurgiens et aux malades, spécialement si la fistule suit quelque opération brillante vu qu'elle enlève à la gloire du chirurgien en empêchant une cure complète ; et un traitement continu prolongé est une cause de grands inconvénients et de troubles pour le malade. Dans le traitement de la fistule la cause est l'élément essentiel à rechercher et à traiter. L'objet de cette courte étude n'est pas le traitement des fistules congénitales—telles que la fistule bronchique, l'urachus omphalo-mésentérique, etc.—qui sont un résultat de la déviation du développement embryonnaire normal, ni des fistules intestinales gastriques, vésico-vaginales, chez lesquelles il y a une grande tendance au processus de suppuration ; ni celles qui suivent l'ostéomyélite, la tuberculose, l'abcès de sutures, etc. Dans ces cas le facteur étiologique est évident, et son enlèvement, pourvu qu'il soit possible, amène un résultat favorable. Je désire attirer l'attention sur un autre genre de fistule très rebelle au traitement. Je veux parler du trajet fistuleux *per se*, sans foyer au fond de la blessure qui pourrait servir de havre à la vie microbienne, tel qu'un séquestre, une suture non absorbable, une cavité suppurante intraitable, etc.

La cause est située dans les murs de la fistule et est due soit aux microbes du pus, leurs ptomaines, un défaut de capacité végétative intrinsèque des cellules du tissu conjonctif, et les propriétés cliniques fortes trop souvent mises en usage des antiseptiques. Que la présence de microbes profondément situés soit la cause d'une décharge persistante, cela est hors de doute dans la grande majorité des cas ; mais il y a des cas où il y a raison de croire qu'il y a parfaite aseptie, n'ayant recours au drainage que pour enlever les décharges sanieuses, mais le trajet drainé refuse de guérir après l'ablation du drain. On connaît bien comment les tissus de différents individus, sous les mêmes conditions, varient quant à ce qui regarde leur processus de réparation. Nous ne devons pas regarder toute fistule qui rend, quand les précautions aseptiques

ont été prises, comme nécessairement d'un caractère pyogénique. L'exu-  
lation dans ces cas n'est pas du pus, mais de la lymphe ; de même que toute cellule embryonnaire postnasale sécrète physiologiquement un fluide qu'on peut prendre facilement pour du pus, *macroscopiquement*.

Considérons la pathologie des murs d'un trajet fistuleux chronique. L'habitat des microbes pyogéniques n'est pas à la surface des parois d'une fistule mais dans les tissus conjonctifs profonds. Après que l'infiltration cellulaire a pris naissance, l'aide vasculaire diminue et la nutrition est entravée, d'où suppuration. C'est en raison de microbes profondément logés que les fistules deviennent ainsi intraitables. Les parois de la fistule sont parsemées de granulations gris-bleuâtre, enroulées de tache de tissu nécrosé en suppuration.

Cette région est anémiée, et les cellules embryonnaires tombent victimes des microbes et deviennent des corpuscules de pus. Sous une ou deux couches de granulations les cellules sont plus vasculaires, mais elles fournissent encore un terrain favorable à la vie bactérienne. Si on n'intervient pas chirurgicalement les granulations fongueuses sont rejetées peu à peu, ou l'action phagocytaire du sang arrête un progrès plus avancé.

C'est un procédé lent et qui peut se compliquer d'un enfoncement plus profond du pus, formant un abcès. Le traitement chirurgical d'un tel trajet suppurant devrait, chaque fois qu'il est possible, consister à le transformer en plaie ouverte par l'incision, suivie d'un curetage complet et d'une désinfection secondaire. Quand cela se peut, on peut recourir à des moyens moins radicaux. On doit rechercher la cause active. Si la fistule est droite, le traitement est facile, mais si elle est tortueuse, le foyer microbien est difficile à atteindre. Le traitement conservateur se résume en mécanique et en chimique. Par le premier on entend l'enlèvement des microbes du pus et des débris qui recouvrent son trajet fistuleux par un curetage complet suivi d'un pansement antiseptique. Le traitement chimique ou par irrigation antiseptiques n'est pas rationnel à moins d'être combiné avec le traitement mécanique et même alors, probablement ces solutions sont de peu d'avantage. Une autorité comme Schimmelbusch affirmait qu'il était impossible de désinfecter une plaie après infection. C'est une folie que de se servir d'armes qui n'atteignent pas le point vital. Même si on pouvait se servir des solutions antiseptiques de grande force elles seraient incapables de traverser les tissus et d'atteindre la cause. Encore est-il douteux que les antiseptiques détruisent les microbes du pus dans les tissus, vu que les produits des blessures presque invariablement contiennent de l'albumine, qui forme des composés chimiques avec les solutions antiseptiques, et leur pouvoir antizymotique est mitigé ou entièrement perdu. Les solutions antiseptiques ont un effet délétère sur les cellules de tissu fixe, en diminuant leur résistance ; ou, si elles sont suffisamment puissantes, elles amènent leur entière destruction. Il est bien connu que certaines substances chimiques, telles que la thérébenthine et l'huile de croton, ont des propriétés pyogéniques, produisant un pus soi-disant chimique. Est-ce que les solutions de substances chimiques telles que nos antiseptiques toxiques, ne peuvent pas amener des produits qui ont l'apparence du pus, mais qui ne sont pas encore du pus chimique ? Les antiseptiques assez forts pour détruire la vie microbienne ont un effet identique sur le tissu de granulation environnante. Une irrigation antiseptique forte, continue par intervalles, est directement en antagonisme avec un processus curatif. C'est une destruction de la cellule au lieu d'être sa projection. J'ai vu cas sur cas où des solutions irritantes, comme le bromure, l'iodure, le bichlorure de mercure, etc, avaient été injectées dans des fistules pendant des jours et des jours sans bénéfice jusqu'à ce que l'ablation mécanique, par le curetage, de granulation fongueuses abondantes, sur le trajet fistuleux, eut été essayé, suivi d'un pansement sec. Après ce dernier traitement il y avait une remarquable diminution des symptômes, suivie d'une cure définitive.

Le traitement rationnel ne devrait pas être basé sur l'essai de destruction directe des microbes, qui est évidemment impossible, mais

de rendre stérile un terrain qui était fertile, favorable à leur reproduction. On atteint ce but par un curetage complet, c'est-à-dire fait depuis l'ouverture jusqu'au fond de la fistule. Quand la fistule est tortueuse, une curette utérine, dont le manche peut être adapté aux courbes du trajet, répond bien au besoin.

Cette opération doit être faite avec une force considérable, sans égard à l'hémorragie, jusqu'à ce qu'on rencontre une résistance considérable, ce qui démontre qu'on a atteint les cellules fixes.

Cela assure l'ablation de quelques-uns des microbes eux-mêmes, qui sont, règle générale, profondément cachés, quoique ce soit d'importance secondaire. Mais avant tout enlevez les granulations mauvaises et les débris, le terrain le plus fertile de la culture microbienne. Cette opération est suivie d'une irrigation non toxique, telle qu'avec des solutions d'acide borique, d'acide salicylique, de Thiersch, de sel normal, d'acétate d'aluminium, ou d'eau stérilisée, pour l'enlèvement mécanique des débris détachés et des toxines.

Après avoir enlevé autant que possible de ce milieu en culture, on doit avoir pour but l'attaque des bactéries qui sont restées. On obtient le plus sûrement cet effet avec un pansement sec, pourvu que le tissu nécrosé ait été entièrement enlevé, autrement le pansement sec serait une erreur, vu qu'il ne servirait qu'à protéger l'incubation de la vie microbienne au-dessous.

Des poudres antiseptiques non toxiques, telles que l'acide borique, l'acide salicylique, ou ce qui est encore mieux, une combinaison d'une partie d'iodoforme et de cinq parties d'acide borique, doivent être poussées dans la fistule. La combinaison d'iodoforme et d'acide borique est pratiquement non toxique.

L'iodoforme, bien que n'étant pas un antiseptique direct, forme certaines combinaisons avec les microbes ou leurs toxines, qui les rendent inertes. Comme ces fistules chroniques, règle générale, suppurent librement, il n'est besoin d'aucun drainage tubulaire. Cette forme de drainage n'est pas à recommander excepté quand la décharge est copieuse, vu qu'il n'aspire pas le pus, mais ne peut drainer qu'en raison de gravité. Cette action ne peut être obtenue que si le malade est dans une position favorable. Le gaze iodoformée doit être mise un peu lâche au fond de la plaie, puisqu'elle tient les parois du sinus sec en raison de son action capillaire, et qu'elle est ainsi un source de stimulation active des tissus.

Après ce traitement il pourrait survenir une légère élévation de la température due à l'absorption rapide des toxines, mais ceci disparaît bientôt. On ne doit pas toucher au pansement pendant quatre ou cinq jours, alors qu'il est enlevé, et s'il y a de la décharge et si les granulations paraissent nulles, on répète le traitement. On ne doit pas se servir de nitrate d'argent ou d'autres caustiques, car on ne détruit ainsi que superficiellement les granulations, tout en laissant une couche nécrosée, ce que tout chirurgien doit chercher à éviter. Si les granulations restent lentes d'une manière persistante, il est bien de bourrer parfois la plaie avec de la gaze saturée de baume de Pérou, car cet agent stimule le pouvoir régénérateur des cellules embryonnaires sans diminuer la vitalité des tissus environnants. Entre mes mains des fistules les plus obstinées ont cédé à ce traitement, alors que les irrigations antiseptiques antérieures pendant de longues périodes n'avaient eu aucun bon effet.

—New-York Medical Journal.

### Les ulcères cutanés

#### a) L'ULCÈRE EN GÉNÉRAL.

L'ulcère constitue une perte de substance qui intéresse non seulement les couches superficielles de la peau, comme l'érosion et l'excoriation, mais les couches profondes, c'est-à-dire celles formées par du tissu conjonctif, le corps palpillaire et même le derme dans toute son épaisseur. L'ulcère, à l'opposé de l'érosion, montre peu de tendance vers la guérison, car les granulations charnues, au fur et à mesure de leur formation, subissent la gangrène moléculaire. Il laisse toujours à sa suite

une cicatrice parce que la perte de substance est remplacée par du tissu conjonctif rétractil.

Au point de vue de leur genèse, les ulcères cutanés ont leur origine dans une infiltration soit inflammatoire, soit néoplasique. Dans la première catégorie nous pouvons ranger l'ulcération consécutive à l'inflammation aiguë du tissu cellulaire sous-cutané, furoncle et anthrax ; parmi les seconds nous comptons la tuberculose cutanée, la syphilis, le carcinome épithélial.

Quand on veut décrire un ulcère et faire le diagnostic différentiel entre les multiples variétés, on doit tenir compte des éléments suivants.

1) *Le fond* de l'ulcère peut être recouvert d'un enduit purulent sanieux, lardacé, gangréneux, diphtéritique. Souvent il est uni et lisse, d'autres fois inégal, raviné. Il peut être tapissé de granulations fongueuses, saignant facilement, d'excroissances papillomateuses. La perte de substance peut être superficielle ou profonde.

2) *Les bords* de l'ulcère peuvent être lisses et unis, finement dentelés, déchiquetés, sinueux. Ils peuvent être durs, calleux, adhérents, ou bien être d'une consistance molle, amincis, décollés. Parfois ils sont situés dans le niveau de la peau, d'autres fois, ils sont surélevés, renversés en dehors.

3) *Les tissus environnants* peuvent présenter un aspect normal, d'autres fois ils sont œdématisés, enflammés, infiltrés, durs.

4) *La forme* est très variable, ronde, ovale, irrégulière, serpiginieuse, circonscrite, en forme de rein, etc. Quant à la grandeur, on la compare volontiers à celle d'une pièce de monnaie.

5) *La sécrétion* peut être abondante, formée par du pus de bonne ou de mauvaise nature, plus ou moins sanieux, mêlé de masses nécrotiques renfermant des micro-organismes spéciaux tels que le bacille de la tuberculose.

#### b) L'ULCÈRE AU POINT DE VUE SPÉCIAL.

Il y a : 1) l'ulcère traumatique ; 2) l'ulcère variqueux ; 3) l'ulcère syphilitique ; 4) l'ulcère lupique ; 5) l'ulcère scrofulo-tuberculeux ; 6) l'ulcère carcinomateux ; 7) l'ulcère du charbon, de la morve, de l'actinomycose ; 8) l'ulcère du sarcome et du mycosis fongicide ; 9) l'ulcère de la lèpre ; 10) les chancres mou et syphilitique ; 11) l'ulcère scorbutique.

Nous allons passer en revue les 6 premières de ces variétés, les autres feront le sujet d'un article ultérieur.

1) L'ulcère traumatique doit être attribué à un processus inflammatoire, aigu ou chronique. Il peut se compliquer de fièvre. Les tissus environnants sont plus ou moins œdématisés, rouges, enflammés, douloureux.

2) L'ulcère variqueux se rencontre chez les personnes chez lesquelles, pour l'une ou l'autre cause, par exemple la longue station debout ou des grossesses répétées, la circulation veineuse dans les membres inférieurs se fait difficilement. Les petites veinules se dilatent, il se produit une infiltration, séreuse d'abord puis cellulaire, avec épaississement de la peau. La stase veineuse donne lieu à du prurit, le grattage répété provoque de petites excoriations qui s'infectent et s'agrandissent avec la plus grande facilité dans ce tissu pathologique.

Je ne décrirai pas ici les différents aspects que peut revêtir l'ulcère variqueux, si commun, mais je dois mettre les honorables praticiens en garde de le confondre, comme cela arrive assez souvent, avec l'ulcère syphilitique. L'ulcère variqueux siège ordinairement au tiers inférieur de la jambe, vers la région malléolaire, chez des personnes relativement âgées, atteintes de varicosités du membre ; souvent, celui-ci est gonflé, dur et infiltré, la peau est œdématisée, pigmentée et eczémateuse. L'ulcère syphilitique, au contraire, se développe sur des individus chez lesquels l'anamnèse fait découvrir la tare syphilitique ; il siège plus haut au tiers moyen ou supérieur du membre, il est indolore, multiple, profond ; ses bords sont taillés à pic ; il est entouré d'une marge nettement limitée, rouge-cuirre, ne s'effaçant pas par la pression du doigt et formée par le restant de tissu d'infiltration, la régression de l'infiltrat syphilitique s'opérant toujours du centre vers la périphérie. Souvent on rencontre, à côté d'ulcérations en pleine évolution, d'autres plus ou

moins cicatrisées. Ces cicatrices syphilitiques sont déprimées, blanches, gaufrées et entourées d'une auréole pigmentaire, brunâtre. La sécrétion de l'ulcère syphilitique est souvent peu abondante, viscido comme de la gomme arabique.

3) L'ulcère lupique se reconnaît assez facilement aux tubercules lupiques qu'on trouve dans son voisinage immédiat, à sa localisation et à sa torpidité : en effet, le lupus débute pour ainsi dire toujours vers l'âge de la puberté. Ses sièges de prédilection sont la figure et les extrémités. Je traite actuellement une personne chez laquelle existe un vaste placard lupique entre les deux omoplates. La configuration de l'ulcère lupique est irrégulière, il est indolore ; sa surface, située dans le niveau de la peau ou même au-dessus de ce niveau, est rouge-rouge, luisante, finement granulée, de consistance molle, saignant avec beaucoup de facilité et n'opposant aucune résistance à l'action raclante de la curette.

4) L'ulcère tuberculeux se rencontre presque exclusivement chez les individus arrivés à la dernière période de la tuberculose pulmonaire ; il résulte alors d'une auto-inoculation par les produits virulents des crachats du malade. Il peut néanmoins être dû à une inoculation fortuite chez des personnes maniant les déchets animaux : bouchers, vétérinaires, tanneurs, etc. Il siège de préférence à la muqueuse stomacale, notamment à la partie inférieure de la langue. Il se présente sous forme d'une perte de substance assez superficielle, irrégulière, recouverte d'un enduit jaune, caséux ; les bords sont amincis, décollés, très finement dentelés et taillés à pic. Il repose sur une base molle ; sa marche est très lente. Dans son voisinage immédiat ainsi que dans ses bords on trouve souvent des granulations tuberculeuses milliaires connues sous le nom de nodules de Féréole. Il est souvent très difficile de trouver, dans le produit de raclage, le bacille de Koch.

5) L'ulcère scrofuleux ou scrofuloderma se rencontre ordinairement à côté d'autres manifestations scrofuleuses telles que blépharite et périostites, chez des individus atteints de la diathèse scrofuleuse. On le rencontre notamment au cou, aux avant-bras et aux mains (gomme scrofulo-tuberculeuse des Français). Ses bords sont rouges, amincis, décollés, mous, son fond, profond et raviné, sécrète un pus caséux abondant, mal lié, renfermant comme celui de l'ulcère tuberculeux, le bacille de Koch. Il est indolore et lui a sa suite des cicatrices étoilées très caractéristiques.

7) L'ulcère carcinomateux, résultat du ramollissement d'un foyer cancéreux, ne s'observe guère avant l'âge de 43 ans. Dès que l'éclosion s'est établie, les ganglions voisins, infectés, s'engorgent et s'indurent. La surface ulcérée est le siège de douleurs lancinantes, elle saigne facilement, est inégale, bosselée, bourgeonnante. Les bords sont surélevés, déchiquetés, renversés en dehors. La cachexie cancéreuse ne tarde pas à s'établir et le malade meurt dans le marasme.

L'épithélioma superficiel de la figure ou ulcus rodens, constitue une surface rouge, luisante, faite comme par abrasion des couches superficielles de la peau à l'aide d'un rasoir. Les bords sont indurés, d'un blanc ciré caractéristique ; par-ci par-là on trouve de petites papules nacrées, dures, grosses comme une tête d'épingle, connues sous le nom de *globules épidermiques* et absolument caractéristique de l'épithélioma.

Dr PAUL DIETZ

Gazette Médicale de Liège

#### De l'emploi de l'ichthyol dans le traitement des affections des voies respiratoires.

Depuis deux ans que nous avons étudié l'ichthyol dans le traitement des affections des voies respiratoires, nos différentes expériences et publications ont porté, par ordre chronologique : 1° sur la tuberculose pulmonaire ; 2° sur le catarrhe sec ; 3° sur le catarrhe purulent ; 4° sur la dilatation bronchique avec expectoration fétide ; 5° sur les bronchites aiguës.

Dans ces divers ordres d'affections, nous avons constaté les meil-

leurs effets de l'emploi de ce médicament ; les nombreuses observations cliniques, prise dans notre service de tuberculeux de Belleville, en ont attesté l'efficacité.

1° *L'ichthyol dans les affections chroniques et la tuberculose des bronches.* — Dans les nombreux cas de tuberculose que nous avons traités, nous avons fait alterner depuis plusieurs mois le gaiacol ou le créosote avec l'ichthyol et nous en avons obtenu les meilleurs résultats.

L'espace nous manque pour faire connaître les détails relatifs à la préparation et à la composition chimique de l'ichthyol. Il importe cependant de savoir que ce médicament contient une proportion *considérable de soufre*, et que ce soufre lui est si intimement uni qu'il ne peut en être extrait que par une décomposition complète. Cette propriété le différencie d'une façon essentielle des autres préparations sulfureuses en usage.

2° *Mode d'administration de l'ichthyol.* — Nous avons employé l'ichthyol sous la seule forme qui soit acceptable par l'organisme : en capsules préparées avec le plus grand soin à la dose de 25 centigrammes chacune et avec une enveloppe permettant au médicament de passer indemne à travers l'estomac, pour ne s'ouvrir que dans l'intestin.

Nos malades ont donc pris de quatre à huit capsules par jour, au moment du repas. Malgré le soin mis pour nous à surveiller le tube digestif, nous n'y avons jamais constaté le moindre trouble.

Chez plusieurs même, ayant des signes de fermentation gastrique ou de la diarrhée, nous avons vu ces phénomènes s'amender par l'emploi de l'ichthyol.

3° *Nos observations personnelles sur l'emploi de l'ichthyol dans la tuberculose.* — A l'hôpital-dispensaire de tuberculeux de Belleville, nous avons pris 50 malades, choisis au hasard, et appartenant, par conséquent, à toutes les formes et à tous les degrés de la tuberculose.

L'amélioration a été manifeste dans 42 cas ; dans 2 cas, la guérison a été complète ; 6 malades seulement n'ont obtenu aucun bénéfice de la médication.

4° *De l'ichthyol dans le catarrhe bronchique.* — Dans le catarrhe sec, deux phénomènes sont dominants :

1° L'obstruction des petites bronches par des mucosités collantes, qui, difficiles à expulser, provoquent la toux et gênent la respiration ;

2° L'épaississement de la muqueuse des bronches, diminuant la lumière des canaux aériens, et, partant, gênant aussi la respiration.

L'ichthyol, médicament éminemment sulfureux, agit sur la muqueuse comme *révulsif*, la dégage et la dégonfle peu à peu. Les crachats se fluidifient et leur expulsion devient plus facile. Cette double constatation nous suffit pour penser que ce médicament devait donner de bons résultats chez les malades atteints de catarrhe sec. La pratique n'est pas restée au-dessous des conceptions de la théorie, et aujourd'hui nous possédons plus de 50 observations de catarrhe sec, soignés par l'ichthyol avec un véritable succès.

*Dans le catarrhe purulent et dans la dilatation bronchique (avec expectoration fétide et vomique).* — La maladie traitée par l'ichthyol évolue vers la guérison, comme dans les cas heureux de tuberculose que nous avons signalés ; l'expectoration de verdâtre, devient jaune, puis simplement muqueuse ; la toux, n'étant plus provoquée par la présence des mucosités, diminue, et la maladie marche peu à peu vers la guérison.

Nous citerons à ce propos deux cas fort remarquables de dilatation bronchique très localisée, venue à la suite de pleurésies et donnant lieu à des expectorations fétides, qui furent très rapidement améliorées par l'ichthyol. Un des malades est même revenu complètement débarrassé de son expectoration fétide après l'emploi, pendant deux mois consécutifs, de capsules d'ichthyol à la dose de huit par jour.

5° *De l'ichthyol dans les affections aiguës des bronches.* — Comme nous l'avons dit précédemment, "c'est dans les formes quinteuses de la toux, que l'ichthyol a le mieux agi." Dans cette constatation, nous avons trouvé la première base de notre croyance en l'efficacité de l'ichthyol dans les maladies aiguës des bronches.

En effet, ce calme presque immédiat (en moins de soixante douze heures en général), obtenu dans la toux, indique chez ce médicament une action sédative très nette sur les réflexes bronchiques.

Nous considérons la bronchite aiguë dans ces deux phases :

*Période de crudité, période de coction.* — Dans la période de crudité, au moment où la toux est rude et quinteuse, nous avons vu une diminution notable des phénomènes objectifs avec l'administration de six capsules d'ichthyol par jour.

Dans la période de coction, ces modifications dans la nature des crachats ont été aussi rapides que manifestes.

De vertes, les expectorations sont devenues jaunes, puis blanches, en deux à quatre jours au plus ; enfin leur quantité a diminué rapidement.

6° *Symptômes généraux.* — L'action de l'ichthyol sur l'état général du malade présente, on le conçoit, un intérêt considérable ; aussi avons-nous été bien heureux, dès le début de nos essais, de constater un amendement notable de ce côté.

Nous avons vu des tuberculeux ou des catarrheux, dont l'état général s'était altéré, augmenter de 7 à 8 livres dans le premier mois de traitement, d'autres de 4 livres seulement, mais dans les deux tiers des cas, il y a eu engraissement.

Tout ceci constitue, il nous semble, largement de quoi donner à l'ichthyol droit de cité dans le domaine des anticatarrheux et des antituberculeux. Mais nous insistons sur ce point pour le succès de notre méthode que l'ichthyol doit être prescrit sous la forme capsulaire qui est indispensable. Dr LE TANNEUR (*Gaz. des Hop.*)

#### Simplification du procédé de sérodiagnostic de la fièvre typhoïde Par M. R. FIOCCA.

Depuis quelque temps l'auteur se sert du procédé suivant pour la recherche de l'action agglutinante du sang typhique :

Avec l'anse de platine on prend une goutte d'une culture récente de bacilles d'Eberth en bouillon et on l'étend en une couche mince sur une lame couvre-objet. On pique alors le doigt ou l'oreille du malade en expérience, puis avec la pointe de l'aiguille on prélève une quantité minime du liquide sanguin ainsi obtenu et on la mêle immédiatement avec la goutte de bouillon de culture déposée sur le couvre-objet ; celui-ci est enfin appliqué sur une des lames porte-objets creuses dont on se sert pour l'étude des cultures bactériennes en goutte suspendue.

De cette façon la quantité de sang mélangée au bouillon de culture est encore inférieure à celle que M. Widal indique comme nécessaire pour la réussite de la réaction et les globules sanguins sont assez peu nombreux pour ne pas entraver l'agglutination des bacilles.

La réaction doit être considérée comme absolument caractéristique lorsqu'on voit se former des amas bacillaires immobiles dans les intervalles desquels on n'aperçoit plus de microbes libres et mobiles. Cependant si quelques bacilles libres et plus ou moins mobiles se rencontrent entre les amas agglutinés, la réaction, quoique étant moins nette, peut encore être considérée comme positive.

D'après l'auteur, ce procédé tout en étant aussi sûr que celui de M. Widal, offrirait l'avantage d'une plus grande rapidité et surtout d'une facilité d'exécution qui le rend fort commode dans la pratique privée.

La réaction s'obtiendrait presque toujours en dix minutes, plus rarement au bout de vingt à vingt-cinq minutes seulement. Si elle ne se produit pas après trente minutes, le résultat de l'examen peut être regardé comme négatif.

Et fusa it bien adhérer la verre couvre-objet à la lame porte-objet à l'aide d'une petite quantité de vaseline, on peut conserver la préparation durant plusieurs jours et l'examiner ainsi à loisir. (*Suppl. al Policlinico*, 27 novembre 1897)

#### Valeur pronostic de la disparition du second bruit du cœur dans les maladies infectieuses

La disparition du second bruit du cœur, considérée par tous les auteurs comme un phénomène extrêmement rare, en dehors des altérations de l'aorte, de l'artère pulmonaire et de leurs valvules, peut se rencontrer, d'après M. Rondot, au milieu d'états morbides très variés, comme signe révélateur d'un abaissement extrême de la tension artérielle.

D'ordinaire, le second bruit s'éteint brusquement. Exceptionnellement on peut trouver une extinction graduelle dans les deux ou trois derniers jours, mais qui aboutit à la disparition totale dans la plupart des cas. Dans ces cas, on assiste d'abord à la disparition au niveau de la région précordiale, tandis qu'à la base on retrouve encore un retentissement un peu distinct. Dans quelques cas, on ne le constate en dernier lieu que dans le foyer des bruits aortiques.

L'extinction du second bruit constitue, dans la majorité des cas, un phénomène d'un pronostic mortel à brève échéance. D'un autre côté, en donnant au clinicien la notion d'un péril imminent, constitué par la dépression exagérée de la tension artérielle, il permet de dégager une indication thérapeutique parfaitement définie : relever la tension artérielle par l'administration à haute dose de caféine et de spartéine, ou par des injections intra-veineuses ou sous-cutanées de sérum artificiel. On arrive ainsi à prolonger l'existence des malades, en leur permettant de lutter pendant plusieurs jours, alors que leur situation paraissait absolument désespérée.

#### Diagnostic différentiel de l'appendicite et de la salpingite

M. DOLÉRIS pense que c'est sur le siège de la douleur et de la tumeur qu'il faudra baser son opinion. Les commémoratifs ont également une grande importance, car il est bien rare que les femmes atteintes d'annexite n'aient pas dans leurs antécédents quelques complications du côté de l'appareil génital.

Les cas difficiles sont très rares et c'est surtout dans les cas de salpingites élevées que les erreurs sont possibles. Ceux-ci ne s'observent qu'à la suite d'accouchements plus ou moins pathologiques, car c'est seulement alors que la trompe malade peut être entraînée haut dans l'abdomen.

L'appendicite peut avoir un siège pelvien ; c'est alors une par-appendicite qui envahit secondairement les ligaments larges. Ces cas sont très rares car l'appendicite est plutôt péritonéale et s'immobilise vite par ses adhérences. De plus, l'annexité donne rarement les accidents brusques de l'appendicite. Les erreurs sont cependant possibles et en voici un cas très curieux.

Il s'agit d'une dame soignée en 1892 pour de la métrite par un curetage et une amputation du col. Elle alla d'abord mieux, puis elle fut prise de troubles digestifs et de douleurs abdominales qui la firent consulter plusieurs médecins. Dernièrement se trouvant en Angleterre, un chirurgien appelé pour un crise douloureuse diagnostiqua une appendicite et proposa l'intervention, qu'elle refusa. Revenue à Paris, un autre confrère émit la même hypothèse. Elle vint alors consulter M. Doléris qui fut étonné de ne pas trouver de tumeur abdominale appréciable. Au toucher, le petit bas-in était libre et il n'existait qu'un point douloureux siégeant très haut. L'idée d'appendicite fut repoussée, la laparotomie montra que l'appendice était normal et qu'il existait en arrière de l'utérus un ovaire malade contenant un kyste hémattique gros comme une noix.

#### Le prurit comme symptôme de la paralysie générale

Les démangeaisons cutanées survenant en l'absence de toute lésion des téguments ont été observées au cours de certaines affections nerveuses, telles que la neurasthénie, le tabes, la syringomyélie, mais elles ne paraissent pas avoir encore été signalées dans la paralysie générale. Or, l'auteur a vu, chez deux sujets, le prurit figurer parmi les symptômes les plus précoces de cette affection.

Le premier cas a trait à un homme de trente-cinq ans, qui dès le début de sa maladie cérébrale présenta un prurit généralisé, particulièrement intense à la face et au cuir chevelu, et qui, bien qu'il n'y eût aucune lésion cutanée, obligeait le patient à se grater jusqu'au sang. Sous l'influence de la franklinisation, le prurit s'atténua considérablement et les troubles psychiques s'amendèrent. Dans la suite, les démangeaisons se montrèrent de nouveau, mais elles s'atténuèrent d'elles-mêmes progressivement, à mesure que s'accusait la déchéance cérébrale.

La seconde observation concerne un paralytique général, âgé de quarante ans, qui, dès le commencement de sa maladie, éprouva des sensations prurigineuses intenses débutant derrière les oreilles et se généralisant à toute la surface du corps. Dans ce cas aussi, les séances d'électricité statique calmèrent le prurit et l'excitation psychique, mais une aggravation simultanée de ces deux symptômes ne tarda pas quand même à se manifester.

Le parallélisme observé chez ces deux malades dans l'évolution des sensations prurigineuses et des troubles cérébraux montre bien que le prurit des paralytiques généraux se trouve directement lié aux lésions corticales du cerveau. A. Sarbo, in *Pester med.-chir. Presse.*

#### Statistique de l'anesthésie

M. Gurlt, depuis un temps assez long, réunit les éléments d'une immense statistique sur les accidents dus à l'emploi des anesthésiques. Il vient de faire connaître à nouveau l'état actuel de cette entreprise.

Cette statistique compte maintenant 330 429 cas d'anesthésie avec 136 décès. C'est toujours l'éther, et surtout l'éther et le chloroforme combinés, qui paraissent constituer le meilleur mode d'anesthésie. Voici d'ailleurs les chiffres donnés par M. Gurlt :

Chloroforme : 240 806 narcoses avec 116 décès (1 pour 2075)—  
éther : 56 223 narcoses avec 11 décès (1 pour 5112)—chloroforme et  
éther associés : 15226 narcoses avec deux décès (1 pour 7613)—mé-  
lange de Billroth : 6740 narcoses avec 2 décès (1 pour 3370)—bromure  
d'éthyle : 10793 narcoses avec 2 décès (1 pour 5 396)—pental : 631  
narcoses avec 3 décès (1 pour 210).

Ces chiffres n'ont évidemment qu'une valeur relative, les indications et contre-indications spéciales des divers anesthésiques n'étant pas les mêmes. Il en ressort toutefois cet enseignement, que le chloroforme continue comme par le passé à jouir des préférences des chirurgiens et à être l'anesthésique le plus employé (*Arch. für klin. chir.*, LV., n°3).

#### L'hydrastis canadensis contre la toux et l'expectoration

L'hydrastis canadensis répond à diverses indications. Le Dr Saenger (de Madgebourg) vient de signaler les bons effets de l'extrait d'hydrastis canadensis à la dose de 20 à 30 gouttes prises quatre fois par jour chez des tuberculeux. Ce médicament serait supérieur à tous ceux employés contre la toux des phtisiques ; de plus, il a une action évidente sur l'expectoration muco-purulente, qui se modifie rapidement sous son influence.

De son côté, M. Verstraeten vante cette action merveilleuse de l'hydrastis : il a prescrit tantôt l'extrait sec sous forme de pilules, de 5 à 10 centigr., au nombre de 5 par jour, tantôt l'extrait liquide uni par parties égales à l'extrait liquide de seigle ergoté, à la dose de 30 à 40 gouttes, cinq fois par jour, dans un peu d'eau.

Il a obtenu les mêmes résultats que Saenger, et cela rapidement. Dans les bronchorrées, quelle que fût du reste leur nature, l'action de l'hydrastis a été spécialement favorable. Ce médicament mérite donc d'entrer à ce titre dans la pratique journalière du médecin.

(Revue intern. de méd.)

#### Du rôle pathogénique du refroidissement

M. Chelmonski s'est proposé d'étudier expérimentalement le rôle pathogénique du refroidissement si fréquemment invoqué.

Par lui-même le refroidissement ne provoque jamais une inflammation. Il ne peut causer que certains troubles de la circulation et amener ainsi des conditions qui prédisposent à certaines maladies. Un grand froid cause rarement ces troubles, car il est rapidement suivi d'une réaction portant sur les vaisseaux cutanés ; un refroidissement moyen provoque plus facilement un état morbide, parce que la réaction est moins accusée ou fait défaut.

Pour étudier l'influence de l'état de la nutrition sur ce point, M. Chelmonski a plongé le bras dans l'eau froide et noté au bout de combien de temps la réaction, c'est-à-dire la rougeur de la peau, s'est montrée. Chez les jeunes gens la réaction se fait plus vite ; la réaction est, au contraire, plus lente à apparaître chez les brightiques ou les fébricitants.

L'auteur conseille d'habituer, par l'endurcissement et par certains exercices, l'organisme à produire une réaction rapide ; des soins exagérés diminueraient la résistance des individus vis-à-vis des influences thermiques nuisibles (*Deutsch. Archiv. f. klin. med.*, LIX, n° 1).

#### Le bicarbonate de soude dans le traitement du panaris.

On sait combien rebelle est la guérison d'un panaris même ouvert quand le pus fuse au loin dans le tissu cellulaire ou bien, surtout, dans les gaines tendineuses.

Un médecin militaire russe, M. Guéorguévsky, s'est demandé si une solution alcaline, par son action directe sur les tissus enflammés, ne pourrait pas modifier la suppuration. Ayant employé à plusieurs reprises une solution à 2 % de bicarbonate de soude sous forme de compresses, il fut étonné de la rapidité des résultats obtenus. Ainsi, un soldat, à la suite d'un panaris, avait eu un phlegmon de la paume de la main. Une incision faite au niveau du doigt avait donné issue à une grande quantité de pus, et une sonde, introduite dans cette incision, pénétrait jusqu'à la paume de la main.

Une contre-ouverture ne fut pas pratiquée ; il n'y avait donc, pour laisser écouler le pus, que l'incision digitale. Malgré tous les topiques antiseptiques, la suppuration ne tarissait pas. C'est alors que l'auteur eut recours aux compresses de bicarbonate de soude. Dès le lendemain, l'inflammation, la suppuration cessèrent ; en quelques jours, le doigt et la main reprirent leur volume normal et leur usage fut intégralement conservé.

Ce cas n'est pas isolé : le bicarbonate de soude a fourni à M. Guéorguévsky des résultats constants dans plusieurs autres suppurations locales. Une seule particularité à noter dans son emploi : il est nécessaire que la solution agisse sur le tissu enflammé dénudé, car elle ne pénètre pas au travers de la peau même ramollie ; il faut donc absolument que le panaris soit auparavant largement ouvert.

#### Traitement des nævi vasculaires plans par l'électrolyse négative

La plupart des auteurs emploient le pôle positif qui a des propriétés essentiellement coagulantes, pour faire disparaître les nævi vasculaires. D'après M. Brocq (*Soc. dermat.*), c'est évidemment à ce procédé qu'il faut avoir recours quand le nævus est volumineux et profond, dans tous les cas de tumeurs érectiles. Mais, quand il s'agit de nævi vasculaires absolument plans, constitués par de simples telangiectasies capillaires, la destruction des vaisseaux par l'aiguille électrolytique négative est supérieure à ce que l'on obtient avec le pôle positif. Cette méthode a d'ailleurs été préconisée en 1885 par le Dr Har-daway.

On emploie pour cela de fines aiguilles en platine irridié, les mêmes dont on se sert pour la destruction des poils ; on les relie au pôle négatif d'une pile à courants continus, et on utilise les courants de 2 à 3 milliampères que l'on fait passer chaque fois pendant 8 à 12

secondes. On a bien soin de ne pas agir dans une même séance sur deux points assez voisins pour que les cercles de destruction deviennent tangents. Ainsi donc, M. Brocq serait tenté de préconiser l'électrolyse positive pour les nævi vasculaires turgescents, et l'électrolyse négative pour les nævi vasculaires plans. — M. D.

#### Traitement des Adénites chroniques de nature tuberculeuse.

Par M. le Pr. DUPLAY.

Le traitement général n'a guère d'action lorsque l'adénite est arrivée à la période de suppuration. Reste donc le traitement local. Lorsque l'adénite est bien circonscrite et ne tend pas encore à s'ouvrir à l'extérieur, on doit essayer les injections modificatrices de naphtol camphré ou d'éther iodoformé, ces dernières fournissent les meilleurs résultats. Quand la première injection n'a pas donné de bons résultats, il est préférable de ne pas s'y attarder et de recourir à l'emploi du séton filiforme aseptique qui donne une guérison parfaite avec deux petites cicatrices presque invisibles. On emploie comme séton soit une petite tresse de soie, soit un faisceau de crins de Florence soigneusement stérilisés par l'ébullition ou mieux un petit drain qui permet les injections modificatrices. Le drain doit traverser l'abcès de part en part. Pansement aseptique renouvelé suivant l'abondance de la suppuration. Il ne faut retirer le drain que lorsque la suppuration est devenue insignifiante et maintenir encore pendant quelques jours un simple fil dans le trajet avant de laisser la cicatrisation définitive s'opérer.

Quand le pus s'est évacué spontanément, ou lorsqu'il y a en même temps que du pus des parties ramollies mais non suppurées, il faut enlever les parties malades. Mais il faut savoir que les cicatrices deviennent souvent dans ces cas chéloïdiennes secondairement. Il importe donc, lorsqu'on opère sur de jeunes sujets, de constitution lymphatique, de prévenir les parents de cette éventualité, afin qu'ils ne rendent pas le chirurgien responsable de la difformité des cicatrices qui peuvent résulter de ces opérations.

#### Nouveau traitement de l'Ozène

Campired (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, etc. N° 5, 1897) rapporte sept cas d'ozène traités avec le sérum anti-diphthérique. On a donné de quatre à vingt-sept injections, variant en quantité de quatre à vingt centimètres. La dose doit être petite d'abord et augmentée graduellement. Tout d'abord l'odeur disparaît. Ensuite on a observé l'œdème de la membrane muqueuse, avec augmentation et fluidification de la sécrétion. La membrane est devenue plus rouge, et les croûtes plus tendres à mesure que le nombre des injections augmentait. Les irrigations nasales d'eau salée chaude, stérile, furent mises en usage durant le traitement.

*Western Med. and Surg. Gazette.*

#### Traitement des névralgies incurables du cancer de l'utérus par la résection des racines postérieures des nerfs de la queue du cheval.

La morphine ne suffit pas toujours à calmer les douleurs qui accompagnent certains néoplasmes et en particulier les cancers de l'utérus qui ont envahi les troncs nerveux voisins et se propagent parfois par les voies lymphatiques jusqu'aux plexus sacrés. Il est des malades, que rien ne peut soulager et qui meurent lentement de douleurs effroyables. Pour ces malades il est permis d'entreprendre toute opération qui aura des chances sérieuses d'atténuer leurs souffrances. C'est en suivant cette idée que M. FAURE a résequé chez une femme atteinte d'un cancer de l'utérus les racines postérieures de nerfs de la queue du cheval.

L'observation de ce fait est publiée dans la *Gazette Hebdomadaire*, elle est encourageante, car elle a soulagé une malheureuse qui depuis des mois passait ses jours et ses nuits à gémir.

## FORMULAIRE

### Paquets contre les vomissements consécutifs à l'anesthésie chirurgicale. — (M. Th. R. Rhoads.)

Oxalate de cerium.....	0 gr. 12 centigr.
Sulfate de codéine.....	0 — 012 milligr.
Calémel.....	0 — 006 —

Mélez. — Pour un paquet. Faites six paquets semblables. A prendre : quatre ou cinq paquets séparés par une demi heure d'intervalle.

### Amygdalite lacunaire.

Créosote de hêtre.....	viii gouttes
Teinture de myrrhe.....	60 grammes
Glycérine.....	60 —
Eau.....	120 —

Pour se gargariser plusieurs fois par jour. — (*Presse Méd.*)

### Syphillides du cuir chevelu.

Oxyde rouge de mercure.....	} à 2 grammes.
Oxyde de zinc.....	
Résorcine.....	1 —
Vaseline.....	60 —

Cette pommade est très recommandée par M. L. Phillips, dans les formes impétigineuses de la syphilis du cuir chevelu.

(*Gaz. de Hop.*)

### Furonculose.

Europhène.....	10 grammes.
Huile d'olives.....	20 —
Vaseline.....	} à 50 —
Lanoline.....	

Enduire la région atteinte et recouvrir avec de la gaze stérilisée simple. *Id.*

### Traitement interne du prurit. — (BROOQ et JACQUET).

Valérianate d'ammoniaque.....	1 gramme.
Sirop de menthe.....	20 —
Eau de tilleul.....	125 —

2 à 4 cuillères par jour.

ou encore :

Extrait de valériane.....	0gr05
Poudre de valériane.....	Q. s.

Pour une pilule ; de 2 à 8 par jour.

ou encore :

Teinture de valériane II à XV gouttes par jour.

ou :

Acide phénique.....	0gr05
Régliasse pulvérisée et gomme.....	Q. s.
arabique.....	

Pour une pilule : de 4 à 8 par jour à la fin des repas.

ou encore :

Teinture de belladone v à vi gouttes par jour.

### Contre la spermatorrhée (MEISELIS).

Citrate de cornutine.....	0gr15
Argile.....	7 grammes
Mucilage de gomme adragante.....	Q. s. p. 50 pilules.

*Id.*

### Une formule pour administrer le naphtol.

D'après Maximowitsch, le naphtol  $\alpha$ , trois fois moins toxique et trois fois plus antiseptique que le naphtol  $\beta$ , doit toujours être préféré à ce dernier (*Répertoire de pharmacie*).

Lorsqu'on veut aseptiser l'intestin, le mieux est d'administrer le naphtol  $\alpha$ , en solution dans l'huile de ricin, la solution en question ayant l'avantage d'agir à la fois comme évacuant et comme antiseptique de l'intestin. Pour réaliser simplement une antiseptie de l'intestin, on prescrira le naphtol  $\alpha$  de la façon suivante :

Naphtol $\alpha$ .....	3 grammes.
Chloroforme.....	10 centigr.
Essence de menthe.....	10 —
Huile de ricin.....	100 grammes.

A prendre une ou deux cuillères à bouche à partir de l'âge de dix ans ; chez les enfants de trois à dix ans, administrer par cuillères à café.

(*Gaz. heb.*)

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Virulence et immunité

Cours inédit du docteur Roux, fait à l'Institut Pasteur le 4 janvier 1896, recueilli et rédigé par M. le docteur A. Rousseau de Québec.

(Suite et fin)

Depuis quelques années on confère l'immunité au moyen des substances chimiques qui se trouvent dans les cultures microbiennes débarassées des virus vivants. C'est ce qu'on a fait notamment avec les toxines sécrétées par les virus du tétanos et de la diphtérie. De fortes doses administrées d'emblée tuent l'animal en expérience; des doses ménagées le vaccinent. Pour donner raison de cette action immunisante on a pensé que les microbes poussent mal dans les milieux où ils ont déjà vécu parcequ'ils y ont laissé des déjections, et que ces déjections ou toxines, injectées dans l'organisme animal, le préservent de l'infection microbienne par leur présence même.

Mais l'expérimentation a renversé encore cette théorie en montrant que les microbes peuvent pousser dans les humeurs des animaux qui ont reçu de très grandes quantités de toxines.

On émit alors l'hypothèse que l'immunité résultait d'une accoutumance des cellules au poison microbien. Peu importe le développement des microbes dans l'organisme si les cellules sont insensibles au poison sécrété par eux. On sait en effet que, sur des animaux bien immunisés, on peut faire développer au niveau d'une plaie le bacille de la diphtérie, sans qu'il produise le moindre symptôme morbide.

Il semble donc que nous ayons là la véritable raison de l'immunité, en ce qui regarde la diphtérie du moins et le tétanos dont les analogies avec la diphtérie sont à ce point de vue si parfaites.

Mais les humeurs des animaux vaccinés contre la diphtérie ou contre le tétanos ont des propriétés neutralisantes, antitoxiques, soit *in vitro*, soit en injection dans l'organisme animal, et l'on a attribué l'immunité aux propriétés antitoxiques qu'acquièrent les humeurs par les injections immunisantes.

En réalité les humeurs des animaux vaccinés contre le tétanos et contre la diphtérie ont certaines propriétés antitoxiques. Mais l'immunité existe chez l'animal avant que ses humeurs ne jouissent d'un pouvoir antitoxique: le pouvoir antitoxique ne s'établissant qu'après l'immunité, il ne peut en être la cause.

Du reste à envisager l'immunité à un point de vue général, on trouve une très sérieuse objection à la théorie qui rapporte l'immunité aux propriétés antitoxiques des humeurs. C'est que des animaux immunisés contre certaines maladies ont un sérum qui n'est pas antitoxique. Ainsi un lapin vacciné contre le pneumocoque est capable de supporter facilement des doses de virus mortelles pour un lapin neuf, et cependant son sérum n'est évidemment pas antitoxique, puisque l'injection de toxine du pneumocoque le tue aussi bien que le lapin neuf, et le mélange *in vitro* de ce sérum à la toxine ne neutralise pas du tout celle-ci.

Il faut donc admettre qu'il existe une immunité contre les microbes et une autre bien distincte contre les poisons microbiens. On produit l'immunisation contre les poisons diphtérique et tétanique, mais non contre les poisons sécrétés par le vibrio metchnikovii, par les virus de la pneumonie et du choléra etc; bien que l'immunisation contre ces virus mêmes puisse être obtenue.

Les humeurs des animaux immunisés contre les microbes seulement ont aussi des propriétés particulières, comme celles des animaux immunisés contre les toxines microbiennes. C'est Richet et Héricourt qui, dans leurs travaux sur la septicémie des souris, ont découvert le pouvoir préventif et curatif des sérums non antitoxiques: tandis que l'honneur d'avoir fait connaître les sérums antitoxiques revient à Behring et à Kitasato. Les sérums des animaux immunisés contre la pneumonie et contre le choléra, pour ne citer que deux exemples, sont préventifs et curatifs, sans être antitoxiques.

On obtient ces sérums préventifs et curatifs au moyen d'inocula-

tions ménagées aux animaux de virus atténués d'abord, puis de plus en plus actifs. Pfeiffer a montré, au sujet du choléra en particulier, dans l'expérience célèbre à laquelle est attaché son nom, l'énergie de ces sérums contre les microbes. Cette action est souvent comparable à celle des sérums antitoxiques.

De ces découvertes on a conclu au pouvoir bactéricide des sérums après immunisation contre les microbes, et on lui a attribué l'immunité des animaux vaccinés et de ceux auxquels on injecte leur sérum. Et, en effet, dans l'expérience de Pfeiffer, le sérum des animaux vaccinés contre le vibron cholérique a des propriétés bactéricides manifestes.

Mais en examinant les choses de près, on ne peut admettre que le pouvoir bactéricide des humeurs explique l'immunité contre les virus, surtout si l'on considère celle-ci d'un point de vue général. Comme il a déjà été dit des propriétés antitoxiques, le pouvoir bactéricide n'est acquis au sérum qu'après immunisation: il ne peut par conséquent être cause de l'immunité. De plus si ces propriétés bactéricides pouvaient être la base d'une théorie générale de l'immunité, elles existeraient partout où il y a immunité. Or la bactérie charbonneuse pousse très bien dans le sérum des animaux vaccinés contre le charbon, de même que les virus de la fièvre typhoïde et de l'érysipèle dans le sérum des individus qui ont eu des maladies. Le sérum des animaux vaccinés contre le vibrio metchnikovii n'est pas non plus bactéricide. Il est à noter cependant que si la culture de ce microbe réussit encore parfaitement dans l'organisme après vaccination, *in vitro* dans le sérum d'un cobaye on constate facilement qu'elle se fait moins bien après une bonne vaccination qu'avant celle-ci. Ce fait devait être mentionné en passant, car il est instructif en ce qu'il montre qu'il ne faut pas toujours conclure des expériences *in vitro* à ce qui se passe dans l'organisme.

Force étant de renoncer à expliquer l'immunité par le pouvoir bactéricide des humeurs des animaux vaccinés on en a cherché la raison dans le pouvoir atténuant de ces humeurs.

Roger n'ayant fait des cultures du streptocoque sur du sérum de lapin neuf d'une part, et d'autre part sur du sérum de lapin immunisé, vit que l'inoculation de la dernière culture n'était pas mortelle comme l'inoculation de la première, et il lui sembla en conséquence logique d'accorder un pouvoir atténuant aux humeurs des animaux vaccinés. Mais Roger, dans son expérience, en même temps que la culture du streptocoque sur sérum de lapin immunisé, inoculait forcément un peu de sérum immunisant. On ne peut donc conclure de cette expérience, et par suite le pouvoir atténuant ne saurait servir de base à une théorie générale de l'immunité.

Reste la théorie phagocytaire.

L'inoculation d'un virus sous la peau d'un animal sensible est suivie d'autant plus rapidement de la généralisation de l'infection que le virus est plus fort et l'animal plus sensible. La même inoculation à un animal immunisé produit une réaction locale vive consistant en un afflux leucocytaire abondant avec englobement des microbes. Les leucocytes jouent donc un rôle très actif contre les virus inoculés à un animal immunisé, tandis qu'ils sont paresseux, en quelque sorte inertes en présence des mêmes microbes injectés à un animal sensible. Une pareille réaction locale considérable se voit dans le cas d'inoculation à un animal sensible d'un virus atténué.

On favorise l'envahissement de l'organisme en empêchant les phagocytes d'absorber les microbes inoculés. C'est ce qu'on fait en portant ceux-ci dans les tissus enveloppés dans de petits sacs imperméables aux phagocytes et qu'on brise ensuite après quelque temps, et c'est par cet artifice qu'on a produit la généralisation de l'infection tétanique après inoculation de germes débarrassés de toxine.

Mais puisque les leucocytes sont si actifs contre les microbes, pourquoi n'agissent-ils pas toujours? La découverte des propriétés chimiotaxiques permet de répondre à cette question. Les leucocytes participent aux qualités des cellules simples desquelles nous décidons: ils sont mobiles et jouissent de propriétés digestives; mais cette activité, ils la manifes-

tent sous l'influence de certaines actions chimiques, et les toxines ont la propriété de les attirer ou de les repousser : c'est ce que constitue la chimiotaxie positive et négative.

Si le virus inoculé sécrète une toxine peu active, les leucocytes auront le temps de s'y accoutumer avant la généralisation de l'infection et l'empoisonnement de l'organisme, et il y aura englobement du virus. Au contraire une toxine forte sidère en quelque sorte les leucocytes qui dès lors restent absolument inactifs.

Il semble d'après ces faits que l'immunité consiste dans l'accoutumance des leucocytes aux toxines microbiennes.

Mais que se passe-t-il lorsqu'on injecte un sérum préventif et curatif avant ou après une infection ? L'animal ainsi traité réagit contre l'infection comme s'il était vacciné, et, en réalité, il ne l'est pas, car son immunité disparaît au bout de quelques jours. Il paraît y avoir une stimulation leucocytaire par le sérum et ce serait là le mode d'action de l'immunisation par les sérums préventifs et curatifs.

Cette immunité des phagocytes ne s'obtient pas seulement par le sérum préventif et curatif, mais aussi par des injections ménagées, faibles d'abord, puis de plus en plus actives, de virus ou de toxine. Elle est la première en date d'apparition et elle suffit le plus souvent à la défense de l'organisme. Mais à côté de l'immunité phagocytaire on peut concevoir autant de sortes d'immunité qu'il y a de systèmes cellulaires différents ; car un poison qui est sans action sur les leucocytes, peut fort bien agir sur les cellules du foie ou des reins, sur les cellules des centres nerveux, etc, et c'est pourquoi nous voyons des animaux qui ont un sérum préventif et curatif contre un virus, succomber facilement aux toxines de ce virus. Ils meurent ou par le foie, ou par les reins, ou par le système nerveux, au lieu de mourir par les leucocytes.

L'immunité phagocytaire s'obtient facilement, mais on a beau l'exalter, il est impossible de produire l'immunité des autres systèmes cellulaires, si on ne porte au contact de ces différentes cellules les poisons auxquelles elles doivent s'accoutumer peu à peu pour leur devenir insensibles. Il faut par conséquent, pour obtenir ces sortes d'immunité, une toxine que l'on administre à doses progressivement croissantes. Sous l'influence de ce traitement les cellules sécrètent ce qu'on appelle l'antitoxine et deviennent insensibles à la toxine. L'antitoxine ne se produit que lorsque l'immunité antitoxique est acquise. Or celle-ci ne s'obtient qu'exceptionnellement. Elle existe après l'application des procédés de vaccination contre la diphtérie et le tétanos ; mais elle n'existe que très peu ou pas après les vaccinations contre la pneumonie, le choléra, et l'érysipèle etc., précisément par ce que dans ces cas les poisons microbiens ne sont pas venus en contact avec les différents systèmes cellulaires : les phagocytes englobant les corps microbiens ont empêché, malgré l'apport répété de ceux-ci, la diffusion du poison dans l'organisme.

Il faut donc bien faire la différence entre l'immunité phagocytaire et l'immunité antitoxique. Celle-ci est une immunité de luxe qui le plus souvent ne nous est pas nécessaire, et qui est du reste très rare. La première condition à remplir pour l'obtenir, c'est-à-dire pour avoir des antitoxines, c'est la préparation des toxines.

Comment se forment les antitoxines ? Impossible de le démontrer, mais il est probable qu'elles résultent des sécrétions cellulaires que provoque l'irritation par les toxines.

Le sérum antitoxique détruit-il directement la toxine ou agit-il par stimulation des différents systèmes de cellules, de la même manière que le sérum préventif et curatif sur le système des phagocytes ? Cette dernière supposition paraît plus admissible. En effet si le sérum antitoxique agissait chimiquement par neutralisation de la toxine, une dose donnée de toxine, traitée par une quantité correspondante d'antitoxine ne devrait plus être capable du moindre effet. Or il n'en est pas ainsi. On traite par une égale dose d'un même mélange de toxine et d'antitoxine un cobaye neuf et un cobaye qui a déjà subi des inoculations du vibrio metchnikovii, mais complètement rétabli. Le premier ne souffre

pas du tout de cette expérience, le deuxième y succombe. Comment expliquer ces résultats différents si ce n'est pas le fait que chez le 2ème cobaye les cellules affaiblies pas un traitement antérieur n'ont pas été suffisamment impressionnées par l'antitoxine ?

Les toxines du tétanos et de la diphtérie ayant à peu près les mêmes propriétés que les antitoxines correspondantes, il est difficile de faire des expériences pour connaître les rapports dans un mélange de ces corps entre eux. Mais on a fait ces expériences sur un mélange du venin du serpent qui n'est altéré qu'à 75°—80° et de son sérum antitoxique qui est détruit à 60°—65°. Le chauffage du mélange à 65° le rend de nouveau toxique. On en a conclu qu'il n'y a pas combinaison dans le mélange de la toxine avec l'antitoxine. C'est possible, mais il se pourrait aussi qu'il y eût une combinaison instable à une température élevée.

Autant de questions que l'avenir aura à résoudre.

10 janvier 1898.

## REPRODUCTION

**Une opération simple pour la cure d'un "genou de servante."**  
Par M. Phil. Hoffmann, M. D., St Louis, Mo.

Elle consiste à soutirer le liquide de la bourse distendue, à scarifier l'intérieur de ses parois et à appliquer de la pression pour les mettre en contact, de manière à amener leur réunion et l'oblitération de la cavité.

Elle se fait de la manière suivante : un couteau long avec une courte surface coupante, et un corps étroit est poussé dans la cavité de la bourse vers sa base.

On sacrifie ensuite avec son bord tranchant toutes les surfaces internes. Puis l'instrument est retiré et le liquide exprimé. Enfin, un morceau de cuir à semelle ou une feuille de plomb, recouverte de gaze antiseptique, est mise sur la bourse (le membre étant dans l'extension) et fermement retenue en place par des bandes d'emplâtre adhésif en caoutchouc, après quoi on enveloppe la jambe dans du coton à partir de trois ou quatre pouces en bas jusqu'à la même distance en haut du genou ; il faut d'abord remplir l'espace poplité de coton absorbant. Un bandage de mousseline suivi d'un autre en crin moite est ensuite appliqué comme dernier pansement.

D'ordinaire, après huit ou dix jours, les parois de la bourse sont fermement adhérentes l'une à l'autre, et il n'y aura plus de danger de réaccumulation du liquide. On doit renouveler les bandages aussi souvent qu'ils se relâchent. L'instrument dont je me sers pour cette opération a une lame presque semicirculaire qui fait angle obtus avec le corps. Les avantages sont qu'étant semicirculaire, le bord tranchant peut atteindre plus facilement toutes les parties du sac, et qu'on peut la mouvoir sans être arrêté par la tige.

Les avantages de cette opération sont :

- 1° Elle ne prend que peu de temps.
- 2° Elle ne demande pas d'anesthésie. La membrane interne de la bourse n'est pas bien sensible et pratiquement, la seule douleur ressentie vient de la ponction à travers la peau.
- 3° Pas besoin de sutures.
- 4° L'opération étant sous-cutanée, il y a bien peu de risques d'infection ; ce qui, cependant, à cette époque d'asepsie, ne devrait pas arriver même quand l'opération se fait à ciel ouvert.
- 5° Le malade peut marcher avec peu d'inconvénient et vaquer à ses affaires immédiatement après l'opération. Ceci est amplement prouvé par le cas récemment opéré devant ses élèves par le Prof. Steele à la clinique orthopédique du Collège Médical de Missouri. C'était un porteur de journaux forcé de travailler et de marcher rapidement plusieurs heures par jour. Aussitôt que l'opération fut finie et son genou pansé, comme c'était l'heure des journaux du soir il retourna à sa besogne, qu'il continua tous les jours, et fut déchargé, guéri dix ou douze jours plus tard.

Je n'ai pas réussi dans deux cas. L'un était mon premier cas opéré à la Clinique du Collège il y a trois ans ; chez lui la scarification avait été incomplète. L'autre, un cas de "coude de mineur" rempli de "graines de melon" (melon seed), petites corps qui, je crois, n'avaient pas été complètement enlevés. Ce cas, sans doute eut mieux réussi traité par une incision large.

Je sais que le principe de la scarification et de la pression a été préconisé depuis longtemps pour le traitement des ganglions malades. Mais je ne connais pas qu'on l'ait jamais mis en usage pour le traitement du genou de servante.

Peut-être est-il bien de répéter que la scarification doit être complète ; l'évacuation du liquide entière et la compression ferme pour obtenir succès dans tous les cas.

Dr. P. V. F.  
"Medical Review"

**Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche avec grande mobilité. — Aucun appareil mobilisateur. — Massage et mobilisation immédiate. Restitution des mouvements et consolidation rapide en bonne condition. (1)**

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. En présentant ce malade, j'appelle l'attention sur l'ensemble des traitements par le massage et la mobilisation que j'appliquai aux fractures de tous ordres. Ce traitement, que j'ai fondé sur des principes neufs, il y a plus de treize ans, a une importance très générale et bien autrement intéressante que les appareils de marche des fractures pour lesquels on a fait tant de bruit en Allemagne et dont une expérience intéressante vous a été communiquée par notre collègue M. Reclus.

J'ai montré que l'immobilisation n'était pas un élément indispensable ni même utile du traitement des fractures.

J'ai montré que le massage était la meilleure préparation et le meilleur complément d'une mobilisation propice à la réparation.

*Les os mobilisés avec massage périphérique se réparent plus vite et plus parfaitement que ceux qui sont immobilisés.*

Les membres massés sont souples et réparés dès la solidité obtenue.

J'ai apporté ici les nombreuses observations de fracture de clavicule, plus de cinquante, et montré plusieurs malades qui donnaient la preuve que sans immobilisation j'arrivais à un résultat supérieur à tous ceux obtenus par les appareils les plus compliqués.

Aujourd'hui, je montre un homme qui était atteint, il y a quarante jours exactement, d'une des plus mauvaises fractures de l'humérus au-dessus de l'articulation du coude avec plusieurs fragments et mobilité en tous sens.

Cet homme souffrait cruellement et le coude paraissait devoir être déformé par le moindre mouvement. Pendant les quatre premiers jours, ce coude a été placé dans une gouttière. Au cinquième il n'a plus été soutenu que par une écharpe simple jusqu'au dix-huitième jour et depuis sans être fixé davantage. Le poids du membre devait suffire absolument à maintenir ce membre en bonne situation. Après dix-huit jours il n'était plus maintenu du tout.

Dès le premier jour, ce malade a été massé et les douleurs cruelles de la fracture ont été rapidement atténuées.

Dès que le membre a eu une solidité qui paraissait devoir éviter toute déformation ultérieure, il a quitté l'hôpital le vingt-huitième jour et ce malade a continué à être traité pour cette fracture grave à la consultation externe.

Si je montre ce malade, ce n'est pas parce qu'il présente un cas rare, c'est parce qu'il est le type d'une série considérable. Là comme pour la fracture de la clavicule j'ai eu des résultats constants.

Mais ici il s'agit d'une fracture grave qui passe pour avoir une mobilité très menaçante, pour être très difficile à contenir.

Dans l'immense majorité des cas elle laisse après elle une raideur articulaire constituant une difformité souvent irrémédiable.

Au lieu des six semaines que l'on assigne d'ordinaire pour la solidité de l'humérus brisé, nous avons un os solide en moins de trois semaines.

Un grand nombre de fractures de l'humérus sont justiciables du même traitement, toutes celles par exemple que l'on observe à quatre travers de doigt au-dessus du coude, comme toutes celles qui sont supérieures à celles du deltoïde. Plus de 20 fractures de cette sorte ont été depuis deux ans traitées ainsi dans mon service.

Les sujets adultes et les sujets âgés qui présentent les plus mauvaises conditions pour ces fractures sont précisément ceux qui bénéficient le plus de mon traitement.

J'ai fait pour ces fractures de l'humérus ce que je fais pour les fractures de clavicule, du radius, du coude, de l'omoplate et même pour bien des formes de fracture de jambe.

Non seulement ces principes sont susceptibles d'une très grande généralisation pour les fractures, mais ce sont des principes de physiologie pathologique de la plus haute importance pour la réparation de tous les tissus qui ont subi un traumatisme. *L'immobilité ne favorise point la réparation des tissus et des organes.* Ceux-ci ont besoin du mouvement pour se réparer comme ils ont besoin de mouvement pour vivre. L'immobilisation qui a été et est encore un procédé banal en chirurgie, doit disparaître.

M. MARC SÉE.—Le massage n'agit dans les fractures que par la résorption des liquides épanchés. L'application de bandes de caoutchouc donne également de bons résultats.

M. PÉAN.—Les résultats de M. Championnière sont évidemment excellents ; mais cette méthode, employée sans grand soins, est dangereuse.—Dans la fracture de l'extrémité inférieure du tibia, il y a souvent des déformations considérables quand on emploie le massage.—Il serait prudent de combiner l'immobilisation et le massage.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.—Dans ma communication il y a deux choses : un principe de pathologie générale, son application.

Le principe, c'est que l'immobilisation est loin d'être favorable à la consolidation d'une fracture ; les os, comme tous les tissus de l'économie, ont besoin d'une certaine quantité de mouvements pour vivre. Le mouvement n'est pas un facteur de pseudarthrose.

Quand à l'application du principe, elle peut se résumer : n'immobiliser que lorsque, par la seule position donnée au membre, on ne peut empêcher la déformation de se produire.

C'est dire que je suis obligé de recourir à l'emploi des appareils dans les cas de fractures des diaphyses des os longs, qui se compliquent si facilement de pseudarthrose, fracture oblique du tibia comme l'a fait observer M. Labbé.

#### Sur le diagnostic précoce des affections tuberculeuses du thorax par la radioscopie

Les investigations dont M. Kelsch vient d'informer l'Académie de Médecine de Paris ont porté sur 124 sujets atteints d'affections médicales ou chirurgicales diverses, les affections tuberculeuses des poumons reconnaissables par les moyens de diagnostic habituels étant écartées.

Ces 124 malades ont donné 73 résultats absolument négatifs au point de vue de l'exploration thoracique ; 51 fois celle-ci a révélé des anomalies légères mais réelles, qui, au point de vue de leur siège, se décomposent ainsi :

Diminution de la transparence à des degrés variables :

2 sommets 25 fois.

1 sommet 16 fois.

Adénopathie bronchique bilatérale 18 fois.

Adénopathie bronchique unilatérale 22 fois.

Diminution de la transparence, opacité plus ou moins générale de la plèvre 13 fois.

Diminution unilatérale des excursions diaphragmatiques dans la moitié de la hauteur 9 fois

(1) Communiqué à la Soc. de Méd. de Paris.

Diminution unilatérale des excursions diaphragmatiques des trois quarts de la hauteur 1 fois.

Diminution des excursions diaphragmatiques des deux côtés d'un quart de la hauteur 1 fois.

Ces aspects ont été trouvés isolés ou combinés entre eux de la façon la plus variable. Ils correspondent manifestement à une diminution de la perméabilité des sommets, à une tuméfaction notable des ganglions médiastino-postérieurs, enfin à des épaissements de la plèvre et à une ankylose partielle du diaphragme.

Les sommets, les ganglions bronchiques et la plèvre étant les foyers de prédilection de la tuberculose et lui servant communément de porte d'entrée, il n'est pas téméraire de supposer que dans une partie au moins de ces faits les altérations révélées par le radioscope doivent être considérées comme relevant de cette affection. Ce sont ses débuts, si souvent ignorés, ses premières ébauches, destinées à rester latentes toute la vie ou à devenir un jour la source générative de l'auto-infection. Et c'est ainsi que l'écran fluorescent, en permettant, en quelque sorte, de faire l'anatomie du poumon *in vivo* est venu confirmer les résultats que nous ont fournis les ouvertures cadavériques, à savoir que une ou deux fois au moins sur 5, il existe des lésions tuberculeuses latentes chez les jeunes gens.

Confiant dans ces données, M. Kelsch croit pouvoir affirmer que la radioscopie est appelée à rendre de précieux services dans le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire ; ses indications fournies par la vision contribueront puissamment à la dépister, avec celles que donne l'ouïe, dans tous les cas douteux où l'auscultation et la percussion laissent le diagnostic en suspens. Il a semblé, en outre, au cours de ces recherches, qu'elle est un précieux moyen d'appréciation de la valeur physique du jeune sujet, de son présent et de son avenir pathologique. Pour déterminer le degré de résistance de l'homme, il est utile d'avoir sa taille, son poids et sa capacité respiratoire approximative, mesurée par la différence du périmètre thoracique dans l'inspiration. Mais il n'est pas indifférent de savoir qu'il a de l'adénopathie bronchique ou des adhérences pleurales, car la première lui ouvre des chances à la phtisie pulmonaire, et les secondes, si elles sont générales et épaissies, diminuent son aptitude aux grands efforts qui actionnent énergiquement les fonctions cardio-pulmonaires.

—Bull. Méd.

#### Diagnostic différentiel de la tuberculose pulmonaire et du mal de Bright.

Cette question vient d'être traitée par le Dr BONIFAS, de Caudebec-les-Elbeuf, dans la *Normandie Médicale*. Notre confrère fait remarquer que ce diagnostic différentiel est parfois très difficile. En effet, les deux maladies ont un grand nombre de signes communs, et comme la néphrite se manifeste souvent par un petit nombre de symptômes, il peut arriver qu'elle se manifeste uniquement par ces symptômes communs qui sont : perte de forces (c'est peut-être le seul signe constant, dans tous les cas de néphrite chronique), amaigrissement, toux, dyspnée, sueurs nocturnes, troubles gastro-intestinaux, décoloration des téguments, raucité de la voix, urines troubles, hémoptysie.

Quant aux signes d'auscultation ils peuvent être identiques dans les deux maladies. En effet, les râles humides perçus par l'oreille dans la tuberculose ne sont pas spécifiques de la tuberculose, mais sont dus uniquement à la congestion du poumon provoquée par la maladie ; ils existent donc dans toute congestion provoquée par une autre maladie quelconque, le mal de Bright, par exemple. Or, on connaît les allures étranges de l'œdème dans la néphrite. Cet œdème peut avoir tous les sièges. Pourquoi ne pourrait-il pas affecter l'un ou les deux sommets du poumon et y produire des râles humides, simulant les lésions de la tuberculose pulmonaire.

A l'appui de la difficulté de ce diagnostic différentiel notre confrère relate trois observations de brightiques pris au début pour des tuberculeux et celle d'un tuberculeux pris d'abord pour un brightique.

En terminant son travail M. Bonifas rappelle les signes sur lesquels on peut se baser pour établir ce diagnostic différentiel.

La présence ou l'absence d'albumine, tout en n'étant pas absolument probante, a une très grande valeur, les tuberculeux purs étant rarement albuminuriques.

La dyspnée-urémique peut parfois se différencier de la dyspnée des tuberculeux en ce qu'elle peut survenir la nuit, en plein repos, très intense d'emblée avec de très légers signes à l'auscultation.

Les sueurs dans le mal Bright sont plus fréquentes ; le plus souvent elles sont à la fois diurnes et nocturnes ; mais elles peuvent être simplement nocturnes.

Il faut rechercher les signes qui se trouvent dans la néphrite à l'exclusion de la tuberculose : œdèmes — épanchements séreux — troubles de la vue, de l'ouïe, délire — perte de la mémoire, parésie, excitabilité cérébrale, et en général tous les troubles cérébraux, etc., — et par dessus tout l'existence de l'arythmie cardiaque et des palpitations. Ces deux derniers signes (comme l'œdème des jambes d'ailleurs), ne se rencontrent dans la phtisie pulmonaire que dans les phases ultimes, mais jamais au début, tandis qu'ils se produisent très souvent et avec une grande intensité au début du mal de Bright. (Il est vrai aussi qu'il peuvent faire totalement défaut dans cette maladie).

On peut encore se renseigner sur l'époque de l'apparition de la toux. Si, lorsque celle-ci est apparue, le malade perdait depuis longtemps déjà beaucoup de forces et maigrissait notablement, on doit diagnostiquer une néphrite, car la toux peut, comme tout autre signe brightique, n'apparaître qu'à une période avancée du mal ; mais elle doit exister nécessairement dès le début ou à peu près de la tuberculose. Enfin, comme *ultima-ratio*, on doit recourir à l'analyse bactériologique des crachats.

#### L'impuissance sexuelle et son traitement.

Cette question vient d'être étudiée par le Dr LARUELLE dans la *Presse Médicale Belge*. L'auteur classe l'impuissance en trois groupes, en se basant sur l'étiologie : impuissance organique, neurasthénique, paralytique.

1°) *L'impuissance organique* existe chez les individus atteints d'une malformation, difformité ou maladie qui empêche les relations sexuelles, telles que épispadias, hypospadias, absence, atrophie, tumeurs, éléphantiasis du pénis, déviation ou courbure du membre pendant l'érection, résultant de blennorrhagies, de la syphilis ou de traumatismes, phimosis très développé avec balanite douloureuse, hyperesthésie du gland telle que le moindre contact provoque l'éjaculation.

Les tumeurs des bourses (hydrocèles énormes), les tumeurs du voisinage (hernies volumineuses), la surcharge graisseuse des parois du ventre entraînent souvent l'impossibilité des relations sexuelles.

2°) *L'impuissance neurasthénique* est la forme la plus fréquente : Les malades de cette catégorie se divisent en *impuissants déprimés par cause psychique* et en *impuissants excitables* ; ces derniers ne résistent pas à l'excitation et éjaculent avant l'intromission du membre.

3°) *L'impuissance paralytique* résulte tantôt d'une affection constitutionnelle grave, tantôt d'une maladie du cerveau ou de la moëlle.

*Traitement.* — Dans l'impuissance organique, il faut évidemment avoir recours à des interventions chirurgicales, si la chose est possible ; à la reconstruction du canal dans les cas d'épispadias ou d'hypospadias, à l'enlèvement des douleurs du pénis, à l'opération de l'hydrocèle ou des hernies volumineuses. Dans les cas de courbure du pénis, le traitement résolutif, voire même le traitement mercuriel et iodé, si la syphilis est en jeu, peut intervenir avec quelque chance de succès. La circoncision et le traitement d'une balanite rebelle guériront l'impuissance chez les sujets atteints de phimosis avec sup-puration.

Dans l'impuissance neurasthénique on doit recourir à la sugges-

tion et au traitement général de l'affection. Le traitement local est important, il comprend :

a) *La cure par les bougies métalliques.* Le malade étant couché, on introduit jusque dans la vessie des bougies de moyenne courbure et assez volumineuse (de 20 à 30). Ces bougies restent en place pendant un temps de plus en plus long, de cinq à vingt minutes. Souvent dès les premières séances, et même après quelques minutes, l'érection survient par la pression de la bougie sur les centres réflexes de la prostate, et la confiance revient au malade.

b) *La cure par la sonde réfrigérante ou cathéter à double courant.* Le cathéter métallique dont l'extrémité vésicale est fermée permet le passage dans toute la longueur du canal, et grâce à des tuyaux en caoutchouc qui y sont adaptés, d'un courant d'eau à la température de 11 à 12° c. ou chez les sujets forts sensibles à 18 ou 19° c. Si elle était mal supportée, on recourrait à l'eau à 27°.

c) Le traitement de la *portion prostatique* du canal au moyen de médicaments divers ; lavages simples, suppositoires, urethraux, etc. Ces médicaments agissent à la façon des moyens mécaniques ou thermiques, excitent les centres nerveux de la prostate et provoquent l'érection.

d) *Le traitement par l'ichthyol* chez les prostatiques. Ce médicament est prescrit en suppositoires, tandis que l'iode de potassium est pris à l'intérieur.

Dans l'impuissance paralytique le traitement donne peu de résultats. L'hydrothérapie, l'électrisation ont quelques résultats à leur actif, surtout sur les sujets jeunes.

—L'Abeille Méd.

**Technique de la circoncision**

Une circoncision ne donne un résultat satisfaisant qu'autant que l'affrontement est rigoureusement linéaire, que la réunion se fait sans suppuration, et qu'il reste assez du fourreau de la verge pour former une sorte de prépuce suffisant pour recouvrir la base du gland. M. GINARD a exposé à l'Association d'urologie les conditions qui permettent d'obtenir couramment ces résultats ; elles consistent :

1° A recourir à l'anesthésie chloroformique de préférence aux injections cocaïnées ;

2° A n'employer qu'une antiseptie très prudente qu'on réalise par le bain savonneux préalable et des lavages extra et intra préputiaux à l'eau boricuée, ou tout au plus à la liqueur de van Swieten toujours plus ou moins diluée, à l'exclusion formelle des solutions phéniquées. Dans la circoncision, l'asepsie convient mieux que l'antiseptie ;

3° A conserver une très grande longueur de peau, afin de ménager pour l'avenir un petit prépuce cutané, et à la couper très obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, afin d'obtenir une très large ouverture ;

4° A ne garder, au contraire, qu'une très étroite collerette préputiale de quatre ou cinq millimètres ;

5° A opérer la réunion, non par la suture au catgut qui, même très fin, prolonge les suites opératoires pendant une douzaine de jours, mais par des serre-fines.

6° A faciliter la bonne application des serre-fines par des fils suspenseurs placés aux quatre points cardinaux de la ligne de suture et traversant peau et muqueuse très près du bord cruenté ;

7° Enfin, à supprimer, comme pansement, toute application directe de linges ou de gaz et à se borner à recouvrir la ligne de réunion d'une épaisse couche de salol.—*Ibid.*

**De l'incontinence d'urine vraie et essentielle chez la femme. (1)**

L'incontinence d'urine vraie et essentielle est presque exclusive à la femme ; c'est l'issue involontaire et non sentie de l'urine avec abolition totale du besoin d'uriner, ne reconnaissant d'autre cause qu'une lésion mécanique et anatomique des barrières naturelles, opposé normalement à l'écoulement incessant de l'urine.

Cette lésion mécanique, cause de l'incontinence vraie, porte sur le relâchement des tissus et des sphincters. Elle est causée par les accouchements longs et laborieux, la dilatation chirurgicale ou pathologique de l'urètre ou du col de la vessie, à l'oblitération d'une fistule vésico-vaginale, à la cystocèle, à l'urétrocèle, à des malformations congénitales, toutes causes produisant une déformation du sphincter l'empêchant de jouer son rôle d'appareil de fermeture.

L'électricité compte quelques guérisons, et c'est par un essai qu'il faut commencer. Si elle échoue, traitement chirurgical et en particulier procédé de Pousson, combinaison des procédés de Gersung et de Duret (torsion de l'urètre sur son grand axe (Gersung) et incurvation (Duret).

—Gazette de Gynécologie.

**Du choix d'un dentifrice**

L'analyse bactériologique des liquides de la bouche nous montre que le choix judicieux d'un dentifrice n'est pas sans intérêt pour le médecin.

Les modifications des odeurs, des sécrétions et des enduits buccaux nécessitent des soins prophylactiques particuliers à chaque état. La plupart des dentifrices livrés par le commerce ne contiennent que des arômes et n'ont que le pouvoir de satisfaire le goût et l'odorat.

Un bon dentifrice doit avoir pour but de prévenir la carie en détruisant les microbes, en arrêtant les ferments, en conservant à la salive sa neutralité. L'acidité prononcée de cette dernière en dehors des fermentations d'origine alimentaire, peut survenir sous l'influence de fièvres, de maladies organiques graves. Son alcalinité exagérée est l'indice d'un excès de phosphate et de carbonate de chaux. Le même dentifrice ne peut donc être employé dans les deux cas. La composition du tartre lui-même doit entrer en ligne de compte dans le choix d'un dentifrice. Le tartre noir, sec qui se dépose au collet des dents généralement en petite quantité se dissout difficilement dans l'acide chlorhydrique, tandis que le tartre sec d'un brun clair qui se trouve sur les dents des personnes bilieuses s'y dissout plus facilement. Le tartre mou blanc (spécialement chez les lymphatiques) se dissout facilement dans les alcalis.

Certaines substances doivent être évitées dans la composition d'une poudre : le miel, le sucre d'abord qui se transforme en acide lactique, ensuite les substances insolubles telles que le charbon, qui font l'effet de corps étrangers, pénètrent entre le collet de la dent et la gencive, favorisent son décollement et par suite ouvrent une porte à l'infection.

En résumé, un bon dentifrice doit être approprié à la neutralité, l'acidité ou l'alcalinité de la salive.

2° Il doit être antiseptique, assurer le nettoyage des dents.

3° Il ne doit pas contenir des substances susceptibles à la longue d'altérer les éléments constitutifs de la dent.

Parmi les antiseptiques, il y a un choix à faire ; il faut recommander ceux qui ne peuvent léser les muqueuses et qui présentent le moins de dangers toxiques.

Au premier rang, nous indiquerons le salol et la résorcine, antiseptiques parfaits pour les cavités baignées par des liquides alcalins.

Le savon se prête admirablement à l'emploi qu'on veut en faire. Il peut être antiseptique, acide ou alcalin. Chez les sujets prédisposés aux dépôts de tartre, il faut attaquer ce dernier dès le début quand il est mou à l'aide de frictions. Il ne faut pas dans ce dernier cas une poudre trop impalpable.

Nous indiquons :

Pierre ponce pulvérisée.....	5 grammes
Savon médicinal.....	2 —
Resorcine.....	1 —
Craie précipitée.....	20 —
Essence de menthe.....	V gouttes.

Dr MARCHANDÉ, dentiste de la Pitié,

(1) (DR. GUIGNES.—Thèse de Lyon 1897)

### Efficacité de l'injection d'huile dans les canaux déférents pour produire l'atrophie de la prostate

Dans ces derniers temps, la section des canaux déférents a donné des résultats remarquables dans les cas d'hypertrophie prostatique. Cette nouvelle méthode a détrôné les autres, notamment la castration. M. Jaboulay a modifié cette opération en faisant précéder la ligature du canal déférent sectionné d'une injection massive d'huile poussée sous pression. Cette injection a pour but de produire l'atrophie de la prostate par le même mécanisme que Claude Bernard produisait l'atrophie du pancréas en poussant une injection semblable dans le canal de Wirsung.

Le mode opératoire est le suivant : on pratique la résection des canaux déférents suivant la méthode ordinaire ; mais, après avoir incisé le cordon et l'avoir dissocié, on l'incise et on pousse avec une seringue de Pravaz une double injection d'huile iodoformée dans chacun des deux bouts sectionnés ; on fait ensuite une ligature des bouts afin d'empêcher l'issue du liquide introduit. La même opération est faite de l'autre côté ; on suture la plaie.

Un vieillard de soixante-dix-sept ans, opéré dans ces conditions, a parfaitement guéri. Les mictions sont devenues faciles, et, par le toucher rectal pratiqué huit jours après l'opération, on a constaté la disparition complète de la saillie prostatique.

CL. BERNOUD in *Lyon Medical*

### La ménopause et le rein (1)

(1) Commencé à la Soc. Méd. des Hôp. de Paris.

L'influence exercée par la ménopause sur l'appareil circulatoire et le système nerveux est bien connue ; on sait combien les troubles vasomoteurs (bouffées de chaleurs, céphalées congestives, palpitations) sont fréquentes, lorsque les règles sont suspendues ou définitivement arrêtées. On connaît bien les troubles psychiques (irascibilité, hypochondrie, neurasthénie) qui peuvent se montrer d'une façon plus ou moins durable ; la ménopause peut créer des névroses ou aggraver les névroses persistantes.

On a moins étudié, à ce qu'il semble, le retentissement de la ménopause sur la fonction rénale. Et cependant plusieurs faits dont M. P. Le Gendre a été témoin, lui font penser que la suspension des règles a quelquefois pour effet d'entraver l'excrétion urinaire—soit en provoquant une congestion rénale et, par suite, une diminution de la quantité des urines—soit en privant l'organisme d'une voie d'émonction et en créant par rétention de poisons, que d'ordinaire peut entraîner le sang menstruel, un certain degré d'auto-intoxication, hypothèse en harmonie avec celle qui a été avancée par les partisans d'une théorie pathogénique de la chlorose par auto-intoxication.

M. Le Gendre termine sa communication par les conclusions suivantes :

Chez certaines femmes, au moment de la ménopause, la diminution, les retards, et la suppression de l'écoulement sanguin menstruel peuvent provoquer une congestion rénale d'intensité variable avec un cortège d'accidents qu'il est inutile de savoir rapporter à leur véritable cause pour les prévenir ou les faire disparaître.

Ces accidents sont la diminution de la sécrétion urinaire, quelquefois une légère albuminurie, ou une hématurie passagère, souvent des douleurs lombaires, des nausées et vomiturations, une céphalalgie intense.

Ils peuvent être prévenus, atténués, ou supprimés par une émission sanguine (ventouses scarifiées ou sangsues sur la région rénale, sangsues sur le col utérin ou saignée générale) et par une médication diurétique (lait, théobromine).

Quand il existe un rein flottant, ces accidents congestifs sont peut-être plus accentués, et, en tout cas, il est plus facile de vérifier par le palper l'état congestif du rein, qui devient turgescents, douloureux et moins mobile.

Ces accidents se produisent surtout chez les femmes ayant à un haut degré les attributs du neuro-arthritisme.

Lorsqu'il existe une affection chronique du rein, l'arrivée de la ménopause devient une circonstance aggravante, par suites des poussées congestives que chaque époque menstruelle provoque du côté de l'organe déjà malade, si l'écoulement sanguin est retardé ou insuffisant.

### Chlorose thyroïdienne

Depuis un certain temps on tend à ne plus considérer la chlorose comme une entité morbide, mais comme un syndrome pouvant être déterminé par des causes diverses.

M. Capitan vient d'attirer l'attention de la Société de Biologie de Paris sur une forme de chlorose qui semble avoir une individualité propre et qu'on pourrait dénommer la *chlorose thyroïdienne*.

On sait qu'on rencontre très fréquemment chez les chlorotiques une augmentation du corps thyroïde. Or, si on examine l'état de cette glande, dans ces cas, on remarque que tantôt il s'agit de goîtres mous et sans battements ; tantôt de goîtres plus résistants et animés de battements. Dans le premier cas, il n'existe pas ou peu de symptôme basedowiens ; ils sont, au contraire, nets et quelquefois très caractéristiques dans le second.

On pourrait objecter qu'il s'agit alors d'une simple association de la chlorose et du goître exophtalmique. Nous pensons, en nous basant sur de multiples observations, que la chlorose est, dans ces cas, sous la dépendance de la maladie de Basedow : ce serait une forme de l'intoxication thyroïdienne. Si, en effet, à des malades soignés inutilement depuis longtemps au moyen des médications ordinaires de la chlorose, on prescrit une solution iodo-iodurée un peu forte, on constate souvent une amélioration considérable de tous les symptômes et qui survient rapidement.

Mais il y a plus ; si, à de telles malades, on administre exclusivement des tablettes d'odothyrene, on voit les phénomènes de chlorose s'amender ainsi que ceux de la maladie de Basedow et disparaître presque complètement après un traitement de quatre à cinq semaines.

### Résection du Pylore (1)

M. le Dr. MONPROFIT, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers

M. le Dr. MONPROFIT (d'Angers) rapporte une observation de résection du pylore pour sténose cicatricielle avec guérison. Il s'agit d'une jeune fille qui avala un liquide caustique et présenta au bout de quelques mois des phénomènes de rétrécissement pylorique, vomissements, dilatation stomacale, amaigrissement considérable.

Le pylore était extrêmement rétréci, et la dilatation digitale fut impossible ; on en pratiqua alors la résection et le duodénum fut suturé à l'estomac. La guérison eut lieu sans incidents et se fit normalement au bout de quelques jours ; la malade reprit son embonpoint et revint à la santé.

(1) Extrait des Comptes rendus de l'agence centrale de la presse scientifique internationale, Paris.

### De la durée de l'immunité conférée par une première atteinte de diphtérie

M. le médecin-major Atgier a communiqué à la Société de médecine d'Angers un cas, rigoureusement observé, où l'immunité diphtérique consécutive à une première atteinte n'a duré que trois mois.

Il s'agit d'un cavalier du 25<sup>e</sup> dragons, qui fut atteint, en octobre 1896, de diphtérie grave, classique tant par ses symptômes que par ses complications (paralysies du voile du palais et des membres inférieurs). Trois mois après la guérison des derniers accidents diphtériques, au commencement de juin 1897, il fut pris d'une angine à bacilles de Loeffler, constatés au laboratoire de bactériologie par M. le professeur Bahuud. Cette seconde atteinte céda rapidement en trois jours au traitement employé, qui consista en sulfate de quinine à l'intérieur, et en badigeonnages, tantôt au sublimé, tantôt au solol camphré.

**L'eau de mer en injections intra-veineuses**

MM. Hallion et Carion informent la société de Biologie de Paris qu'ils ont vérifié l'exactitude du fait avancé par M. Quinton, concernant l'innocuité de l'eau de mer en injection intra-veineuse. L'eau de mer, diluée pour la ramener à une densité isotonique à celle du sang, est moins toxique que la solution dite physiologique d'eau salée à 7 p. 1000 et l'animal peut en recevoir en peu d'instant un poids égal au sien sans mourir. La vitesse de l'injection peut être portée à 1 cc. 5 par minute et par kilogramme d'animal, tandis que l'eau salée est toxique à 0 cc. 7 dans les mêmes conditions. Les résultats sont dans le même sens lorsqu'au lieu de solution salée à 7 p. 1000, on emploie la solution salée exactement isotonique, qui est à 9, 1 p. 1000. Il faut noter que l'eau de mer, ainsi diluée, se trouve être presque identique au sérum sanguin, comme composition minérale.

**Un cas de corps étranger des fosses nasales.**

Un enfant de cinq ans, fils d'un maître d'école, fut amené à M. Max BREITUNG parce que, depuis plus de trois mois, il avait par le nez un écoulement de sang et de pus ; de plus il était agité la nuit et avait perdu l'appétit.

Cet enfant avait le visage pâle et gonflé et il faisait mauvaise impression. La peau du nez et de la région voisine de la joue était œdématisée, un peu rouge et sensible à la pression. De la narine droite s'écoulait une sanie sanglante de fort mauvaise odeur, qui avait ulcéré la lèvre supérieure. En relevant l'aile du nez, on apercevait une masse noirâtre, enrobée de mucus purulent et remplissant tout l'espace compris entre les cornets et la cloison. Le passage de l'air était complètement impossible. Après un examen assez facile au spéculum, M. Breitung constata que cette masse était molle, friable, peu résistante. Il tenta de l'attirer avec un pince, constata sa mobilité et finit par l'amener tout doucement à l'extérieur. Aussitôt l'enfant éternua violemment et expulsa une quantité de pus sanglant et très fétide. Le nez était alors devenu perméable à l'air et à la sonde. La guérison était complète au bout d'une semaine.

Le corps étranger était une bouchée de viande. M. Breitung admet que ce morceau de viande avait été projeté dans les fosses nasales par une quinte de toux survenue pendant la déglutition.

Dans ce cas, la méthode de Politzer ou les injections rétro-nasales, parfois employées pour chasser les corps étrangers des fosses nasales, eussent refoulé le pus dans l'oreille moyenne. Il faut en conclure que ces pratiques sont à rejeter dans les cas de corps étrangers déjà anciens, qui s'accompagnent presque toujours de sécrétion de pus.

*Gazette Médicale de Liège.*

**Action de l'huile créosotée sur l'expulsion des fausses membranes diphtériques.**

Deux médecins anglais, les docteurs EWART et HUBERT, ayant pratiqué la trachéotomie chez un enfant atteint du croup, virent se produire un grave accès de suffocation dû à la rétention des fausses membranes dans la trachée. Ils pratiquèrent d'abord par la plaie trachéale des instillations d'huile d'olive pur, qui ne produisirent aucun résultat. Ils employèrent alors de l'huile créosotée à 5%. D'après la *Semaine Médicale*, ces instillations, répétées dans la journée toutes les demi-heures à la dose d'une grosse goutte et pendant la nuit trois fois seulement à la dose de trois gouttes, exercèrent sur l'état asphyxique une action des plus favorables : chaque introduction d'huile créosotée déterminait aussitôt un accès de toux suivie d'une expulsion abondante de pseudo-membranes. Grâce à ces instillations, secondées par le cathétérisme de la trachée et les inhalations d'oxygène — manœuvres qui auparavant n'avaient produit aucun effet — tout danger de suffocation fut bientôt conjuré et le petit malade ne tarda pas à revenir à la santé.

*L'Abeille Méd.*

**Traitement de la blennorrhagie chez la femme**

On a utilisé la formaline dans la cure de la blennorrhagie chez la femme.

Werler pratique avec succès 4 injections par jour d'une solution de 25 milligr. pour 200 grammes dans le canal de l'urèthre envahi par les gonocoques.

Voici quelques formules destinées à combattre la blennorrhagie :

M. Finger préconise les préparations suivantes contre les pollutions dans la blennorrhagie :

- Camphre..... 2 décigr.
- Mixture gommeuse..... 100 gram.

MELEZ — A prendre toutes les deux heures la valeur d'une cuillerée à bouche.

Ou bien :

- Lupulin pur ..... 1 gramme
- Sucre blanc..... 2 —

Mêler et diviser en dix paquets. A prendre trois de ces paquets dans la journée.

Ou bien :

- Lupulin pur ..... 1 gramme
- Chlorhydrate de morphine..... 5 centigr.
- Sucre blanc..... 2 grammes

Mêler et diviser en dix paquets. A prendre trois de ces paquets par jour.

Ou encore :

- Lupulin..... 1 gramme
- Camphre..... 1 décigr.
- Extrait de lupulin..... Q. S.

Pour faire pilules No 10. A prendre six par jour.

Ou encore :

- Poudre de feuilles de digitale ..... 25 centigr.
- Lupulin ..... 1 gramme

Mêler et diviser en dix paquets. A prendre le soir.

Ou encore :

- Bromure de sodium..... 10 à 15 grammes
- Camphre.....
- Lupulin ..... | à 5 déc. à 15 cent.

Mêler et diviser en dix paquets. Prendre un de ces paquets matin et soir.

Ou bien :

- Monobromure de camphre..... 4 grammes

Pour dix cachets. A prendre trois ou quatre cachets par jour.

L'antipyrine a également été vantée dans les mêmes circonstances comme antiaphrodisiaque et prescrite à la dose de 1 à 2 grammes ; de même encore le citrate de cornutine à la dose quotidienne de 6 milligr. en deux prises.

M. Marmonier utilise les tiges d'ichthyol dans le traitement de l'urétrite blennorrhagique chez la femme. Il introduit chaque jour dans l'urèthre des malades une tige d'ichthyol et dans le vagin un tampon ichthyolé, sauf durant la période catameniale. Voici le manuel opératoire :

“ On se sert d'une tige métallique d'une longueur de 30 centimètres environ et droite, car l'urèthre de la femme décrit une courbure à concavité antérieure si légère qu'il permet l'introduction des instruments droits sans la moindre difficulté.

Une des extrémités de cette tige, plus fine sur une longueur d'environ 8 à 10 centimètres, est creusée de nombreuses encoches et hérissée d'aspérités qui permettent à la ouate dont on va la garnir d'y adhérer fortement et de ne pas rester dans le canal lorsqu'on retirera l'instrument.

La femme étant couchée sur le lit à spéculum ou sur le bord d'un lit, les deux jambes écartées, l'opérateur introduit un doigt dans le vagin, puis, la pulpe tournée en haut, il exerce une pression assez forte

sur la cloison uréthro-vaginale en ramenant son doigt en dehors. Il fait sourdre ainsi au méat urinaire le pus contenu dans le canal et se rend compte du degré de la maladie et des effets du traitement. Puis, après avoir fait la toilette de la vulve et lavé soigneusement le vagin avec un liquide antiseptique, le doigt précède toujours la canule et allant tendre et frotter doucement les moindres replis de la muqueuse, il faut procéder à l'introduction de la tige.

Celle-ci, garnie d'un manchon de ouate à son extrémité rugueuse, est trempée dans le glycérol suivant :

Glycérine.....	5 grammes
Ichthylol.....	1 —

Puis, tenant la tige de la main droite comme un porte-plume et pour plus de sécurité, ayant le pouce et l'index sur l'extrémité du manchon de ouate, on l'introduit dans l'urètre comme une sonde de femme pendant que la main gauche écarte les lèvres et met à découvert le méat urinaire.

Se rappelant la légère concavité de l'urètre, si l'instrument après avoir pénétré un peu, éprouve quelque difficulté à avancer, on abaissera légèrement le manche de la tige et celle-ci pénétrera sans difficulté dans la vessie.

L'ayant introduite d'environ 5 à 7 centimètres, il faut avoir soin de presser vigoureusement sur tout le contour de la paroi urétrale, de manière à bien déplisser la muqueuse et à mettre le topique en rapport avec toute sa surface.

Enfin il faut introduire dans le vagin un tampon imbibé du même topique. On saisit le tampon imbibé dans son sens le plus long entre les deux branches d'une forte pince et, après l'avoir trempé dans le topique, on l'introduit dans le fond du vagin pendant que l'indicateur gauche déprime le périnée." (*Revue de thérapeutique des maladies des femmes*, septembre 1897).

#### Traitement du psoriasis par l'eau oxygénée

Il existe, comme on sait, des cas de psoriasis dans lesquels les traitements classiques ne donnent aucun résultat. C'est alors, qu'en désespoir de cause, on s'adresse aux médications bizarres qui comptent à leur actif des succès qu'il est fort difficile de s'expliquer. Voici dans quelles conditions le traitement par l'eau oxygénée a réussi à M. Luton.

Il s'agit d'un cas de psoriasis généralisé chez un homme d'une quarantaine d'années, chez lequel les traitements classiques avaient échoué. On se contenta alors de prescrire des lavages d'eau oxygénée à 20 volumes, en ayant soin d'expérimenter d'abord ce topique sur une seule partie du corps, la partie antérieure de la cuisse gauche, le reste des téguments devant servir de témoin.

Très rapidement, dès le troisième ou le quatrième jour, on put constater un changement considérable dans l'état de la cuisse ; l'exfoliation diminua notablement d'intensité, les larges squames du début perdirent leur caractère et l'éruption tendit à devenir furfuracée. Bientôt même, on aperçut quelques flots de peau saine ; l'amélioration n'était pas douteuse.

Ayant reconnu que l'action de l'eau oxygénée n'était pas exclusivement locale, qu'il y avait une légère tendance à l'amélioration, en dehors du champ d'expérience (partie antérieure de la cuisse) M. Luton, tout en continuant les lavages à l'eau oxygénée d'après la formule suivante :

Phosphate de soude au 1/10.....	75 cm. c.
Eau oxygénée à 20 volumes.....	25 —

Ce sérum oxygéné fut injecté, une première fois à la dose de 1 centimètre cube au lieu d'élection. A partir de ce moment, la maladie fit des progrès rapides vers la guérison et il suffit de trois autres injections, pratiquées à quatre jours d'intervalle, pour amener une guérison complète.

—(*Presse Médicale*.)

## FORMULAIRE

### Suppositoires contre la dysenterie des enfants (M. T. GUIDA)

Sulfate neutre d'alumine et de potasse.....	0 gramme 20 centigr.
Acétate de plomb.....	0 — 05 centigr.
Beurre de cacao.....	20 —
Cire fondue.....	XX gouttes.

Mélez et divisez en dix suppositoires.—Introduire un suppositoire toutes les trois à quatre heures.

### Solution pour l'anesthésie de l'urètre au moyen d'injections rectales. (M. SCHARFF.)

Chlorhydrate de morphine	0 gramme 15 centigr.
Sulfate d'atropine.....	0 — 005 milligr.
Eau distillée.....	50 grammes

F. S. A.—Usage externe.

Une injection intra-rectale de 2 à 4 grammes de ce liquide aurait pour effet d'insensibiliser complètement l'urètre postérieur.

### Solutions pour le traitement des formes graves de trachome par l'iodure d'argent à l'état naissant. (M. S. L. VASSILENKO)

Iodure de potassium.....	} à à 6 grammes
Eau distillée.....	
Glycérine.....	12 —

F. S. A.—Usage externe.

Nitrate d'argent cristallisé.....	} à à 6 grammes
Eau distillée.....	
Glycérine.....	12 —

F. S. A.—Usage externe.

### Pommade contre la pelade. (M. BALZER).

Précipité jaune.....	2 grammes
Fleur de soufre.....	4 —
Huile de cade.....	15 —
Vaseline.....	30 —

Mélez.—Usage externe.

Le patient applique cette pommade sur les parties atteintes, le soir avant de se coucher.

—*Le Prog. Méd.*

### Pilules pour le traitement des exsudats péri-utérins et pelvipéritonitiques (M. N. MALDARESCO).

Iodol.....	6 grammes.
Poudre et extrait de réglisse.....	Q. S.

F. S. A. 60 pilules.—A prendre : deux à cinq pilules matin et soir.

(*Sem. Méd.*)

### Solution pour injections hypodermiques contre l'accès d'asthme bronchique. — (M. S. SOLIS-COHEN).

Sulfate de morphine.....	0 gr. 075 milligr.
Sulfate de strychnine.....	0 — 01 centigr.
Bromhydrate d'hyoscine.....	0 — 003 milligr.
Eau distillée.....	10 grammes.

F. S. A. — Pour injections sous-cutanées.

Une seule injection d'une plaine seringue de Pravaz de ce liquide, pratiquée au moment du coucher, suffirait parfois pour enrayer la crise asthmatique. D'autres fois il est nécessaire, pour obtenir ce résultat, de répéter l'injection une seconde et même une troisième fois.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Les phénomènes psychiques et la médecine

Les idées préconçues soumises au contrôle sévère de l'expérimentation sont la flamme vivifiante des sciences d'observation; les idées fixes en sont le danger. Rappelez-vous la belle phrase de Bossuet: "Le plus grand dérèglement de l'esprit, c'est de croire les choses parcequ'on veut qu'elles soient."

PASTEUR.

"Le surnaturel est devenu phénomène naturel dès que notre ignorance de la cause a été dissipée."

CHARLES RICHEL.

Un des grands rôles de la médecine au dix-neuvième siècle a été d'éclaircir un bon nombre de ces faits prétendus extraordinaires que des siècles d'ignorance avaient accumulés, et de les synthétiser en les rattachant à des causes d'ordre purement naturel. "Supercherie ou miracle!" s'écriait naguère le pathologiste Virchow, en s'entêtant à nier avec une obstination d'allemand et un dédain digne d'un meilleur sort, les phénomènes qu'il ne prenait pas la peine d'approfondir sous prétexte que la démarcation est inviolable, l'abîme insondable entre la physique et l'intellectuel, la psychologie et la physiologie; comme si l'homme lui-même n'était pas une preuve flagrante de ce trait d'union entre le naturel et ce qu'on est convenu d'appeler le surnaturel, par son âme d'abord qui constitue bien son entité propre, par ses merveilleuses facultés synthétiques et par sa conception de l'infini. "Ni supercherie, ni miracle" répond à M. Virchow la science contemporaine, ennemie du merveilleux et du mysticisme, les lois de la nature sont immuables; ces phénomènes maintenant inexplicables, surprenants par la comparaison avec le peu que nous savons, étudions-les, serrons-les de près, dégageons-les de tout leur appareil charlatanesque et comme dans beaucoup de cas déjà, le fait brut, la faculté inconnue jusqu'ici iront grossir le domaine, si neuf et déjà si vaste, de la psycho-physiologie. La physiologie devra en réalité un jour comprendre tout le merveilleux "psychique" d'aujourd'hui. C'est effectivement en trouvant les moyens de les déceler que l'on se rend compte combien de formes inconnues de l'énergie restaient cachées! Notre œil qui ne perçoit les couleurs que du rouge ou violet, n'est sensible qu'aux vibrations comprises entre les chiffres qui représentent le nombre de vibrations et la longueur d'ondulation de ces deux rayons colorés, en deçà et au delà tout est ténèbre pour nous; et cependant en dehors du rouge d'un côté, le thermomètre, et de l'autre audelà du violet la plaque photographique et l'écran fluorescent, nous donnent la preuve de radiations chimiques, qui les impressionnent. L'esprit humain est instinctivement chercheur, c'est une loi divine d'évolution vers le progrès; actuellement l'occultisme est à la mode comme le magnétisme animal l'était il y a un siècle; dans cinquante ans ce qu'on qualifie de "merveilleux" aujourd'hui et ce que nous voulons tâcher de classer dans cet article pour démontrer ce que la science médicale a déjà fait et est en train de faire pour en dénouer les liens empiriques, ce même merveilleux, disons-nous, sera devenu phénomène physiologique banal enfin aura subi, figurativement parlant, la transformation du magnétisme à l'hypnotisme. Nous n'insisterons pas sur la physiologie de celui-ci. Tout le monde sait qu'il a conquis, grâce aux travaux surtout de savants français tels que Charcot, Bernheim, Liébeault, son entrée triomphale à l'Académie des sciences. N'était-il pas ce pendant il y a à peine vingt-cinq années ce conspué, cet imposteur

de magnétisme sur le dos duquel la Faculté et l'Académie daubaient à qui mieux mieux depuis un siècle? ne l'a-t-on pas menacé de toutes les foudres, temporelles et éternelles? Etant donnée la haute situation de M. Charcot, auquel se joignaient bientôt plusieurs professeurs distingués de diverses écoles de médecine, les récalcitrants prirent le parti de ronger leur frein et les autres battirent des mains et se mirent à adorer ce qu'ils brûlaient la veille, tellement que personne ne questionne plus sérieusement aujourd'hui la réalité des phénomènes hypnotiques ni le fait qu'ils soient produits par une cause parfaitement naturelle et explicable. Cependant ce mouvement nouveau avait une bien autre portée que celle que lui accordaient ses promoteurs, tout au moins au début; il est devenu en quelque sorte une entrée en matière préparatoire à l'étude des phénomènes psychiques dont nous voulons parler. Avec la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme il y avait aussi la suggestion, que l'on développa, que l'on façonna et que l'on prouva bientôt être tout aussi merveilleuse que l'occultisme fin-de-siècle le plus abracadabrant et devant les résultats de laquelle le sceptique endurci est bien forcé de battre en retraite, à moins de vouloir paraître aussi obstiné que le professeur Bouillaud qui ne voyait dans le phonographe qu'un artifice de ventriloquie. Mentionnons entr'autres expériences relatives à la suggestion: celles de Liébeault à Nancy, qui consistaient en la production de brûlures et de vésications (par la simple suggestion hypnotique) sur les bras d'une jeune fille; expériences contrôlées (en juillet 1886) par MM. les professeurs Beaunis et Bernheim, de la faculté de médecine de Nancy, Liégeois, de la faculté de droit et MM. les docteurs Brulard et Liébeault. Pendant la même séance on produisit aussi l'effet inverse, c'est-à-dire que, par suggestion toujours, on empêcha une substance vésicante, appliquée sur le bras, de produire de la vésication; (on obtint les brûlures, avec phlyctènes et écoulement de sérosité en appliquant des timbres-poste sur la peau et en suggestionnant la patiente à l'effet que ceux-ci étaient des vésicatoires). Les actions des médicaments à distance sont un autre résultat non moins étonnant de la suggestion. C'est grâce à cette dernière découverte qu'on peut expliquer scientifiquement jusqu'à un certain point les prétentions exorbitantes de la médecine "magnétique" et "sympathique" ("poudres de sympathie") du vieux temps, laquelle se faisait forte de faire opérer la vertu des remèdes à distance; de même que les faits constatés de suggestion et d'auto-suggestion ont permis de faire justice d'une foule de superstitions et fables populaires et donné la clef à l'histoire enchevêtrée de cette sorcellerie du moyen-âge et de ces prétendus maléfices des ensorceleurs de toute sorte. Enfin nous arrivons aux plus nouvelles applications et déductions de l'hypnotisme, l'extériorisation de la sensibilité et l'envoûtement; ces dernières expériences sont plus particulièrement dues au génie de M. le colonel de Rochas, administrateur de l'Ecole Polytechnique de Paris, qui se constitue le champion de l'art contesté des envoûteurs et reproduit leurs hideux sabbats avec tout le perfectionnement moderne, en utilisant pour cela la photographie, ce qui lui permet notamment de faire des égratignures saignantes au visage des gens rien qu'en éraillant du bout de son canif les parties correspondantes de l'épreuve négative de leur portrait photographique. Et remarquez que ces faits sont incontestables, ils ont été contrôlés par des hommes éminemment sérieux,

Il y a donc désormais main-mise de l'occulte, du merveilleux, du surnaturel, sur la science classique ; mais si celui-là tient la science, celle-ci à son tour ne l'étreint pas moins. Le stock du merveilleux est un mélange, malaisé à débrouiller, de vérités, d'illusions et de fables ; à la médecine, à la physiologie s'impose le triage de ce grain impur comme un premier soin à prendre pour le faire passer à l'état de science. Nous traiterons successivement ici des sujets suivants, tous plus ou moins encore à l'étude : 1<sup>o</sup> Extériorisation de la sensibilité et envoûtement 2<sup>o</sup> Lecture des pensées, télépathie et clairvoyance 3<sup>o</sup> Spiritisme scientifique.

#### *Extériorisation de la sensibilité et envoûtement*

« Il sera démontré, a dit Xavier de Maistre, que les traditions antiques sont toutes vraies, que le paganisme entier n'est qu'un système de vérités corrompues et déplacées, qu'il s'agit de les nettoyer pour ainsi dire et de les remettre en place pour les voir briller de tous leurs rayons. » Les expériences que nous allons rapporter rappelleront certainement à l'esprit du lecteur les vieilles histoires de figurines de cire qu'on transperçait avec des épingles, dans la croyance que les blessures ainsi faites sur l'image se répercuteraient sur la personne qu'elle représentait. Larousse définit l'envoûtement : « Opération magique consistant à pratiquer sur une image en cire, symbolisant la personne à qui l'on voulait nuire, des blessures dont elle était censée souffrir elle-même. » Cette pratique, quelque absurde qu'elle paraisse, remonte aux premiers âges de l'humanité et se retrouve dans tous les temps comme dans tous les pays ; il est donc extrêmement probable qu'elle tire son origine d'un fait bien réel et relativement assez fréquent. L'imagination populaire a naturellement transformé le phénomène primordial de mille façons différentes. Ce serait dépasser le cadre de ce travail que faire l'historique de ces variantes. Qu'il suffise de dire que nous navigons ici en plein occulte, qu'il y a à peine quelques années, ces faits pourtant indéniables, étaient attribués par les sceptiques à la supercherie, par les ignorants à l'intervention diabolique. Il n'a suffi à M. de Rochas et à ses vaillants collaborateurs qu'une poignée d'expériences probantes pour démolir tout le superstitieux qui s'y rattache depuis des siècles, de même qu'un vieux cadavre se résout quelquefois en poussière au seul contact. Nous ne voulons pas entreprendre de discuter ici les théories de M. de Rochas ; les théories sont sans doute d'excellents moyens mnémoniques dont les déductions sont fort utiles pour imaginer les expériences propres à les confirmer ou à les infirmer ; mais gardons-nous toujours de les considérer comme l'expression entière de la vérité absolue. Ce que nous voulons présenter ici ce sont les faits bruts, dégagés de tout leur surnaturel, se rattachant déjà au positivisme physiologique.

Que les phénomènes en question soient obtenus au moyen de la simple suggestion, ce qu'il est difficile d'admettre en certains cas comme nous le verrons plus loin, ou qu'ils soient produits (théorie de M. de Rochas) par des effluves susceptibles d'agir sur les sens hypersthésés de sujets hypnotiques, peu nous importe ; ce que nous constatons c'est qu'ils sont acquis dorénavant à la science, dépouillés du mysticisme qui les étreignait et surtout qu'ils expliquent tout un passé d'hallucinations.

Le Dr A. Légué, rendant compte dans une chronique des expériences en question, s'exprime ainsi : « Il n'y a pas longtemps, M. de

Rochas avait groupé quelques personnes auxquelles il voulait démontrer d'une façon presque palpable, le phénomène de l'envoûtement au moyen-âge. Dans ce but il avait apporté une poupée de cire, et, à l'appui de sa théorie, il avisa une de ses auditrices (nullement prévenue) et déclara que la personne désignée par lui à ce même moment ressentirait l'impression des manipulations qu'il ferait subir à la poupée. En effet il traversa à plusieurs reprises le cœur et les bras de la figurine et Mme X (le sujet mentionné) éprouvait les sensations de ces attouchements d'une manière proportionnée au degré de volonté que l'expérimentateur mettait dans son action. L'expérience terminée, une des spectatrices prit curieusement (sans la connaissance de Mme X) l'objet dont s'était servi M. de Rochas et le retourna dans tous les sens. On entendit alors Mme X murmurer plaintivement : « Vous n'avez donc pas encore fini de me faire souffrir ? » Pour M. de Rochas, certaines substances, comme la cire à modeler, sont propres à emmagasiner la sensibilité (ou « effluves ») du plus grand nombre des sujets extériorisés (c'est-à-dire arrivés à cet état profond de l'hypnose où le sens du tact, comme d'autres sens d'ailleurs, s'extériorise avec la sensibilité comme en formant des couches sensibles concentriques ou parallèles à la surface de la peau, les perçoivent alors certaines sensations de l'hypnotiseur quand il ne les touche plus, pourvu qu'il soit à petite distance). Quoiqu'il en soit de la théorie, de Rochas a reproduit une foule de phénomènes intéressants, citons entr'autres : il « localisait » la sensibilité en coupant pendant son sommeil à un sujet une mèche de cheveux à la nuque et en l'implantant dans la tête de la statuette ; quand le sujet fut réveillé, il ignorait l'opération qu'il venait de subir. De Rochas se place hors de sa vue et tire les cheveux fixés dans la cire ; immédiatement le sujet se retourne en disant : Mais qui est-ce qui me tire les cheveux ? — Expérience toute aussi nette avec la barbe d'un autre sujet.

Voilà des faits, mais où est la suggestion dans ces cas là ? il est assez difficile de répondre. En général la sensation ne se transmettait qu'à une distance de 5 ou 6 mètres. Mais le « clou » de tout ceci c'est « l'envoûtement photographique ». Les essais (auxquels nous faisons allusion plus haut) relatifs à cette expérience, pleinement réussis du reste, essais sévèrement contrôlés, commencés le 30 juillet 1892 avec un appareil photographique, en présence de médecins distingués, ont été conduits, pour la plupart, chez Nadar, le roi, comme l'on sait, des photographes parisiens, et avec des sujets différents. Une personne était photographiée après avoir été endormie et « extériorisée ». En piquant avec une épingle la plaque négative le sujet lui-même ressentait vivement la piqûre aux endroits correspondants de son corps (même lorsque le sujet ne pouvait voir la partie du négatif qui était piquée) ; en donnant de forts coups d'épingle, on provoquait même des cris de douleur et jusqu'à la syncope. Des traits rouges (égratignures), sans que l'épiderme soit entamé, apparaissent sous la peau, aux endroits correspondants aux piqûres de la plaque. Celle-ci peut conserver pendant plusieurs jours son pouvoir « envoûteur » et dans chaque expérience avec différents sujets, des plaques différentes donnèrent les mêmes résultats avec stigmates apparaissant toujours aux parties du corps correspondant aux points piqués de l'image.

L'expérience de la plaque sensibilisée s'est même reproduit

chez un sujet à l'état de veille (le 26 avril 1893, chez Nadar). Un curieux effet de ces phénomènes était le fait que De Rochas réveillait ses sujets en soufflant sur leur image. L'envoûtement photographique ne vaut-il pas, ne surpasse-t-il même pas toutes les momies (mot arabe signifiant cire ou substance balsamique) ou figurines de la haute magie ?

“L'extériorisation “proprement dite” consiste, comme nous l'avons dit, dans la faculté que possèdent certains sujets en état profond d'hypnose, de ressentir à distance (du moins à quelques mètres) la douleur. Quand un objet, par exemple un verre d'eau, est venu en contact avec un tel sujet “extériorisé” il (l'objet) devient lui-même “sensibilisé” et la sensibilité peut-être transportée avec le verre à une certaine distance ; ainsi une goutte d'eau sensibilisée jetée dans le feu cause au sujet une sensation de brûlure à chaque main (si le verre était primitivement en contact avec la main), et ainsi de suite. Encore une fois voilà des faits indéniables, scientifiquement contrôlés ; on peut différer quant aux théories émises mais non quant à l'évidence ou à la constatation des phénomènes. Leur réalité a été contestée jusqu'à dernièrement par la science officielle ; ce n'est qu'en montrant qu'ils pouvaient être expliqués par les forces déjà connues que les objections élevées contre eux, comme contre toutes les découvertes du reste, se sont en majeure partie évanouies. Il faut que les faits soient admis comme possibles pour qu'on se décide généralement à les observer.

(A suivre)

CHARLES VERGE.

## REPRODUCTION

### Notes sur la chirurgie rurale (1)

Par le docteur PAÛCHET (d'Amiens) ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Suite

IV

#### ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

A. ANESTHÉSIE LOCALE.—Nous ne faisons jamais usage de l'anesthésie par réfrigération (chloréthyle, glace pilée), car celle-ci est douloureuse, de courte durée, et durcit les tissus au point de gêner le bistouri.

La cocaïne est le seul anesthésique sérieux. Mais ses indications sont fort restreintes, elles ne conviennent guère qu'aux petites opérations, telles que panaris, kystes sébacés, papillomes. Dans les cas plus sérieux, l'anesthésie est incomplète et cette cocaïnisation morale est un trompe-l'œil que nous ne saurions approuver. Pour qu'elle soit complète, il faudrait exposer le sujet à des chances d'intoxication plus grandes que celles de l'anesthésie générale.

Nous employons la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne..... 1 gramme.

Acide phénique..... 1 —

Eau distillée.....100 —

Le malade doit toujours être dans la position horizontale pendant l'intervention ; on fait généralement usage de la seringue de Pravaz. Nous conseillons plutôt l'emploi de la seringue de Roux, qui, par suite de sa plus grande capacité (5 centim. cubes), se détériore moins facilement. Celle-ci, d'ailleurs, peut servir à tous les usages : sérum de Roux, morphine, cocaïne, éther, etc. Il est facile de lire sur le piston la limite de chaque centimètre cube.

Pour injecter l'anesthésique, on plonge l'aiguille dans le derme ; on parcourt l'épaisseur de ce dernier parallèlement à la surface cutanée, en pressant de temps en temps le piston pour injecter une goutte de liquide.

Une traînée blanchâtre indique sur la peau la zone anesthésiée, et le pouvoir vaso-constricteur de la cocaïne. Si la longueur de l'aiguille ne permet pas d'injecter une assez longue surface on pique la peau plus loin en commençant sur la ligne déjà anesthésiée.

On peut injecter sans danger 10 centimètres cubes de la solution cocaïnée.

B. ANESTHÉSIE GÉNÉRALE (éther, chloroforme).

La narcose est trop peu employée dans la chirurgie journalière. Nous connaissons bon nombre de fractures vicieusement consolidées, de luxations non réduites, de phlegmons de la main ayant entraîné la perte du membre, tout cela par suite de la timidité du médecin traitant.

Doit-on donc mettre en balance la fréquence de ces infirmités avec la rareté relative des accidents anesthésiques, puisque le chloroforme donne 1 mort sur 2,000 et l'éther 1 sur 8,000 ? Sans doute, ces accidents surviennent surtout au cours des petites opérations : correction d'une ankylose, réduction d'une luxation, d'une fracture, dilatation de l'anus. Ces morts sont dues à une syncope cardiaque, déterminée par une douleur trop intense chez un sujet mal endormi. Pour ces petites interventions, si on prenait la précaution de pousser l'anesthésie très loin, on n'observerait guère d'accidents. Evidemment, pour user d'une façon large de l'anesthésie générale, il faut bien la connaître ; il y a donc nécessité de la confier autant que possible à une personne en ayant une grande habitude ; peu importe si l'anesthésiste est étranger à la médecine.

1o Chloroforme. — La meilleure façon d'administrer le chloroforme est la méthode des petites doses données goutte à goutte et sans air sur un mouchoir. La respiration et l'œil du malade sont les guides de l'anesthésiste ; l'examen du pouls est inutile. En cas d'alerte, nous ne croyons qu'à l'efficacité de deux procédés : les tractions rythmées de la langue et la respiration artificielle. Le chloroforme donne 1 mort sur 2,000 ; celle-ci est souvent due à une administration défectueuse. Les affections cardiaques bien compensées, la grande jeunesse ou l'extrême vieillesse ne constituent pas des contre-indications.

2 Ether. — Le chloroforme est l'anesthésique idéal, car il n'irrite pas les bronches, n'est pas inflammable, s'administre goutte par goutte, n'exige pas de masque, n'est pas désagréable au malade. Malgré ses inconvénients, l'éther est l'anesthésique de choix pour le praticien, car il ne provoque pour ainsi dire pas d'accidents mortels, et il est très facile à manier, par suite du grand volume sous lequel on l'emploie.

On évitera des bronchites en ne l'employant pas chez les bronchitiques et emphysémateux. L'inconvénient d'un masque spéciale n'existe pas ; le médecin fait un grand cornet de carton, remplit le fond d'un tampon d'ouate hydrophile, inonde ce tampon d'éther et confie ce masque improvisé à qui que ce soit pourvu qu'il commence lui-même l'anesthésie, et qu'il suive de l'oreille le ronflement sonore du patient.

L'objection qu'on fait à l'éther de rendre la face violacée ne signifie rien quand on est averti. Si on opère à la lumière, on aura soin de couvrir le masque d'une grande serviette.

En résumé, le praticien doit faire usage de l'éther dans la presque totalité des cas, car, malgré ses petits inconvénients, il cause très rarement la mort, tandis que le chloroforme, en dépit de ses avantages, est plus toxique, plus dangereux, plus difficile à manier.

(1) Voyez La Revue Médicale page 186, (Gaz. des Hop.)

## De l'hydroa buccal

Clinique par M. le prof. FOURNIER, de l'hôpital St-Louis.

Messieurs,

Voici un malade fort intéressant, atteint d'une affection peu connue et pour lequel je demande toute votre attention. Examinez sa bouche et ses lèvres. Elles sont pour ainsi dire criblées de petites érosions, les unes rouges, les autres blanches, grisâtres. Les paupières sont injectées, la conjonctive présente de petites plaques blanchâtres et pour tout le monde l'impression est la même : plaques muqueuses. J'ai dit comme vous et c'est seulement parce que j'y ai été pris que je puis rectifier ce qui serait une erreur de diagnostic. Ce malade est atteint d'hydroa buccal syphilitique et, en effet, voyez ici, sur la lèvre inférieure, deux lésions vésiculeuses d'hydroa sur les paupières quelques vestiges ampullaires. Aucune hésitation possible, c'est l'hydroa de la bouche, affectant plus rarement les paupières.

Constitué par de petites bulles crevant comme celles de la dyshidrose, l'hydroa, à sa période d'assèchement, laisse des rougeurs simulant à s'y méprendre des syphilides. Voyez ces photographies de la collection du musée de Saint-Louis, tout le monde y serait trompé. Bien des erreurs regrettables ont été commises et j'ai vu diagnostiquer des syphilides qui n'existaient pas. Il y a une dizaine d'années, je fus appelé en consultation pour une jeune fille de 18 ans élevée dans une famille aux mœurs patriarcales comme il n'y en a plus guère par le temps fin de siècle qui court. A la bouche siégeait une plaque érosive prise par le médecin de famille pour une plaque muqueuse. Le diagnostic avait été communiqué aux parents. Je les trouvai dans un état de désolation que je vous laisse à juger. Cette fois-là le ciel me sourit vraiment : il s'était déclaré la nuit des ampoules typiques d'hydroa aux deux mains, et après avoir eu à un examen superficiel la même idée que mon confrère, je n'eus plus à hésiter sur le véritable diagnostic. La jeune fille était atteinte d'hydroa buccal, elle n'avait jamais eu la vérole, et je puis vous affirmer, maintenant qu'elle est mariée et mère de famille, qu'elle ne l'a pas eue.

Le mot hydroa, autrefois employé par les anciens pour désigner des éruptions vésiculeuses, a été repris par Bazin qui en a fait tout un groupe morbide. Il en décrit trois variétés :

1o Hydroa vésiculeux qui n'est autre chose que l'herpès iris de Bateman.

2o Hydroa vacciniforme.

3o Hydroa bulleux.

En Allemagne, Unna a proposé de donner le nom d'Hydroa aux diverses dermatoses qui rentrent dans le groupe de la dermatite herpétiforme de Duhring.

Dans ces derniers temps, M. le Dr Quinquaud a désigné, de son côté, sous le nom d'hydroa une affection à marche spéciale caractérisée par un début fébrile, des malaises, des frissons, du prurit, puis, par l'apparition brusque de bulles citrines, hémisphériques, turgides, d'abord transparentes, puis louches, puriformes, donnant lieu à des croûtelles minces, brunâtres qui tombent au bout de 5 à 6 jours en laissant des macules brunes, pigmentées, sans cicatrices.

L'éruption se présente assez souvent sous la forme de groupes bulleux ne reposant pas sur une tuméfaction bien considérable du derme. Elle se produit fréquemment sur les muqueuses où elle se caractérise surtout par des ulcérations superficielles, recouvertes d'une fine fausse membrane d'aspect blanchâtre. Cette affection évolue rapidement.

Après une poussée principale peuvent survenir plusieurs poussées secondaires de plus en plus légères, de telle sorte que la maladie dure de un à deux mois. Elle est prurigineuse dans sa phase active. Tel est l'hydroa de Quinquaud, présentant beaucoup de traits communs avec les dermatites polymorphes douloureuses aiguës du Dr Brocq.

L'hydroa vrai est caractérisé par une éruption de papules rouges, qui s'étalent avec, au centre, un léger soulèvement de l'épiderme sous forme de vésicule transparente ou un peu louche ou d'un sillon de vésicule. Ce léger soulèvement épidermique se dessèche et laisse une petite croûte centrale.

Mais à mesure que la lésion grandit, il se forme à sa périphérie, un cercle de vésicules nouvelles plus ou moins bien constituées ou avortées. Si la dermatose continue à évoluer, on peut voir apparaître un troisième cercle plus extérieur encore, de telle sorte que l'on a alors, en allant du centre à la périphérie, une croûte centrale, un cercle d'un rouge cinabre ou bleuâtre, une couronne de vésicules, un cercle érythémateux, etc., d'où le nom d'herpès iris ou en corcarde. Il se produit surtout aux mains et aux poignets. Quelquefois il rayonne par tout le corps et s'attaque aux muqueuses. La buccale et la labiale sont alors presque toujours atteintes. L'affection y persiste longtemps, simulant, comme je vous l'ai dit et montré sur notre sujet, les plaques muqueuses. On a pu la dénommer stomatite de l'hydroa.

La durée est celle de l'hérythème papuleux, à moins que l'éruption hydroïque ne se complique de véritables soulèvements bulleux qui deviennent même parfois purpuriques.

Si l'on s'adresse à l'histologie pour connaître la nature des altérations dermiques produites par l'hydroa, elle ne vous apprend rien de bien important. On y trouve aux points atteints les lésions de toute inflammation avec dilatation des vaisseaux, exsudation de sérosité et de leucocytes et toutes les modifications consécutives de l'épiderme.

Les origines de l'hydroa sont des plus multiples. Ses causes n'ont pas été bien étudiées ; cependant on peut les répartir en trois grandes catégories : 1o agents extérieurs 2o aliments et médicaments ; 3o états infectieux divers. Le rhumatisme, le choléra, la lèpre, la syphilis y prédisposent. Le froid et les changements de saison y contribuent pour une large part.

Quel traitement instituer ? Dans la grande majorité des cas, repos et expectation. On a conseillé de soumettre les malades à un régime sévère, et même à la diète, de les purger fréquemment, de leur faire boire de l'eau de Vichy. Les auteurs américains insistent beaucoup sur la nécessité de donner une alimentation légère, avec abstention de viandes noires, de faciliter la digestion par l'acide chlorhydrique, a strychnine, la pepsine.

Dans ces derniers temps, Villemin a préconisé l'iodure de potassium à la dose de 1 à 3 grammes comme un véritable spécifique. M. le Dr Brocq s'élève contre une semblable opinion. Dans les cas bénins et non exsudatifs, l'iodure de potassium ne paraît pas avoir d'inconvénients ; parfois même il semble favoriser la disparition rapide de l'éruption. Aussi, dans les formes sèches, peut-on le prescrire. Mais il faut se garder de le donner dans les cas où il y a la moindre tendance à la formation de vésicules ou de bulles. On voit alors les accidents augmenter avec la plus grande rapidité. Les éruptions peuvent même devenir hémorragiques et prendre un réel caractère de gravité.

D'autres auteurs, guidés par des idées théoriques sur la nature rhumatismale de cette éruption, ont recommandé le salicylate de soude.

Si l'on veut administrer une médication interne, il paraît plus rationnel, quand l'iodure de potassium est contre-indiqué, d'avoir recours aux médicaments vaso-moteurs, comme je fais dans tous les cas où il existe une fluxion cutanée. Je prescris, quand l'éruption est trop intense, des pilules renfermant 10 centigrammes de sulfate de quinine et d'ergotine pour 1 milligramme d'extrait de belladone et j'y associe ou non, suivant les cas, un peu de digitale.

Il est bon de soigner l'état général lorsqu'il est défectueux. Si le malade est anémique, lymphatique, on donnera du fer, de l'huile de foie de morue. S'il est réellement arthritique, de la lithine, des sels de soude, etc.

Comme traitement local, il n'y a rien à faire si l'hydroa n'est pas

exsudatif. Poudrer d'amidon, mélanger d'un quart d'oxyde de zinc ou de sous-nitrate de bismuth finement pulvérisé. Si l'hydroa est accompagné de démangeaisons ou de cuissons trop vives, faire des lotions à l'eau blanche, au bichlorure d'hydrargyre au 5|100. On peut employer également l'acide phénique au 1|100, et même au besoin appliquer des pommades à l'essence de menthe (oxyde de zinc menthe au 1|50 ou 1|60), à l'acide salicylique ou tartrique au 1|20.

Si l'hydroa est vésiculeux ou bulleux, on peut se contenter de mettre le malade dans un drap imprégné de poudre d'amidon. Lorsque l'éruption est au contraire intense et douloureuse, on peut employer localement les mêmes pansements recommandés pour le pemphigus. Un des meilleurs consiste à enduire de liniment oléo-calcaire pur ou additionné d'un peu d'acide borique ou phénique, en pratiquant ensuite l'enveloppement ouaté.

(“Revue int. de méd. et de chir.”)

#### Un nouveau syndrome clinique : Les Périviscérites disséminées

Par MM. H. HUCHARD, médecin de l'hôpital Necker  
et M. DEGUY, interne des hôpitaux.

Depuis longtemps, il y a près de dix ans, l'un de nous, (M. Huchard) appella l'attention sur un syndrome clinique spécial, auquel en raison des constatations anatomo-pathologiques faites à l'autopsie, il donne le nom de *périviscérites*. Dans le cahier d'observations de l'hôpital Bichat, en 1889 et 1890, on trouve relatés des cas de ce genre, destinés à servir de base à un travail sur ce sujet. Malheureusement, les autopsies étaient rares; rare aussi était la maladie et l'on pouvait hésiter à publier une étude de ce syndrome clinique, avant de l'avoir longtemps mûrie.

Ayant eu cette année, l'occasion de recueillir de nouvelles observations, nous avons cru le moment opportun pour entreprendre la description du syndrome clinique, désigné sous le nom de *périviscérites*, description qui paraîtra en entier, d'ici peu, et dont nous nous bornons aujourd'hui, à donner les points principaux.

Les *périviscérites* sont caractérisées anatomiquement par une inflammation chronique des trois grandes séreuses de l'organisme : péricarde, plèvre, péritoine. La plupart du temps, à la plèvre et au péricarde, elles se manifestent sous forme de symphises, plus rarement sous forme d'épaississements avec ou sans liquide. Au péritoine, les lésions sont un peu différentes, ce sont surtout des épaississements pseudo-cartilagineux, siégeant d'ordinaire autour du foie, et de la rate (périhépatite, périplénite), presque toujours accompagnés d'ascite avec ou sans fausses membranes fibrineuses pouvant agglutiner entre elles les anses intestinales. En somme les *périviscérites* sont l'association inflammatoire des trois grandes séreuses, et comme celles-ci entourent presque tous les viscères importants de l'organisme, viscères qui secondairement, se trouvent atteints dans leur fonctionnement, l'expression de *périviscérites* paraît absolument convenir pour désigner ces lésions.

Les *périviscérites* ne sont pas un processus pathologique primitif. Aussi, nous ne les décrivons pas comme une maladie spéciale, mais comme un syndrome clinique et anatomo-pathologique.

C'est le plus souvent, d'une façon secondaire aux affections rénales ou cardiaques, que les *périviscérites* se développent.

Nous n'insisterons pas davantage, aujourd'hui, sur ce côté anatomo-pathologique; mais nous signalerons quelques points de l'étude clinique qui est d'une très grande importance, car, ces *périviscérites*, ou bien contribuent à jeter de l'incertitude sur le diagnostic, ou bien contribuent à l'erreur.

Un fait primordial qui prime toute la séméiologie de ces *périviscérites*, c'est que, lors de leur développement, la maladie causale et principale s'efface de plus en plus, elle en arrive à occuper en clinique un rôle secondaire, et l'attention n'est point attirée vers elle; aussi les erreurs de diagnostic sont-elles fréquentes. Nous croyons cepen-

dant possible de les éviter, et dernièrement nous avons pu confirmer à l'autopsie, les affirmations que nous avons faites du vivant du malade.

Comme second autre fait important en clinique, il convient de dire que les *périviscérites* ont un cortège symptomatique très riche, trop riche même, il y a trop de symptômes, de telle sorte qu'on ne peut en établir l'enchaînement. Ce fait se comprend très bien, si l'on réfléchit que par suite de l'inflammation des plèvres, on a des signes pleuro-pulmonaires; par suite de l'inflammation du péricarde, des symptômes cardiaques; par suite de la périhépatite, des signes d'affection du foie; par suite des lésions du péritoine, des signes gastro-intestinaux; et, en plus, le rein, étant souvent le point de départ de la maladie, donne aussi sa note dans ce cortège symptomatique complexe.

Il n'est pas étonnant que des difficultés sans nombre s'élèvent, et lorsqu'au lit du malade il faut rétablir l'enchaînement des faits, on fait les diagnostics les plus divers: par exemple, ceux de cirrhose atrophique, de péritonite tuberculeuse, de cancer de l'estomac, du cancer viscéral, de maladie de cœur, etc., mais il faut l'avouer, jamais avec une ferme conviction, il persiste toujours quelque doute dans l'esprit, car il y a quelque chose d'anormal ou d'inexpliqué.

Si l'on a pu suivre l'évolution de la maladie, on pourra après quelque temps d'hésitation arriver au diagnostic exact, mais au prix de nombreuses difficultés. Prenons quelques exemples:

Une femme entre à la salle Delpech avec de l'arythmie, de temps en temps de la tachycardie; au poumon, de l'emphysème avec bronchite chronique et des râles de congestion aux bases, dans l'abdomen une ascite considérable se développant avec des douleurs assez vives; pas d'albumine dans les urines; pas d'œdème des membres inférieurs. On fait le diagnostic probable de cirrhose atrophique, mais avec réserves, car la malade n'avait pas, à beaucoup de points de vue, l'apparence d'une cirrhotique, les urines n'étaient pas rouge-brûlé, elles étaient assez abondantes, variant depuis 1 litre  $\frac{1}{2}$  jusqu'à 3 litres, claires et limpides, et nous écrivons sur la pancarte le diagnostic suivant: “Arythmie, emphysème, ascite; pas d'albumine. Foie?” Ce dernier point d'interrogation prouvait qu'il y avait là quelque chose d'inconnu, et cet inconnu, l'autopsie nous l'a révélé: il s'agissait d'une *périviscérite*.

D'autre part, un homme de 51 ans entre à la salle Chauffard, avec une séméiologie des plus complexes: souffles au cœur, râles dans la poitrine, de l'ascite, des hématuries, une teinte subictérique, et une cachexie progressive spéciale, une dyspnée intense, de l'œdème des membres inférieurs et du scrotum, des urines foncées, peu abondantes, mais non sédimenteuses, avec traces d'albumine. Quel diagnostic porter? On avait pensé à une cardiopathie, à un cancer de l'estomac, à de la tuberculose, à une cirrhose; mais aucun de ces diagnostics n'était ferme, on supposait autre chose, et cette autre chose était de la *périviscérite*.

Un troisième malade entre avec de l'ascite, des signes d'épanchement pleural, de l'albumine à flots, des œdèmes, de la cachexie; cette fois, après quelques jours d'incertitude, on a pensé à de la péritonite tuberculeuse, à une affection hépato-rénale. En présence de la multiplicité des symptômes, on fait le diagnostic de *périviscérite* secondaire à une néphrite, diagnostic qui fut d'ailleurs vérifié à l'autopsie.

Chez ces trois malades, les reins étaient altérés, ils avaient été la cause de la *périviscérite*, et bientôt, les symptômes propres de l'affection initiale s'étaient perdus dans le cortège symptomatique prédominant et insidieux de la complication.

Nous ne dirons plus qu'un mot, à savoir que dans certains cas, les *périviscérites* sont consécutives à des affections cardiaques. Mais ici le diagnostic est moins difficile, l'examen permettant presque toujours de retrouver les signes antérieurs et les causes de l'affection cardiaque. Mais, quand les *périviscérites* se développent, la mort

est proche ; et souvent, du reste, elles ne sont qu'une trouvaille d'autopsie, car elles ont été englobées en clinique dans le syndrome général de l'asystolie. C'est d'ailleurs là un fait sur lequel nous reviendrons, n'ayant l'intention aujourd'hui que d'esquisser dans ses grandes lignes la question des "périviscérités disséminées".

(*Journal des Praticiens*, 4 déc. 1897).

#### Sur la contagion hospitalière de la fièvre typhoïde (1)

M. LOUIS GUINON. La contagion de la fièvre typhoïde dans les services hospitaliers a été niée par quelques auteurs, considérée comme rare par d'autres. On a cherché à expliquer certains de ces cas intérieurs par ce fait que les malades avaient bu de l'eau contaminée. On ne peut en dire autant de trois faits que j'ai observés à l'hôpital des Enfants-Malades. Ils concernent trois garçons de cinq, six et douze ans, qui étaient atteints, l'un de poliomyélite aiguë, le second de purpura simple récidivant, le troisième de bronchite. Ils présentèrent les premiers signes de l'infection typhique, quarante jours, vingt et un jours et quarante jours après leur entrée. Tous trois ont donné la séro-réaction positive et ont guéri au bout de deux ou trois semaines.

A ce moment régnait une épidémie de fièvre typhoïde et la salle qu'occupaient ces enfants contenait des cas graves qu'on traitait par les bains froids ; cette salle était mal éclairée, mal ventilée et encombrée. Il n'en faut pas plus pour expliquer la contagion de ces trois enfants. On ne peut, en effet, invoquer d'autre mode d'infection parce que, pour deux au moins, l'hospitalisation déjà ancienne éloignait la possibilité d'une infection en ville. D'autre part, ces enfants, tenus au lit, ne buvant que des tisanes ou du lait, n'ont pu se contaminer en buvant de l'eau infectée.

M. TROISIÈME. J'apporte à l'appui de la communication de M. L. Guinon une observation dans laquelle la contagion hospitalière semble être évidente. Il s'agit d'une malade soignée à l'hôpital pour une pleurésie et chez laquelle, plus de 40 jours après son entrée, se déclara une fièvre typhoïde, quoique cette malade n'ait bu que du lait ou de la limonade préparée à la pharmacie avec de l'eau de Dhuy filtrée. Cette malade était couchée dans la même salle que plusieurs typhiques, et je crois que la contagion est venue de celle-ci.

M. NEITER. Les faits que j'ai observés me semblent en faveur de la transmissibilité hospitalière de la fièvre typhoïde. J'ai pu constater 5 cas de fièvre typhoïde, nés à l'intérieur de mon service, deux ont trait à des infirmières, et trois à des enfants. Le temps qui s'est écoulé depuis l'entrée de ces malades à l'hôpital, jusqu'au début de la maladie, était assez long pour que je puisse admettre que la dothinentérie a éclaté dans le service.

J'ai recherché les cas intérieurs qui ont éclaté dans tout l'hôpital de 1892 à 1895, et j'ai trouvé 27 cas ; or, la plupart de ces cas 25 sur 27, concernent des enfants placés dans des salles où étaient soignés des typhiques, ou des infirmières attachées à ces salles et surtout des veilleuses. Ce fait est à rapprocher de celui que M. Thibierge a constaté lors de l'épidémie de typhus à l'Hôtel-Dieu, ce sont là aussi surtout les veilleuses qui ont contracté la maladie.

M. RENDU. Si on comprend facilement que les infirmières constamment en rapport avec les typhoïques, puissent prendre la fièvre typhoïde, il n'en est plus de même des malades couchés dans leur lit, et n'ayant avec les typhiques aucun rapport direct.

M. HAYEM. Je voudrais aussi qu'on établisse une distinction entre les malades et les infirmières au point de vue de la contagion, mais de plus je voudrais ajouter que si ces contagions hospitalières se voient dans les hôpitaux d'enfants, elles se voient rarement dans les hôpitaux d'adultes ; je n'en ai jamais observé un cas.

M. RICHARDIÈRE. J'ai observé, en 1894, un malade atteint de syringomyélie, en traitement à l'hôpital depuis plusieurs mois,

quand il contracta la fièvre typhoïde. Les manifestations pulmonaires ayant été les plus intenses, j'ai pensé que dans ce cas la porte d'entrée de l'infection typhique avait été l'appareil respiratoire.

M. CETTINGER. Au mois d'août, un malade entra dans mon service ayant un érythème noueux avec arthralgies ; quatre mois après son entrée, il contracta une fièvre typhoïde ; or, il y avait deux typhiques dans la même salle.

#### Sur un cas de kraurosis vulvæ

Par MM. PICHEVIN et A. PETIT.

Sous le nom de *kraurosis vulvæ*, Breisky a décrit en 1885 une maladie de la vulve caractérisée par une nécrose de l'épiderme avec inflammation chronique et hyperplasie du tissu conjonctif sous-cutané. Cette affection n'a jamais été observée en France, aussi l'histoire du cas suivant, rapporté par le Dr Lamy, présente-t-il un grand intérêt.

Il s'agit d'une femme de 25 ans, habitant la campagne, fille d'un alcoolique, qui a toujours été bien portante jusqu'au moment de son mariage. Mme X. s'est mariée il y a quatre ans, des douleurs sont survenues dès les premières règles après le mariage ; les rapports ont toujours été douloureux et incomplets. Un écoulement vaginal n'a pas tardé à se montrer, mais il n'est pas possible de dire s'il y a eu ou non infection blennorrhagique. Sept ou huit mois après son mariage, Mme X. se plaint de démangeaisons au niveau du clitoris et de la partie supérieure de la grande lèvre gauche, démangeaisons assez vives pour empêcher souvent tout sommeil. Pendant quelque temps la miction a été douloureuse.

Au mois d'août 1896, la malade s'aperçoit qu'elle a une ulcération au niveau de la partie supérieure de la grande lèvre gauche, là où siègent les démangeaisons ; l'ulcère, d'abord peu étendu, superficiel et presque indolore, se creuse, s'étend et s'accompagne de violentes douleurs. Le Dr Lamy pratique les cautérisations au thermocautère et fait des pansements à la cocaïne.

L'un des auteurs fut appelé en consultation à la fin de 1896 et trouva la malade amaigrie, sans appétit. L'examen révéla dans les régions précitées une excavation assez profonde, anfractueuse, dans laquelle se trouvaient des eschares en voie d'élimination, fétides malgré les pansements désinfectants. Les bords de l'ulcération, à la partie externe, étaient indurés et déchiquetés. De plus, à la face externe de la grande lèvre gauche, on trouvait de petits nodules cancéreux, qui permettaient d'affirmer la nature de la néoplasie. La grande lèvre droite paraissait le siège d'une infiltration œdémateuse, mais sans dégénérescence. Le toucher vaginal produisait une vive douleur et donnait la sensation d'un vagin inextensible, doublé d'un tissu épaissi, induré, qui ne permettait l'introduction du doigt que dans une étendue de 3 ou 4 centimètres. D'autre part, à la surface cutanée non envahie par la dégénérescence cancéreuse, on voyait, sur la fourchette et dans le vagin, des plaques blanchâtres, nacrées, de la grandeur d'une pièce de 20 cent. environ, plaques ayant les caractères de ce que l'on a décrit sous le nom de leucoplasie vaginale.

Enfin, il existait un engorgement ganglionnaire dans les deux aines ; à gauche, se trouvait un ganglion volumineux, fluctuant, dont l'incision donna issue à un liquide sanieux et d'odeur infecte.

Sous le chloroforme, on constata que le rétrécissement vulvo-vaginal n'était pas le résultat d'un spasme, mais d'une induration sous-épithéliale.

L'examen histologique, dans le détail duquel nous ne pouvons entrer, a montré qu'il s'agit d'altération présentant d'étroites relations avec l'épithélioma. Nous y trouvons aussi des lésions de leucoplasie, car l'on sait que la dégénérescence cancéreuse, loin d'être considérée comme un accident de la leucoplasie, doit être regardée comme un stade de l'évolution de celle-ci. (*Journal des maladies cutanées syph.*, août 1897).

1) Extrait des Séances de la Société Médicale des Hôpitaux, du 10 et 17 Déc. 1897.

**Traitement du surmenage intellectuel**

Par M. R. ROMME.

Le seul traitement rationnel du surmenage intellectuel consiste naturellement dans la suppression de la cause, c'est-à-dire dans la cessation de tout travail cérébral, avec changement de milieu, séjour à la campagne ou aux bords de la mer, exercices physiques et distractions saines, emploi judicieux des toniques et des reconstituants aidés du massage et de l'hydrothérapie.

Malheureusement, les malades qui viennent consulter pour les phénomènes de surmenage intellectuel doublés ordinairement de ceux de neurasthénie, se trouvent presque toujours dans l'impossibilité de renoncer à leurs occupations et de suivre ce traitement curatif. Pour ces malades, il faut chercher un moyen terme et conduire le traitement de la façon suivante.

Tout d'abord, il faudra s'occuper de l'hygiène du malade. Le travailleur intellectuel qui se surmène, devra chercher à se placer dans les meilleures conditions possibles d'hygiène. S'il peut, il ira vivre au grand air, à la campagne ; dans le cas contraire, il s'efforcera d'habiter un appartement bien aéré et bien ensoleillé. Entre chaque période de quelques heures de travail et spécialement avant et après les repas, il se livrera à un exercice physique peu fatigant et en rapport avec ses goûts : la promenade à pied, la bicyclette, le canotage, les exercices de gymnastique, les jeux en plein air, les boules, les quilles, le tonneau, le croquet, le tennis, etc. S'il ne peut sortir, il fera de la gymnastique en chambre, jouera au billard, en un mot cherchera de la distraction et du mouvement. S'il est trop fatigué pour se livrer à un exercice physique quelconque, il se trouvera bien d'une promenade au grand air en voiture découverte.

Ses repas seront réguliers et substantiels ; il sera sobre de boissons alcooliques.

L'hydrothérapie et le massage, tous les deux toniques puissants et régularisateurs de la circulation, peuvent rendre de grands services au surmené : l'hydrothérapie sous forme de douches, de bains froids ou tièdes, de pédiluves chauds, d'affusions froides, etc. ; le massage sous forme de massage des membres, de la région rachidienne et frontale, de la région abdominale.

Parmi les médicaments proprement dits, deux surtout peuvent mériter la confiance du médecin : c'est l'arséniate de strychnine et le phosphore de zinc. Ces deux substances doivent être administrées simultanément de la façon suivante :

Dans le surmenage intellectuel aigu, c'est-à-dire survenu chez un individu astreint momentanément à un travail intellectuel considérable qu'il ne peut interrompre, on administrera chaque jour deux granules d'arséniate de strychnine de 1 milligramme chaque et un granule de phosphore de zinc de 8 milligrammes, soit au premier déjeuner, soit au repas du midi, suivant que le surmené devra se coucher tôt ou veiller tard. Ce traitement pourra être continué pendant toute la durée de la période de surmenage, à condition de le suspendre deux jours par semaines.

Dans la forme chronique, le traitement sera intermittent. On fera prendre régulièrement "un granule d'arséniate de strychnine" tous les deux jours et "un granule de phosphore de zinc" tous les quatre jours, ou bien on n'administrera ces médicaments que les jours où la fatigue est plus manifeste ou le surmenage plus grand.

On pourra formuler les granules de phosphore de zinc de la façon suivante (Gaboriau) :

Phosphore de zinc.....	0.80 centigra.
Gomme arabique pulvérisée.....	1 gramme.
Réglisse pulvérisée.....	3 —
Miel.....	Q. S.

Pour faire 100 granules qu'on argentera et conservera au sec à l'abri de la lumière. Renouveler la provision tous les mois.

(La Presse Méd.)

**Diagnostic du rétrécissement mitral**

On sait que certaines sténoses mitrales ne s'accompagnent pas de signes suffisamment précis pour permettre de poser d'emblée le diagnostic, et que, dans d'autres, l'affection mitrale est facilement confondue avec une insuffisance aortique ou réciproquement. Or, dans le rétrécissement mitral, il est un symptôme qui ne manque jamais : c'est la dilatation de l'oreillette gauche ; cette dilatation est constante, précoce et peut atteindre un degré extrême, alors que le ventricule gauche reste normal. Cette dilatation existe également dans l'insuffisance aortique, mais ici elle ne survient que très tardivement et bien longtemps après que le ventricule gauche a pris un développement énorme, ce dont il est facile de s'assurer par l'examen de la région précordiale. On voit, par conséquent, que la constatation d'une hypertrophie de l'oreillette gauche permet de faire le diagnostic de rétrécissement mitral dans les cas où les autres signes de cette affection font défaut, et d'établir le diagnostic différentiel avec l'insuffisance aortique, en prenant en considération l'état du ventricule gauche.

Il existe un seul moyen de se rendre compte de l'état de l'oreillette gauche : c'est la percussion dans la région dorsale gauche, indiquée dans le temps par Germe, et qui, d'après M. Barié, doit se pratiquer de la façon suivante :

Le malade est placé dans l'attitude habituelle, indispensable pour l'examen des poumons par la partie postérieure du thorax ; il s'assied sur son lit, se penche un peu en avant et porte les bras allongés devant lui, de façon à faire glisser les omoplates en dehors et à découvrir les côtés sous-jacentes. La région à percuter, située dans la région dorsale gauche, est limitée dans un trapèze compris, d'une part, entre le rachis et le bord spina de l'omoplate, et, d'autre part, entre deux lignes horizontales passant la première par l'épine de l'omoplate, la seconde par l'angle inférieur de cet os. C'est à la partie moyenne de cette zone, à la hauteur de la sixième ou de la septième vertèbre dorsale environ, et du côté gauche du rachis, qu'il faut pratiquer la percussion. Il est préférable de se placer du côté opposé où la percussion doit être pratiquée ; en second lieu, il faut que le doigt qui frappe se place parallèlement au rachis et perpendiculairement aux côtes.

Dans ces conditions, l'oreillette gauche fournit à l'état normal une zone mate affectant la forme d'un ovale, dont le diamètre horizontal mesure 3 cent. 5 et le diamètre vertical un peu plus de 7 cent. 5. La matité correspond ainsi de la cinquième à la huitième vertèbre dorsale environ.

Dans le rétrécissement mitral, cette zone de matité est considérablement accrue. Elle peut descendre, en effet, jusqu'à la dixième vertèbre dorsale et mesurer 7 centimètres dans son diamètre transversal et 12 centimètres dans son diamètre vertical. Lorsqu'une insuffisance valvulaire accompagne la sténose orificielle, les dimensions peuvent être plus considérables encore. *Ibid*

**De l'opération du cancer du sein.**

PAR M. LE PROFESSEUR DUPLAY.

M. Duplay a consacré au pronostic et au traitement des tumeurs malignes du sein une de ses leçons cliniques, qui a été reproduite dans la *Médecine moderne*.

Il a rappelé que, dès qu'il existe un noyau cancéreux au sein, si petit qu'il soit, la glande entière doit être considérée comme atteinte.

De même le microscope démontre l'envahissement précoce des vaisseaux par des embolies cancéreuses. Quand à l'envahissement des vaisseaux lymphatiques il est cliniquement constatable.

Comme conséquence, il faut opérer de très bonne heure les cancers du sein et se comporter vis-à-vis des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, même en apparence indemnes, comme on le ferait pour les ganglions engorgés. C'est-à-dire qu'il faut non su-

lement extirper la totalité de la glande mammaire avec tous ses prolongements, mais qu'il faut enlever encore tout le territoire lymphatique dont la glande est tributaire. C'est là une indication thérapeutique difficile à réaliser ; on y parvient cependant par le curage de l'aisselle et l'ablation du tissu cellulaire qui relie la glande au tissu cellulaire de l'aisselle. Malheureusement, les lymphatiques qui pénètrent dans le thorax échappent à l'intervention.

Les opérations pratiquées en s'appuyant sur ces nouvelles données semblent avoir fourni déjà des résultats remarquables au point de vue de la repullulation du néoplasme. Le nombre des récidives est devenu plus restreint.

Voici comment, d'après M. Duplay, doit être réglé le manuel opératoire :

1o Par une incision dépassant largement la glande malade, il faut circonscrire la plus grande étendue possible de la peau du sein, et prolonger cette incision en raquette vers l'aisselle ;

2o On dissèque minutieusement la grande mammaire et tous ses prolongements ;

3o Arrivé sur le grand pectoral, si l'on constate des adhérences même légères avec son aponévrose, on doit enlever largement celle-ci, en mettant à nu les fibres musculaires. Si ces adhérences paraissent plus profondes, on enlève aussi résolument le grand pectoral, et on se comporte de même, qu'il y ait ou non des adhérences, s'il existe des masses ganglionnaires étendues ;

4o On prolonge la dissection des parties molles en dehors, sous le bord inférieur du grand pectoral, en comprenant une bonne épaisseur du tissu conjonctif, lequel contient les vaisseaux lymphatiques ;

5o Après s'être débarrassé de la glande et du pédicule conjonctif, il faut procéder au curage complet de la cavité axillaire, enlevant à la fois ganglions lymphatiques et tissu cellulaire, et prolongeant la dissection jusqu'au sommet de l'aisselle. Ce temps de l'opération se pratique avec les doigts, avec un instrument mousse quelconque ; il est rendu beaucoup plus facile par la section en travers et à plus forte raison par l'ablation du grand pectoral ;

6o Enfin on réunit les lèvres de la plaie par la suture sans drainage ; si la réunion par première intention n'est pas possible, à cause de la nécessité dans laquelle on s'est trouvé d'enlever une grande étendue de peau, on se contentera d'une réunion partielle, et, pour le reste, on fera un pansement à plat.

M. Duplay a insisté sur la nécessité d'éviter de sectionner ou de déchirer le néoplasme pour ne pas inoculer la plaie.

(*Abeille Médicale*, 1er janv. 1898.)

#### Les petits trucs de la pratique.

Par M. le DR BEUGNIES (Givet)

1o *Palper rectal sans se salir les doigts.* Veut-on faire un palper du rectum sans s'insinuer dans la rainure onguéale des matières difficiles à extraire, même par le meilleur brossage ? On prend un morceau d'étoffe fine, coton ou toile ; on le dispose en petit entonnoir dont on noue une extrémité par une anse de fil. On coiffe l'index de ce capuchon que l'on y fixe par plusieurs tours de fil. On imperméabilise le tout avec un corps gras quelconque, axonge, huile, vaseline. L'examen fait, on enlève l'appareil et on se lave.

L'imperméabilité est absolument complète, si l'on peut bâtir le capuchon avec de la gutta en feuille, ou du mackintosh.

2o *Température prise instantanément.* — Lorsque l'on a soimême les mains à la température normale, c'est-à-dire à 30°, il suffit de palper à nu le creux axillaire du malade. A 37°, la peau paraît bonne ; à 38°, elle est un peu chaude ; à 39°, elle est franchement chaude ; et, à 40°, elle brûle. C'était cette dernière température que nos pères désignaient sous le terme de peau mordicante.

Lorsqu'on exerce son sens thermique à ce genre de déterminations, on est rapidement capable d'évaluer une température à

moins de trois dixièmes près et, chose précieuse, de corriger des thermomètres par trop fantaisistes. On peut avoir plus de confiance dans un tact bien éduqué que dans un instrument dit "de précision" dont le principal caractère est surtout de manquer souvent d'exatitute.

3o *Température prise en deux ou cinq minutes par le thermomètre.*—L'ennui du thermomètre est qu'il faut dix minutes pour prendre une bonne température, dans l'immobilité absolue. Il est facile d'accélérer l'opération. Sur la flamme d'une bougie, on chauffe la cuvette de l'instrument avec précaution jusqu'à ce que la colonne mercurielle marque 35 sur les thermomètres à maxima. On essuie avec les doigts le charbon de la cuvette et en la porte dans le creux de l'aisselle.

Avec un thermomètre ordinaire à alcool, l'opération est plus rapide, car on hausse la chauffe jusqu'à 37°-38°. Et alors en deux minutes l'équilibre est établie. Le seul petit inconvénient est de faire la lecture avant d'enlever l'appareil.—*Gaz. Méd. de Liège.*

## FORMULAIRE

### L'arsenic et fer contre la chlorose. — (CASATE.)

Tartrate ferrico-potassique	} à 4 grammes
Solution d'arsénite de potasse.....	
Eau distillée.....	12 —

M. D. S. — A prendre, avant chacun des repas principaux V à X gouttes dans un peu de vin.

### Poudre pour les ulcères variqueux de la jambe. — (SIMONELLI.)

Chlorure de sodium en poudre impalpable.....	50 grammes
Menthol pulvérisé.....	5 —

Mélez et pulvérisez.

### Pilules contre la tuberculose. — (STEEG)

Gaiacol.....	3 grammes
Iodoforme.....	0 — 50
Arséniate de strychnine.....	0 — 03
Poudre thébaïque.....	0 — 20

Mélez et divisez en quarante pilules. A prendre : deux à quatre pilules par jour.

### Liniment calmant contre les affections douloureuses générales ou locales. — (M. GENGEOT.)

Baume de Fioravanti.....	} à 15 grammes
Alcool camphré.....	
Laudanum Rousseau.....	} à 10 —
Teinture de belladone.....	
Essence de térébenthine.....	} à 10 —
Chloroforme.....	
Ether acétique.....	

*Journal de Méd. de Paris*

### Contre le coryza aigu.

Acétate d'uranium.....	0 gramme 05 à 1 gramme
Eau distillée.....	10 grammes.

F. s. a.

Renifler 2 ou 3 gouttes par jour de ce mélange.

### Pilules contre la neurasthénie.

Lactate de fer.....	8 grammes
Arséniate de fer.....	0.25 cent
Extrait de noix vomique.....	0.50 —
— de gentiane.....	3 grammes

M. pour 100 pilules.

Deux au milieu de chaque repas. *Ibid*

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Les phénomènes psychiques et la médecine

(Suite)

Dans les chantiers ou "lumber-camps" du Maine et du Michigan, surtout ceux voisins de la frontière canadienne, on rencontre une classe particulière d'individus, bien étudiés aujourd'hui, composée principalement de Canadiens-Français, et à qui on a donné, aux États-Unis, le nom de "jumpers" (sauteurs) ou "jumping Frenchmen". Les faits étranges que l'on racontait à ce sujet étaient jadis pris pour des fables, jusqu'à ce que, comme dans tous les phénomènes de ce genre, leur réalité fut prouvée après investigation scientifique. Les docteurs George M. Beard, de New-York, et J. B. Thornton, de la marine américaine, en firent une étude sérieuse et décisive. Mais qu'est-ce qu'un "jumper"? C'est d'abord un être d'un tempérament très nerveux; si on l'éffraie par un bruit fort et subit, il jette aussitôt un cri, fait des bonds dans l'air en se démenant les bras d'une façon démesurée. Dans cet état tout commandement qu'on lui adresse est immédiatement et fatalement obéi; il répète même l'ordre pendant qu'il l'exécute; il saute, danse, laisse tomber à terre tel objet qu'il peut alors avoir à la main ou le lance dans la direction qu'on lui indique; il répète instinctivement telle phrase courte qu'on lui dictera ou toute combinaison voulue de sons, il se précipitera même à la rivière ou saisira un poêle chauffé au rouge si on le lui ordonne soudainement et avec l'énergie nécessaire. Le Dr Beard a fait répéter aux "jumpers", et les répétitions étaient aussi parfaites que s'ils en eussent eux-mêmes compris la signification des mots latins ou encore choisis parmi les plus rares de la langue anglaise. Ce sont naturellement d'excellents sujets hypnotiques et l'attaque elle-même, comme l'on voit, les rend éminemment suggestibles; de fait ce sont des nerveux que les circonstances (vie au milieu d'étrangers, en pays lointain, dans la forêt, en plein air, où toute l'acuité sensorielle est grandement exaltée) ont rendu complètement en puissance d'hypnose. Par contagion de l'exemple (les jumpers existent depuis bien des années et sont nombreux) ils tombent hypnotisés à la seule audition d'un bruit subit et fort; ceci, soit dit en passant, ne rappelle-t-il pas à la lettre les fameuses cliniques de Charcot où plusieurs "sujettes" de la Salpêtrière étaient toutes hypnotisées simultanément (et en d'autre temps individuellement aussi), pour la commodité et surtout la rapidité du procédé, au son d'un puissant gong chinois frappé par l'un des externes à un moment donné. Les sauteurs une fois en état d'hypnose, la suggestion rend compte du reste. Certains de ces phénomènes ne contiendraient-ils pas aussi une immixtion de chorée ou de grande hystérie? c'est assez probable. En tout cas, ce sont nos compatriotes qui détiennent de beaucoup là-bas le record de cette étrange névrose; quelques Polonais, pourtant plus nombreux même que les Canadiens surtout dans les chantiers de l'Ouest, en sont aussi atteints. Quand un homme est devenu "jumper" c'est généralement pour sa vie; il faut songer qu'il peut être suggestionné, à l'état de veille toujours, à tout moment et en tout endroit, ce dont les espiègles et les malins ne cessent de profiter à ses dépens. Citons encore, pour ne faire que les mentionner, les phénomènes de lycanthropie (loup-garou) qui ont contribué pour une large part à nourrir pendant un temps la superstition populaire, où certains individus se croyaient métamorphosés en bêtes fauves (en loup géné-

ralement à cause de la prédominance autrefois de ces animaux sauvages dans certaines parties de la France) et erraient conséquemment, avec des hurlements plus ou moins appropriés, à travers les campagnes; ils ont évolué, en Amérique, au stage plus élevé de "tramps". La chasse-galerie (canots chargés de voyageurs et transportés avec rapidité à de grandes distances dans l'air) et un bon nombre de prétendues apparitions de navires, ne reconnaissent probablement pour cause, la plupart du temps du moins, qu'un phénomène purement physique, celui de mirage, dû simplement comme l'on sait à une inclinaison excessive des rayons lumineux traversant des couches voisines d'air de densité très différente, d'où production d'images renversées ou déplacées qui apparaissent dans les airs. A Rochester, N. Y., et dans les environs, on a plusieurs fois aperçu dans le ciel l'image renversée de la ville de Toronto, sise de l'autre côté du lac Ontario. Ces derniers faits n'ont naturellement rien à faire avec le psychisme contemporain, tout de même nous les rappelez parce qu'on les attribuait autrefois au surnaturel. Au moyen âge où l'Europe était couverte d'expéditions militaires privées pour le compte de presque chaque noble en particulier, il n'est pas étonnant que les apparitions célestes d'armées rangées en bataille, etc., et dues au mirage n'aient causé une bien vive impression sur l'imagination crédule des peuples d'alors.

Avant de clore cette première partie de notre travail qui se rattache plus directement aux phénomènes hypnotiques, nous croyons intéressant de rapporter un fait d'auto-suggestion, qui mérite l'attention, et qui a été dernièrement étudié d'une façon magistrale par M. le Dr Pitres, de Bordeaux; c'est le cas de la "stigmatisée" d'Inzinzac (près de Hennebont, Morbihan, France), Françoise Helle-gouarch. Nous avons parlé plus haut des expériences, entr'autres de Bernheim et Liébeault, qui l'expliquent scientifiquement. "On constate de larges taches de sang desséché aux mains, aux pieds, au côté gauche; à certains moments filtre, sous la croûte noirâtre adhérente à la peau, un petit filet de sang frais, tout rouge; si parfois, avec de l'eau, on enlève cette croûte, on trouve la peau intacte, toute blanche; c'est de ses pores que le sang perle, comme une véritable sueur rouge. Les premiers stigmates apparurent au moment de la fête de l'Ascension, en 1895. Depuis cette époque le phénomène se reproduit et la santé de Françoise est misérable; elle est toujours couchée, paralysée d'un bras et d'un œil, se nourrit à peine; à chaque instant des crises terribles la tordent sur son lit, elle se démène, hurle, avec des grimaces et des contorsions atroces, puis retombe dans une sorte de somnolence d'où il est très difficile de la tirer..." N'est-ce pas là le portrait fidèle, classique, d'une attaque hystérique? Et, cependant, malgré la prudente désapprobation du clergé français, les habitants des environs viennent en foule prier autour de la névrosée.

## 20 Télépathie, clairvoyance et lecture des pensées.

Nous avons exposé précédemment les théories de M. de Rochas au sujet de l'extériorisation de la sensibilité. Cette même force extériorisée, accumulée, rayonnant hors de nous sous certaines conditions, pourrait alors devenir visible, tangible même et expliquer par là même une foule de phénomènes prétendus occultes; ceci nous amène à parler de la clairvoyance, lecture ou vision à distance ou à travers les corps reconnus comme opaques pour la vision normale, (sous ce titre on peut aussi comprendre la catégorie des "voyants")

et "voyantes"); ainsi que de la *télépathie* (*télé*, loin *pathos*, sensation) ou communication à distance entre deux êtres par la seule force de la volonté ou de la suggestion, à laquelle vient à son tour se joindre la classe des *pressentiments*. Le Dr Baraduc serait allé jusqu'à photographier ces effluves ou radiations de fluide vital; ses clichés ont été reproduits dans les principaux journaux scientifiques. Il aurait découvert "qu'une plaque photographique approchée d'une personne—sans contact *direct* avec son front ou ses doigts—est impressionnée par des sortes d'ondes, de vagues, de tourbillons à peine lumineux qui varient d'*intensité*, de *forme*, de *direction* suivant que la personne est endormie, malade, fortement en colère, etc... Des clichés du fluide électrique démontrent que celui-ci n'a aucun rapport avec le précédent, le fluide vital se mouvant en tourbillons, suivant des lignes *courbes*, tandis que la radiation électrique normale, elle, suit toujours des lignes *droites* ou *brisées*." Dans tous les cas, arrivons d'abord aux phénomènes de *clairvoyance* ou *clairvue*; ceux-ci sont légion; peu, malheureusement, ont été jusqu'aujourd'hui scientifiquement contrôlés. Quant à la vision à travers un *objet opaque*, qu'est-ce qui répugne d'admettre que notre centre visuel, car ce n'est pas notre rétine qui voit, elle ne fait que recevoir l'impression de l'image qui est transmise à travers le cerveau au siège de la *perception visuelle* situé à la partie postérieure du lobe temporo-occipital—la *vision* n'est donc qu'une forme particulière de notre sensibilité nerveuse, *par conséquent pouvant s'extérioriser* c'est-à-dire dans le cas de la vision en particulier, pouvant s'étendre *au delà* des limites normales, qu'est-ce qui empêche, dis-je, que notre centre visuel soit *dans certaines conditions d'hyperesthésie hypnotique*, impressionnable aux vibrations de rayons de lumière, comme l'ultra-violet, invisible pour nous à l'état normal mais pénétrant les corps apparemment opaques, en supposant, par exemple, que les rayons X ne seraient eux-mêmes que des radiations ultra-violettes — ce que des savants ont prétendu? D'ailleurs il est parfaitement constaté qu'on doit admettre pour un même corps des états de transparence différents dans des lumières ou radiations différentes, ainsi l'eau devient opaque à la lumière infra-rouge, le verre lui-même n'est plus transparent dans la lumière ultra-violette *tandis qu'une lame d'argent, elle transparente à cette même lumière*. Ceci explique le fait paradoxal, en apparence, des rayons Roentgen qui ne traversent pas le verre, si transparent lui-même apparemment à la lumière solaire, tandis qu'ils pénètrent un bloc de charbon de bois, substance très noire à l'œil.

Si donc la transparence (normale) des objets peut être changée suivant les radiations différentes qui les frappent, n'aurait-on pas là la *clef* des faits, dûment constatés, de clairvue à travers les corps opaques? Quant à la vision ou lecture à distance (d'une ville à l'autre par exemple) ce ne serait qu'une question d'*extériorisation* plus grande ou extraordinaire, ou encore synchronique à la pensée. Voici le dernier cas relaté de ce genre (lecture à distance), et étant donnée la haute valeur scientifique de l'expérimentateur, M. Grasset, l'illustre professeur de la faculté de médecine de Montpellier, qui l'a rapporté dans la "Semaine Médicale" (de Paris) du 1er décembre dernier, cette expérience a fait plus de bruit que les autres et a été commentée avec force détails par la plupart des grandes feuilles politiques à cette époque. La voici en résumé: Le Dr Ferroul, de

ville, M. Grasset écrit sur une demi-feuille de papier à lettre les mots suivants:

"Le ciel profond réffète en étoiles nos larmes;  
car nous pleurons ce soir, de nous sentir trop vivre."  
Ici un mot russe, un mot allemand, un mot grec.

"Montpellier, 28 octobre 1897"

et les envoie au Dr Ferroul à Narbonne, en prenant préalablement une foule de précautions: papier plié en deux, écriture en dedans, complètement enveloppé dans une feuille d'étain repliée sur les bords, le tout glissé dans une enveloppe ordinaire qui a été fermée à la gomme et en plus cachetée de cire noire sur laquelle le Dr Grasset avait affixé comme empreinte des armoiries de famille (cachet personnel). A cette enveloppe M. Grasset joint un mot avec sa carte et l'expédie le 28 octobre au Dr Ferroul. Celui-ci reçoit la lettre en question, ne fait lecture naturellement que du pli à son adresse, laisse intacte sur son bureau à écrire la fameuse lettre qui devait servir d'expérience, et se rend *immédiatement* chez son "clairvoyant", "à 300 mètres de son domicile". Le sujet proposé au Dr Ferroul de lire la lettre de chez lui (de chez le sujet), c'est-à-dire à 300 mètres—accepté; après avoir décrit le cachet, la forme de l'enveloppe, le papier d'étain, etc., *il récite mot pour mot le contenu écrit de la lettre du Dr Grasset*. L'expérience durant une minute et demie. Ceci ce passait le 29 octobre dernier; le lendemain M. Grasset recevait à Montpellier la réponse du Dr Ferroul décrivant l'expérience et les mots lus, tel que nous venons de le rapporter, et par la même malle *son pli cacheté revenait intact*. Que penser maintenant des "voyants" et "voyantes" dont le nombre s'est singulièrement multiplié en France durant ces dernières années, et dont la plus récente personnification a été Melle Couédon (mars 1896)? On sait que la presse parisienne s'occupait beaucoup de cette inspirée; des foules nombreuses se rendirent chez elle pour la consulter. Elle racontait sans embarras qu'à la suite d'une vision de l'ange Gabriel, elle comprit qu'elle avait été choisie pour avertir ses contemporains des grands événements qui se préparent; elle aurait clairement annoncé, entr'autres "vaticinations" ou prédictions, le terrible incendie du bazar de la charité qui arriva en mai 1897. Simulatrice, non, hallucinée—peut-être, réellement "voyante"? ?? il y a des faits qui permettent de croire à la possibilité scientifique de cette dernière hypothèse chez un tel sujet.

Sous le terme générique de *Télépathie*, on comprend aujourd'hui tout ce qui concerne la transmission de pensées ou de sentiments sans que la personne qui transmet sa pensée ou son sentiment ait prononcé une parole, écrit un mot ou fait un signe quelconque pour se faire comprendre. Certains savants français abordent sous le nom d'*hallucinations télépathiques* ces phénomènes curieux de communication de pensée ou de vision, de fantômes, constatés par un nombre considérable de personnes. Ce dernier genre d'étude se rattache au spiritisme; cependant on applique généralement ce terme de *télépathie* à une classe de faits qui semblent de prime abord fort différents d'une simple transmission de pensée: ce sont les apparitions *non de morts, mais d'êtres réellement vivants, soit qu'ils se montrent loin de leur corps pendant le sommeil, soit à l'article de la mort* ou pendant que des personnes vivantes traversent une crise très grave de maladie. Ce sont là des faits aujourd'hui absolument prouvés et démontrés par un grand nombre d'expériences, vérifiés et contrôlés

par des commissions savantes, telles que la *Society for psychical researches* dont le siège est à Londres et dont voici les noms de quelques uns des membres : William Crookes, F. R. S., le même qui a découvert l'état radiant de la matière, W. E. Gladstone, Henry Sedgwick, F. R. S., professeur à Cambridge, J. C. Adams, F. R. S., John Ruskin, Lord Tennyson, Alfred Russell Wallace, G. F. Watts, les docteurs Beaunis, Bernheim, Liébeault, Charles Richet, Féré, Th. Ribot. Du reste peut-on tromper des observateurs profonds, de vrais savants tels que ceux-ci, d'autant que ces hommes éminents ne travaillent pas comme des prestidigitateurs pour faire de l'argent mais pour le compte de la science et du progrès. Beaucoup de voyageurs ont raconté, dans le récit de leurs voyages, un fait généralement connu, c'est que les Peaux-Rouges ont une sorte de télégraphie mentale qui leur permet, en certains cas extrêmes, de correspondre sans signaux ni fils à des distances incroyables. Les Indiens de la plaine des Etats-Unis sont réputés pour ce genre de télégraphie ; ceux de toutes les autres parties du nouveau monde le pratiquent également, mais la façon dont ils parviennent à communiquer entre eux est une sorte de mystère qu'ils n'ont jamais voulu révéler. On a mis en avant de nombreuses théories pour expliquer ce fait, mais aucune d'elles n'a pu fournir la clef du phénomène. La seule chose bien et dûment constatée c'est que les communications sont données et reçues entre des personnes très éloignées les uns des autres, et qu'après des enquêtes sérieuses, les enquêteurs ont été obligés de constater la réalité des communications ; d'un autre côté, comme l'enquête a établi que ce pouvoir de communiquer à de grandes distances n'est concentré que chez certains individus de la tribu ou de la nation, nous pouvons conclure que ces hommes sont de puissants sujets hypnotiques ou médiums et que même ils peuvent "extérioriser" leur personnalité entière en quelque sorte ou sensorium et à une distance énorme. Un jeune physicien italien, M. Marconi vient de nous donner le télégraphe sans fils, sans conduit matériel entre l'appareil transmetteur ou radiateur et le récepteur ; déjà on a réussi à faire franchir aux onduations électriques tout à fait analogues aux onduations lumineuses et ayant la même vitesse, 300,000 kilomètres par seconde) qui remplacent ici le fil conducteur, des distances de 15 kilomètres, et les intempéries, pluie, neige, vent, ne s'opposent pas au passage des ondes. Le secret des correspondances semble assuré par ce fait qu'il faut que transmetteur et récepteur soient accordés d'avance. On a déjà employé le système télégraphique Marconi d'une manière pratique et très satisfaisante entre vaisseaux de guerre. Eh bien, pourquoi les onduations sensibles, si en fait elle s'extériorisent chez des individus particuliers, ne franchiraient-elles pas elle aussi, les distances ? et si un cerveau récepteur, c'est-à-dire celui d'un médium en auto-hypnose ou en concentration profonde de pensée, se trouve à l'autre extrémité, pourquoi ces mêmes ondes sensibles parties du cerveau radiateur ne seraient-elles pas perçues par l'autre, accordé d'avance, vibrant pour ainsi dire à l'unisson ?... Du reste la télépathie mentale est également pratiquée au Thibet entre des amis et des personnes ayant les uns pour les autres beaucoup de sympathie. Les "théosophistes" modernes qui font remonter leur origine au Thibet, prétendent ainsi avoir des rapports télépathiques avec des "mahatmas" ou grands médiums des Himalayas. Nous ne citerons pas ici les principaux cas authentiques contrôlés, d'apparitions, de suggestions à distance, etc., rapportés dans les revues scien-

tifiques, particulièrement dans les annales de la société des recherches psychiques de Londres, ce serait dépasser la limite que nous nous sommes fixée ; mais chacun des lecteurs à qui je m'adresse en ce moment peut sans trouble retrouver dans les annales de sa famille, un sinon plusieurs cas semblables, depuis le pressentiment jusqu'à l'apparition (soit en rêve soit à l'état de veille), qui ont eu pour témoins des personnes absolument dignes de foi, à organisation nerveuse normalement équilibrée, et si vous objectez à cause de l'état possible de "receptivité" de l'imagination de ceux-ci, qui se sont produits chez des sceptiques endurcis. Tout le monde a présent à la mémoire le cas du Dr J. A. S. Brunelle, demeurant au no 698, rue Sherbrooke, à Montréal, qui dimanche le 22 janvier 1898, étant tranquillement assis dans sa bibliothèque, occupé à travailler, entend frapper à sa porte ; pensant que c'était son fils il lui dit, sans lever les yeux de son livre, qu'est-ce que tu veux ? Le coup fut répété à la porte, cette fois celle-ci s'ouvrit, et à la grande stupéfaction de M. Brunelle, le Dr Garceau, de Boston, son ami de cœur, entra. Comment avez-vous pénétré dans la maison ? lui demanda tout d'abord le Dr Brunelle, car la cloche de la maison n'avait pas été sonnée, puis il se précipita pour lui serrer la main. En ce faisant son visiteur disparut tout à coup et le docteur, après être revenu de son légitime étonnement, se crut bien victime d'une hallucination. Une demi-heure plus tard un message téléphonique directement de Boston lui apprenait la mort, en cette dernière ville, du Dr Garceau. Ce fait en est un entre mille, entre cent mille peut-être. Il n'est plus permis au médecin, au physiologiste, d'ignorer ces phénomènes ou de rester indifférent vis-à-vis d'eux, c'est à lui qu'il appartient de les contrôler, de les classer, d'en glaner les débris semés un peu partout et les rattacher à quelque grande loi naturelle en les soumettant au creuset de l'expérimentation. La science, qui protège l'homme contre le superstitieux de toute sorte qui l'entoure, n'a-t-elle pas déjà dissipé de ses bienfaisants rayons une grande part du mystérieux, de l'occulte qui semblait impénétrable ? A sa lumière ont été réduites à leur juste limite les troublantes de manifestation "possession" ou d'"obsession" ; démoniaques comme convulsionnaires relèvent aujourd'hui de la clinique et les ensorceleurs ne sont plus que de piètres "suggestionneurs". Les sabbats sont devenus un poétique souvenir et, comme l'a dit spirituellement un auteur : "Les sorciers de nos jours ne recueillent aucun avantage de leurs rapports avec le diable à part celui de le tirer constamment par la queue, au moins dans cette vie". De nouvelles forces s'offrent à notre attention avec une persistance inéluctable, nous n'avons pas le droit d'en différer plus longtemps l'examen.

(A suivre)

CHARLES VERGE.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

ONZIÈME SÉANCE, 20 JANVIER 1898.

Monsieur le Président est au fauteuil.

Malgré la violence de la tempête qui sévissait ce soir là, la majorité des médecins de Québec étaient présents et tous les districts étaient largement représentés.

Le dernier procès verbal est adopté.

Sont reçus membres actifs de la Société : MM. les Docteurs

Ls. Ed. Gauvreau, Ste-Foye; Joseph Gauvreau, Rimouski, et le Dr Delaney, M. P. P., Iles de la Madeleine.

Monsieur le Président (en homme pratique) rappelle aux membres qu'avec cette séance commence la *seconde année* de la Société Médicale et qu'il verrait d'un très bon œil le paiement des arrérages et en plus la contribution pour l'année nouvelle.

Aussitôt dit, aussitôt fait : presque tous se rendent avec empressement à l'invitation.

Le fauteuil est alors laissé au Dr S. George Paquin, de Port-neuf, pour faire part à l'assemblée d'un travail sur le traitement de la diphtérie à la campagne.

Après discussion à laquelle prirent part MM. les Docteurs J. A. L. Simard, Brophy, Marois, P. V. Faucher, Art. Simard et Monsieur le Président, il est résolu que Monsieur le Président devra se mettre en communication avec le Bureau Provincial d'Hygiène dans le but d'établir quels seront les meilleurs moyens à prendre pour arriver à fournir le serum aux pauvres des municipalités.

Alors Monsieur le Président invite l'assemblée à élire ses officiers pour l'année 1898, et donne lecture du règlement à cet effet. Mais il est proposé par M. le Dr Marois, secondé par MM. les Drs Brophy et Chs Verge que l'article du règlement concernant l'élection des officiers actifs, soit amendé de la manière suivante :

" A l'avenir les officiers actifs de la *Société Médicale* seront au nombre de quatre, savoir : Un président, deux secrétaires conjoints et un trésorier, lesquels formeront tout le conseil. Adopté unanimement.

Proposé par M. le Dr Marois, secondé par les Drs Brophy, et Chs. Verge que les mêmes officiers soient réélus aux mêmes charges. Adopté à l'unanimité.

Les médecins suivants sont alors déclarés élus pour l'année courante :

Président honoraire : C. E. Lemieux, doyen de la Faculté ;  
Vice-Prés. honoraire : J. L. A. Simard, président du bureau des gouverneurs ;  
Président actif : M. J. Ahern ;  
Secrétaires } C. R. Paquin ;  
Conjoints } P. V. Faucher ;  
Trésorier : F. X. J. Dorion.

Le Président remercie l'assemblée de cette réélection en termes chaleureux et lui exprime toute l'espérance qu'il fonde pour l'avenir sur la Société Médicale. Les succès remarquables, dit-il, que nous avons obtenus durant cette première année sont un gage assuré qu'elle jouira d'une longue vie et sera d'un bienfait inestimable pour la profession dans nos districts.

La Société pour être conforme au but qu'elle se propose a cru qu'elle devait s'occuper de l'élection des gouverneurs qui représentent les districts de Québec en particulier dans le bureau provincial. C'est pourquoi, dit-il, elle vous a invités à venir considérer quelle part elle doit prendre à l'élection de juillet et à vous prononcer sur les meilleurs moyens à prendre pour atteindre ce but.

Monsieur le Dr Simard, président actuel du Bureau des Gouverneurs, demande la parole : Il nous fait l'histoire du Bureau depuis 1886, relate toutes les tribulations qu'il a rencontrées de la part des factions et de la législature pour arriver aux résultats actuels qui pour lui sont fort satisfaisants.

Il rend compte de plusieurs inconnus en nous exposant que tous différents actuels sont nés de l'opposition de deux partis dont les chefs voudraient gouverner indépendamment l'un de l'autre.

Il vante hautement le vote par procuration tel qu'il existe aujourd'hui, parceque c'est celui qui rend le mieux justice à tous.

Plusieurs médecins visiblement impatients de faire la réplique furent fort désappointés de la disparition subite de la lumière électrique. Nous aurions dû nous y attendre car il était 10½ hrs et c'est une loi de l'université par son système d'éclairage.

Néanmoins il est convenu au sein même de l'obscurité que cette question grosse d'intérêts ferait l'objet principal de la prochaine réunion qui aura lieu le 10 février. Malgré l'épaisseur des ténèbres nous avons cru voir que la prochaine séance permet d'être bien remplie. Ce fut la première fois que Monsieur le président ajourna la séance sans attendre une motion d'ajourner.

C. R. PAQUIN,  
Secrétaire.

## REPRODUCTION

### Notes sur la chirurgie rurale (1)

Par le docteur PAUCHET (d'Amiens) ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

(Suite)

V

### ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

En présence d'un membre écrasé, il faut tenir compte de l'état général du sujet, du degré de la lésion et du milieu où l'on se trouve.

Le sujet peut en effet être en état de choc et incapable de supporter une mutilation chirurgicale, laquelle n'exigerait qu'une minute pour être pratiquée sur un sujet d'amphithéâtre, mais demanderait près d'une heure sur le vivant, par suite de la toilette préopératoire, du pansement, des ligatures et des sutures.

La lésion est variable, car elle peut présenter par l'étendue de son ouverture et la profondeur de la mortification des chances différentes d'infection. Presque toujours, ces dernières sont grandes, et on devra prévenir la septicémie.

Le milieu joue également un rôle. Si le mauvais état du local, l'absence d'aides ou d'instruments ne permettent pas de pratiquer une intervention sérieuse, mieux vaut la limiter, quitte à y revenir.

Nous avons vu bon nombre d'amputations pratiquées à la suite d'accidents de chemin de fer. La plupart de ces patients étaient traités par des amputations classiques ; les uns s'éteignaient sous l'influence du choc opératoire, les autres présentaient des signes d'infection auxquels ils succombaient : presque tous les survivants suppuraient.

Personnellement, nous agissons toujours de la façon suivante : 1 litre d'eau salée est injecté dans les veines du malade. Une bande élastique ou un simple tube à gaz est placé à la racine du membre ; le sujet est endormi à l'éther qui relève les pouls au lieu de le déprimer comme le chloroforme. Eu quelques minutes, on rase, on nettoie les alentours de la plaie, on fait tomber, à l'aide des ciseaux ou du bistouri, l'extrémité mortifiée et les tissus susceptibles d'avoir été infectés ou frappés dans leur vitalité par le traumatisme. La bande élastique est enlevée ; les vaisseaux sont pincés et liés ; et sans mettre un point de suture, en applique directement sur la surface cruentée des compresses de sublimé qu'on recouvre d'un pansement ouaté bien serré. De cette façon, on a arrêté l'hémorragie et prévenu l'infection sans faire subir de choc au malade. La plaie suinte abondamment pendant plusieurs jours ; on renouvelle le pansement suivant l'abondance de l'écoulement.

Au bout de quelques temps, quand la plaie grande, et que l'état général du malade est presque normal, on peut régulariser cette ébauche d'intervention par une amputation typique.

Sans vouloir détruire les principes de la méthode opératoire classique dont les menus détails rappellent assez la théorie du soldat, on peut dire que toute amputation peut être réglée par des principes très simples : scier l'os le plus haut possible ; couper la peau le plus bas possible ; et la couche musculaire dans une mesure intormédiaire, c'est-à-dire assez pour capitonner l'extrémité osseuse, et pas trop pour gêner la suture cutanée. Pour arriver à ce but, on peut faire une circulaire aux deux lambeaux, si ceux-ci permettent d'atteindre

[1] Suite.—Voyez *La Revue Médicale* page 203, (*Gaz. des Hôp.*)

le squelette plus haut. On peut faire une amputation de la cuisse avec un bistouri ordinaire ; un tube de caoutchouc remplace la bande d'Esmarch.

b. LIGATURE ARTÉRIELLE.—Les principes que la médecine opératoire enseigne, sont d'une utilité à peu près nulle en pratique. En effet, cette ligature classique avait été créée pour répondre à trois cas.

1o *Pour l'hémostase préventive*, avant d'enlever une tumeur de la langue, parotide, etc. ; or, la pratique montre qu'il faut enlever ces tumeurs rapidement, et que le moyen d'avoir une hémorragie peu abondante est de ne pas s'en soucier. Plus une tumeur est vasculaire, moins il faut se préoccuper du sang, car l'hémostase fait perdre du temps ; il y a grand avantage pour le chirurgien et la malade à pincer les vaisseaux après l'extirpation.

2o *Pour la cure des anévrysmes*. — Actuellement, l'anévrysme s'opère comme une tumeur : on dissèque, on pince au fur et à mesure les vaisseaux qui partent de la poche ou qui y aboutissent, sans se soucier de leur nom, de leur nombre ou de leur volume.

Sans doute, l'anévrysme de l'extrémité supérieure de la carotide sera encore traité par ligature, mais les points de repère voilés par le sang sont un faible secours. On doit inciser couche par couche ; on cherche les battements du vaisseau avec le doigt ; quand on arrive sur lui, on le dénude avec une sonde canelée et on le lie à l'aide d'une soie.

3o *Pour arrêter les hémorragies*. — C'est alors que la ligature classique est ridicule. Quand on songe que des auteurs conseillent de lier l'humérale pour une plaie de la main !

Une hémorragie artérielle s'arrête de cette façon : s'il s'agit d'un membre, on entoure sa racine d'une bande de caoutchouc ou de toile ; on débarrasse la plaie, à l'aide de tampons, d'une pince et de ciseaux, de tous les caillots, corps étrangers et parties mortifiées. Les alentours de cette plaie sont savonnés et rasés ; le tout est arrosé de sublimé ; on tamponne la plaie et on se met en devoir de faire l'hémostase. Si on voit un vaisseau béant, on le pince. Si on ne voit rien, on enlève la bande ; on aperçoit alors un ou plusieurs jets artériels. On pince les bouts qui saignent. S'il arrivait que le sang coulât en nappe, et par suite que le vaisseau fût inaccessible à la vue, on agrandirait la plaie dans le sens de l'artère et on finirait par le trouver.

Les artères pincées seront liées. Si les ligatures ne tenaient pas par suite de la brièveté du bout artériel, on embrocherait ce dernier, ainsi que les tissus environnants, à l'aide d'une aiguille ; on passerait alors une soie, qu'on nouerait.

Comme dernière ressource, on pourrait laisser les pinces à demeure ; mais c'est un procédé dont on peut presque toujours se passer en faisant usage de l'aiguille. L'hémorragie étant arrêtée, la plaie se traitera comme une plaie accidentelle ordinaire.

#### Du traitement de la blennorrhagie par les grands lavages de permanganate de potasse

Par le Dr J. JANET.

La méthode de traitement de la blennorrhagie par les grands lavages de permanganate de potasse a fait son chemin depuis 1892, époque à laquelle M. J. Janet a publié ses travaux sur cette question. Il vient d'exposer dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* la technique à laquelle il s'est arrêté aujourd'hui, et nous allons la résumer d'après les données de ce travail.

Le principe de la méthode est l'abandon de la théorie du "laisser couler" qui a si longtemps régné dans le monde médical. Il faut au contraire attaquer la blennorrhagie le plus tôt possible, et si l'on s'y prend d'assez bonne heure, on réalisera un véritable traitement abortif.

L'installation nécessaire au traitement est des plus simples. Elle consiste en : 1o un bock d'un litre armé d'un tube de caoutchouc de 2m50, avec pince et canules de verre à bec conique très obtus.

2o un procédé de suspension qui peut se réduire à 2 ou 3 clous pour accrocher le bock à différentes hauteurs suivant la pression que l'on veut obtenir.

3o une seringue urétrale pour la cocaïne.

4o un bassin pour recevoir l'eau de lavage.

5o une solution mère de permanganate de potasse à 1/100.

6o une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/400.

7o de l'eau bouillie tiède pour faire les solutions de permanganate.

8o une éprouvette graduée de 100 centimètres cubes pour doser les solutions.

9o un lit, une chaise ou un bidet pour coucher ou asseoir le malade. (La posture debout ne peut être prise que par des malades déjà habitués aux lavages ; sans cela on pourrait s'exposer à voir survenir une syncope par suite de l'impressionnabilité de certains individus).

Le traitement varie suivant qu'il s'agit d'une urétrite au début, d'une blennorrhagie aiguë et suraiguë, d'une urétrite subaiguë ou chronique.

*Traitement de l'urétrite gonococcique à son début*. — Il doit être limité à l'urètre antérieur, qui seul alors est infecté.

Pour faire les lavages de l'urètre antérieur, on suspend le bock de manière à ce que son fond ne soit pas à plus de 50 centimètres au-dessus de la verge du malade : on amorce le tube de caoutchouc puis on remplit l'urètre en forçant un instant la canule à l'entrée de l'urètre. Dès que l'on sent l'urètre distendu, on laisse le liquide s'échapper, en retirant un peu la canule. On recommence ainsi jusqu'à épuisement du liquide, en ayant soin de temps en temps de suspendre le lavage, pour exprimer l'urètre du périnée au méat, pour changer le liquide qui pourrait stagner dans les parties profondes et ne pas être renouvelé.

Ces lavages seront faits deux fois par jour, le matin et le soir avec un litre de solution tiède de permanganate de potasse à 50 centigrammes pour 1000. Si les lavages sont faits rapidement avec une canule de 2 millimètres d'ouverture, il n'est guère besoin d'employer des doses plus faibles.

Si les lavages sont faits lentement, si leur réaction est assez violente pour congestionner fortement l'urètre, il faut baisser les doses au moins une fois par jour à 35 centigrammes et même 25 centigrammes pour 1000, quitte à les remonter ensuite, dès que l'état de l'urètre le permet.

Au bout de trois à quatre jours on peut en général se contenter de faire un lavage par jour ; mais avant de passer à ces intervalles de vingt-quatre heures, M. Janet aime bien espacer d'abord les lavages de dix-huit heures, d'un soir au lendemain 2 heures, puis au surlendemain matin. On élève ces derniers lavages à 75 centigrammes pour 1000 et même vers le huitième ou neuvième jour à 1 gramme pour 1000. Mais il ne faut arriver à ces doses que si l'urètre ne présente plus trace d'inflammation. Si à ce moment, neuvième jour, la goutte est petite, muqueuse, presque transparente, on peut écarter le lavage suivant de trente-six heures, puis le suivant de quarante-huit heures.

Si alors on ne trouve aucune sécrétion ou seulement une légère sécrétion muqueuse sans gonocoques, on peut interrompre les lavages en recommandant au malade de revenir à la moindre exacerbation de son écoulement, surtout s'il éprouve des démangeaisons urétrales qui, en général, précèdent les récurrences.

En cas de récurrence, on reprend le plus tôt possible à raison d'un lavage par vingt-quatre heures de 50 centigr. à 1 gramme pour 1000, en recherchant avec soin s'il n'existe pas d'urétrite postérieure. Dans ce dernier cas il faut recourir aux lavages complets de l'urètre.

Pour cela on fait dans l'urètre antérieur une injection de cocaïne à 1/400, que l'on fait conserver pendant une minute, puis on

lave l'urètre antérieur avec la moitié du litre de solution, enfin on force la canule dans le méat après avoir élevé le fond du bocal à 1 mètre au-dessus de la verge du malade. On lui recommande de pousser comme pour uriner, et on laisse le liquide passer lentement dans la vessie, en comprimant entre les doigts le tube de caoutchouc, pour régulariser cette pénétration ; au moindre spasme du malade, on retire un peu la canule du méat pour faire cesser la pression intra-urétrale, et l'on recommence ensuite.

Il faut beaucoup de tact et de douceur pour cette opération. Si la pénétration dans la vessie se fait mal, il est préférable de ne pas insister et de remettre au lavage suivant une tentative plus complète.

Les lavages complets doivent au début être faits à dose faible, 25 centigrammes pour 1000. Quand le malade est habitué, on peut les faire à la même dose que les lavages antérieurs, 50 centigrammes à 1 gramme, mais en étant sobre de cette dernière dose.

A doses égales, un lavage fait deux fois plus lentement qu'un autre est deux fois plus énergique que lui.

Quand les lavages se font très facilement, quand toute trace d'inflammation urétrale est passée, on peut apprendre au malade à se les faire lui-même.

II.—*Traitement de la blennorrhagie aiguë et suraiguë.* — Quelle que soit l'acuité d'une blennorrhagie aiguë on peut toujours tenter les lavages ; il y a un tel intérêt à tarir l'écoulement, qu'il ne faut pas hésiter à s'exposer à un traitement difficile et long pour arriver à ce résultat.

Si l'urètre antérieur seul est infecté, le succès est presque certain. Les lavages faits à doses très faibles, au plus 25 centigrammes pour 1000, deux fois par jour, arrivent à supprimer en quelques jours les symptômes inflammatoires. Si l'urètre postérieur est infecté, deux cas peuvent se présenter : ou bien le lavage complet se fait facilement, et alors tout ira bien, à condition de cocaine soigneusement l'urètre et de ne recourir qu'à des doses très faibles, ou bien ces lavages sont impossibles, même après plusieurs jours de tentatives prudentes de pénétration. C'est dans ce dernier cas seulement que l'on est autorisé à laisser couler pour laisser passer la période inflammatoire, quitte à reprendre, alors avec succès, les tentatives de lavages complets, aussitôt que celle-ci commence à décroître.

En tout cas, ces traitements commencés en pleine période aiguë, sont toujours très longs ; ils peuvent durer plusieurs semaines, quelquefois plusieurs mois. On arrive rapidement à la cessation de toute inflammation urétrale et presque de tout écoulement ; il ne persiste guère qu'une goutte jaune le matin, mais, aussitôt que l'on cesse les lavages, la récurrence se produit. Il faut alors apprendre au malade à se laver lui-même pour pousser le traitement aussi loin qu'il sera nécessaire, sans jamais laisser l'écoulement se rétablir.

III.—*Traitement de la blennorrhagie subaiguë ou ancienne à gonocoques.*—Ce traitement est des plus faciles : c'est dans ces cas, comme du reste au début de la chaudepisse, qu'il donne les plus beaux résultats. Bien entendu qu'il ne vise que la disparition des gonocoques, si la blennorrhagie subaiguë est de date récente et si, avant elle, l'urètre n'était pas altéré par une infection précédente, on obtient, en même temps que la disparition du gonocoque, la guérison complète de tout écoulement ; si, au contraire on s'attaque au gonocoque dans le cours d'une blennorrhagie chronique ancienne, les lésions que les gonocoques et les infections secondaires ont eu le temps de faire avant le traitement, persistent après la disparition de ces microbes, et on est appelé ensuite à traiter un écoulement chronique sans gonocoque, souvent très rebelle, quelquefois incurable.

Ce traitement de la blennorrhagie subaiguë et ancienne à gonocoques, consiste à faire une série de neuf à douze lavages, de permanganate, quelquefois plus.

Ces lavages doivent toujours dans ces cas être complets, même si l'urètre postérieur ne semble pas infecté, car ils sont sans inconvénients. Comme dose, 25 centigrammes pour arriver rapidement à

50 et à 75 pour 1000 à la fin du traitement. Les lavages doivent être précédés de l'injection de cocaïne à 1/400. Les deux derniers lavages doivent être espacés de 36 à 48 heures, et l'on doit se tenir prêt à refaire quelques lavages au moindre symptôme de récurrence.

Il est délicat de savoir à quel moment on doit cesser les lavages ; et il n'y a pas de règles fixes pour cela. Les meilleurs symptômes pour aider à prendre cette détermination sont : la disparition des gonocoques dans la sécrétion, la cessation de la purulence et de l'aspect jaunâtre de la goutte matinale, la suppression des démangeaisons urétrales.

Les malades récemment traités sont très accessibles pendant les semaines qui suivent leur traitement à une nouvelle invasion gonococcique ; ils sont également très accessibles aux infections secondaires que peuvent leur procurer les femmes les plus saines et qui même peuvent se déclarer chez eux spontanément. Ces infections secondaires se manifestent par des démangeaisons urétrales et par une goutte purulente, en général blanche, qui pourrait simuler à première vue un retour de l'infection gonococcique. Une préparation microscopique suffit à établir le diagnostic et un lavage de l'urètre antérieur au sublimé à 1/1000 suffit à obtenir la guérison. On le répètera aussi souvent que ces infections secondaires elles-mêmes se reproduiront.

Indépendamment de toute infection, l'urètre récemment traité peut conserver après la disparition du gonocoque un écoulement muco-purulent plus ou moins abondant et même un écoulement purulent en cas d'ancienne blennorrhagie chronique. Si l'urètre que l'on a traité était relativement récente et si elle n'était précédée par aucun écoulement chronique, il est sage d'attendre la disparition spontanée de cet écoulement, qui en général ne se fait pas attendre. Si elle tarde plus de deux mois, on est autorisé à pratiquer deux fois par semaine un lavage antérieur ou complet, suivant le cas, de nitrate d'argent à 50 centigrammes pour 1000. La guérison complète s'obtient ainsi en général assez rapidement.

En cas d'ancien écoulement chronique, il faut, après la disparition de gonocoques recourir au traitement habituel de la blennorrhagie chronique par les lavages de nitrate d'argent, de sublimé, de sulfate de zinc, de chlorure de zinc, par la dilatation méthodique du canal ou enkn par les sondes à pommades.

(L'Abeille Méd.)

#### Un peu d'hygiène de l'oreille

Le sort du sourd et surtout du sourd-muet s'est notablement amélioré depuis le temps où Pline assimilait le sourd-muet à un idiot et où Justinien lui refusait tout droit civil à cause du manque d'intelligence. Mais on néglige encore trop l'hygiène, la médecine préventive de cet organe. Les livres se sont multipliés traitant ce sujet ; celui de Gelineau est un des plus intéressants à lire. Nous le suivrons dans cette courte revue, bien que nous n'approuvions pas tous les conseils qu'il donne, entre autres celui de nettoyer régulièrement les conduits auditifs au moyen de cure-oreilles et de la petite éponge garnissant cet instrument encore trop répandu. Il faut aussi éviter de seringuer les oreilles si elles ne renferment pas de bouchons de cérumen. Il suffit d'en nettoyer l'entrée avec douceur en se servant d'un linge.

*Nouveau-né.*—A trois mois, il entend les sons et à quatre il manifeste des sympathies et des antipathies pour les différents bruits. Si donc un enfant, arrivé à cet âge, ne prête aucune attention à la parole, il faut le faire examiner. On ne doit pas se rassurer s'il arrive à prononcer les mots de "papa", "maman", qu'il peut articuler en imitant les mouvements des lèvres.

A cet âge particulièrement, on garantira l'enfant du froid, de l'humidité. On lui laissera porter pendant plusieurs années les cheveux longs. On évitera de serrer le pavillon contre la tête, à moins

qu'il n'en soit écarté d'une façon disgracieuse. On se gardera dans son voisinage de sons bruyants, de claquement de mains, de l'embrasser sur l'oreille.

*Hygiène de l'enfant en âge d'école.* — Après sept ans, la surdité n'entraîne pas la mutité.

Tout enfant inattentif, inappliqué, sera examiné aussitôt au point de vue de l'audition. On s'apercevra ainsi fort souvent qu'on punit injustement un élève que sa surdité empêche de comprendre un ordre, des explications.

C'est aussi l'âge des corps étrangers de l'oreille. On se fera une règle absolue de ne jamais introduire un instrument dans l'oreille avant d'avoir soigneusement, et toujours on devra se servir de l'éclairage approprié.

A cette époque de la vie aussi, s'observent les fièvres éruptives, si dangereuses pour les oreilles.

C'est alors aussi qu'on voit le plus d'adénoïdiens. Il n'est plus permis à un médecin d'ignorer les effets désastreux de l'obstruction du nez, sur les organes voisins et sur le développement général du corps.

On évitera l'introduction de l'eau froide dans les oreilles en se lavant la tête et surtout en prenant des bains : la mer, où on a en outre le choc des vagues, est pernicieuse à bien des oreilles. On y voit souvent se réveiller des otorrhées incomplètement guéries. L'ascension de hautes montagnes, de même que le séjour dans les cloches de plongeurs amènent souvent des troubles auriculaires : on ne doit pas s'exposer à ces influences nocives, sans s'être au préalable assuré que les oreilles et surtout la trompe d'Eustache fonctionnent régulièrement ; il y a aussi certaine graduation à suivre dans la pression atmosphérique anormale qu'on impose aux oreilles.

On a remarqué aussi qu'une solitude trop complète, l'absence de bruit émousse l'audition. On connaît la surdité des ouvriers exposés à des bruits violents, continus : citons les chaudronniers, les tôliers, les mécaniciens, les conducteurs de locomotive. Les artilleurs sont tout particulièrement exposés à des lésions traumatiques de l'oreille : on leur fait avantageusement porter des turbans en étoffe s'opposant à la répercussion simultanée des ondes sonores. On dit grand bien dans ce but des oreillettes du Dr Ferrand, composées de paille et rubans métalliques entrelacés. On mettra utilement de l'ouate dans l'oreille quand on doit tirer. Evidemment, dans tous ces cas, un aérage défectueux de l'oreille moyenne serait désastreux.

La prise est dangereuse pour l'audition : elle provoque du cataracte nasal et rétro-nasal ; elle obstrue mécaniquement par sa seule présence ; on en a déjà retrouvé des grains dans l'écoulement d'une otite. De même que la chique, elle peut agir par la nicotine absorbée.

Ce qu'on a décrit comme maladie des téléphonistes est plutôt constituée non par une affection auriculaire que par un excès de fatigue sur des organismes débilisés.

Chez les vieillards, une bonne ouïe est rare : on trouve souvent les lésions de l'otite sèche, scléreuse. Fréquemment aussi il n'y a aucune lésion appréciable : il y a simple déchéance organique.

Des exemples célèbres prouvent qu'une surdité très marquée n'empêche pas d'écrire des chefs-d'œuvre musicaux (Beethoven, Schubert, Bizet).

La prothèse acoustique est loin de pouvoir être comparée comme résultat à ce qu'on a obtenu pour l'œil avec les lunettes. On a cependant souvent à se louer de l'usage des tympan artificiels, surtout dans les cas de perforation du tympan ; on les a vus augmenter notablement l'audition même chez des malades où le tympan était entier. On ne peut prévoir d'avance quelle espèce de tympan se montrera le plus efficace.

On n'oubliera pas chez certains sourds, les services immenses que peut rendre la lecture de la parole sur les lèvres, qui peut être enseignée à tout âge pourvu que la vue soit excellente.

Dans les cas de surdi-mutité, on aura soin de veiller à ce que l'enfant entre suffisamment jeune dans un bon établissement. Dans ces dernières années, sous l'influence de Victor Urbautschitch de Vienne, on s'est remis avec succès à soumettre les sourds à des exercices auditifs pour susciter une perception, pour réveiller une faculté qui est bien rarement complètement éteinte.

Dr V. BOLAND  
(*Gazette Méd. de Liège*).

#### Traitement local de la diphtérie.

Le traitement local de la diphtérie a perdu beaucoup depuis l'avènement de la sérothérapie. Une ou deux injections sous la peau des irrigations détersives du pharynx et des fosses nasales tous les trois ou quatre heures, suffisent à obtenir la guérison, lorsque la maladie ne se propage pas au larynx. Ces irrigations sont faites soit avec de l'eau bouillie ou des solutions d'acide borique au 1/100 ou de permanganate de potasse à 1/2000. Si cependant, ce traitement simpliste suffit dans l'immense majorité des cas il est certaines formes de diphtéries tenaces dans lesquelles, quelques jours après leur chute, les membranes repullulent avec intensité ; dans d'autres circonstances ; on rencontre des diphtéries localement érosives ; la plus grande partie des membranes tombe dans les délais ordinaires, mais il reste une perte de substance de la muqueuse plus ou moins profonde, recouverte d'un enduit pulpeux, grisâtre, persistant pendant plusieurs jours si l'on n'intervient pas. Enfin lorsque la gorge est nette de membranes, l'extrémité de la luette reste encapuchonnée par des produits membraneux très adhérents, qui semblent faire corps avec la muqueuse. En présence de ces cas sur lesquels le serum ne paraît pas avoir de prises, M. le Dr Variot (*La diphtérie et la sérumthérapie*) n'hésite pas à recourir aux topiques locaux et donne à ce sujet les renseignements suivants qui ne manqueront pas d'un grand intérêt pour nos lecteurs. Après avoir essayé, dit-il, sans succès, la mixture de Lœfler, qui est très douloureuse, je suis revenu à la glycérine au sublimé à 1/30, on porte doucement sur les surfaces recouvertes de membranes un tampon de coton hydrophile imprégné de glycérine au sublimé ; on exerce une friction très douce pour ne pas excorier la muqueuse, et on répète cette manœuvre trois fois par jour. Il est exceptionnel qu'une plaque membraneuse, qui n'a pas cédé au serum, résiste plus de deux ou trois jours à ce topique bien appliqué. L'association de ce topique à la sérumthérapie n'est pas dangereuse, ne donne lieu à aucun accident et donne des résultats très satisfaisants.

Il existe d'après M. Variot, toute une classe d'angines à exsudats circonscrits, d'allures très bénignes rappelants plus ou moins l'aspect des tonsillites lacunaires, de l'angine herpétique, dans lesquelles on trouve généralement le bacille court sur la spécificité duquel l'accord n'est pas fait. Dans toutes ces diphtéries bactériologiques, il ne semble pas nécessaire de recourir au serum, vu la bénignité de la maladie qui a une tendance naturelle à la guérison spontanée et rapide. Ces angines doivent être surveillées de très près ; après l'application de la mixture antiseptique, une injection détersive avec de l'eau bouillie sera pratiquée. Si, malgré le traitement local, les exsudats ont une tendance à l'extension, on n'hésitera pas à faire une injection de serum.

Chez les adultes qui offrent en général un terrain moins favorable pour le développement de la diphtérie, le traitement local conserve une importance plus grande que chez les enfants. En présence d'une diphtérie circonscrite de l'adulte, évoluant sur un bon terrain, dit M. Variot, je conseillerais volontiers de ne pas faire d'emblée une injection de serum ; la marche de la maladie n'est pas très rapide dans ces cas, et il sera toujours temps de substituer le traitement antitoxique au traitement local, si les accidents prennent une allure inquiétante. Plusieurs fois, j'ai observé des troubles si pénibles dus à l'intoxication sérique (hyperthermie, érythèmes, albuminurie tar-

dive, arthrophaties) que je ne suis pas disposé à manier le sérum d'une manière trop précipitée chez l'adulte.

Parmi les principaux antiseptiques et topiques locaux, il faut signaler le *toluol* de Lœfler dont les applications sont douloureuses et sont mal supportées par les enfants ; le topique de Gaucher, le sté. résol de Berlioz qui est très maniable et reste très adhérent sur la muqueuse.

L'acide phénique cristallisé dissout dans la glycérine à 1/20 ou 30 est bien supporté en badigeonnages. M. Variot préfère la solution de sublimé à 1/30 dans la glycérine. Les badigeonnages stérilisants avec cette solution ne peuvent pas déterminer d'intoxication mercurielle si on essie la muqueuse avec un tampon de coton sec, et si l'on pratique une irrigation après l'application du topique. Chez les enfants très jeunes, on pourra employer une mixture de sublimé dans la glycérine à 1 pour 50 ou mêmes à 1 pour 100. Les applications de topiques locaux et les irrigations doivent être répétées toutes les trois heures, même durant la nuit. Mais, lorsque le traitement local ne sera qu'un adjuvant de la sérumthérapie, les badigeonnages peuvent être bien plus espacés, sans inconvénient.

(Journal des Praticiens.)

#### Recherches sur l'influence de l'organisme sur les toxines.

M. METCHNIKOFF a publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, le résultat des recherches auxquelles il se livre depuis longtemps pour déterminer l'influence de l'organisme sur les toxines. Voici ce qu'il a constaté :

1<sup>o</sup> Les plantes inférieures comme les bactéries et les champignons peuvent détruire les toxines et les transformer en vaccin sans jamais produire d'antitoxine.

2<sup>o</sup> Les invertébrés ne sont pas capables de produire l'antitoxine tétanique en quantité appréciable.

3<sup>o</sup> La production des antitoxines débute dans la série animale chez les crocodiles, où cette propriété est plus développée que chez les êtres les plus élevés, comme les mammifères ;

4<sup>o</sup> Le pouvoir antitoxique ne peut pas être considéré comme lié à une réaction fébrile quelconque ;

5<sup>o</sup> La propriété antitoxique chez la poule, réside dans le sang ;

6<sup>o</sup> Il n'est pas possible d'accepter cette idée que l'immunité naturelle dépend du pouvoir antitoxique ;

7<sup>o</sup> La propriété antitoxique dans le règne animal a une évolution beaucoup moins ancienne que la réaction phagocytaire.

#### Traitement de la rhinite chronique par les tampons glycériques

LE DR WLADIMIR DE HOLSTEIN, se rappelant les bons effets que dans les affections utérines chroniques les gynécologues obtiennent des tampons glycéricés appliqués sur le museau de tanche, a eu l'idée de rechercher quelle serait dans le coryza chronique l'action de tampons glycéricés introduits dans le méat nasal inférieur. Le résultat a été des plus favorables.

A la suite de chaque application de glycérine, il se produit une sécrétion abondante de mucosités liquide accompagnée de l'issue de matières floconneuses et de croûtes qui encombraient la cavité nasale. Bientôt après, la respiration peut s'effectuer librement ; ce résultat n'est d'abord que temporaire, mais il s'accroît au fur et à mesure qu'on continue le traitement. La guérison se fait à bref délai.

Voici la méthode que l'auteur préconise dans la *Semaine médicale* pour introduire ces tampons ; il prend une bougie urétrale en gomme, de petit calibre, autour de laquelle il enroule une mince couche d'ouate chargée de glycérine pure et la fait pénétrer lentement dans le nez, suivant la direction du plancher nasal, jusqu'à ce que l'extrémité de l'instrument arrive à dépasser l'orifice de la choane, ce qui provoque immédiatement chez le patient une sensa-

tion de corps étranger dans le nasopharynx. La sonde est laissée à demeure pendant dix à quinze minutes, puis on la retire et on introduit de la même façon par l'autre narine un second tampon glycéricé.

Le malade apprend très facilement à placer lui-même ces tampons, qui doivent être appliqués au moins deux fois par jour. A cet effet, il peut, à défaut d'une sonde en gomme, se servir d'une simple aiguille à tricoter, rendue rugueuse par l'immersion dans un acide minéral fort (acide azotique, par exemple), afin d'empêcher la ouate de glisser.

## FORMULAIRE

### Les papiers antiseptiques.—(L. ADRIAN).

Le papier de soie, le vulgaire papier à cigarettes préparé et plongé dans un mélange antiseptique a été proposé comme objet de pansement par le Dr Bedoin : c'est ainsi qu'on a préparé du papier phéniqué, salicylé, au sublimé dont voici les modes de préparation, ainsi que celui d'un papier hémostatique :

#### PAPIER PHÉNIQUÉ.

Paraffine .....	} à 2 parties
Vaseline .....	
Acide phénique.....	1 partie

Faites fondre et enduisez le papier du mélange ainsi obtenu.

#### PAPIER SALICYLÉ

Paraffine.....	} à 50 parties
Huile de vaseline.....	
Acide salicylique.....	1 partie.

Faites fondre et plongez-y du papier à cigarettes.

#### PAPIER AU SUBLIMÉ

##### a) (GOEDIGKE).

Sublimé.....	2 parties
Eau eistillée.....	} à 500 —
Alcool à 90 degrés.....	
Glycérine.....	50 —

Imbibez-en le papier buvard.

b) Sublimé..... 20 gram.  
Eau distillée bouillie..... 1,000 —  
Glycérine pure..... 50 —  
Papier buvard..... q. s.

Laissez le papier dans la solution jusqu'à imbibition complète et séchez-le au soleil.

#### PAPIER HÉMOSTATIQUE

a) Solution de perchlorure de fer..... 18 parties  
Alun..... 1 —  
Badigeonnez au pinceau du papier buvard avec la solution suivante préalablement chauffée :

b) Sulfate d'aluminium.....	2 parties.
Oxyde d'aluminium hydraté.....	} à 1 partie.
Acide benzoïque.....	
Solution de perchlorure de fer.....	6 parties
Eau distillée.....	4 —

On peut également rendre le papier antiseptique adhésif et voici une formule de préparation du papier adhésif salicylé :

Gomme arabique.....	45 parties
Eau distillée.....	55 —
Acide salicylique.....	1 partie

Badigeonnez avec ce mélange du papier à cigarettes.

(Journal de Méd. de Paris)

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Les phénomènes psychiques et la médecine

(Suite et fin)

Quant à la "lecture des pensées" ou du moins quant à ce qu'on entend généralement par là, l'explication physiologique en est assez simple. Ces phénomènes de divination muette sont fondés sur une *tromperie de soi-même involontaire*, ils représentent un des exemples les plus propres à mettre en lumière les erreurs qui se commettent par la voie de la conscience humaine. En appliquant sur son front la paume de la main de son *inducteur* (ou conducteur, personne quelconque prise dans l'auditoire), ainsi qu'on appelle celui qui propose l'énigme à deviner, et, en la soutenant légèrement avec sa propre main, le devin trouve la personne mentalement désignée ou un objet quelconque qu'il remet, suivant la volonté occulte de son inducteur, à la personne qui doit le recevoir, etc. Voici le mot de l'énigme : le lecteur de pensées saisit toute la série des *mouvements musculaires inconscients exécutés par l'inducteur* pendant que ce dernier concentre son attention sur telle ou telle représentation ; c'est pour cela qu'un neurologiste américain, M. Bird, a appelé cette lecture, non point lecture des pensées, mais lecture des mouvements musculaires (*muscle-reading*). Une commission scientifique qui tint ses séances à Londres et qui se composait de MM. les professeurs Robertson, Francis Galton, Lancaster et Romanes, analysa sérieusement et reproduisit à volonté ces phénomènes ; suivant l'opinion de ces quatre savants, tout le *modus operandi* consiste pour le devin à se laisser guider, pendant qu'il cherche un objet ou un endroit, par les mouvements involontaires, inconscients, que produit l'inducteur, et qui s'expriment par différents degrés de pressions, de poussés, jouant, dans la lecture des pensées, le même rôle que les mots "chaud" ou "froid" dans le jeu bien connu des enfants, quand ils cherchent un objet caché. Cette commission a de plus conclu que cette faculté de lire la pensée ne dépendait pas d'une sensibilité cutanée supérieure, mais n'était que le résultat d'un exercice continu dans ces sortes d'expériences. On est même parvenu, au moyen d'un appareil graphique enregistreur qui ressemble quelque peu au sphygmographe, à saisir ces mouvements involontaires. Une petite expérience que chacun pourra faire prouvera que ceux-ci, qui sont en réalité des mouvements idéo-moteurs qui existent pendant l'attente intense de la réalisation d'une idée quelconque, se manifestent chez les personnes bien équilibrées et normalement portantes, mais pas au même degré chez toutes, c'est-à-dire plutôt conformément aux particularités individuelles de chacune. Prenez dans la main un fil de un pied de longueur au bout duquel suspendez un poids ou une boule métallique pesant environ une demi-once. Tenez votre main en repos afin que le poids ne fasse pas d'oscillations. Maintenant concentrez votre attention à vous *représenter* mentalement, sans interruption, le poids oscillant suivant un certain plan vertical, comme par exemple d'avant en arrière, *concentrez toute votre attention sur ce mouvement expecté, sans faire avec la main aucun mouvement conscient pour arriver à ce but*. Vous serez bien étonné de voir qu'après quelques secondes d'attente les mouvements jusqu'alors faibles et indéfinis du poids suspendu commenceront à devenir plus forts et prendront graduellement la direction désirée d'avant en arrière et d'arrière en avant ; et ce mouvement se maintient tant que la personne qui fait l'expérience se le

*représente* précisément. Si, pendant ce va-et-vient régulier du poids suspendu, le sujet en vient à se représenter des oscillations dans un plan vertical perpendiculaire au premier *et concentre toute son attention sur cette forme nouvelle de mouvements*, il verra bientôt que les oscillations régulières précédentes du poids se modifieront graduellement, et passant par une série d'oscillations obliques, s'arrêteront juste dans le plan voulu et s'effectueront par conséquent de droite à gauche. Et tout cela, je le répète, se produit *sans aucun mouvement conscient et volontaire* de la main du sujet en expérience, et seulement grâce à la représentation motrice prédominante. Il est évident que tout se réduit aux faibles mouvements inconscients idéo-moteurs qui s'exécutent toujours dans la direction du mouvement que l'on attend ; ces petits mouvements, non perçus par la conscience, en s'additionnant l'un avec l'autre, donnent comme résultat général, l'effet attendu d'un mouvement dans la masse du poids suspendu.

## 3° Spiritisme scientifique

Aujourd'hui qu'il est difficile de nier certaines communications télépathiques entre les vivants, que deux esprits vivants (deux humains) peuvent communiquer entre eux, doit-on conclure également que l'esprit immortel de l'homme mort pourrait, lui, se communiquer dans certaines conditions d'ailleurs, aux vivants ? Nous abordons ici la question la plus complexe comme la plus grave de la psychologie contemporaine et le plus sage, pour le moment du moins, est de ne rien conclure, ni pour ni contre. La "society for psychical researches" et le savant anglais William Crookes à sa tête, ont fait des expériences considérables, étonnantes à ce sujet ; les dernières ont été pratiquées à Milan (Italie), avec le médium Eusapid Paladino, par divers personnages parmi lesquels des docteurs matérialistes, c'est-à-dire les moins susceptibles de croire à ce qui n'est pas. Nous ne donnerons pas ici le compte-rendu *in extenso* des séances, parcequ'il constitue un très long document ; voici toutefois quelques uns des faits obtenus : 1° mouvements mécaniques inexplicables avec le seul contact des mains, 2° mouvements d'objets à distance sans aucun contact avec les personnes présentes, 3° transports d'objets divers pendant que les mains du médium étaient jointes avec celles de ses voisins, 4° contact avec une figure humaine, 5° apparitions de mains sur un fond légèrement lumineux, etc., etc. Le rapport que nous résumons est celui dans lequel les expérimentateurs déclarent les phénomènes dénués de toute supercherie ou hallucination possible et dignes de l'attention scientifique la plus sérieuse ; suivent les signatures, de grands fumistes sans doute ? Eh bien pas du tout, ce sont simplement : Giovanni Schiapparelli, directeur de l'observatoire astronomique de Milan, celui qui a découvert les "canaux" de la planète Mars, Charles Richet, professeur à la faculté de médecine de Paris, qu'un grand nombre d'entre nous ont pu entendre et admirer à Montréal l'été dernier, Charles Lombroso, professeur à la faculté de médecine de Turin, Alexandre Aksakoff, directeur du journal "Les études psychiques" à Leipzig, conseiller d'état du tzar, G. B. Ermacora, docteur en physique, Georges Finzi, docteur en physique et plusieurs autres. Après de pareils témoignages il n'y a que les gens de mauvaise foi qui peuvent nier de parti pris la réalité de certains phénomènes, mais quant aux causes de ceux-ci—attendons. Crookes a positivement photographié dans son laboratoire, avec tout le contrôle désirable, en présence de témoins, des apparitions ou ma-

térialisations d'un médium (Melle Cook), convaincu qu'il était que la plaque sensible, elle du moins, ne saurait être hallucinée. J'ai sous les yeux de ces épreuves ainsi obtenues, elles sont superbes. Dans le cas présent le médium prétend "faire apparaître" l'image d'un mort quelconque, mais il tombe tout de même en léthargie pendant l'apparition. En étudiant de près les faits et en élaguant la supercherie, ne s'aperçoit-on pas que les communications entre morts et vivants sont infiniment plus rares qu'on ne serait porté à le croire de prime abord, car qui dit "apparition" ou "revenant" ou "fantôme" ne dit pas toujours esprit ou âme d'un mort, loin de là. Au contraire si l'on scrute ces phénomènes, la plupart des prétendues visions sont celles d'êtres vivants ou à l'article de la mort; et pourquoi d'ailleurs les matérialisations produites par certains médiums ne seraient-elles pas, elles aussi, une extériorisation, télépathique ou non, mais visible, tangible de ceux-ci, puisque l'apparition ne peut se produire sans l'abolition complète chez le médium de toute sensibilité, en d'autres termes sans léthargie ou catalepsie profonde? Les expériences déjà citées ne nous permettent-elles pas d'y entrevoir une possibilité sinon une probabilité de solution à la question? Quant aux maisons hantées etc., il faut être encore bien sur la réserve avant de se prononcer; les fumisteries abondent en ce dernier sens. Cependant, sans pécher par excès de crédulité, on peut dire qu'il existe des phénomènes soi-disant spirites qui sont *indéniables comme faits* et qu'avant de les rejeter sceptiquement en bloc, on est en droit de se demander si, vu l'état embryonnaire relatif de nos connaissances humaines, il n'y a pas là l'application de quelque loi naturelle inconnue jusqu'ici mais dont la théorie scientifique ne saurait tarder. Et les *tables tournantes*, m'objecterez-vous? Nous croyons pour notre part que dans l'immense majorité des cas, elles tournent et parlent grâce aux mouvements involontaires *inconscients* des mains qui y sont apposées; mouvements grandement exagérés par l'état d'anxiété d'esprit qui doit dominer un sujet nerveux à ce moment. Nous avons eu l'avantage, durant notre séjour à Paris, d'assister en compagnie d'expérimentateurs sérieux, de médecins distingués, à plusieurs séances des cercles "spirites" les plus en renom; nos compagnons et nous-même n'en sommes jamais sorti qu'avec la conviction que l'hystérie, l'hypnose et l'hallucination y jouaient un suprême rôle.

Passons maintenant à la *démoniomanie* fin de siècle. En 1895-1896 des écrivains français, M. Huysmans ("Les messes noires") et MM. Léo Taxil et le Dr Hacks (sous le pseudonyme de Dr Bataille dans "Le Diable au XIX<sup>ème</sup> siècle"), prétendirent qu'il existait des sectes de "satanistes" ou "palladistes" qui rendaient un culte à leur dieu; la signature authentique même, la *griffe* en un mot, de celui-ci existerait à Rome dans tel endroit désigné (malheureusement on n'a pu la retrouver après maintes recherches, quelque passionné collectionneur d'autographes l'ayant probablement escamotée...). Quoi qu'il en soit, ces ouvrages, surtout celui du "Dr Bataille" furent beaucoup lus, même au Canada; cependant plusieurs catholiques éminents écrivirent l'avis que les phénomènes opérés par les légions de démons évoqués au cours des cérémonies rituelles, ressemblaient fort à une œuvre de pure imagination, et protestèrent en conséquence. Mais Diana Vaughan, "ex-palladiste luciférienne", présentée comme une convertie, était la principale héroïne de l'ouvrage. On chercha naturellement à la connaître, mais toujours, sous des raisons diverses, elle s'y refusa. Son existence fut alors mise en doute; un congrès se

réunit même à Trente pour élucider la question, mais ses membres ne purent se mettre d'accord. Les choses en restèrent là jusqu'au 19 avril 1897; ce jour là Miss Diana Vaughan, cédant à des instances de plus en plus pressantes, devait donner à Paris même, dans la salle de la *Société de Géographie*, une conférence destinée à prouver, avec son existence réelle, la véracité des faits allégués. La conférence eut lieu, mais Diana Vaughan n'y parut point et pour de bonnes raisons. Léo Taxil les développa en avouant à l'auditoire que les révélations concernant la palladiste n'étaient qu'une suite de mystifications; que le palladisme et ses héros, *voire même principale héroïne, n'existaient que dans son imagination*.

Il ajouta que sa conversion à lui-même il y a 12 ans, au catholicisme, n'avait pas été plus sincère que le reste et qu'il n'avait pas cessé depuis cette époque, de "jouer la comédie". On voit combien le tout est édifiant et ce qu'il faut penser de cet amas de *littérature démoniaque*, que nous qualifions de démoniomanie, qui s'est empilé en France pendant ces dernières années. D'ailleurs le prétendu culte existerait-il par impossible, qu'il faudrait simplement en conclure qu'une nouvelle secte de détraqués s'est ajoutée aux derviches, aux "shakers" et à l'Armée du Salut.

Concluons donc de ce travail en terminant qu'il ne faut jamais dire: telle chose ne peut avoir lieu; savons-nous ce que la nature nous tient en réserve? Tout l'imprévu qui surgit à chaque instant devant nous, merveilles découvertes, problèmes *insolubles* résolus, *incompréhensibles*, déchiffrés, ténèbres devenues clarté, tout cela ne laisse pas la pensée sans émotion et, en vérité, il serait permis de se demander si quelque jour, l'homme ne sera pas terrifié par les révélations qu'il aura cherchées! N'a-t-on pas découvert une chose inimaginable, la constitution chimique des astres déclaré absurde par des esprits éminents et cependant l'analyse spectrale nous a révélé cette constitution! Pourra-t-on jamais établir des communications inter-astrales? ce n'est pas moins possible. Signalons enfin le péril inhérent aux expériences de psychisme avec lesquelles on joue cependant sans se douter du grand danger qu'elle font courir; nous voulons surtout parler des expériences plus ou moins publiques d'occultisme, de spiritisme ou d'hypnotisme et *non entreprises dans un but scientifique*. Plusieurs gouvernements européens ont déjà aboli, et pour cause, ces sortes de séances dans leur territoire; espérons qu'avant longtemps on agira aussi sagement en Canada.

CHARLES VERGE.

58, rue Ste Ursule, Québec, février 1898.

## REPRODUCTION

### De la dysménorrhée hystérique

Par M. le Dr VEDELIER, de Christiania (1).

Cette dysménorrhée hystérique se rencontre le plus souvent chez les vierges et les nullipares. Elle éclate parfois avec l'établissement des règles et elle est la première manifestation de l'hystérie. Le plus souvent pourtant la menstruation se passe, pendant un temps plus ou moins long, sans aucune souffrance, puis, tout à coup, elle devient douloureuse, tantôt sans motif, tantôt à la suite d'une cause agissant de suite avant ou pendant l'écoulement menstruel.

Comme étiologie, les femmes renseignent le refroidissement ou un traumatisme.

Dans certains cas, il y a l'une ou l'autre influence psychique, souvent de nature érotique ou sentimentale.

(1) *Archiv. fur Gynecologie*, 54e vol. II cahier, 1897.

La dysménorrhée peut être un accès hystérique complètement développé, avec son aura initial, ses crampes tonique et cloniques, et sa terminaison habituelle. La douleur ne siège pas toujours exclusivement dans l'abdomen. Dans certains cas l'aura paraît manquer et le tout se limite à une mauvaise disposition de la patiente. Les sensations douloureuses s'accompagnent de crampes dans d'autres organes, le plus souvent à l'estomac ou dans la vessie.

Aussi longtemps que les douleurs sont très intenses, l'hémorragie menstruelle ne se produit pas ou elle est très minime. Elle devient plus adondante quand la souffrance cesse. Mais la perte sanguine peut être très forte pendant tout le temps des règles, et les douleurs peuvent n'apparaître que quand l'écoulement a cessé. On peut démontrer, par l'introduction d'une sonde dans la matrice, que la souffrance n'est pas due à la rétention de sang dans l'utérus, car il ne s'en écoule pas une goutte à ce moment.

L'hémorragie menstruelle est le résultat de l'hyperémie. Qu'il survienne pendant les règles une crampe tonique ou clonique de nature hystérique dans la matrice ou les organes avoisinants, l'hyperémie disparaît ou diminue. Quand la crampe cesse, elle reparait.

On peut aussi observer de violentes douleurs même quand la perte sanguine est abondante. Dans ce cas, il est intéressant de rechercher et de découvrir si la souffrance siège dans l'utérus et si elle revêt le caractère des contractions de l'accouchement.

Il est certain que beaucoup de femmes ne ressentent pas la douleur au-dessus de la symphyse, mais la localisent sans hésiter vers l'un ou l'autre côté du bas-ventre ou du bassin, et remarquent avec certitude, qu'elle présente le caractère d'une douleur continue, brûlante ou lancinante. Dans ce cas, le siège se trouve dans les ovaires ou les autres annexes qui peuvent naturellement participer à l'hystérie tout comme la matrice.

La dysménorrhée hystérique présente beaucoup de variétés quant à l'intensité de la souffrance. Mais les hystériques exagèrent toujours et ne conviennent que difficilement que la douleur est parfois supportable. D'autres l'avouent cependant sans détours et attribuent les rémissions à des voyages, des distractions, etc.

Dans la période intermenstruelle, 20 % des malades se sentent bien et n'éprouvent aucune souffrance ; les autres accusent : ou bien des douleurs localisées dans l'un ou l'autre côté du bas-ventre, ou du malaise général, de la faiblesse, des caprices.

Il peut arriver que, chez les premières, l'exploration la plus attentive ne fasse reconnaître aucun symptôme certain de l'hystérie. Mais c'est l'exception. Le plus souvent on provoque une douleur dans l'un ou l'autre côté du bas-ventre, particulièrement à gauche. En cet endroit on trouve parfois dans la paroi abdominale une zone d'hyperesthésie superficielle, et souvent au milieu une petite tache d'anesthésie. On peut rencontrer cette zone dans la région ovarienne, au-dessus de la symphyse pubienne, au-dessus du nombril, à l'estomac, au-dessous du rebord costal, dans la région lombaire, au-dessus du sacrum ou du coccyx, à la vulve ou à l'entrée du vagin. On peut aussi rencontrer des parties hyperesthésiques dans le vagin, le plus souvent à gauche et en avant, à la hauteur des culs-de-sac. Parfois il y a une contraction des parties sous-jacentes, vraisemblablement des faisceaux musculaires des ligaments larges, de sorte que la matrice est attirée de côté et que les tentatives qu'on fait pour la déplacer sont très douloureuses. Quand l'hyperesthésie cesse, on trouve de nouveau la matrice au centre du bassin et parfaitement mobile. Comme cela se produit souvent très rapidement, on a la preuve qu'il n'y a là aucun processus inflammatoire, ni aucune fixation anormale.

L'hyperesthésie peut s'étendre sur tout le pourtour des culs-de-sac du vagin. L'utérus se trouve alors fixé au centre du bassin et il y a de la sensibilité à la pression, et quand on déplace la matrice, dans n'importe quelle direction. Il y a quelque chose de caractéristique dans cette sensibilité. La patiente pousse un petit cri si on trouve le point douloureux, et, l'instant d'après, elle ne paraît plus

rien ressentir, et on doit de nouveau rechercher la tache sensible. D'autres fois, c'est tout l'utérus qui est douloureux à la pression, sans qu'on puisse découvrir le moindre symptôme d'inflammation.

Dans les conditions ordinaires, la femme ne sent la sonde utérine que quand celle-ci traverse l'orifice interne. Mais s'il y a de l'hyperesthésie de la muqueuse du canal cervical, la douleur commence dès que le bec de l'instrument a touché l'orifice externe, alors même que celui-ci est large et qu'on n'y rencontre aucune lésion de catarrhe.

Enfin, l'un ou l'autre ovaire peut être douloureux, quoique étant d'apparence normale, ou à peine augmenté de volume.

On ne doit pas oublier d'examiner l'anus et l'urètre. Le premier est rarement le siège de douleurs. En revanche, il est assez fréquent d'observer de la souffrance lors de l'émission des urines et des envies fréquentes d'uriner. L'urètre est parfois extrêmement sensible à l'introduction du cathéter.

On doit évidemment aussi rechercher les autres stigmates de l'hystérie.

Dès que les douleurs dysménorrhéiques ont cessé, la menstruation continue avec son rythme régulier et sa durée habituelle.

Les modifications des règles s'expliquent difficilement par une théorie mécanique, mais on les comprend beaucoup mieux si on admet que l'hystérie est une affection centrale. L'organe centrale joue son rôle dans la menstruation et non pas seulement les ovaires, ce qui est démontré suffisamment d'un côté par la cessation des règles à la suite d'émotions, de l'autre par le fait que l'hystérie peut aussi bien être la cause d'aménorrhée que de ménorrhagie.

Quantité de médicaments et de méthodes de traitement ont été préconisés contre la dysménorrhée ; depuis le castoreum d'*Astruc* jusqu'à l'hystérectomie vaginale de *Richelot*. Ce qui réussit avec un médecin, reste sans effet quand un autre l'emploie, quoique les cas paraissent indentiques.

Un point essentiel, c'est que la malade se soumette au traitement aussi vite que possible et qu'elle soit séparée complètement de son entourage habituel. Il faut alors l'envoyer dans un établissement hydrothérapique où elle est soumise à un contrôle sévère.

Si cela n'est pas possible, on doit se garder de la traiter par l'opium ou d'autres sédatifs et surtout ne pas lui permettre de se mettre au lit ; ces deux moyens augmentent encore la perte de volonté. La malade doit apprendre à vaincre la douleur.

Il y a cependant deux médicaments dont on peut obtenir des résultats, c'est l'ergotine et le bromure de potassium.

Il est hors de doute que certaines patientes sont délivrées de leurs douleurs par les agents thérapeutiques ; dans beaucoup de cas, c'est peut-être un pur effet de suggestion. Chez d'autres malades, au contraire, on n'en retire aucun résultat. Quand on a affaire à une vierge, jeune, chez laquelle l'hystérie n'est pas encore fortement enracinée, on peut recourir à l'ergotine à la dose de 10 ctgr 3 fois par jour, non seulement pendant les règles, mais également dans la période intercalaire.

Si la femme ne ressent pas la douleur sur la ligne médiane, au-dessus de la symphyse, et si la souffrance est continue, et non pas sous forme d'accès, on peut avoir recours au bromure de potassium, ou mieux encore aux trois bromures, de potassium, de sodium et d'ammonium, ensemble 2 grammes, dans toute la période intermenstruelle.

Quand on se trouve en présence d'une vierge ou d'une nullipare chez laquelle l'affection existe depuis longtemps, on peut en même temps recourir à l'électricité. Le courant constant n'agit guère que comme moyen suggestif. Le courant faradique est en général plus facile et plus à la portée du médecin. Ou bien à l'aide d'une sonde molle d'*Apostoli*, on introduit le courant dans l'utérus même, ou bien on applique un conducteur, une sonde de platine dans l'intérieur de la matrice, tandis que l'autre est appliqué en différents points de l'abdomen.

Dans l'espace intermenstruel, la patiente doit se lever, circuler, s'occuper et s'efforcer de combattre les idées de douleurs.

Dans certains cas, toute thérapeutique reste impuissante et il ne reste qu'à recourir ou à la suggestion hypnotique ou à la suggestion opératoire.

(Gazette de Gynécologie)

#### Traitement du lymphatisme

Cette question d'un intérêt pratique très grand vient d'être traitée d'une façon remarquable par M. Gallois à la *Société de thérapeutique* (décembre 1897), et nous croyons être utile à nos lecteurs en résumant aussi complètement que possible ce rapport d'après le *Bulletin officiel*.

Le lymphatisme peut être défini une prédisposition à la scrofule. La scrofule est assez difficile à préciser, Hippocrate désignait sous ce nom un engorgement cervical chronique : *morbis colli pessimus*. Lalouette en 1780 fit rentrer dans la scrofule des lésions cutanées diverses, des scrofulidés, au premier rang desquelles se place l'impétigo. Puis Bazin, remarquant la coexistence de l'adénite cervicale chronique avec la phtisie pulmonaire, les tumeurs blanches, les ostéites, rangeait toutes ces affections dans la diathèse scrofuluse ; aujourd'hui, nous les rangeons dans la tuberculose. Donc, la scrofule, jusque maintenant était composée de trois groupes : la *scrofule Hippocrate*, la *scrofule Lalouette* et la *scrofule Bazin*. Mais nous savons que la nature de ces divers accidents sous l'étiquette générale scrofule n'est pas identique, et cependant, si l'étiquette générale scrofule ne peut plus désigner une maladie nettement individualisée, elle représente néanmoins un enchaînement de phénomènes tellement net, tellement fréquent et tellement important pour le pronostic, qu'il est indispensable de la décrire d'une façon spéciale.

Il y a, en outre la diathèse scrofuluse, pour produire le lymphatisme, une prédisposition spéciale. Les scrofuloux d'autrefois fois n'étaient autres que les adénoïdiens d'aujourd'hui. Les végétations adénoïdes semblent être la cause, ou, plus exactement, la condition anatomique de la scrofule, comme la néphrite de l'urémie, comme les lésions cardiaques du syndrome asystolie. Le facies strumeux est le même que le facies adénoïdien de Mayer (Chatellier : *Thèse*, 1887). Or, les adénites cervicales scrofuluses étant de la tuberculose, la porte d'entrée de l'infection par le bacille de Koch, est le pharynx ; le rhinopharynx chez les scrofuloux étant malade, force est d'y voir la porte d'entrée de la tuberculose. Les adénoïdites sont donc un symptôme prescrofuloux, et c'est d'ailleurs également l'opinion de Beckmann. Le véritable trait d'union entre la scrofule et les adénoïdes est l'adénite cervicale ; mais même en dehors d'elle, les points communs abondent. En ce qui concerne le lymphatique, il diffère du scrofuloux en ceci, que ce dernier a subi une infection massive, tandis que le lymphatique n'est pas encore infecté ou n'a subi qu'une infection légère dont ses phagocytes peuvent avoir raison. Les lymphatiques sont pâles, mal développés et peu résistants, ce sont des scrofuloux sans les scrofules, ce sont des dyspeptiques, ce sont des adénoïdiens surtout, héréditaires ou personnels. Henle disait que le lymphatisme est le panier dans lequel on met tous les états anémiques de l'enfance dont on n'a pas trouvé la cause. Or cette cause, c'est la plupart du temps les lésions du naso-pharynx, les voies respiratoires supérieures étant obstruées, la ventilation pulmonaire est insuffisante d'où anoxhémie, d'où anémie. Les adénoïdiens ont souvent l'estomac dilaté, et leurs troubles gastriques peuvent être attribués à l'irritation produite par le muco-pus pharyngien dégluti. Il peut y avoir, d'autre part, auto-intoxication par les produits solubles microbiens, mais aussi une infection véritable, mais latente, incapable de réaliser une grosse lésion anatomique comme une adénite, mais pouvant créer un état septicémique atténué.

L'introduction de cet élément nouveau, pharyngopathie, dans

l'étiologie de la scrofule et du lymphatisme n'a pas seulement un intérêt théorique, elle comporte des indications thérapeutiques.

1° Traiter l'affection naso-pharyngée par l'iode à l'intérieur, en prescrivant par exemple à chaque repas une cuillerée à café de la solution suivante :

Eau .....	200 grammes.
Iode métallique.....	1 —
Iodure de potassium.....	2 —

et en opérant chirurgicalement les adénoïdes.

2° Traiter l'état lymphatique, l'anémie par le fer, la dyspepsie, par les amers comme par exemple une cuillerée à café à chaque repas de la solution suivante :

Sirop de gentiane.....	200 grammes.
Teinture d'iode.....	} à 2 —
Iodure de potassium.....	

Contre l'état septicémique, l'arsenic, l'iodoforme, le quinquina, l'huile de foie de morue trouvent leur indication. Faire vivre les enfants au grand air, à la campagne, au bord de la mer, préconiser les exercices physiques et éviter le surmenage intellectuel, pratiquer l'hydrothérapie chlorurée.

3° Faire la prophylaxie des accidents infectieux, par l'asepsie des fosses nasales au moyen de la pommade suivante :

Vaseline.....	30 grammes
Acide borique.....	6 —
Aristol.....	0 gr. 50.
Menthol.....	0 — 10.

ou au moyen de pulvérisations boriquées ou par des lavages au siphon de Weber. La propreté la plus minutieuse doit être recommandée.

4° Eviter les causes prédisposantes banales, éviter l'âge avancé des parents, leur état maladif, la naissance des enfants avant terme, les troubles digestifs, la malpropreté.

En somme, le lymphatique est un candidat à la scrofule, c'est-à-dire qu'il est sous la menace d'une infection. Il faut prendre à son égard les mesures prophylactiques usitées contre toute infection : écarter les germes morbides, fermer les portes d'entrées, accroître la résistance du sujet.

(Journal des Praticiens)

#### Traitement de l'obésité sans modifications du régime

Par M. WINTERNITZ (de Vienne).

Les traitements mis en usage contre l'obésité (eaux minérales purgatives, régimes d'amaigrissement) font incontestablement maigrir les obèses, mais la cure une fois terminée, ces malades, en général gourmands, recommencent bientôt à reprendre, avec leurs habitudes alimentaires, la graisse qu'ils avaient perdue. Quant au traitement thyroïdien, on ne peut dire qu'il est sans dangers.

Par conséquent, la meilleure méthode de traitement de l'obésité serait, évidemment, celle qui aboutirait au résultat désiré sans exiger un changement de régime.

Une telle méthode ne peut consister qu'en ceci : activer la fonction physiologique de la combustion de la graisse.

Tout le monde est d'accord sur ce point que la combustion de la graisse est liée à la fonction des muscles striés et lisses, vu que les déchets produits par contractions musculaires proviennent surtout des matières non azotées. Il va donc de soi qu'en suractivant cette fonction des muscles, on parviendrait à l'amaigrissement, surtout par la décomposition physiologique de la graisse.

Mais il y a à cela un certain danger ; on veut, en effet, on doit vouloir brûler de la graisse et conserver les substances albuminoïdes. Or, comme, pendant l'oxydation de la graisse par les contractions musculaires, une partie seulement de cette graisse est transformée en force contractile, tandis que neuf parties sont converties

en chaleur animale, on élèverait, par la contraction forcée des muscles, la température du corps jusqu'à la hauteur d'une fièvre assez forte. Ainsi, dans une expérience que le hasard m'a fournie, j'ai vu, chez un coureur de profession, la température, qui était de 37 degrés avant la course, arriver à 41 degrés après cette course de trois quarts d'heure. Il est vrai que cet homme ne transpirait pas.

Dans des conditions de ce genre, la suractivité de la fonction musculaire produit non seulement l'oxydation de la graisse, mais aussi, comme dans tout état fébrile, celle des albuminoïdes, qu'on doit éviter. Eh bien, on l'éviterait si l'on réussissait à empêcher l'élévation de la température pendant l'exercice musculaire.

Ce résultat peut être obtenu en diminuant la température du corps avant la mise en œuvre de la fonction calorigénétique des muscles, fonction qui résulte d'une combustion de graisse pendant l'exercice musculaire.

Or, si on refroidit le corps avant la mise en contraction des muscles, la chaleur produite dans ces conditions ne pourra élever la température du corps au-dessus de la normale, à la condition, toutefois, que l'élévation de température tienne seulement à une production réelle de chaleur et non à une diminution du rayonnement.

Les pratiques hydriatiques, combinées à la sudation bien comprise, permettent d'obtenir ces résultats. La sudation doit précéder la douche ou le bain froids. Outre qu'elle augmente l'albumine du sang, elle a le même résultat sur la composition du sang, que la diminution des liquides obtenue par la méthode d'Ertel. J'ai vu souvent, après une seule opération hydriatique, suivie d'une bonne réaction, le poids du corps diminuer de 700 à 800 grammes, et tout cela sans affaiblir le malade, en le fortifiant même, et sans l'exposer à des privations diététiques.

Pour se qui est de la méthode à employer, j'insiste sur ce point que la chose principale n'est pas le procédé opératoire, mais la manière de doser l'influence thermique et mécanique, ce qui permet d'appliquer la méthode à toutes les catégories d'obèses : anémiques, hyperhémiques, cardiaques, diathésiques. Les sudations, par exemple, peuvent être produites sur tout le corps ou sur une partie du corps seulement. Elles peuvent être combinées avec différentes applications de l'eau froide, celle, par exemple, qui consiste à placer des tuyaux réfrigérants sur le cœur, ce qui diminue la fréquence et fortifie les contractions de l'organe.

Pour ce qui est de la sudation préliminaire, on la provoque par les emmaillottements secs ou humides, par l'emploi des étuves ou des bains électriques. Ce dernier procédé peu connu a l'avantage de faire transpirer avec une température ambiante de 27 degrés seulement, et en cinq à sept minutes. La transpiration est profuse, sans grande excitation du cœur ; elle est produite par une cause encore mal définie.

Après la sudation, on applique l'eau froide de différentes manières : bains, douches, lotions, bains de piscine, etc., selon la quantité de chaleur que l'on veut soustraire. La réaction, ensuite, est obtenue soit par une marche un peu forcée, soit, s'il s'agit de cardiaques, par la gymnastique active ou passive.

Par ces procédés, j'ai obtenu des diminutions de poids considérables, jusqu'à 45 livres en quelques semaines, sans modifier le régime, en conservant les forces et le bon état général. Je suis persuadé que c'est la seule vraie méthode physiologique d'amaigrissement.

(Gaz des Hôp.)

#### L'Iodoforme et l'Ether dans le traitement de l'endométrite cervicale

Dolérès recommande l'application d'une solution éthérée d'iodoforme au canal cervical dans les cas obstinés. Son idée est que l'éther excite des contractions énergiques qui chassent le contenu des glandes infectées, et alors l'iodoforme exerce son action désinfectante directement sur elles.—Dr P. V. F.

#### Du refroidissement comme cause morbide

Par A. CHELMONSKI (*Deutsche Archiv. Klinf. Med.*)

Malgré l'importance reconnue aux micro-organismes comme causes pathogènes, beaucoup de médecins font encore jouer un rôle important au refroidissement. Cependant peu de travaux rigoureux ont été faits pour établir la réalité de cette cause, et on n'a guère discuté que des hypothèses. L'action nuisible du froid sur l'organisme peut se traduire soit par des lésions locales, soit par des troubles généraux. Aux premières appartiennent l'engelure ou congélation. L'action générale du froid peut se traduire par l'épuisement, même une paralysie cardiaque, des troubles du système nerveux, de la nutrition, etc. Certains processus inflammatoires, le rhumatisme, le catarrhe du nez, des bronches, du larynx, les inflammations thoraciques, les néphrites, certaines névralgies reconnaîtraient surtout le refroidissement pour étiologie. Cependant l'action pathogène du froid n'est pas en rapport direct, par exemple, avec l'abaissement de la température. Il faut faire intervenir certains facteurs autres, sans quoi on ne comprendrait pas pourquoi les maladies dites par refroidissement sont peut-être plus fréquentes dans les pays qui ne sont pas particulièrement exposés à des hivers rigoureux. On ne verrait pas pourquoi non plus le froid employé en thérapeutique jouirait d'une action favorable dans l'organisme, pour le défendre même contre les maladies attribuées au refroidissement. Le froid n'agit donc pas par le simple abaissement de la température, et l'on remarquera que si l'excitation froide des pratiques hydrothérapiques n'a pas d'action nuisible, c'est qu'elle est suivie d'une réaction, c'est-à-dire de l'hypérémie de la peau. Les impressions thermiques à un degré moyen sont à ce titre plus dangereuses que celles qui se produisent à un degré plus bas, parce qu'elles n'amènent pas de réaction. Toutefois, même si l'on attribue au refroidissement qui se produit dans ces conditions une action pathogène, l'analyse physiologique montre que le refroidissement ne peut provoquer que des troubles circulatoires dans les réseaux vasculaires, mais non pas une inflammation véritable. Le rôle étiologique du refroidissement consiste dans une simple prédisposition, tandis que les parasites représentent la cause prochaine, la cause efficiente.

Chelmonski a étudié la rapidité de la réaction chez différents sujets et dans diverses conditions morbides. Il a vu ainsi que le temps de la réaction, chez le même individu, n'est pas toujours le même et se montre plus ou moins rapidement. Elle est plus rapide chez les individus jeunes. Mais il est encore difficile de dire en quoi certains états morbides peuvent influencer la réaction. Une inflammation rénale, des états fébriles paraissent retarder la réaction, dont l'apparition ne dépend ni de l'état de la nutrition générale ni de la sensation plus ou moins froide pour une même température éprouvée par le sujet. L'action pathogène du froid a ainsi été exagérée et cette idée erronée a conduit à des principes faux en hygiène, comme le calfeutrage pendant l'hiver, l'absence de soins de propreté de la peau, etc.

Le refroidissement ne peut produire ses effets fâcheux que si la réaction ne se produit pas, ce qui peut arriver soit parce que l'impression thermique n'est pas assez froide, soit parce que l'organisme ne réagit pas. Pour éviter à l'organisme cette paresse dans la réaction, il faut éviter le chauffage trop intense qui épuise l'excitabilité des vaso moteurs, ainsi que le système nerveux. S'il se produit chez un individu un refroidissement se traduisant par le frisson, la congélation de la peau, le mieux est de provoquer le plus tôt possible une réaction cutanée, soit par le mouvement, soit par des excitations thermiques très froides.

Chelmonski conclut de son travail que le refroidissement pris dans le sens habituel n'existe pas et qu'il joue un rôle étiologique très accessoire dans les maladies, rôle qu'il faut réduire à une action prédisposante. Le degré de la réaction cutanée à une excitation thermique donnée indique la possibilité pour un individu donné de se refroidir dans certaines conditions.

Mais le degré de la disposition au refroidissement n'est pas constant chez le même individu.

Les vieillards, les fébricitants et les brightiques paraissent plus prédisposés que d'autres aux maladies par refroidissement.

Les précautions généralement prises contre le froid sont non seulement accompagnés d'un résultat inverse de celui qu'on attend, mais elles exposent l'organisme à un danger beaucoup plus sérieux que le refroidissement lui-même. Le seul moyen de se garantir contre les maladies par refroidissement est de développer la fonction de réaction aux excitations thermiques par des exercices et des moyens appropriés.

(*La France Méd.*)

#### Applications du traitement iodure.

##### CHOIX ENTRE LES IODURES DE POTASSIUM ET DE SODIUM.

Quels sont les cas dans lesquels on doit recourir à la médication iodurée ? Ces cas étant déterminés, quel composé iodé doit-on employer ? Ce sont là deux questions que sont appelés fréquemment à se poser les praticiens, et auxquelles un distingué clinicien, M. Bricquet (d'Armentières), a entrepris de répondre.

I.—En ce qui concerne les affections de l'appareil circulatoire, la médication iodurée est utile dans la plupart des cas d'angine de poitrine, d'artério-sclérose, d'anévrisme, d'aortites aiguës et chroniques ; elle peut rendre des services pour remédier aux troubles circulatoires dans certaines cardiopathies mal compensées.

Du côté de l'appareil respiratoire, les iodures s'adressent surtout à l'asthme vrai, à nombre de cas de bronchites grippales prolongées, à certains cas de bronchites aiguës, chroniques sèches, de pneumonie chronique, de poussées de congestion pulmonaire ; ils peuvent être utiles dans le coryza chronique et l'ozène.

Au point de vue des maladies infectieuses et parasitaires, la médication iodurée est de première utilité dans le syphilis, dans l'actinomyose. Au point de vue des intoxications, elle s'adresse aux intoxications mercurielles et saturnines chroniques.

Les iodures ont donné de bons résultats dans le traitement de certaines manifestations arthritiques : obésité, douleurs, sciaticque. Enfin, au point de vue chirurgical, ils peuvent être employés dans des cas d'arthrites chroniques, d'hyperostose, d'iritis.

Les iodures sont inutiles dans les affections de l'appareil digestif, du foie, des reins ; dans les affections du système nerveux non syphilitiques ; dans les maladies infectieuses : contrairement à une croyance assez répandue, ils seraient sans action sur la sécrétion lactée.

II.—Doit-on préférer l'iodure de potassium à l'iodure de sodium ou inversement ? A ce point de vue, il ne faut pas être exclusif, car il semble bien que chacun présente ses avantages et ses inconvénients.

On peut dire que, d'une façon générale, l'iodure de potassium doit être préféré à l'iodure de sodium, excepté dans les affections des voies respiratoires et dans certains cas de douleurs rhumatismales.

Quand l'iodure de potassium est mal toléré, soit au début, soit au cours d'un traitement, il faut recourir à l'iodure de sodium dont la valeur thérapeutique n'est que légèrement inférieure.

Quand on estime la médication iodurée, il est prudent de toujours commencer par l'iodure de sodium qui se tolère généralement mieux ; lorsqu'il y a accoutumance, on passera à l'iodure de potassium.

Comme, à la longue, l'iodure de potassium semble avoir une action dépressive que ne posséderait pas l'iodure de sodium, il est utile, en cas de traitement prolongé, d'établir une alternance entre les deux iodures.

(*La Presse Méd.*)

#### Les interventions chirurgicales chez les prostatiques

Cette question a été exposée par M. LOCHET à la Société de Chirurgie de Lyon. L'auteur, tout en reconnaissant que le cathétérisme est la base essentielle du traitement des prostatiques rétentionnistes, déclare qu'une intervention opératoire est légitime quand le cathétérisme est mal supporté, ou quand, étant bien supporté, il n'empêche pas le malade de dépérir.

La ponction n'est qu'un adjuvant, une ressource passagère, mais ne saurait être érigée en méthode de traitement.

Les opérations se divisent en deux groupes :

- 1° Celles qui visent l'obstacle lui-même ;
- 2° Celles qui dérivent l'urine sans toucher à l'obstacle.

Les méthodes du premier groupe sont nombreuses ; les principales sont : la galvanocaustie, la prostatectomie sus-pubienne, la prostatectomie périnéale, la castration, la résection déférentielle.

La galvanocaustie de Bottini, reprise en Allemagne ces derniers temps, aurait donné quelques résultats inespérés. M. Rochet a employé deux fois cette méthode avec un résultat favorable dans un cas, nul dans l'autre.

La prostatectomie sus-pubienne est très employée en Amérique et en Angleterre. On fait une taille hypogastrique et par l'incision on évide, on résèque la prostate à l'aide d'instruments spéciaux, puis on draine. Cette opération est moins en faveur en France.

La prostatectomie périnéale est plutôt un drainage périnéal avec divulsion prostatique. On incise le périnée et par la boutonnière on dilate la région prostatique jusqu'à pouvoir y passer facilement le doigt, puis on place une canule avec un gros drain. La dilatation doit être large du calibre du pouce mieux encore que celui de l'index. L'incontinence qui suit est généralement de peu de durée, le spasme est rompu, les épreintes supprimées, et il y a souvent un long bénéfice de l'opération.

M. Rochet propose de remplacer la prostatectomie périnéale par une divulsion profonde de la région prostatique faite sans plaie extérieure à l'aide d'un instrument de son invention introduit par l'urètre.

La castration peut être considérée comme une méthode barbare. La résection déférentielle simple ou double est loin d'avoir fait ses preuves.

Les opérations qui ont pour but de dériver l'urine sans toucher à l'obstacle sont la cystotomie de Poncet, opération excellente sur une vieille vessie infectée qu'on ouvre en quelque sorte comme un abcès, et qui donne alors parfois des résultats inespérés, mais qui, hors ces cas d'urgence, ne saurait constituer une méthode usuelle de traitement des prostatiques rétentionnistes. Si l'on pouvait avoir toujours un méat hypogastrique continent, ce serait parfait ; mais le plus souvent le malade reste avec une fistule hypogastrique qui laisse perdre l'urine malgré les appareils les meilleurs.

Le cysto-drainage hypogastrique de Lejars est très inférieur à la cystostomie sur une vieille vessie infectée, mais il peut utilement remplacer les ponctions répétées et permettre d'attendre la cessation de la congestion prostatique et le retour facile du cathétérisme.

(*Abeille Médicale*).

#### Procédé de traitement des œdèmes de l'anasarque

Aux trois-quarts capillaires de Southey et autres difficiles à maintenir en place, s'obturant facilement, quelques auteurs ont proposé des mouchetures avec la pointe d'un bistouri, ou des ponctions aseptiques avec le trois-quarts de Southey sans laisser le tube d'argent en place. Ce dernier nous a donné d'excellents résultats.

Voici le procédé que préconise la *Médecine moderne* ; On aseptise d'abord soigneusement la face externe des deux jambes à 7 ou 8 centimètres au-dessus des malléoles externes, puis, au moyen de la pointe mousse du thermo-cautère bien chauffée, on perfore la peau et le tissu cellulaire sous cutané en ne s'arrêtant qu'à l'aponé-

vrose. On peut ainsi faire à chaque jambe deux ponctions situées à quelques centimètres l'une de l'autre. L'hémorragie est rare ; elle cède, d'ailleurs, assez facilement à un peu de compression. Mais la sérosité œdémateuse se met aussitôt à couler et continue ainsi pendant un temps plus ou moins long, souvent pendant plusieurs jours. Il faut avoir grand soin d'envelopper les jambes de linges imbibés de solutions antiseptiques après les avoir enduits de vaseline boriquée ou boratée. Le pansement et l'onction doivent être répétés plusieurs fois en 24 heures ; il faut souvent les faire précéder d'un lavage de la peau avec une solution antiseptique.

Les jambes se vident alors, et fréquemment on voit l'œdème disparaître presque complètement. Lorsque les orifices s'obstruent, on en refait d'autres. C'est là une excellente méthode sans danger si on fait une soigneuse antisepsie. Elle nous a paru toujours préférable à toutes les autres.

(Lyon Médicale)

#### Un cas d'hémophilie traité avec succès par le corps thyroïde

D'après M. le Dr. J. DEJAGE

Une dame O...est atteinte depuis 2 ans d'une hémophilie qui l'a réduite à un excessif état d'anémie.

Lorsqu'elle se présente à mon examen, le 4 octobre, elle me dit avoir été soumise sans succès aux traitements les plus divers et les plus énergiques.

Le facies est exsangue, les muqueuses absolument décolorées, les gencives saignent abondamment au moindre attouchement. Les jambes, les bras, le corps, sont couverts de taches de purpura. A chaque époque menstruelle le sang s'écoule avec une inquiétante abondance, et les règles durent en moyenne de 12 à 14 jours. La malade a heureusement conservé un assez bon appétit.

Me fondant sur certaines observations faites à propos de l'action du corps thyroïde en ingestion sur les métrorrhagies, je prescrivis à cette dame des capsules de corps thyroïde titrées à 0 gr. 10, à raison de trois par jour, à partir du 5 octobre. Le 12 octobre ses règles parurent. Au lieu de perdre du sang pendant 12 jours comme aux époques précédentes, la malade ne perdit que 4 jours d'une façon modérée. Dès le 18 octobre, les pertes de sang par les gencives disparurent.

Le 27 octobre, la malade, dont le poids n'avait diminué que de 400 grammes, me disait n'avoir plus eu une seule hémorragie depuis ses règles. Les taches purpuriques avaient disparu ; les gencives s'étaient raffermies. Une teinte rosée commençait à recolorer le visage. La patiente ne se plaignait plus que de palpitations légères. Elle n'a pas dépassé jusqu'à présent la dose de trois capsules par jour.

Cette courte observation, ne donnant que la rapide succession des faits cliniques, montre que le corps thyroïde exerce une action encore inconnue sur la plasticité du sang.

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)

#### L'acide picrique dans le traitement des blépharites

L'acide picrique, tant proné en ces derniers temps dans le traitement des brûlures l'a été aussi dans celui de l'eczéma. M. Fage a pensé qu'il serait également utile dans les diverses formes de blépharite que certains auteurs veulent, on le sait, toutes rattacher à l'eczéma.

La solution d'acide picrique a d'ailleurs bien des avantages pour l'ophtalmologiste : elle est antiseptique, analgésique cicatrisante, sans être irritante pour les paupières ni pour la conjonctive. Quant à la coloration jaune qu'elle laisse sur les tissus, c'est un inconvénient négligeable dans le cas particulier, puisque vu l'application discrète qu'on en fait sur les paupières, cette coloration est peu visible et ne tient pas longtemps. D'ailleurs beaucoup des autres produits déjà emplo-

yés, nitrate d'argent, teinture d'iode, bleu de méthyle, laissent aussi une trace même plus intense et plus durable.

Il s'est servi de l'acide picrique en solutions aqueuses à 5, 8 et 10 pour 1000, ou des mêmes solutions coupées par moitié de glycérine, dans le but de rendre la préparation plus adhérente au bord ciliaire. J'ai par ce procédé traité depuis trois mois, toujours avec de très bons résultats, un grand nombre de blépharites diverses, dont plusieurs n'avaient guère été modifiées par la série des traitements connus.

Dans les blépharites impétigineuses et eczémateuses vraies, après avoir ramolli et détaché les croûtes à l'aide de compresses tièdes, de lavages à la solution d'acide borique ou d'ichthyol, on fait un large badigeonnage des surfaces malades avec la solution aqueuse d'acide picrique, étalée pour ainsi dire en plusieurs couches, en renouvelant cette application environ tous les deux jours. Les effets sont ceux qu'on a signalés déjà dans l'eczéma en général : diminution de la sensation de chaleur, des démangeaisons, du suintement, et guérison assez rapide d'une dermatose qui est, on le sait, souvent si tenace.

Dans les blépharites glandulaires, ulcéreuses, après avoir détergé le bord ciliaire, ouvert les pustules et les petits abcès, arraché les cils les plus altérés, M. Fage touche le fond des ulcères avec un petit pinceau d'ouate imbibée d'acide picrique à 10 pour 1000, attend quelques secondes pour faciliter l'imprégnation et termine par un badigeonnage uniforme du bord ciliaire avec une solution plus faible.

Sous l'influence de ces attouchements à la solution picriquée, la guérison se fait dans d'excellentes conditions. Sans doute la couche d'acide picrique protège pendant leur cicatrisation les tissus profonds, empêche leur nouvelle contamination par les sécrétions conjonctivales et les poussières atmosphériques. L'acide picrique est d'ailleurs un puissant cicatrisant par sa tendance à favoriser la prolifération cellulaire et à hâter l'épidermisation. En même temps que la cicatrisation, il amène une détente inflammatoire, une accalmie des douleurs, une diminution des picotements et des démangeaisons.

(L'Echo médical du Nord)

#### Traitement de la luxation en arrière de la première phalange du pouce

Le Dr J. Hutchison dans le "British Medical Journal", après avoir touché à l'histoire et à la considération des procédés les plus en vogue pour la réduction de cette fracture en vient aux conclusions suivantes :

1° Dans une luxation en arrière de la première phalange du pouce, un essai soigneux doit d'abord être fait des méthodes de manipulation, telles que décrites par Farabeuf et autres.

2° Si elles ne réussissent pas on doit introduire un ténotome sur le dos du pouce en arrière de la base proéminente de la phalange, afin de diviser le ligament glénoïde et de permettre aux os sesamoïdes de glisser de chaque côté de la tête métacarpienne.

3° Cette méthode de section ne divise aucune structure importante, est parfaitement sûre si on prend toutes précautions aseptiques, et n'altère en rien l'utilité subséquente de l'articulation. Elle est toutefois préférable à toutes les méthodes qui demandent une incision palmaire.

L'auteur en vient aussi à la conclusion que cette méthode serait à recommander dans les luxations analogues d'autres doigts.

#### Le diagnostic douteux du bacille de la diphtérie

Schauz, dans le "Berlin Klin. Wochentliche", dit : "Plus on étudie le pseudo-bacille de la diphtérie, plus nous sommes convaincus de sa grande ressemblance au vrai bacille de la diphtérie. Il n'y a plus aucun autre signe distinctif que la preuve de sa virulence. Les deux bacilles ne sont pas identiques, mais ils appartiennent à la même famille, qui n'a pas encore été déterminée ; aussi longtemps

qu'il en sera ainsi le diagnostic bactériologique sera de bien peu de valeur, spécialement dans un examen fait dans les vingt-quatre heures."

#### Traitement du diabète insipide par l'Ergot de seigle

M. le Dr. M. Benedikt, professeur extraordinaire de neurologie et d'électrothérapie à la Faculté de médecine de Vienne, a pu guérir deux cas invétérés de diabète insipide par l'usage interne de l'ergot de seigle.

Le premier fait concerne une femme qui, depuis nombre d'années, était prise, au moment de chaque période menstruelle, d'une polyurie intense accompagnée de violentes douleurs. Sous l'influence du seigle ergoté administré quotidiennement à la dose de 0 gr. 60, divisée en trois prises et continuée pendant 5 jours, les paroxysmes de diabète insipide disparurent définitivement.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'un homme d'une trentaine d'années, atteint depuis 2 ans de diabète insipide, et qui rendait par 24 heures 8 litres 1/2 d'urine contenant jusqu'à 80 grammes d'urée. Il était amaigri et souffrait de vertiges se manifestant surtout pendant la marche et dans la station debout. Ici également, l'usage de l'ergot de seigle amena une guérison en trois semaines.

(La Semaine Médicale.)

Une des dernières nouveautés en chirurgie est la pratique d'embaumer un membre lésé comme préparation à l'amputation. Reclus, de France, prétend qu'on sauve ainsi beaucoup plus de tissus, et que le procédé est moins fatal; et quand le tissu mortifié s'est séparé du tissu vivant, le chirurgien n'a qu'à diviser l'os à un endroit convenable.

#### Du régime alimentaire chez les chloro-anémiques

Dans le traitement de la chloro-anémie chez des malades appartenant à la classe aisée de la société, M. le docteur Ch. E. Simon (de Baltimore) se borne à instituer un régime diététique spécial qui, d'après son expérience, suffit à lui seul pour guérir l'affection, sans qu'on soit obligé d'avoir recours aux préparations ferrugineuses, dont l'emploi ne devient dès lors nécessaire que chez les malades pauvres.

Le régime que prescrit notre confrère consiste essentiellement dans l'usage de viandes noires, de bière brune et de moëlle osseuse. La malade fait cinq repas par jour: à huit heures, onze heures, deux heures, cinq heures et sept heures. Si elle est hyperchlorhydrique, elle doit se reposer après les repas; si, au contraire, il existe de l'hyperchlorhydrie, un exercice modéré est nécessaire après chaque ingestion de nourriture. En outre, la patiente doit dormir au moins dix heures chaque nuit, prendre deux bains salés chauds par semaine, se soumettre le matin à une friction sèche et éviter les distractions mondaines.

La malade mangera beaucoup de viande de bœuf et de mouton et ne fera qu'exceptionnellement usage de viandes blanches. En outre, au repas de onze heures, elle prendra un sandwich à la viande de bœuf crue, finement hachée, et salée et poivrée à volonté. A l'un des repas du soir on lui servira 15 à 30 grammes de moëlle osseuse chaude provenant du tibia d'un jeune bœuf.

Tous les légumes sont permis, sauf les pommes de terre, qu'il vaut mieux éviter. Les purées de pois et de lentilles sont particulièrement recommandées. Les fruits, notamment les pommes, sont autorisés.

Par contre, le pain frais est interdit: on fera usage de pain rassis datant d'au moins vingt-quatre heures, ainsi que de pain grillé, de biscuits. Les puddings et les pâtisseries, le café et le thé doivent être prohibés, mais non le lait ni le cacao. La malade consommera chaque jour un demi-litre de bière brune forte, dont la moitié sera prise au repas de onze heures, avec la viande crue, et l'autre moitié pendant le souper. En outre, elle pourra boire un demi-litre à un litre d'eau, suivant qu'elle sera plus ou moins altérée.

## FORMULAIRE

#### Tablettes pour les soins de la bouche (BERGENAU)

Héliotrope.....	} à à 0 gramme 01
Saccharine.....	
Acide salicylique.....	1 —
Menthol.....	1 —
Lactose.....	5 —
Essence de roses.....	9 gr. 5

Pour f. s. a. tablettes n° 100.

On peut teindre ces tablettes en rouge avec de l'éosine, en vert avec de la chlorophylle, ou en bleu avec de l'indigo.

#### Traitement des plaies fistuleuses par un mélange d'iodoforme et de baume du Pérou (GORGIEWSKY)

Iodoforme porphyrisé.....	20 grammes.
Baume du Pérou.....	4 —
Vaseline blanche.....	6 —
Essence de menthe.....	V gouttes.

Mélez—Usage externe.

Après avoir bien détergé et lavé la plaie, on la bourre de lanières de gaze chargées de cette pommade, et l'on applique par dessus un simple pansement occlusif.

#### Solution pour hâter l'accroissement des cheveux

(DIETRICH).

Chlorhydrate de quinine.....	4 grammes.
Tanin.....	10 —
Alcool à 60 degrés.....	880 —
Teinture de cantharides.....	10 —
Glycérine pure.....	60 —
Eau de Cologne.....	40 —
Vanilline.....	10 centigr.
Bois pulvérisé de Santal.....	5 —

M. S. A.—Usage externe.

Laisser reposer quatre ou cinq jours et filtrer:

En frictions tous les deux jours sur le cuir chevelu.

#### Cachets antinévralgiques

Bromhydrate de quinine.....	15 centigrammes.
Poudre de fèves de Saint-Ignace...	10 —
Phénacétine.....	} à à 5 —
Exalgine.....	
Poudre de Dower.....	

M. S. A.—Pour un cachet, deux par jour avant chaque repas.

(Gaz. Hebd.)

#### Traitement des phlébites constitutionnelles

Sulfate de quinine.....	1 gramme.
Extrait de colchique.....	0 " 45
— de digitale.....	0 " 25
— d'aconit.....	0 " 10

Diviser en dix pilules. En prendre une tous les matins. La douleur est atténuée par des prises d'antipyrine.

Contre la phlébite rhumatismale pure, M. Hirtz recommande l'acide salicylique en application externe.

Lanoline.....	20 grammes
Acide salicylique.....	10 —
Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 20 centigr.

Onction sur la région malade deux fois par jour.

(Journal de Méd. de Paris)

## TRAVAUX ORIGINAUX

## De la Diphtérie à la Campagne

(Lu devant la Société Médicale de Québec)

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Messieurs,

Il y a un an ou à peu près, quelques membres de la profession, animés d'un zèle louable et digne d'imitation, nous réunissaient ici pour procéder à l'organisation de la Société Médicale de Québec.

Vous vous rappelez sans doute, les deux buts principaux qui ont motivé la formation de la Société ; si je me rappelle bien, c'est d'abord *l'avancement des sciences médicales et des sciences accessoires, puis aussi le maintien des intérêts professionnels par tous les moyens que cette société trouvera bons.*

C'est appuyé sur ce dernier motif que je suis ici ce soir. En effet, les intérêts professionnels peuvent être considérés sous différents points de vue, et les moyens de les promouvoir sont sans doute nombreux.

Entre autres moyens, pour moi, je crois que c'est tendre vers ce but que d'encourager le bien qui peut résulter des rapports intimes entre celui qui souffre et celui qui guérit, soulage ou console ; ou encore de faire profiter des merveilles obtenues de la science, celui qui ignorant aujourd'hui ce que peut faire la médecine, demain bénira la main charitable qui l'aura fait bénéficier des découvertes médicales modernes.

Ceci étant établi, permettez-moi s'il vous plaît de vous faire part de quelques réflexions que je fais depuis longtemps sur un sujet qui intéresse tous les médecins mais plus particulièrement le médecin de la campagne.

C'est l'alternative pénible dans laquelle se trouve placé le médecin à la campagne lorsqu'il s'agit de traiter les sujets affectés de diphtérie.

Deux raisons majeures m'engagent à vous soumettre cette question importante ; c'est 1° la protection due à la famille indigente dans nos clientèles respectives, 2° nos propres intérêts.

Je demande à cette assemblée de vouloir bien considérer la question au point de vue humanitaire et professionnel et je serai heureux de connaître l'opinion de chacun ici présent, car c'est le seul moyen, je crois d'avoir une décision prudente, sage et définitive sur la règle de conduite à être observée à l'avenir.

Vous n'avez aucune idée, Messieurs, combien est pénible notre position, lorsqu'il s'agit d'arracher à la mort de petits êtres qui n'ont que leur faiblesse et leur innocence pour se prémunir et lutter contre un mal terrible qui les décime en plus grand nombre qu'on le pense et cela à l'insu des médecins et des autorités qui président au bureau d'hygiène. Vous ignorez aussi les difficultés que nous avons à protéger ces enfants contre les préjugés populaires et surtout l'apathie impardonnable des parents qui ne se laissent convaincre du danger, seulement lorsque la mort a fait des victimes, n'ont recours au médecin que lorsqu'un traitement empirique et rationnel leur a prouvé qu'il existe un moyen radical d'enrayer le mal.

Je fais de suite à vous, Mons. le Président et à chaque membre de cette assemblée, les deux questions suivantes :

“ Que doit faire le médecin chrétien, soucieux de la mission et de la responsabilité qui lui incombent lorsqu'il est appelé, à donner ses soins aux petits diphtéritiques quelques pauvres et misérables qu'ils soient ?

“ Jusqu'où doit être poussé le zèle charitable et humanitaire, le dévouement fraternel du médecin ? lorsque d'un côté, sa conscience, son amour du bien, ses connaissances et ses convictions scientifiques, sa charité, enfin tout lui dicte une route toute trouvée, un moyen presque sûr de faire le bien, guérir le mal et étouffer ce germe de mort qui, peu à craindre au début deviendra s'il est négligé une calamité terrible qui décimera en grand nombre des êtres destinés à promouvoir peut être plus tard nos intérêts nationaux et aggrandir notre population canadienne-française ; que d'un autre côté ce zèle, ce dévouement ne peuvent s'exercer qu'au prix des sacrifices pécuniaires personnels qui répugnent aux parents mêmes des enfants que nous sommes appelés à traiter ?

Pour le médecin, ces déboursés peuvent bien se faire une fois, deux fois, mais ne peuvent pas durer toujours sans inconvénients déplorables qui porteraient préjudice à nos propres affaires. Vous connaissez sans doute cet axiôme populaire qui quelquefois est vrai, c'est celui-ci : “L'homme se fatigue plus vite d'être charitable que d'être aimable !”

Pardonnez à ce long préambule si j'entre de suite dans le vif de la question avec ses détails.

Dans les grands centres comme à Montréal et à Québec, les médecins ignorent le trouble, les milles et une misère auxquelles sont soumis leurs confrères de la campagne lorsqu'il s'agit de soigner les êtres affectés de maladies contagieuses, surtout la diphtérie.

Ici, à Québec, j'ai été à même de le constater, vous avez une organisation admirable de secours et de protection. Vous avez un conseil d'hygiène qui fait les choses on ne peut mieux ; des officiers de santé soucieux de leur devoir dont la prudence égale le zèle et le dévouement ; tous sont dirigés par un président qui fait l'honneur de la profession et dont la science et l'habileté nous sont connues depuis plus d'un quart de siècle. Vous avez encore un hôpital civique où sont dirigés tous les sujets contaminés sans distinction de rang ni de fortune, enlevant par là même d'un milieu sain toute cause et tout danger d'infection.

Nous, nous n'avons rien de tout cela. Vous me direz peut-être, mais à la campagne vous pouvez bien faire de même ?

Messieurs, je suis forcé de vous répondre : “Non.” En voulez-vous une preuve ?

Il y a quelques années, j'ai voulu m'intéresser pour faire établir un bureau de santé, non pas à Portneuf, ma résidence actuelle, mais dans une autre grande paroisse que je ne nommerai pas...

Cette mesure était d'autant plus nécessaire qu'une épidémie de petite vérole sévissait à Montréal, et toute la Province semblait menacée. Voulez-vous savoir ce qu'on a fait ? Quand on a appris le but de mes démarches, toute la paroisse s'est soulevée en masse contre moi. On a fait des assemblées présidées par le maire, les conseillers municipaux etc. etc. etc., pour protester contre l'établissement d'un bureau d'hygiène. Le notaire de la place a rédigé une longue requête qui a été signée par la totalité des paroissiens signifiant aux autorités qu'il n'y avait aucune nécessité de bureau de santé dans la paroisse. Les plus violents ont même été plus loin, ils

m'ont menacé de brûler mes propriétés et de faire demander un autre médecin qui prendrait mieux les intérêts de la paroisse ! Qu'ai-je alors fait pour apaiser la tempête : Je n'avais qu'une alternative : Dire comme eux tout en me justifiant de mes bonnes intentions, ou bien me préparer à émigrer ailleurs ou mourir de faim ! À ma grande confusion, je vous avouerai que j'ai dit comme eux et je me suis tenu tranquille, sachant d'ailleurs que la fameuse requête n'irait pas plus loin que le bureau du notaire. J'ai alors fait connaître aux Drs. Pelletier et Beaudry du bureau d'hygiène qu'il n'y aurait rien à faire et tout en est resté là.

Avec une semblable réception et un tel succès, je vous assure que mon zèle s'est passablement refroidi et jamais depuis je n'ai eu l'idée de me créer de pareils désagréments.

Je reviens à mon sujet : Vous me direz peut-être encore ; "Mais le traitement de la diphthérie est aujourd'hui tout trouvé ; vous n'avez qu'à l'appliquer et dans les 4/5 des cas, le succès couronnera vos efforts et vous récompensera de vos sacrifices !"

Certainement quand on peut appliquer le traitement institué depuis les admirables découvertes de l'immortel Pasteur et de son digne successeur le Dr. Roux, le succès est presque assuré, mais c'est ici, messieurs, que je vous demande toute votre attention et que je réclame surtout votre opinion désintéressée sur ce que nous devons faire. J'ajouterai que, quelle que soit votre décision, je la considérerai comme définitive et je l'accepterai comme règle de conduite à tenir pour l'avenir sans égard aux inconvénients qui pourront en résulter pour les autres ou pour moi.—Pour vous faire mieux comprendre ce qui en est, je vous raconterai aussi brièvement que possible ce qui m'est arrivé durant le mois de décembre dernier. et, remarquez bien que chaque fois qu'il y a de la diphthérie dans nos campagnes, c'est la même chose qui se répète ; excepté toutefois lorsque ces cas arrivent dans le voisinage de l'église ou dans les familles à l'aise plus à même d'apprécier les bienfaits de la science.—Voici :

Demandé à 4 milles de chez moi pour un enfant de 4 ans, malade depuis 8 jours, on me dit que ce n'est pas grand chose, que l'enfant souffre de *petits maux qui courent*. Mais comme c'est l'aîné de la famille et que 3 ou 4 autres enfants sont morts dans le voisinage, on a peur que cela devienne grave. En arrivant chez le malade, je trouve une petite maison *pacquetée* c'est le mot, *pacquetée* de monde attendant l'arrivée du médecin. Les voisins, les voisines avec leurs enfants sont rendus là pour savoir ce qui en est. La maison n'a que 2 petits appartements surchauffés par un poêle énorme, la température est suffocante. Dans un coin de la chambre, la mère tout en larmes tient sur ses genoux, l'enfant malade qui soit dit de suite, *est tirant*, presque agonisant ! C'est la diphthérie !... La mère se tient près d'un berceau où dort un autre bébé non encore affecté de la maladie.

En présence de tels faits, je vous le demande messieurs quoi faire ?—

Voici ce que j'ai fait : Après avoir fait connaître la nature de la maladie, avoir donné à chacun le moyen de se désinfecter, avoir défendu à tout ce monde d'envoyer leurs enfants à l'école etc. etc. etc., j'ai fait évacuer la maison et j'ai dit au père que je ne voyais qu'un moyen de sauver son enfant, l'injection de sérum ! Ne l'ayant pas avec moi j'ai proposé de téléphoner et une heure après j'aurais

pu appliquer le traitement. Lorsque le père a su que payer pour le téléphone, pour le sérum, pour express, etc. etc., et tout cela argent comptant, c'était trop et il m'a répondu en pleurant ; "Soignez mon enfant comme vous faisiez autrefois, je ne puis pas faire autrement, je suis trop pauvre, je n'ai pas le sou.

Je vous avoue que cette fois encore, j'ai été fort tenté de prendre sur moi de tout faire, tout payer et sauver cet enfant, mais je suis fatigué de faire des générosités qui souvent sont audessus des moyens du médecin de campagne, parce qu'elles se répètent trop souvent sous toutes formes. Ensuite j'ai pensé que peut-être je serais obligé d'en faire autant chez chacun des voisins que je venais de renvoyer, je me suis dit ; Après tout, je ne suis pas tenu de faire pour ces enfants là plus que les parents eux-mêmes. J'ai alors institué un traitement bien rationnel et employé déjà avec succès puis je m'en suis revenu l'esprit et le cœur mal à l'aise pour ne pas dire plus. C'est alors que j'ai pris la ferme décision de venir vous soumettre la chose car j'étais réellement chagrin de voir une telle scène.

Le soir même, on est venu me dire que l'enfant de 4 ans était mort. Le lendemain j'ai été demandé pour un autre enfant de 2 ans qui est mort quelques heures après. Je me suis alors mis à l'œuvre et grâce à tous les moyens énergiques employés, j'ai réussi à prévenir d'autres cas, mais j'étais et je suis encore peiné. Car je compte 2 victimes qui, si elles avaient été injectées avec l'antitoxine ne seraient peut-être pas mortes !—

Je le répète, un tel état de chose est déplorable ! Cependant, malgré toute notre ardeur à faire la charité, il est impossible de se prêter à toutes les exigences de la pauvreté qui règne dans des places où les 2/3 de la population est ouvrière, la famille nombreuse, où le père ne gagne que 60 à 90 centins par jour, à peine le nécessaire pour acheter du pain ! Pour nous, médecins, je crois que lorsque nous avons donné *gratis* nos médicaments, nos veillées sans compter de longs et pénibles voyages, nous avons satisfait à la charité qui s'impose.

C'est alors que je me suis demandé : "Quoi faire ?"

Hé bien, cette question, messieurs, je vous la fais ce soir. "Quoi faire ?"

Si vous n'avez rien de mieux à nous suggérer, me permettez-vous de vous soumettre une idée qui pourrait, ce me semble remédier sinon totalement, du moins en partie dans les besoins les plus pressants ?

Tous les jours, nous voyons se former des sociétés de charité, des associations philanthropiques pour porter secours à l'indigence. Plusieurs de ces sociétés sont subventionnées par le gouvernement. Nous voyons plus, le gouvernement qu'il soit libéral ou conservateur, a de tout temps encouragé le peuple canadien à rester au foyer : il a même fourni et fournit encore des sommes considérables pour repatrier nos frères des Etats-Unis ! il offre des terres presque *gratis* à tous ceux qui veulent revenir travailler au pays afin que le canadien soucieux, de ses intérêts, prospère, grandisse et contribue à former ce beau et grand peuple qui avant longtemps prendra une place enviable parmi les nations !

Pourquoi alors me suis-je demandé ne pas songer à empêcher par tous les moyens possibles un fléau qui certainement enlève tous les ans un nombre assez considérable de sujets canadiens ? Cette belle tâche nous appartient à nous, médecins ! Ce serait d'autant plus

facile que les moyens, nous les avons ; tous nous connaissons la puissance presque absolue de l'Antitoxine !

Pourquoi, messieurs, un mouvement de protection charitable ne se formerait-il pas au sein même de la Société Médicale de Québec ? Pourquoi une demande de secours, appuyée par les membres les plus influents de cette société ne serait-elle pas faite aux autorités compétentes, pour nous aider, à nous médecins à sauver la vie à des frères ? Avec une somme relativement modique, on pourrait placer dans les principaux grands centres, une certaine quantité de sérum anti-diphthérique qui en cas de nécessité serait livrée aux médecins pour porter secours aux petits pauvres qui meurent en grand nombre soyez-en sûrs, seulement parceque les parents ne peuvent pas payer le traitement qui est trop onéreux et aussi parceque les médecins ne peuvent pas toujours donner, donner toujours !

Durant les temps d'épidémie de picote, on distribue gratis, le vaccin en quantité pour prévenir ou faire cesser la maladie ; preuve, ce qui s'est passé Montréal il y a quelque temps. Ce qui se fait pour la picote pourrait fort bien se faire pour la diphtérie. Tout le monde a peur de la petite vérole parceque cette maladie affecte tous les âges également. La diphtérie, personne n'en parle ! Est-ce parceque les enfants en sont le plus souvent menacés et affectés ?

J'ose espérer, Mons. le Président et vous aussi Messieurs, que personne ne contestera l'opportunité de mes remarques. Je vous prie de croire que le seul but qui me fait agir, c'est que nous voyant dans l'impossibilité de faire plus que nos moyens le permettent, nous voulons porter secours aux pauvres, nous voulons montrer même à la partie la plus malheureuse de notre population rurale que nous nous occupons d'elle, nous voulons lui prouver comme la science peut beaucoup quand elle marche de concert avec la charité ; nous voulons encore faire apprécier les bienfaits de la science médicale en détruisant cette idée funeste, que le charlatanisme peut faire plus que le médecin dans ces maladies ; en faisant taire ce *dicton* populaire que Dieu donne le mal à qui il veut, et le guérit quant il le veut sans le secours des médecins.

Voilà, messieurs ce que je voulais vous soumettre ce soir. Ma tâche est remplie. Supposez maintenant que mes démarches ne réussiraient pas, je resterai avec la satisfaction d'avoir voulu faire le bien, d'avoir accompli un devoir et suivant mes moyens d'avoir contribué à faire des heureux.—

Si nous réussissons, comme j'en ai l'espoir, nous aurons le plaisir de voir diminuer le nombre de petits pauvres qui naissent, vivent quelques mois ou quelques années pour prendre le chemin du cimetière sans avoir eu un cœur sensible et charitable pour s'intéresser à leur sort.—

Si nous réussissons, soyons certains que plus tard, nos successeurs compteront par centaine les canadiens reconnaissants qui béniront la Société Médicale de Québec d'avoir été la première à prendre la part du faible, de l'indigent délaissé et souffrant.

Si nous réussissons il est certain que du moment que l'on saura que dans les familles pauvres, les diphthériques peuvent recevoir gratuitement les soins du médecin, on ne tardera plus à nous faire demander ; appelés au début de la maladie il nous sera toujours plus facile de guérir ceux qui seront malades et prévenir l'épidémie. De plus, est-ce que la présence du sérum dans une paroisse ou ses environs, ne serait pas une des meilleures lois hygiéniques et prophylactiques ?

J'ajouterai en terminant, que à tous les points de vue, soit reli-

gieux, soit hygiénique, soit public, soit professionnel, soit national, soit de la famille, la considération de cette mesure s'impose à la sagesse, à la charité et à la bonne volonté des membres de la Société Médicale de Québec.—

S. GEORGES PAQUIN, M. D.

Notre-Dame de Portneuf.

## Société Médicale de Québec

DOUZIÈME SÉANCE, 10 FÉVRIER 1898.

Monsieur le président est au fauteuil.

Le dernier procès verbal est adopté.

Sont admis membres actifs MM. les docteurs J. E. Blondin d'Arthabaskaville et George Turcotte de Québec.

L'assemblée ayant été convoquée spécialement pour connaître l'opinion des membres sur la part que la Société devait prendre à l'élection des gouverneurs du Bureau Médical en juillet prochain, M. le Dr. P. V. Faucher propose, secondé par M. le Dr M. Brophy, qu'il soit résolu : que la Société Médicale de Québec désire s'occuper de l'élection des gouverneurs du Bureau Médical pour le district de Québec.

M. le Dr. Faucher parlant pour sa motion dit, qu'il est de la plus grande importance que la Société Médicale prouve à tous les médecins du district qu'elle désire s'occuper de leurs intérêts ; Que l'apathie dont la profession a fait preuve en cette matière depuis longtemps n'a plus raison d'exister.

Qu'il est temps que nous nous occupions de nos propres affaires, et en particulier de l'élection de nos gouverneurs dans le Bureau Médical.—Il affirme hautement que tous les gouverneurs du Bureau Médical sont loin de rencontrer toute la sympathie de notre district. M. le Dr Art. Simard s'oppose à la motion parce que dit-il cette question qui couvre des intérêts personnels, ne peut manquer de créer des embarras à la société et compromettre son existence. Du reste il prétend qu'elle n'a pas le droit de s'occuper de cela.

M. le Dr Brophy parla en faveur de la motion et demanda le vote. Elle fut adoptée sur division.

Une discussion acrimonieuse était évidemment engagée, quand le Dr. C. R. Paquin dit qu'il désirait proposer une motion qui plus tard n'aurait plus sa raison d'être parce qu'elle avait pour but de faire cesser toute discussion sur ce sujet.

Avant de proposer cette motion, dit-il je crois devoir protester contre l'opinion du Dr Simard qui refuse à la société le droit et le devoir de s'occuper de cette question vitale pour la profession. Ayant été constamment mêlé aux affaires de la société depuis sa fondation, j'ai toujours compris que le but de la société était le maintien de la profession médicale du district par tous les moyens quelle trouverait bons.

Or le pouvoir émanant du Bureau médical il devenait naturel qu'elle commença par s'occuper de l'élection de ceux qui auraient pour mission de représenter notre district dans ce même Bureau. En négligeant de le faire, elle manque à son droit et à son devoir. Cependant reconnaissant la justesse des remarques du Dr Simard sur les dangers qu'une question aussi brûlante peut faire courir à la Société à laquelle je tiens tout d'abord. Je propose, secondé par les Drs. Faucher et Simard, que cette séance soit ajournée pour permettre aux médecins présents de se former en assemblée absolument indépendante de la Société Médicale, pour considérer cette même question. Cette motion fut adoptée à l'unanimité et donna visiblement satisfaction à tout le monde.

La séance fut ajournée au 24 mars.

On y traitera particulièrement de "Electricité statique en médecine".

Par ordre,

C. R. PAQUIN, M. D.

Secrétaire.

**Assemblée générale des médecins du district de Québec**

Jeudi le 10 de ce mois a eu lieu à l'Université Laval de Québec, une assemblée générale des médecins du district de Québec dans le but de s'entendre sur la part que les membres de la profession médicale de ce district devait prendre à l'élection des gouverneurs du bureau provincial.

Après l'élection de M. le Dr M. J. Ahern comme président de cette assemblée, les motions suivantes furent unanimement adoptées.

1° Proposé par M. le Dr P. V. Faucher, secondé par M. les Docteurs P. Boulet, Léonidas Larue, P. Lord, A. Potvin, J. Z. Triganne, C. R. Paquin, Art. Lavoie, Chs. Verge, Léon Fiset, Jules Dorion, M. Brophy, que cette assemblée nomme immédiatement un comité pour s'occuper de l'élection des représentants de ce district dans le bureau médical.

2° Proposé par M. le Dr A. Marois, secondé par M. le Dr A. Lavoie que ce comité soit composé des médecins suivants : MM. les docteurs Laurent Catellier, Arthur Vallée, Chs. Verge et C. R. Paquin, avec pouvoir de s'adjoindre d'autres membres s'il y avait besoin.

3° Proposé par M. le Dr Simard, jnr. secondé par M. le Dr Faucher qu'il soit résolu que : le comité fasse rapport de ses travaux à une assemblée plénière des médecins du district.

**REPRODUCTION****Diagnostic de la syphilis.—Syphilis ignorées**

Par M. le Professeur FOURNIER (1)

MESSIEURS,

Comment et à quels signes reconnaissez-vous qu'un malade est entaché de syphilis ? Sur quelles bases assoiiez-vous le diagnostic de la vérole ? Tel sera le sujet de ma leçon d'aujourd'hui.

Le diagnostic général repose, cela va sans dire, sur le diagnostic spécial des accidents. Tel accident est une syphilide, un iritis, une périostose, une alopecie d'origine bien et dâment syphilitique, dont le malade qui en est affecté se trouve sous le coup de la diathèse, et en puissance de syphilis.

La vérole est une cause qu'attestent ses effets et cette cause, de toute évidence, ne saurait être révélée que par les manifestations qui en dérivent. Jusqu'ici rien de spécial, toute maladie en est là. Mais en quoi la syphilis diffère de la plupart des maladies, c'est qu'elle ne s'accuse pas seulement par un certain nombre de symptômes particuliers, mais encore et surtout par un ensemble morbide, par une évolution spéciale. Je m'explique : Voici un malade qui présente de l'iritis. En même temps vous trouvez une syphilide érythémateuse, une érosion buccale, des boutons sur le corps, une érosion à la verge. Tout se tient dans cet ensemble, chaque élément de la série apporte à l'élément voisin une signification particulière, vous permet d'établir votre diagnostic très ferme : syphilis.

Les éléments qui donnent à votre diagnostic une certitude aussi mathématique sont de deux sortes :

1° La notion d'un ensemble pathologique dont les termes se confirment, se servent de répondants réciproques ;

2° La notion d'une évolution morbide où chaque symptôme est venu se placer à son rang, est apparu à son heure.

D'où : un accident syphilitique se présentant à vous, ne vous bornez jamais, de par lui seul, à diagnostiquer la vérole. S'il est bien réellement syphilitique, d'autres manifestations l'ont précédé ou l'accompagnent. Cherchez-les dans le présent et aussi dans le passé. Efforcez-vous de reconstituer la maladie dans son ensemble, dans son évolution naturelle. Ceci posé, voyez l'application en pratique : Serez-vous toujours assez heureux pour pouvoir, à propos d'un symptôme, reconstituer toute la maladie ? Toujours ? Non

certes, mais souvent, chez l'homme surtout. Il vous renseignera mieux, parce qu'il peut mieux s'observer que la femme, parce que aussi, il connaît mieux la vérole et la redoute davantage. La femme dissimule de parti pris, refuse au médecin les renseignements pouvant l'éclairer. Elle ment à ses dépens. Vis-à-vis d'elle, il faut beaucoup d'habileté et de diplomatie. Plus d'une fois, le médecin, se heurtant à des dénégations obstinées, aurait à décider par devers lui s'il ne doit pas passer outre et formuler quand même son diagnostic avec le traitement qui en dérive.

Mais entrons dans les détails, car aucune question ne touche de plus près la pratique : Quand vous interrogez une femme, ne soyez pas exigeants à l'égard du chancre. Vous n'en trouverez pas une sur cinquante qui l'accusera comme exorde de son mal. Inutile de vous répéter que le chancre est bénin par essence, qu'il passe souvent inaperçu. Pour la femme c'est un terme effrayant ; quelque chose comme un cancer, un ulcère. Elle se garderait bien de dénommer ainsi l'inoffensif bouton qu'elle a pu remarquer sans y attacher aucune importance, et, je le répète, moins instruite que l'homme de la pathologie vénérienne, elle ne vous donnera que des renseignements très incomplets, tronqués, diffus.

Ne perdez pas de vue que la syphilis est susceptible de deux ordres de phénomènes : des phénomènes propres et des phénomènes communs. Sont phénomènes propres ceux que la syphilis peut produire : par exemple, chancre induré, syphilides cutanées, gommès, etc. Sont phénomènes communs ceux qui peuvent résulter soit de la syphilis, soit de telle ou telle autre cause morbifique, par exemple : céphalalgie, névralgies, douleurs rhumatoïdes. Si les phénomènes du 1er groupe ne peuvent donner le change, ceux du second offrent des difficultés diagnostiques plus sérieuses. Les manifestations communes de la syphilis sont par excellence matière à surprises, à erreurs dans la pratique. Les erreurs se commettent ou bien parce que connaissant les antécédents syphilitiques, on n'en tient pas compte et passe outre ; ou bien on les ignore et on accepte comme explication telle ou telle étiologie banale. La céphalée, par exemple, sera traitée de migraine rebelle. C'est là l'écueil de la plupart des diagnostics en syphilis.

Cet écueil est d'autant plus réel, plus périlleux que les phénomènes communs ne sont pas toujours multiples et associés, le diagnostic de l'un éclairant le diagnostic de l'autre, mais qu'un seul de ces symptômes se produit qui n'a rien de spécial. Ces faits ne sont pas rares. Une syphilitique nous est revenue six mois après sa sortie de l'hôpital, avec une paralysie de la 3e paire. Soignée sans succès par un oculiste à qui elle avait caché sa vérole, nous l'avons guérie par le traitement spécifique. Voici un autre malade souffrant d'une névralgie faciale. Rien n'est manifeste de son ancienne syphilis, et s'il vous déclarait ne l'avoir pas eue, vous ne pourriez lui démontrer le contraire.

Autre difficulté. Il arrive de reconnaître un symptôme sans pouvoir remonter à l'origine de la diathèse, sans pouvoir reconstituer la série morbide dont ce symptôme n'est qu'une expression détachée. Vainement vous examinerez *a capite ad calcem*, suivant le vieil adage, vous ne trouverez rien. Vainement vous questionnez sur l'existence antérieure de telle ou telle manifestation syphilitique, vous n'obtiendrez que des renseignements absolument négatifs. Que faire en pareil cas ? Abandonner le diagnostic, renoncer à votre impression ou bien persister quand même en l'absence de tout autre signe actuel ? En pareille occurrence la science du médecin est au-dessus des allégations du malade. Le médecin croit à la vérole, le malade la nie ; il y a plus de chances pour que la vérité soit avec le médecin. Ne vous laissez arrêter ni par l'absence d'antécédents, ni par les témoignages négatifs, votre droit et votre devoir sont de passer outre, de persister dans le diagnostic, d'instituer le traitement.

Pourquoi ? 1° parce que la vérole peut être niée de parti pris ; 2° parce qu'elle peut être niée et ignorée de bonne foi.

Je ne reviens pas sur le premier point ; mais est-il possible qu'un

(1) *Revue internat. de méd.*

malade ait eu la vérole et l'ignore ? Parfaitement. Le mode de contagion n'est pas toujours vénérien : des objets ayant servi à des syphilitiques, un verre, un rasoir peuvent donner la maladie à qui s'en sert. Que d'inoculations par cathétérisme ! Aussi bien toutes ces contagions extra-génitales passent inaperçues le plus souvent. Les sages-femmes ne font pas attention au chancre qui les atteint au doigt. J'ai vu même, Messieurs, des médecins laisser passer sur eux bien souvent la syphilis en l'ignorant. Un grand chirurgien, vivant encore, a traité comme tubercule anatomique un chancre provenant d'une inoculation pendant une opération sur un syphilitique. Jugez d'après cela de ce qui peut arriver chez le public. Six de mes collègues ont présenté sur eux des accidents tertiaires : une syphilide pharyngée, deux syphilides gommeuses ulcérées, deux exostoses, une lésion osseuse des fosses nasales.

Une deuxième raison pour laquelle nombre de syphilis restent ignorées, c'est que nombre de leurs manifestations passent inaperçues. Le chancre ? il peut être petit, rudimentaire, larvé, caché sous le prépuce. Le bubon ? il est essentiellement indolore. Les syphilides cutanées ? Elles ne provoquent pas de prurit, aucune douleur, vous les montrez souvent au malade qui les ignore. D'autre part, reconnues comme symptômes, les syphilides peuvent être méconnues comme nature. Discrètes et non prurigineuses, les éruptions du cuir chevelu sont peu faites pour éveiller l'attention ; l'alopecie, mieux remarquée, a tant d'origines divers ! La spécificité des troubles nerveux secondaires échappe bien davantage. Quel rapport aux yeux des gens du monde pourrait avoir une paralysie de l'œil ou de la face, des palpitations, des névralgies avec des accidents de la vérole ! Les douleurs articulaires sont mises sur le compte du rhumatisme qui est là pour assumer toute la responsabilité.

En d'autres cas, un malade vous niera la vérole en bloc et vous la confessera en détail. Un homme se présente, ayant de vives douleurs de côté. Croyant trouver un zona, je le fais déshabiller, il avait de la roséole et sous le prépuce une cicatrice de chancre. Interrogé, il répond : "J'ai eu un bouton aux parties, mais il s'est passé tout seul, et, d'ailleurs, je n'y ai prêté aucune attention, ma maîtresse était une femme du monde en qui j'ai toute confiance ! J'avais d'ailleurs les humeurs en mouvement à cet époque car j'ai été éprouvé par de violentes migraines, des névralgies, des douleurs de gorge, avec des glandes au cou. Je suis devenu aussi un peu sujet aux rhumatismes ; je souffre souvent de douleurs dans les articulations et les muscles, mais pour la vérole vous pouvez être sûr que je ne l'ai jamais eue !"

La bénignité de la syphilis secondaire la fait souvent méconnaître. Souvenez-vous qu'elle se rattrape parfois, et de façon terrible !

De plus, Messieurs, en ce qui concerne la femme, ne perdez jamais de vue que si elle ignore souvent sa syphilis, c'est qu'on a tout fait pour la lui cacher. Lorsqu'un amant ou un mari a eu le malheur de communiquer la vérole à sa maîtresse ou à sa femme, son premier soin, en général, est de tout mettre en œuvre pour dissimuler sa faute. Voici comment les choses se passent d'ordinaire. Dans une première visite préparatoire le coupable va trouver un médecin auquel il se confesse, puis, après force doléances et témoignages de repentir, il annonce qu'il reviendra le lendemain avec sa victime, suppliant le médecin de traiter cette femme sans lui révéler le mal dont elle est affligée, sinon c'en serait fait de la paix du ménage, du repos d'une femme, d'un bonheur domestique jusqu'alors sans nuages, etc. — De la sorte le médecin se trouve engagé au nom des intérêts les plus respectables dans une véritable conspiration du silence. Il traite cette malade "sans rien dire". Au besoin même il affublera la maladie des noms les plus honnêtes et, si un soupçon venait à naître dans l'esprit de sa cliente, il aurait le devoir de le dissiper.

Supposons qu'un jour à venir, vous ayez à interroger quelqu'une de ces malades sur ses antécédents qu'à bon droit vous jugeriez suspects, quelle réponse vous sera faite ? Quel témoignage obtiendrez-

vous de ces femmes que tout le monde se sera accordé à si bien tromper et qui vous nieront la vérole de par les assurances de leur médecin !

Mais j'abrège car les raisons sont multiples, et je ne fais que vous les énumérer : légèreté, insouciance, négligence de soi-même, travers singulier de certains sujets se croyant invulnérables, — confiance aveugle dans la femme — toujours honnête, qu'ils ont pour maîtresse, etc.

Le danger de tout cela, c'est le danger de la syphilis non traitée, et il est des plus grands. Sur 193 cas recueillis par moi, j'ai 92 syphilides tuberculeuses, 44 accidents osseux, 24 lésions osseuses des fosses nasales, 20 sarcocèles, 5 syphilis cérébrales, 4 syphilis médullaires, 4 gommages du palais. Le sarcocèle non traité amène la sclérose ou l'atrophie du testicule, les lésions osseuses des fosses nasales entraînent l'ozène, l'éboulement du nez ; les syphilis médullaires conduisent à la paralysie, à l'hémiplégie, à la mort. En un mot la syphilis ignorée amène toutes les catastrophes, car la nature de la lésion ne fait rien à la qualité des symptômes, — une montre peut être arrêtée dans sa marche aussi bien par un cheveu que par un grain de sable. Le cerveau est arrêté par un accident syphilitique comme il le serait par une vaste lésion, et les troubles résultants seront des troubles fonctionnels, sans rien de spécial.

Souvenez-vous de ce que disaient les maîtres de l'art. Je me rappelle ce mot de Rayer entendu quand j'étais externe des hôpitaux. "Moi, lorsque je ne vois pas clair quelque part, je flaire la vérole." Et Ricord : "Lorsque vous aurez à faire un diagnostic, laissez une place pour la vérole, c'est une dame très indiscreète, qui fourre son nez partout !" Le domaine de la syphilis s'est étendu d'une façon considérable. Voyez que de lésions lui ont été annexées, lésions du larynx, de l'œil, du foie, des artères, du cœur, et surtout de la moelle du cerveau. Le danger des syphilis ignorées est donc devenu d'autant plus grand et nous devons d'autant moins hésiter à traiter spécifiquement toute lésion qui nous paraît syphilitique. Que de lésions cardiaques, rénales, cérébrales, Charcot a pu guérir en les traitant, malgré les malades, comme lésions de la vérole !

Morale donc de tout ceci : Il est des syphilis d'un certain ordre qui peuvent être ignorées — plus encore à l'hôpital qu'à la ville, — à propos desquelles le diagnostic doit être posé exclusivement d'après les données des symptômes actuels, sans tenir compte de l'absence des commémoratifs et en dépit des dénégations opposées par les malades.

### La Belladone chez les enfants

Par M. le Dr. COMBY.

Pour l'usage interne, la préparation pharmaceutique la plus employée est la teinture alcoolique de belladone, qui se prescrit par gouttes.

R. Blache est pour les doses faibles, et conseille de ne pas dépasser III, IV, V gouttes jusqu'à deux ans, V à VIII gouttes jusqu'à trois ans, X à XX gouttes jusqu'à dix ans ; encore faut-il avoir soin de fractionner les doses.

J. Simon, qui a toujours beaucoup usé de la teinture de belladone, va plus loin et déclare qu'il a pu donner sans danger, en fractionnant les doses, XL gouttes à des enfants de trois ans, LX gouttes à quatre ans, et jusqu'à CXX gouttes chez une fille de treize ans.

Il n'y a pas, en effet, de règle absolue et l'on doit chercher à atteindre la limite des effets physiologiques (visages animés, yeux brillants, pupilles dilatées). En donnant V gouttes de teinture par année d'âge, soit X gouttes à un enfant de deux ans, XX gouttes à un enfant de quatre ans, XXX gouttes à un enfant de six ans, on ne nuira pas, à la condition de répartir cette dose sur toute la journée et de s'arrêter s'il y a intolérance ou menace d'intoxication. C'est surtout à la période convulsive de la coqueluche qu'on usera largement de la belladone, soit pure, soit associée à l'aconit. On pourra prescrire :

Teinture de belladone..... } *àà* 5 grammes  
Alcoolature d'aconit..... }

x, xx, xxx gouttes en quatre ou cinq fois dans la journée, suivant l'âge des enfants ; on se servira comme véhicule, d'une cuillerée à café de lait ou d'eau sucrée.

La teinture de belladone peut être associée à la teinture de drosera rotundifolia ou de grindelia robusta.

Teinture de belladone..... 5 grammes  
" de drosera ou de grindelia 10 —

x à L gouttes en vingt-quatre heures.

On peut aussi mêler la teinture à un sirop simple ou composé ;

Teinture de belladone..... xxx gouttes  
Sirop de fleurs d'oranger..... 10 grammes.  
— de codéine..... 10 —  
Eau distillée..... 60 —

une cuillerée à café deux ou trois fois par jour suivant l'âge.

Dans les douleurs intestinales, J. Simon a prescrit iv à x gouttes, avant le repas, de la mixture suivante :

Teinture de belladone..... } *àà* 5 grammes.  
— de cannelle..... }  
— de Colombo..... }

Dans les douleurs qui accompagnent quelquefois la menstruation chez les jeunes filles, il a conseillé l'association avec l'élixir parégorique :

Teinture de belladone..... 5 grammes  
Elixir parégorique..... 10 —

On peut donner par jour, à une fillette de douze à quinze ans, XL à LX gouttes de cette préparation.

Quand, dans la coqueluche, le cœur faiblit, quand le pouls prend une fréquence exagérée, il y a avantage, comme le faisait H. Roger, à associer la belladone à la digitale ; on peut prescrire à son exemple :

Teinture de belladone ..... 10 grammes  
— de valériane..... } *àà* 5 —  
— de digitale..... }

v à LX gouttes par jour suivant l'âge.

Si la teinture de belladone est aujourd'hui la préparation la plus employée, il n'en a pas toujours été ainsi, et l'on avait recours volontiers à la poudre et à l'extrait.

Sandras prescrivait dans la coqueluche .

Poudre de racines de belladone. 5 centigrammes  
Sucre pulvérisé ..... 25 —

pour un paquet ; 2 à 8 par jour suivant l'âge.

Trousseau formulait :

Poudre de belladone..... } *àà* ½ centigrammes.  
Extrait de belladone..... }

pour une pilule ; une le matin, ou une matin et soir, suivant l'âge (au-dessous ou au-dessus de quatre ans) ; pour faire prendre ces pilules, on les écrase et on les mêle à de la confiture, à du sirop, à du lait sucré, etc.

Le sirop de belladonne est très employé, soit pur, soit mitigé par le sirop de tolu : M. Cadet de Gassicourts prescrit :

Sirop de belladone..... 50 grammes.  
— de tolu..... 150 —

une cuillerée à café en deux fois dans la première enfance, puis augmentation de progressive par demi-cuillerée à café, jusqu'à sédation des quintes de coqueluche. Pour les enfants de plus de sept ans on commencera par deux cuillerées à café et on augmentera progressivement, jusqu'à ce que les pommettes rougissent et que les paupières se dilatent.

On peut associer le sirop de belladone au sirop d'opium, de codéine, d'éther, etc.

Sirop de belladone..... 30 grammes.  
— de codéine..... 30 —  
Bromure de potassium..... 2 —  
Eau de fleur d'oranger..... 40 —

Une cuillerée à café matin et soir à trois ans ; trois cuillerées à café par jour au-dessus de cet âge.

En résumé, la dose moyenne de sirop de belladone sera d'une cuillerée à café (5 gramme) par trois années d'âge : une cuillerée à trois ans, deux à six ans, trois à neuf ans, quatre à douze ans, etc.

On pourra aller plus loin en suivant de près les effets du médicament et en fractionnant les doses. Les extraits, teintures, sirops de belladone, n'ont malheureusement pas toujours une valeur égale. Il y a des teintures très énergiques et d'autres qu'ils le sont très peu. Nous ne savons jamais d'avance quelle est la teneur en *atropine* des teintures que nous prescrivons. De là une grande incertitude dans les effets obtenus. Il serait préférable de recourir, d'un commun accord, au sulfate neutre d'atropine, dont il est facile d'avoir des solutions parfaitement titrées.

Quand on se sert de l'alcoïde, du sulfate d'atropine, qui n'est pas seulement employé en oculistique, mais encore en médecine interne, on choisit des solutions très étendues ; Archambault prescrivait une solution au millième :

Sulfate d'atropine..... 1 centigramme  
Eau distillée..... 10 grammes.

i goutte trois fois par jour dans une cuillerée à café d'eau, pour un enfant d'un an ; doubler au bout de quelques jours pour les enfants plus âgés.

J. Simon, plus audacieux, a pu donner à trois ans, dans la coqueluche, jusqu'à 2 milligrammes d'atropine par jour, soit XL gouttes de cette solution. Il ne serait pas prudent de débiter par cette dose.

Dans l'épilepsie et les affections convulsives de l'enfance, si l'on emploie la belladone, on fera bien de l'associer au bromure de potassium, qui renforcera son action calmante et antispasmodique.

On pourra prescrire :

Extrait de belladone..... 10 centigrammes  
Bromure de potassium..... 10 grammes.  
Sirop d'écorces d'oranges amères 200 —

Une cuillerée à café matin et soir dans la première enfance, une cuillerée à dessert deux fois par jour de cinq à dix ans, deux et trois cuillerées à soupe au-dessus de dix ans.

Pour l'usage externe, la belladone est prescrite en pommade ou en liniment.

La pommade se faisait autrefois avec l'oxonge et l'extrait de belladone, à la dose de 4 grammes d'extrait pour 30 grammes de corps gras.

Aujourd'hui on se sert plus volontiers de vaseline comme excipient.

L'onguent napolitain belladonné a pour formule :

Extrait de belladone ..... 4 grammes  
Onguent napolitain..... 30 —

Les liniments se font avec l'huile :

Extrait de belladone..... 4 grammes  
Huile d'olives..... 30 —

Un des liniments les plus connus est le *baume tranquille* qui, entre autres nombreuses substances narcotiques et antispasmodiques, contient des feuilles fraîches de belladone contusées, cuites dans l'huile, passées avec expression et filtrées.

La belladone se prescrit encore en suppositoires, soit pour calmer les épreintes et les douleurs de la fissure anale, soit pour amener des évacuations.

Chez les enfants constipés, j'ai prescrit souvent des suppositoires creux au beurre de cacao avec :

Glycérine..... 1 gramme  
Aloès..... 10 centigrammes.  
Extrait de belladone..... 1 —

En cas de turgescence gingivale, avant l'éruption dentaire, on a fait des frictions avec un sirop de dentition à la belladone et à la cocaïne :

Sirop de belladone..... 10 grammes  
Chlorhydrate de cocaïne..... 25 centigrammes.

On voit combien variées sont les applications de la belladone en médecine infantile.

(*La Médecine Moderne*)

**Comment doit-on dormir ?**

Le sommeil est le repos du corps et de l'esprit. Pour procurer tous ses bienfaits, il doit être soumis, autant que possible, à une sorte d'hygiène du sommeil. (Dr Descourtis — *Revue de l'hygiène thérapeutique.*)

Pour être véritablement réparateur, le sommeil doit être naturel, total, absolu. Sa durée varie suivant l'âge, les occupations, l'état de santé ou de maladie : en général, il vaut mieux dormir peu et bien que beaucoup et mal. A la campagne on se couche tôt et on se lève tôt ; à la ville, on peut, sans inconvénient, retarder de deux ou trois heures le coucher et le lever. Le lit doit être sans rideaux, placé au milieu de la chambre : celle-ci, vaste, bien aérée, sera d'une température modérée, son air ni trop sec ni trop humide ; de plus, elle ne sera pas exposée au bruit et on y fera l'obscurité pendant le temps consacré au sommeil. On s'habitue à dormir tête nue. Il ne faut jamais se coucher au milieu du travail de la digestion, quand cette digestion s'exécute difficilement. Chacun prend la position qui lui convient. Si on le peut, on s'habitue à se coucher sur le ventre, sans oreiller, ni lit trop moelleux : le corps repose alors plus à plat, la résolution musculaire est plus complète, les viscères sont mieux soutenus, la circulation sanguine est plus régulière et il y a moins de rêves et de cauchemars. Pour faciliter le sommeil, on fera de l'exercice, surtout en plein air, mais sans arriver à la fatigue. Pour éviter encore les rêves et les cauchemars, on éloignera, avant de se coucher, les idées tristes, les préoccupations, les travaux absorbants, et on recherchera les distractions douces, les lectures amusantes, ou encore mieux les promenades à pied et surtout en voiture : de l'eau fraîche, prise au moment de s'endormir, dispose souvent au sommeil et prépare une garde-robe facile le matin. Le réveil doit être brusque : les rêveries du matin fatiguent l'esprit. Enfin la sieste, pratiquée après le déjeuner, convient à beaucoup de personnes ; elle n'empêche pas le sommeil d'être bon pendant la nuit.—

(*Journal des Praticiens.*)

**Brûlures de l'œil par la chaux**

Ces brûlures sont, comme on le sait, fréquentes chez les maçons et dans les localités où on manipule beaucoup les ciments, lesquels contiennent de la chaux en proportion plus ou moins considérable. M. le Dr. Gossart, qui traite de cette question dans sa thèse (1), fait remarquer qu'au point de vue du pronostic, il y a une grande différence entre celles qui peuvent être traitées immédiatement et celles qui ne le sont que plus tard. C'est ce qui fait que beaucoup de ces brûlures restent bénignes et passent inaperçues, ceux qui en sont atteints sachant la conduite qu'ils ont à tenir.

Avant tout, il est indispensable d'explorer avec soin les culs-de-sac conjonctivaux et d'enlever avec une curette les fragments de mortier ou de chaux qui sont emprisonnés sous la paupière supérieure : ce nettoyage sera complété par des lavages abondants à l'eau boriquée.

Puis, pour neutraliser la chaux, on introduit dans l'œil un collyre à l'eau sucrée qui neutralise la chaux en formant un saccharate de chaux. Dans la pratique, on peut introduire du sucre en poudre dans l'œil, ainsi que le font d'ailleurs beaucoup de maçons, et il serait à désirer que tous les ouvriers qui travaillent à la chaux eussent toujours de cette substance à leur disposition. Ce premier traitement fait, le traitement ultérieur est avant tout antiseptique ; il a pour but de prévenir les complications inflammatoires et cicatricielles.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*)

(1) Thèse de Lille.

**Le traitement des maladies du cœur par la gymnastique suédoise**  
Par le Dr. BARIÉ

Le but que se propose la pratique de la gymnastique suédoise, dans le traitement des cardiopathies, est de faciliter le travail du cœur en augmentant sa force contractile et en diminuant les résistances périphériques.

Pour arriver à ce but, le principe général est de provoquer des contractions de muscles volontaires par des mouvements actifs, relativement faibles et lentement renforcés, et par quelques opérations mécaniques passives secondaires ou mouvements passifs qui se répartissent en trois groupes :

- 1° Pétrissage des muscles des jambes, des bras et même de l'abdomen ;
- 2° Mouvements de circumduction des mains, des bras, des pieds, des jambes, de la tête et du tronc ;
- 3° Mouvements qui favorisent la respiration, tels que le soulèvement du thorax, les mouvements d'élévation des bras.

A ces trois groupes, il faut joindre certaines manœuvres secondaires, telles que les mouvements de trépidation du thorax et les vibrations du dos, exécutés souvent par des appareils spéciaux.

Enfin, la pratique des mouvements passifs se complète presque toujours par des moyens externes appliqués plus spécialement au niveau de la région précordiale ; c'est le traitement local. Celui-ci comprend spécialement le tapotement à main plate, l'effleurage, les mouvements de hachement, de vibration du thorax.

Les effets utiles obtenus par ce traitement se ramènent à ces trois résultats :

- 1° Accélération de la circulation périphérique ;
- 2° Facilité plus grande donnée à la déplétion du cœur par diminution de la résistance aux extrémités et par élargissement des artères dans les muscles en mouvement ;
- 3° Accélération de la circulation pulmonaire par les respirations plus profondes.

Ce traitement exige un temps assez long, d'une durée progressive de trois mois. Ces exercices sont quotidiens et répétés au moins une fois chaque jour, et pendant une heure au minimum ; puis, après un stade de repos variable, cette thérapeutique est appliquée pendant une nouvelle période, et ainsi de suite.

Les indications de la gymnastique suédoise, dans le traitement des cardiopathies, ont été surtout bien posées par Zander et Wide, elles seraient les suivantes :

- 1° Dilatation du cœur : dans ce cas, la gymnastique compense jusqu'à un certain point les effets de la stase veineuse qui résulte de la dilatation ;
- 2° Hypertrophie du cœur (mouvements passifs) ;
- 3° Polysarcie du cœur : c'est surtout dans le traitement du cœur gras que les exercices de gymnastique jouent un grand rôle. Au début, on aura recours aux mouvements passifs, mais on arrivera rapidement aux mouvements actifs très soutenus ;
- 4° Sclérose cardiaque ;
- 5° Névrose du cœur et palpitations nerveuses.

Ces exercices raisonnés de la gymnastique chez les cardiaques n'excluent pas chez eux le traitement interne.

(*Gazette Méd. de Liège*)

**La saignée, les vomitifs et les vésicatoires (1)**

M. A. ROBIN pense que la saignée, les vomitifs et le vésicatoire ne méritent pas l'extrême faveur où on les tenait jadis, ils méritent encore moins l'ostracisme dont on les frappe aujourd'hui. Il expose ce que valent ces médications étudiées d'après les procédés modernes d'investigation.

A.—Saignée. Si on l'envisage au point de vue des échanges gé-

(1) *Académie de Médecine de Paris.*

néraux et respiratoires, on voit que la soustraction d'une quantité modérée de sang est un moyen d'oxydation générale.

De ces faits découlent des indications précises pour l'emploi des émissions sanguines.

1° Leur action sur la tension sanguines, si courte qu'elle soit, légitime leur utilité dans les stases sanguines des cardiaques asystoliques, dans l'œdème aigu du poumon ;

2° Elles trouveront leur emploi dans les affections ou la nutrition est en déchéance, quand cette déchéance ne sera pas la conséquence d'une dénutrition exagérée, mais bien d'une insuffisance des actes nutritifs, démontrée, entre autres preuves, par l'abaissement des échanges respiratoires, du taux de l'urée, des divers coefficients d'oxydations.

Ceci revient à dire que les émissions sanguines ne conviendront pas à telle ou telle antité morbide, mais qu'elle pourront intervenir dans des états pathologiques fort dissemblables, à la condition qu'on y rencontre cette indication dominante de la déchéance, ou, mieux encore, de l'insuffisance des oxydations organiques.

3° On conçoit, à l'aide de cette donnée, comment la saignée peut donner des résultats décisifs dans quelques maladies infectieuses, comme la pneumonie, alors que les accidents dominants qui imposent à la maladie sa haute gravité, sont causés par des poisons d'origine microbienne, et par ceux que fabriquent l'organisme dans sa lutte contre l'agent infectieux.

4° Dans les auto-intoxications dont l'urémie est le type, les émissions sanguines n'agissent pas tant en soustrayant une minime partie du poison qu'en activant les actes d'oxydation qui transforment ce poison en un principe soluble et non toxique.

B.—*Vésicatoire.* Aujourd'hui, dans la médecine de l'adulte, les vomitifs sont presque délaissés ; ils ne sont plus guère en usage que dans la médecine des enfants où on les emploie au début des affections de l'appareil respiratoire. Et encore, depuis que la notion de l'infection bronchique a pris rang en pathologie, la médication antiseptique tend à détrôner peu à peu la médication vomitive. Cependant les vomitifs, outre qu'ils réalisent le curage des bronches—ce qui vaut toutes les antisepties—sont de puissants agents d'oxydation, ce qui est encore l'un des moyens les plus actifs que nous possédions pour nous débarrasser des toxines microbiennes.

Sous l'influence des vésicatoires se produit un accroissement des échanges gazeux qui reconnaît deux conditions mécaniques, soit l'augmentation de la capacité respiratoire et de la ventilation, et une condition chimique ou mieux vitale, à savoir la plus grande absorption d'oxygène et la plus grande formation d'acide carbonique pour le même volume d'air expiré. Avec cette double action, mécanique et chimique, il y a de quoi justifier la vogue ancienne des vomitifs, du moins dans leur application au traitement de l'infection bronchique.

L'orateur n'hésite pas à affirmer qu'ils ont, dans ces cas, une bien autre valeur que les antiseptiques à la mode, d'autant que, jusqu'à présent, il ne leur a pas trouvé de grandes contre-indications. Les vieillards, en particulier, chez lesquels les infections bronchiques sont si fréquentes et si graves, supportent parfaitement les vomitifs. A l'hospice des Ménages, M. Robin les a administrés largement, pendant six années, et n'a jamais eu qu'à s'en louer.

C. *Vésicatoire.*—M. Robin lui est resté fidèle ; il croit à l'efficacité de la révulsion, aux effets résolutifs, vaso-moteurs et même dérivatifs du vésicatoire. Sa conviction repose sur l'effet produit par le vésicatoire sur le chimisme respiratoire. De ces analyses, il ressort en effet que sous l'action du vésicatoire, il y a augmentation de l'oxygène total consommé et de l'oxygène absorbé par les tissus ; aussi ne serait-il pas sage, dit-il, de se priver d'un agent aussi actif.

## FORMULAIRE

### Solution claire de cocaïne et de sublime corrosif pour injections hypodermiques

Chlorhydrate de cocaïne.....	10 centigrammes
Bichlorure de mercure.....	20 —
Chlorure sodique.....	75 —
Glycérine.....	7 grammes.
Eau stérilisée.....	Q. s. p. 20 c. c.

Dans un flacon d'une capacité de 30 grammes, on pèse d'abord la glycérine ; on prend ensuite deux tubes renfermant chacun une très petite quantité d'eau distillée ; dans l'un on dissout la cocaïne, dans l'autre le bichlorure de mercure et le chlorure sodique. Le contenu de ce dernier tube est chauffé à l'ébullition, puis versé dans la glycérine et on agite bien le mélange. On ajoute ensuite en un mince filet la solution de ce cocaïne, on agite constamment et on parfait les 20 centimètres cubes avec de l'eau distillée bouillie.

### Contre la migraine :

Valériane de quinine.....	0.10 centigr.
Citrate de caféine.....	0.05 —
Extrait de chanvre Indien.....	0.01 —

Pour une pilule (2 ou 3 par jour).

### Potion contre la méningite tuberculeuse chez les enfants

Acétate de cuivre.....	0 gramme. 10
Julep gommeux.....	100 —

F. S. A.—Faire prendre deux cuillerées à café de cette potion par jour (pour un enfant de trois ans).

### Solutions contre l'angine scarlatineuse (M. H. M. Mc CLANAHAN)

Eau oxygénée.....	30 grammes
Bicarbonate de soude.....	1 gr. 20
Eau distillée bouillie.....	60 gr.

F. S. A.—Usage externe.

On se sert de ce liquide pour pratiquer, toutes les deux heures, des pulvérisations dans la gorge.

### Érésipèle de la face

Acide phénique.....	} à 2 grammes
Teinture d'iode.....	
Alcool.....	
Essence de térébenthine.....	4 —
Glycérine.....	6 —

Badigeonner les lésions avec ce liniment toutes les deux heures. Après chaque pansement, recouvrir les parties enduites avec de la tarlatane aseptique.

(Gazette Méd. de Liège).

### Vin de quassia ferrugineux

Teinture de quassia.....	30 grammes.
Pyrophosphate de fer et de soude.....	5 grammes.
Vin de Malaga.....	1000 grammes.

Une cuillerée à bouche avant chacun des deux principaux repas.

### Pilules vermifuges (SCHMIDT)

Oxyde de cuivre noir.....	6 grammes
Craie préparée.....	2 —
Talc de Venise.....	12 —
Glycérine.....	10 —

Pour faire 120 pilules.

(Gaz. Hebd.)

## TRAVAUX ORIGINAUX

## QUELQUES FAITS CLINIQUES

## Opérations sur les paupières

JÉHIN-PRUME, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame et de la Polyclinique de l'Hôpital-Général des Sœurs Grises, Montréal.

Lancereau disait : "La médecine est une science d'observation."

En effet, plus je vais et plus je comprends les paroles du grand clinicien français. Aujourd'hui on a un peu (?) la manie d'écrire; beaucoup prennent un sujet, le tournent, le retournent et écrivent avec des phrases différentes, des idées exprimées et connues depuis des années.

Je crois que le livre le plus intéressant que l'on puisse étudier est *un malade*, et le plus beau travail que l'on puisse faire est *une observation*.

Le malade n'est-il pas le plus beau sujet d'étude. N'est-ce pas en observant un même groupe pathologique, que nous arriverons à des conclusions vraiment scientifiques.

Cette question est aujourd'hui si bien comprise, que *la clinique* est le point vers lequel nous tendons tous. Dans nos sociétés médicales, comme dans nos travaux, nous n'avons qu'un but, publier nos observations, les discuter, en voir le pour et le contre et par ce seul fait nous aider les uns les autres.

Voici une série de cas, observés dans ma clientèle tant privée que dans mes services d'hôpitaux. Je les donne tels qu'ils se sont présentés à mon étude.

\* \* \*

Les malades qui vont consulter un médecin pour une affection du côté des paupières peuvent se classer en trois groupes : D'abord ceux qui sont emmenés par la souffrance ; ceux qui sont gênés dans leurs occupations par un mauvais fonctionnement de leurs paupières ; Enfin, ceux qui nous réclament de rétablir les paupières dans un état devant donner un peu plus d'esthétique à leur physionomie.

Pour comprendre cette classification, sachons qu'avec les premières nous avons à faire à des malades subissant des affections aiguës, soit simple inflammation, soit suites d'accidents, soit poussées aiguës de blépharites chroniques.

Chez les seconds, ce sont généralement ceux subissant un mauvais fonctionnement des paupières, *ptosis, brides cicatricielles*, soit à la suite d'une affection aiguë, d'un accident et de paralysie faciale. Ce sont les *chroniques*. Ils ne souffrent souvent pas beaucoup, mais ils sont gênés pour travailler.

Les derniers, sont ceux qui par une légitime coquetterie, viennent nous demander de remettre un peu d'ordre dans leur physionomie, rendue souvent méconnaissable par des paupières hideusement bouleversées ; soit à la suite d'affections aiguës ou chroniques, d'accidents ou d'état congénital.

Notre devoir dans tous ces cas sera de nous rendre utiles, par les différents moyens que nous possédons, soit en ayant recours simplement à la thérapeutique, soit à la chirurgie.

Mon but n'est pas de donner ici des faits cliniques sur toutes les affections des paupières, aussi allons-nous laisser de côté les maladies purement inflammatoires et passer aux cas compliqués, présentant

une variété d'études, beaucoup plus intéressante. Tout d'abord, observation pure et simple, comprenant : Étude descriptive de la maladie, histoire du malade, puis étude étiologique devant nous faire passer par les différents phénomènes survenus, phénomènes devant nous mener tout naturellement à la thérapeutique la plus rationnelle.

## OBSERVATION I

*Ectropion cicatriciel de la paupière supérieure et ulcère infectieux de la cornée*—(malade privée)

Madame B..., rue St-Martin, Montréal, âgée de 32 ans se présente dans mon cabinet de consultation vers le milieu d'avril 1896.

Voici ce qu'après examen j'ai pu constater :

Ectropion cicatriciel complet de la paupière supérieure de l'œil gauche ; à un tel point que les cils sont en contact direct avec le sourcil. Nous nous trouvons donc en présence d'un véritable renversement de la paupière. La conjonctive palpébrale est rouge, gonflée œdématisée ; dans le cul-de-sac inférieur on trouve du pus. La conjonctive bulbaire est d'une couleur rouge-vin qui nous indique assez clairement que la sclérotique participe à l'inflammation. Dans la région interne et inférieure de la cornée, un ulcère profond, taillé à pic ; pas d'hypopyon dans la chambre antérieure qui est limpide et normale.

Voici ce que me raconte la malade :

" Il y a quatre ans, elle s'en fut consulter un spécialiste, pour une petite grosseur (*comme un pois environ*) survenue sur la paupière supérieure de l'œil gauche, (*œil maintenant affecté*) et *siégeant* dans les environs de la commissure externe. Le médecin lui dit que tout le mal se résumait en un petit kyste, mais qu'il serait préférable d'enlever, si elle ne voulait pas le voir augmenter en grosseur.

Au lieu de suivre le conseil qui lui était donné, Mme. B... à l'avis de quelques *voisines charitables* (?) ; s'en fut demander l'avis d'une bonne femme quelconque, qui lui donna une pommade *devant faire périr le cancer qui lui mangeait l'œil*, etc...

Le résultat de cette brillante médication fut le suivant :

Gonflement considérable de l'œil, plaie sur la paupière supérieure, qui se renverse en dehors, le globe de l'œil est rouge, enflammé, sensible à la lumière. La malade ne peut dormir la nuit, les douleurs sont épouvantables. D'urgence on la conduit à l'Hôpital, d'où elle sort cinq semaines après, l'œil bien, les paupières moins rouges, mais la paupière supérieure reste toujours renversée.

Depuis cette époque, Mme. B... déclare avoir continuellement passé entre des périodes de mieux et de pis ; mais sans avoir pu constater rien autre chose que des légères améliorations très incertaines.

Nous voici en présence d'une série de phénomènes très intéressants à étudier :

Tout d'abord le kyste, question banale au point de vue pathologique, mais important au point de vue psychologique, puisqu'il est l'auteur involontaire de tout le mal. Ce petit kyste enlevé par les méthodes ordinaires, aurait laissé à sa place une petite plaie, qui aurait guéri complètement en quelques jours. Au lieu de cela, voici la malade qui va consulter un *charlatan*, qui lui donne une pommade caustique qui cause tout le mal. La substance caustique contenue dans l'onguent, irrite la peau de la paupière, cause successivement une inflammation considérable avec perte de substance et plaie. L'on-

guent supprimé, la plaie guérit, mais il se forme du tissu cicatriciel rétractil, la paupière bascule en dehors, et adhérence contre nature.

Sous l'influence du traitement donné à l'Hôpital, l'inflammation disparaît momentanément, la malade retourne chez elle, en conservant la difformité de la paupière.

Dans la nature tout est sagement fait, tous les organes composant notre économie ont leurs raisons d'être et une fonction déterminée.

Les paupières sont les voiles protecteurs de l'œil et participent à la lubrification de cet organe, à l'aide des glandes composant la muqueuse dont elles sont tapissées. Nous voici en présence d'une paupière malade, renversée, par ce fait incapable de protéger la cornée, qui se trouve alors exposée à toutes les intempéries extérieures, et à tous les corps étrangers voltigeant dans l'air. D'un autre côté la conjonctive palpébrale également exposée, est le siège d'une inflammation presque constante; d'où, blépharo-conjonctivite chronique. La muqueuse conjonctivale malade, passe donc successivement, d'irritation à inflammation, sécrétions morbides d'autant plus dangereuses, que le milieu de culture est favorable à l'éclosion de bacilles virulents. Ces microbes transportés par le pus et les larmes; dont l'action antiseptique devient insuffisante; sont constamment en rapport avec la cornée, et ne demandent pour y entrer que la formation d'une porte d'entrée. La cornée étant insuffisamment protégée par la paupière; est exposée à ce que le moindre corps étranger viennent exfolier son épithélium; et voilà notre porte d'entrée toute trouvée. D'où ulcère infectieux, plus ou moins grave, et même quelque fois fatal à l'œil.

Donc trois affections :

\*\*\*

- I. Renseignement cicatricielles;
- II. Conjonctivité intence;
- III. Ulcère infectieux.

Sur lequel de ces trois affection notre attention doit-il tout d'abord ce porter. Evidemment sur celui qui met immédiatement l'œil le plus au danger; *l'ulcère*.

Nous commençons donc le traitement: De sinfection générale de la paupière et de l'œil avec une solution de Bi-chlorure d'Hydrargyre au 3000ième.

*Bi-chlor-Hydrarg* : ..... 0.30 centigrammes  
*Eau* ..... 1 litre.

Ceci fait, pansement iodoformé: j'applique sur l'œil et la conjonctive de la pommade iodoformé :

*Iodoforme* ..... 1 gramme.  
*Vaseline* ..... 10 —

Puis une rondelle loratée, un pansement hydrophile et bandeau.

Huit jours de ce traitement et l'ulcère et la congestion n'existaient plus. Il nous restait cependant le renversement de la paupière, affection causale de toutes les inflammations survenues, et je ne vis qu'une chose pour y remédier: Une intervention chirurgicale!

Cette opération était grave et peu commode. Ainsi que nous l'avons précédemment dit, la paupière était complètement renversée sur elle-même et les cils en contact avec le sourcil. Les tissus composant cette paupière étant cicatriciels, il nous est donc impossible de nous en servir pour faire des lambeaux: il faut donc trouver du tissu autre part, autant dire, faire une nouvelle paupière.

Voici comment nous avons procédé :

Après chloroformisation, lavage de l'œil et des paupières (Sublime au 1000ième) je suture les deux paupières (inférieure à supérieure) de façon à mettre en contact leurs bords palpébraux. Ceci fait j'enlevais toute la portion cicatricielle de la paupière malade en respectant le tarse que je laisse intact; je me trouvais donc avoir une plaie ayant la forme d'une amande et dont les limites étaient en bas les cils (trois millimètres de distance), en haut le sourcil (un centimètre de distance); et comme longueur cette plaie ayant de trois à quatre centimètres.

La paupière ainsi délivrée de ses attaches cicatricielles devint flasque, ayant une apparence normale. Je prenais sur la tempe un lambeau de forme indentique à ma plaie que j'adaptais ensuite en ayant soin de laisser un pédicule reliant le lambeau aux tissus voisins. Ce pédicule ayant pour but de la nutrition du lambeau, et devant en même temps activer la cicatrisation. Je suturais mon lambeau et faisais un pansement iodoformé.

4 Mai 1896 : Opération.

6 Mai : Légère congestion, pas de fièvre, ni de douleurs, le lambeau et son pédicule se conduisent bien.

8 Mai : Cicatrisation en bon chemin.

15 Mai : Cicatrisation terminée.

20 Mai : Je libère les paupières.

25 Mai : J'enlève toutes les sutures.

29 Mai : Je libère le pédicule.

5 Février 1897 : La paupière est normale, presque pas de difformité apparente. L'œil est bien.

6 Octobre 1897 : Tout est toujours très bien, l'œil n'a plus rien éprouvé de désagréable.

(A suivre)

## REPRODUCTION

### Le traitement de l'apoplexie

Par M. le professeur GRASSET

Apoplexie et hémorragie cérébrale ne sont pas synonymes. L'embolie et la thrombose des vaisseaux, une poussée de méningo-encéphalite diffuse, la congestion cérébrale, l'œdème cérébral, peuvent produire l'apoplexie.

Alors même que l'hémorragie cérébrale serait presque toujours derrière l'apoplexie, il y a dans ce dernier symptôme un caractère clinique spécial, qui lui mérite une place à part: c'est le défaut de proportionnalité entre l'étendue de la lésion anatomique et l'étendue de la lésion symptomatique. Sans doute la lésion fera sa symptomatologie propre suivant son siège, mais en dehors de cela, il y a lictus!

L'apoplexie mérite donc de conserver dans la pathologie la place à part, que lui ont réservée les anciens; son étude est donc des plus fructueuses pour le praticien. Aussi M. le professeur Grasset a traité ce sujet dans la *Médecine Moderne* en s'attachant surtout au traitement.

Il a commencé par rappeler les caractères cliniques de l'apoplexie, qui sont au nombre de trois:

Le premier est la suspension totale, quelque soit le siège de la lésion, de toutes les fonctions cérébrales.

L'ictus est le deuxième caractère.

Enfin la cause des accidents est due à une lésion cérébrale. C'est là ce qui distingue l'apoplexie de la syncope et de l'asphyxie.

On peut donc dire que l'apoplexie est la cessation subite de l'action cérébrale produite par une altération spontanée, organique ou fonctionnelle, d'un ou de plusieurs points du cerveau avec conservation de la respiration et de la circulation.

Les principales altérations cérébrales qui peuvent produire l'apoplexie sont ; l'hémorragie cérébrale ou méningée ; le ramollissement cérébral soit par thrombose, soit par embolie ; la congestion cérébrale : l'œdème cérébral ; l'hystérie.

Aussi, en envisageant la nature anatomique de l'altération cérébrale, on peut établir cinq grandes espèces d'apoplexie :

- 1° Apoplexies par hémorragie cérébrale ;
- 2° Apoplexies par ramollissement cérébral ;
- 3° Apoplexies par congestion cérébrale ;
- 4° Apoplexies par œdème cérébral ;
- 5° Apoplexies par altération cérébrale névrosique.

Quant aux espèces nosologiques, qui sont derrière ce processus anatomique, en tête se place l'arthritisme puis l'intoxication alcoolique, la syphilis, le paludisme, en un mot les diverses maladies capables de porter leur action directement sur les vaisseaux du cerveau ou par voie indirecte sur le cœur ou les reins.

Comment une altération cérébrale quelconque, limitée par nature à une partie, souvent minime, d'un hémisphère, entraîne-t-elle un ictus général, une suspension de toutes les fonctions cérébrales supérieures, des deux hémisphères ?

On ne peut l'expliquer que par ce fait bien démontré par la médecine expérimentale, à savoir que un processus destructif ou altérant, quand il est brusque ou rapide, ne permet pas aux autres parties cérébrales d'établir une suppléance, mais au contraire leur imprime un choc qui imbibe, au moins pour un temps, leur fonction propre.

C'est de cette nature que découle toute la question thérapeutique, et l'on doit, à ce point de vue, considérer l'apoplexie comme essentiellement caractérisée par un état congestif des parties supérieures du corps avec éréthisme circulatoire général plus ou moins considérable.

Contre l'état congestif de la tête, il n'y a qu'une médication possible, la révulsion sous toutes ses formes. Contre l'état de la circulation générale, il y a toute la gamme des modificateurs de la tension dont il faut jouer suivant les particularités de chaque cas particulier.

C'est à la lumière de ces principes que nous allons passer en revue les divers moyens discutés dans l'apoplexie.

a) *Emissions sanguines*.—Si l'on se basait exclusivement sur la lésion anatomique locale, les émissions sanguines ne seraient indiquées que dans les cas d'urémie et de congestion cérébrale initiale. Mais à côté de cette lésion locale, il y a le cerveau tout entier, et c'est l'état de ce cerveau tout entier qui fait l'apoplexie. Or, cet état n'est pas un état d'anémie cérébrale. C'est un état de pléthore céphalique sanguine ou lymphatique. Aussi M. Grasset estime que l'apoplexie indique les émissions sanguines locales, révulsives : c'est-à-dire des applications de sangsues au fondement ou derrière les oreilles, suivant qu'on veut agir loin ou près de l'organe malade.

Quand à la saignée, elle n'est indiquée que lorsqu'il y a éréthisme circulatoire interne, turgescence générale, pouls vibrants, etc.

b) *Purgatifs*.—On sait combien la surcharge stomacale, l'encombrement gastro-intestinal sont fâcheux pour l'apoplectique. Les purgatifs empêchent cet encombrement et, à son défaut, opèrent une véritable révulsion fluxionnaire sur la circulation encéphalique.

Si le malade peut avaler, on lui fera prendre du calomel : deux à quatre paquets de 0 gr. 25 dans du lait.

Si l'on n'obtenait pas d'effet évacuant, on peut continuer le calomel, à dose fractionnée ; ou mieux administrer, par cuillerée, de quart d'heure en quart d'heure, la mixture suivante :

Huile de croton tiglium.....	1 goutte
Huile de ricin.....	} à 30 grammes
Huile d'amandes douce.....	
Sirop de limon.....	60 —

M. S. A.

Si le malade n'avale pas ou avale mal, ce qui est le cas le plus fréquent, on administrera des lavements avec de la glycérine, de l'huile, ou mieux 15 à 20 grammes de sulfate de soude dans une décoction de 10 grammes de follicules de séné.

c) *Révulsifs cutanés*.—Ils sont indiqués. Tout d'abord on promènera des sinapismes sur les quatre membres, spécialement sur les membres inférieurs. Puis on enveloppera les jambes, du genou en bas, soit avec de la ouate saupoudrée de farine de moutarde et recouverte d'un taffetas ciré, soit avec de grands cataplasmes sinapisés (cataplasme de farine de lin et de farine de moutarde battues ensemble avec de l'eau tiède ; ou cataplasmes de graines de lin saupoudrés ensuite de moutarde), soit avec de la ouate aseptique trempée dans de l'eau boriquée chaude. Ce dernier moyen est de rigueur s'il y a quelque plaie aux membres inférieurs.

M. Grasset, qui ne s'associe pas à la levée de boucliers qui a lieu en ce moment contre les vésicatoires, estime qu'on pourra en mettre chez un apoplectique quand on se sera assuré de l'absence d'albumine et à condition de les appliquer et de les panser proprement. Ces vésicatoires seront appliqués, d'abord aux mollets, puis aux cuisses.

Si, au contraire, il y a de l'albumine dans l'urine ou si seulement on n'a pas pu s'assurer de son absence, on s'abtient de toute vésication. On pourra, s'il y a lieu, avoir alors recours aux vésicatoires à l'ammoniaque ou au chloral.

La médication révulsive peut être complétée par des applications froides sur le front ou le sommet de la tête, soit avec des compresses trempées dans l'eau et renouvelées, soit avec la vessie contenant de la glace et bien suspendue de manière à faire calotte sans penser. Ce moyen doit être surveillé avec beaucoup de soin : l'interruption des applications peut amener des réactions fâcheuses, et un froid trop intense peut parfois amener du collapsus.

d).—Quelquefois le cerveau est déprimé par le choc et il y a hypotension artérielle. Dans ce cas, si le malade peut boire, on lui fera donner, par cuillerées, la potion suivante :

Acétate d'ammoniaque.....	5 grammes
Teinture de canelle.....	3 —
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 —
Eau de tilleul.....	Q. S. pour 120 c. c.

F. S. A. potion

que l'on pourra alterner avec la suivante :

Caféine .....	} à 2 grammes
Benzoate de soude.....	
Julep simple.....	120 c. c.

F. S. A. potion

Si le malade n'avale pas (ce qui est fréquent) ou si l'indication est plus urgente, on aura recours aux injections hypodermiques :

1 à 5 et 10 centimètres cubes d'éther par vingt-quatre heures, 2 à 4 et à 6 centimètres cubes par jour de :

Caféine .....	} à 2 grammes 50
Benzoate de soude.....	
Eau bouillie.....	Q. S. pour 10 c. c.

Dissolvez

ou encore 2 à 4 centimètres cubes par jour de :

Camphre .....	10 grammes
Huiles d'olives pure stérilisée.....	Q. S. pour 10 c. c.

Dissolvez

ou encore 2 à 5 centimètres cubes par jour de :

Spartéine.....	0 grammes 10
Eau bouillie.....	100 c. c.

Dissolvez

ou enfin des injections de sérum artificiel.

Dans l'espèce on peut se contenter des injections hypodermiques ; on injectera, par 25 centimètres cubes chaque fois, un quart de litre par vingt-quatre heures.

f). *Hygiène*.—Tenir la chambre très aérée ; peu de monde autour du lit. Maintenir une très grande propreté du lit. Surveiller la vessie et pratiquer le cathétérisme s'il y a lieu. Surveiller la production des eschares.

e). *Régime*.—Lait et bouillon. On peut y joindre un peu de décoction de quinquina, de kola granulée ou dans certain cas un peu d'alcool (40 à 50 grammes de cognac, kirsch, rhum ou chartreuse).  
(*L'Abeille Méd.*)

#### Traitement local de la douleur dans le rhumatisme articulaire aigu.

Si l'on a affaire à un rhumatisme articulaire aigu, le meilleur traitement interne consiste presque toujours dans l'emploi du salicylate de soude. Mais on ne peut pas toujours donner du salicylate ; il y a des sujets qui ne le supportent pas ou chez lesquels il est contre-indiqué. Dans ces cas, il faut trouver autre chose, et, à côté de diverses médications internes, il faut employer encore le traitement local destiné à combattre les douleurs. Pour ce qui est des topiques à employer, le salicylate de méthyle, l'acide salicylique, le gaiacol viendraient, d'après M. G. Lemoine (de Lille), en premier lieu. Il les emploie sous forme de pommades ou de mélanges, dans lesquels il les incorpore.

Pour le *salicylate de méthyle*, la pommade peut être formulée de la façon suivante :

Vaseline liquide.....	20 grammes.
Salicylate de méthyle.....	12 —

On badigeonne l'articulation malade avec cette pommade, on recouvre la surface badigeonnée d'un morceau de taffetas gommé pour empêcher l'évaporation, et, au-dessus du taffetas, on place un large morceau de ouate entouré d'une bande. Le tout est laissé en place pendant quelques heures et renouvelé une ou deux fois par jour s'il y a lieu.

On peut employer, de la même façon, l'*acide salicylique* dont les effets calmants sont moins rapides et moins sûrs, mais qui a l'avantage de ne pas avoir d'odeur et permet de compter sur une absorption par la peau sans fatiguer l'estomac. On formule de la façon suivante :

Vaseline.....	20 grammes.
Acide salicylique.....	4 —

Souvent M. Lemoine lui adjoint du salicylate de soude dont l'absorption se fait également par la peau, ce qui permet de continuer la médication salicylée, alors même que les voies digestives ne la tolèrent plus :

Vaseline.....	25 grammes.
Acide salicylique.....	4 —
Salicylate de soude.....	3 —
Extrait de belladone.....	1 —

Ces pommades sont employées de la même façon que la pommade au salicylate de méthyle.

Le *salol*, enfin, trouve aussi ses applications, en particulier dans la rhumatisme blennorrhagique. Malheureusement il est peu soluble, sauf dans l'éther :

Salol.....	4 grammes.
Menthol.....	2 gr. 50
Ether.....	4 grammes
Lanoline.....	30 —

Plus actif que ces derniers corps est le *gaiacol* : très vite absorbé, il calme rapidement la douleur et paraît exercer sur la fièvre rhumatismale une action antithermique un peu analogue à celle que produit le salicylate de méthyle. On peut l'appliquer sur la peau, en nature, directement avec un pinceau, mais son dosage est de cette façon difficile à faire. Aussi, vaut-il mieux l'incorporer dans de l'alcool :

Alcool à 85°.....	20 grammes.
Gaiacol pur.....	4 —

Le quart de ce mélange suffit pour une application, et il vaut mieux répéter plus souvent celle-ci que de mettre sur la peau, en une fois, un médicament qui peut provoquer un abaissement trop brusque de la température ; la surface badigeonnée est recouverte de taffetas gommé et de ouate. On peut employer le gaiacol seul :

Vaseline.....	25 grammes.
Gaiacol.....	4 —

ou associé :

Vaseline.....	30 grammes.
Salicylate de méthyle.....	5 —
Acide salicylique.....	2 —
Gaiacol.....	4 —

Ce mélange composé est très actif, mais possède l'inconvénient d'avoir une odeur pénétrante.

Enfin, M. Lemoine emploie de temps en temps le *terpinol*, qui est certainement moins efficace que les produits précédents, mais qui a l'avantage de pouvoir se donner là où l'acide salicylique et ses dérivés sont interdits :

Terpinol.....	10 grammes.
Alcool à 85°.....	10 —

ou bien :

Terpinol.....	10 grammes.
Gaiacol.....	4 —
Alcool à 85°.....	10 —

(*La Presse Méd.*)

#### Les longues trêves de la tuberculose et son réveil par la grippe

On voit souvent des tuberculeux chez lesquels on observe de longues trêves, c'est-à-dire des guérisons apparentes d'une durée variant de 5 à 30 ans, et dont le réveil s'est manifesté à l'occasion d'une maladie infectieuse. Cette maladie infectieuse est le plus ordinairement la grippe.

M. L. H. Petit a consacré à ces faits déjà connus une étude intéressante à la fin de 1897 (*Revue de la tuberculose*). Voici par exemple une jeune femme de 22 ans prise en 1858, d'hémoptysies très abondantes ; à 24 ans, guérison qui dure 33 ans. Puis, survient une grippe qui réveille la tuberculose à laquelle succombe la malade. Un homme de 52 ans meurt de tuberculose pulmonaire ; celle-ci s'était manifestée, 30 années auparavant par une tuberculose pleurale et paraissait guérie à tout jamais. Six faits de ce genre sont rapportés. Mais, il y en a d'autres bien plus nombreux. Ainsi, je voyais il y a quelques années, une femme de 35 ans qui mourut d'une tuberculose à forme pneumonique après avoir eu une pleurésie à l'âge de 10 ans avec symptômes de tuberculose pulmonaire assez promptement dissipés. Une vieille fille de 60 ans, de tempérament arthritique, avait eu sa première poussée tuberculeuse à l'âge de 21 ans, puis une autre dix ans après, une troisième et une quatrième à 45 et 52 ans. C'est la grippe qui fut cause de l'aggravation rapide d'une tuberculose que l'on croyait guérie.

Des faits semblables sont étudiés dans la thèse de Colonna d'Istria (*Influence de la grippe sur la tuberculose*, Paris 1895).

En un mot, comme le dit L. H. Petit, "la grippe, soit seule, soit associée à d'autres causes débilitantes, peut faire éclore à nouveau la tuberculose chez des sujets qui ont été guéris d'une première atteinte et qui sont restés indemnes de toute manifestation tuberculeuse pendant un grand nombre d'années. La cause de ces longues trêves de la tuberculose paraît être la *constitution arthritique* des sujets, et ce fait que chez eux la tuberculose est survenue accidentellement, sur un terrain non préparé par les antécédents pathologiques des parents et soumis à une bonne hygiène."

Donc, chez les individus en apparence guéris de la bacillose depuis longtemps, le devoir du praticien est de soigner vite et énergiquement toute atteinte de grippe ; et, lorsque la tuberculose se manifeste à la suite d'une grippe chez l'adulte, il y a lieu de se deman-

der s'il s'agit d'une première atteinte de tuberculose, ou d'une récurrence de celle-ci survenue longtemps auparavant et ayant guérie en apparence.—H. H.

(*Journal des Praticiens*)

### Bactériologie du rhumatisme articulaire aigu

Par M. P. ACHALME (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov. 1897, p. 845.)

Ce mémoire est consacré à l'étude du bacille découvert par l'auteur en 1891 et étudié récemment par M. Thiroloix (voir *Gazette* du 3 oct. 1897).

Ce bacille a été trouvé jusqu'à présent dans 9 cas. Deux fois, c'est à l'autopsie qu'il a été isolé ; quatre fois, il a été trouvé dans le sang de la veine du bras à l'état de pureté ; dans deux autres cas, il était associé à des microcoques.

Ce bacille a la forme d'un gros bâtonnet, rappelant l'aspect du bacillus anthracis, de longueur variable suivant le milieu où il s'est développé. Il est teinté aisément par les matières colorantes usuelles ; il reste coloré après la réaction de Gram.

Il est exclusivement anaérobie. Le bouillon, surtout le bouillon de cheval, est un excellent milieu de culture, pourvu qu'il soit privé d'air. D'abord on voit se dégager des bulles de gaz ; puis un trouble uniforme se produit, et plus tard un dépôt blanchâtre. Ensemencé dans des tubes de lait, le bacille provoque la coagulation en 12 à 15 heures, et produit un dégagement de gaz tel, que le tube peut éclater. Le lait est un milieu particulièrement favorable.

Il est difficile d'obtenir des cultures sur les milieux solides ; les colonies ne sont parfois reconnaissables qu'au microscope. Le bacille y prend une forme plus régulière que dans les milieux liquides.

Particularité intéressante : le salicylate de soude empêche le développement des cultures. Enfin, les milieux où le bacille a végété deviennent rapidement acides et impropres à conserver sa vitalité ; celle-ci peut être prolongée par l'adjonction de carbonate de chaux.

Au point de vue expérimental, le cobaye est l'animal réactif. Inoculé à la cuisse, il meurt en 20 à 36 heures, présentant localement un vaste œdème gélatiniforme ou une poche remplie de sérosité rougeâtre, décollant les muscles nécrosés. Le péricarde contient un exsudat séreux abondant et parfois des fausses membranes ; la plèvre offre les mêmes altérations si l'inoculation est pratiquée en un point du thorax. Dans ces humeurs, on trouve le bacille spécifique. L'injection de la sérosité d'œdème, de cobaye à cobaye, amène la mort en 10 heures par septicémie suraiguë.

La souris est moins sensible que le cobaye ; le chien est toujours demeuré réfractaire ; le lapin exige des inoculations copieuses. En injectant directement, sans passage par les cultures, la sérosité du cobaye au lapin, M. Thiroloix a pu déterminer, chez ce dernier animal des cardiopathies qui rappellent les déterminations cardiaques du rhumatisme en clinique humaine.

Les associations microbiennes sont fréquentes à une période avancée de la maladie.

Ce mémoire se termine par la relation des 9 observations dans lesquelles le bacille a été rencontré.

(*Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.*)

### L'Erysipèle

SIGNE PATHOGNOMONIQUE : *Tuméfaction douloureuse, rouge foncé, limitée par des bords qui forment un relief sensible à la vue et au toucher.*

DIAGNOSTIQUE.—Vous êtes appelé auprès d'un homme de 45 ans. Il a été pris hier de céphalalgie ; il a perdu l'appétit. Il assure n'avoir pas eu de frisson, mais de simples frissonnements. Aujourd'hui il a de la fièvre (entre 39° et 40°). Les symptômes d'embarras gastrique sont encore plus prononcés (langue saburrale ; inappétence, quelquefois vomissements, etc.) La céphalalgie est plus vive. C'est le principal symptôme dont se plaint le malade, celui sur lequel il insiste et contre lequel il demande du soulagement.

Il vous fait en outre remarquer, ou vous remarquez vous-même qu'il présente, au niveau de la racine du nez, une légère tuméfaction rosâtre dont les limites sont peu précises et qui disparaît sous la pression du doigt. Le malade accuse en cette région une certaine tension avec une chaleur insolite, un peu d'endolorissement.

Quel diagnostic allez-vous poser en présence de ce malade ?

S'agit-il d'un embarras gastrique simple ? Non. La rougeur qui siège au niveau de l'aile du nez, doit vous mettre en éveil et vous faire songer à autre chose.

S'agit-il d'un érythème ? Non plus : les symptômes généraux sont trop intenses.

S'agit-il de fièvre urticaire ? Encore moins. Les symptômes généraux sont trop prononcés, la rougeur est localisée, et il n'y a pas de démangeaisons.

Vous pourriez, à la rigueur, songer aux oreillons. Mais l'âge du malade, l'absence de la tuméfaction caractéristique, vous feront promptement rejeter cette idée.

L'intensité des symptômes généraux, la céphalalgie, et surtout la rougeur que vous venez de constater au niveau de l'aile du nez doivent vous faire songer à l'érysipèle, et vous pouvez accepté ce diagnostic avec une quasicertitude.

Annoncez alors à votre malade ce qui va se produire. Demain, en effet, la plaque aura pris une coloration rouge avec le bourrelet caractéristique ; elle envahira tous un côté de la figure, puis le front, puis l'autre côté peut-être, et, plus rarement, le cuir chevelu. Dites tout cela à votre malade, dès le début ; dites-lui surtout que le menton ne sera pas atteint. Comme votre prédiction se réalisera sûrement, il sera surpris de votre sagacité et sa confiance en vous doublera.

PRONOSTIC.—Vous avez posé votre diagnostic, et déclaré que vous étiez en présence d'un érysipèle. Qu'allez-vous dire à l'entourage de votre malade ?

Tout en vous montrant optimiste (l'âge de votre malade et sa bonne constitution vous le permettent) faites quelques restrictions : on voit quelquefois des érysipèles infectieux d'une extrême gravité ; d'autres fois, l'érysipèle peut se généraliser, gagner les muqueuses. Toutefois, ces complications sont rares. En somme, rassurez plutôt votre monde, et annoncez, sauf complications peu probables, une heureuse terminaison au bout de douze à quinze jours.

TRAITEMENT.—Déclarez d'abord à l'entourage que cette affection est contagieuse. Si vous négligiez de le faire, on vous le reprocherait sévèrement si une personne de l'entourage prenait l'érysipèle. La contagion est surtout à redouter pour les personnes atteintes de coryza, d'angine, d'ulcérations, d'excoriations du nez ou des lèvres ; on admet, en effet, qu'il faut une solution de continuité qui sert de porte d'entrée au streptocoque de Felheisen.

Voilà pour la prophylaxie. Passons au traitement proprement dit.

La première indication est de purger votre malade : 40 grammes d'huile de ricin ou 50 grammes de sulfate de magnésie. Vous ferez même bien de renouveler cette purge au déclin de la maladie ; cela facilite le retour de l'appétit.

Contre la fièvre et la céphalalgie, vous pouvez prescrire chaque jour deux cachets ainsi composés :

Analgsine.....	0,50
Bromhydrate de quinine.....	0,15
Valérianate de zinc.....	0,05

pour un cachet.

Vous pourrez aussi recourir au sulfonal (1 à 3 gramme par jour en cachet) et même à la morphine.

Prescrivez du lait, du bouillon, des grogs à l'eau-de-vie ou au vin, du champagne avec de l'eau de Seltz, et, pour tonifier votre malade, une potion à l'extrait de quinquina avec quelques gouttes de teinture de digitale et quelques gouttes de teinture d'aconit.

Surtout ne cherchez pas à faire de l'antiseptisme générale en fai-

sant ingérer à votre malade qui guérira parfaitement sans cela, des substances réputées microbicides : acide phénique, perchlorure de fer, acide salicylique, salol, acide benzoïque, résorcine et autres cochenneries du même acabit. Vous ne tuerez pas les streptocoques et vous pourrez tuer votre malade.

Comme traitement local, gardez-vous également des injections phéniquées autour de la plaque. Il est des remèdes pires que le mal et les médecins qui les emploient sont des êtres dangereux. Infortunés ceux qui tombent malades, mais bien plus infortunés ceux qui tombent entre les mains de pareils médecins !

On a conseillé avec plus de raison des pulvérisations d'une solution étherée de camphre ou d'une solution étherée de sublimé au millième. Ce procédé est inoffensif, presque indolore, et abrège quelquefois la durée de la maladie, jamais la vie du malade.

A mon avis, le mieux est d'enduire simplement les parties atteintes avec de la vaseline boriquée ou de la vaseline salolée. Puis, quand la desquamation commence, ou saupoudre avec de la poudre d'amidon mélangée d'un peu de sous-nitrate de bismuth.

(L'Indépendance Médicale)

#### De quelques effets physiologiques des inhalations d'oxygène considérées au point de vue de leur action sur les globules sanguins dans la chlorose

M. le Dr F. HERVÉ a publié dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, plusieurs observations qu'il fait suivre des réflexions suivantes :

*Avantages des inhalations d'oxygène.*—Le traitement de la chlorose par les inhalations d'oxygène est simple, à la portée de toutes les intelligences, ne nécessitant pas un régime spécial, s'accommodant facilement au goût du malade. Il est absolument inoffensif, malgré les assertions de quelques-uns.

*Résultats obtenus avec l'oxygène.*—D'après les observations de l'auteur, il résulte qu'après avoir suivi un traitement par les inhalations d'oxygène pendant une durée de quinze jours à un mois ou deux au maximum, nos malades ont été améliorés dans leur état général : leur poids augmentait, indice d'une alimentation meilleure. L'appétit revenait normal, les vomissements cessaient, les digestions étaient faciles. Les fonctions menstruelles reprenaient leur cours normal ; les céphalées disparaissaient, le caractère n'était plus maussade, grincheux ; enfin, fait d'une très grande importance, les globules rouges devenaient plus nombreux et leur richesse en hémoglobine augmentait simultanément.

L'auteur a tenu à rechercher la moyenne d'augmentation du nombre des globules pour un traitement d'un mois ; d'après ses cinq observations, l'augmentation des globules rouges est de 657.400 ; la valeur globulaire s'accroît dans le même temps de 0,22, et la richesse globulaire de 1.253.794.

D'après ses recherches, il semble que l'augmentation des globules rouges se fasse surtout sentir pendant les premières semaines pour diminuer plus tard ; la valeur globulaire en hémoglobine paraît au contraire suivre une marche sinon absolument opposée, du moins un peu différente ; elle augmenterait un peu plus lorsque les hématies auraient modéré leur accroissement.

*Ces résultats sont-ils durables ?*—On a prétendu que les résultats obtenus avec l'oxygène n'étaient que passagers et disparaissaient immédiatement après les inhalations. Or, ses expériences nous démontrent le contraire. L'examen du sang, en effet, était fait au laboratoire des Cliniques, entre quatre et cinq heures du soir ; or, les malades n'avaient pas respiré d'oxygène pur depuis le matin à neuf heures ; nous sommes donc sûr que l'amélioration obtenue persistait sept et huit heures après les inhalations. D'ailleurs, au moment du départ des malades, le dernier examen était toujours pratiqué vingt-quatre heures après la dernière séance d'inhalations, et cet examen a toujours révélé une très notable augmentation du nombre des globules rouges et de leur richesse en hémoglobine.

Il serait intéressant de rechercher comment il se fait qu'opérant

dans des milieux différents, nous arrivions aux mêmes résultats ; nous laissons aux chercheurs futurs le soin de traiter ce sujet ; il nous suffit d'énoncer le fait sans chercher à l'approfondir.

#### Le trional comme hypnotique

Les propriétés hypnotiques de ce médicament viennent d'être l'objet d'une revue publiée dans le *Bulletin général de thérapeutique*.

En règle générale il peut être employé dans les insomnies de toute nature et en particulier dans les insomnies nerveuses avec peu d'excitation. Il convient mieux à ceux qui s'endorment difficilement qu'à ceux qui s'endorment facilement, mais se réveillent de même. Son effet est moins efficace dans les insomnies causées par une toux violente. Il a une action très minime sur l'insomnie due à la douleur.

La seule véritable contre-indication semble être une lésion cardiaque mal compensée. Chez les néphrétiques, il faut agir avec précaution et bien surveiller son malade.

La posologie du trional est simple. Il peut être administré à doses massives ou à doses fractionnées. Au-dessous de 1 gramme, il ne donne pas de résultats appréciables, aussi doit-on, si l'on veut employer des doses massives, formuler d'emblée 1 gr. 50 à 2 grammes, puis abaisser à 1 gramme les jours suivants pour éviter l'accumulation.

Pris à doses fractionnées, l'effet sédatif est marqué, tandis que l'effet hypnotique est presque nul. Il faut, dans ce cas, le donner en cachets à raison de 0 gr. 50 par cachet, deux ou trois fois durant la journée ; mais se rappeler que c'est dans ces cas que l'intoxication est quelquefois à craindre.

Claus, qui en a bien étudié les effets chez l'enfant, conclut qu'il faut en donner :

De un mois à un an.....	0 gr. 20 à 0 gr. 40
De un an à deux ans.....	0 gr. 40 à 0 gr. 80
De deux ans à six ans.....	0 gr. 80 à 1 gr. 20
De six ans à dix ans.....	1 gr. 20 à 1 gr. 50

(Abeille Médicale).

#### Du traitement des épithéliomas de la peau.

M. FILARÉTOPOULO, professeur agrégé à Athènes, estime que dans les épithéliomas cutanés l'intervention sanglante n'empêche pas la récurrence, car souvent la peau qui paraît saine est déjà infectée ; il reproche aux cauthérisations ignées et aux caustiques employés seuls, de laisser dans les anfractuosités des éléments infectés capables de reproduire l'affection plus ou moins rapidement. En revanche notre confrère affirme qu'en préparant l'action des caustiques par certaines manœuvres on obtient des résultats excellents. Voici sa technique :

La surface étant raclée à fond, il applique une solution saturée de chlorate de potasse, trois fois par jour, sur la partie ulcérée au moyen d'un tampon de ouate.

Après six à huit jours de ce traitement, on voit les bords de l'ulcération se ramollir et s'affaisser, et la surface ulcérée diminuer d'épaisseur. Si pourtant la modification n'est pas assez complète, on alterne, pendant trois ou quatre jours, l'emploi du chlorate de potasse avec l'acide pyrogallique en pommade au 1/10c.

Quand le tissu cancéroïde est complètement modifié, il est alors apte à être détruit par les caustiques et M. Filarétopoulos a recours à l'acide phénique pur dont il imbibe une petite boulette de coton qu'il applique fortement sur l'ulcération.

Quelques heures après la cautérisation, il survient une réaction inflammatoire variant d'intensité suivant la quantité d'acide employé ; cette inflammation aboutit à la formation d'une escarre dont la chute laisse une surface granuleuse d'un aspect des meilleurs : la guérison s'obtient même sans pansement, en peu de temps avec une cicatrice unie, lisse et à peine visible.

Si l'ulcération est couverte de croûtes épaisses, il faut, avant les applications, faire tomber les croûtes au moyen de cataplasmes de fécule de pomme de terre.—(Ibid).

**La ligature du cordon**

On discute depuis longtemps sur l'utilité de la ligature. Le Dr KELLAR la condamne. Nous croyons qu'il a raison. Voici sur quels faits il base son opinion :

- I. *La ligature est superflue chez l'homme* ; en effet ;
  - 1° On s'en passe parfaitement chez tous les autres animaux ;
  - 2° L'hémorragie par le cordon non lié, que l'on se propose de prévenir, n'existe que dans l'imagination des praticiens ;
  - 3° Il est absolument superflu de pratiquer la ligature pour cause de propreté ;
  - 4° Il est tout à fait déraisonnable d'admettre l'existence d'une imperfection telle dans l'organisme humain qu'il serait nécessaire de pratiquer la ligature du cordon ombilical pour s'opposer à l'hémorragie éventuelle.

II. *La ligature est dangereuse dans un grand nombre de cas* ; en effet :

- 1° Elle peut, avec raison, être considérée comme provoquant l'hémorragie secondaire ;
- 2° En entravant la dessiccation du cordon, elle en retarde l'élimination, d'où possibilité d'ulcération et, assez souvent, érysipèle, excroissances fongoides, etc., consécutifs ;
- 3° En s'opposant à l'extravasation du sang retenu dans les vaisseaux ombilicaux, elle en provoque l'inflammation et empêche leur oblitération, ce qui peut amener de la phlébite, de la jaunisse, de la pyhémie, etc. ;
- 4° L'hyperhémie et la congestion de la circulation portale causées par la rétention du sang dans les vaisseaux ombilicaux peuvent être considérées comme causant plusieurs affections infantiles dont l'origine est, d'après toutes les apparences, attribuable à cette congestion des dits vaisseaux sanguins.

III. *La ligature a provoqué directement la mort à coup sûr dans quelques cas, et probablement dans un grand nombre d'autres* ; en effet :

- 1° Les auteurs les plus réputés ont rapporté un grand nombre d'issues fatales dues à la ligature du cordon ombilical ;
- 2° On peut s'assurer sur les nouveau-nés que la ligature maintient le ventricule droit en état de distension, d'où impossibilité pour le cœur de se remettre à battre une fois arrêté et arrêt plus rapide dès que son énergie va en s'affaiblissant.
- 3° Dans quelques cas où l'on avait échoué avec toutes les autres médications, la vie des nouveau-nés fut sauvée par l'enlèvement de la ligature du cordon ombilical.

(Journal de méd. de Paris)

**Traitement non opératoire de l'endométrite**

Le traitement opératoire de l'endométrite grave consiste dans le curettage et même l'ablation du col.

Cependant Terrier estime que dans le cas d'endométrite légère l'application de crayons médicamenteux peut amener la guérison.

Commencer par laver le vagin et désinfecter la cavité de l'utérus, au moyen de ouate imbibée d'une solution de sublimé à 1 pour 100.

Se servir, ensuite, de crayons suivants :

Poudre d'iodoforme.....	10 grammes.
Gomme adragante.....	0 — 50
Glycérine.....	} Q. S.
Eau distillée.....	

Pour dix crayons.

On peut se servir de résorcine ou de salol, à la place d'iodoforme, en les employant à la même dose.

Si l'on veut avoir recours au sublimé, employer :

Sublimé.....	0 gramme. 50
Poudre de talc.....	25 —
Gomme adragante.....	1 —
Glycérine.....	} Q. S.
Eau distillée.....	

Pour cinquante crayons.

Le volume du crayon est habituellement celui du crayon de nitrate d'argent.

Introduire les crayons dans l'utérus et les maintenir au moyen de tampons de ouate iodoformée ou salolée, qui remplissent le vagin.

Dumontpallier et Polaillon préconisait le traitement par le chlorure de zinc.

1° *Mode de préparation.*—Pour préparer la pâte, triturer, dans un mortier de porcelaine, 20 grammes de chlorure de zinc sec, que l'on réduit en poussière impalpable au moyen du pilon ; ajouter goutte à goutte un peu d'eau, de façon à donner au mélange la consistance sirupeuse, puis, peu à peu, laisser tomber dans le mastic 40 grammes de farine de seigle et agiter sans cesse, de façon à obtenir une pâte homogène ; cette pâte doit avoir la consistance du mastic de vitrier. Alors diviser le tout en petites masses du poids de 4 grammes.

Le point capital est la dimension à donner à la tige de chlorure de zinc, appelée tantôt *crayon* et tantôt *flèche*. Sa longueur est facile à déterminer : c'est la longueur de la cavité utérine mesurée à l'hystéromètre ; mais sa grosseur est d'une appréciation délicate. Si l'utérus est tuméfié et le col obstrué par un bouchon gélatineux, employer les tiges les plus grosses, mais toutefois le diamètre des tiges n'excédera jamais 4 à 5 millimètres. Si l'utérus est petit et l'orifice du col étroit, se servir des tiges les plus minces, de 2 millimètres à 2 millimètres et demi.

Les crayons sont soumis à l'étuve pour perdre leur mollesse et prendre une élasticité qui permette de les infléchir sans les briser.

2° *Manuel opératoire.*—Ainsi préparés, assez souples pour suivre la courbure de la cavité cervico-utérine et assez résistants pour ne pas s'incurver sur eux-mêmes pendant l'introduction, les crayons pénètrent facilement dans le canal, quelle que soit sa direction.

Aussitôt le crayon introduit, l'utérus se contracte et étale le caustique sur toute l'étendue de la cavité.

L'action du chlorure de zinc est immédiate. Les écoulements sanguins, purulents, ou muco-purulents sont arrêtés.

Le lendemain, enlever le tampon vaginal et faire une copieuse injection antiseptique. Il se forme, en effet, autour de l'escarre une plaie qui suppure un peu et qu'il faut prémunir contre toute contamination aseptique.

L'escarre s'élimine entre le quatrième et le douzième jour, soit par fragments, soit en bloc ; elle est formée par une partie périphérique homogène en forme de coque et par une cavité centrale, son diamètre est généralement quatre ou cinq fois plus étendu que celui du crayon, son épaisseur et sa consistance sont plus considérables au niveau du col qu'au niveau du fond de l'utérus. Cela signifie qu'avec un crayon d'un calibre uniforme, la cautérisation peut-être trop énergique, dans les points rétrécis du canal cervico utérin et trop faible dans les points élargis. Pour obvier à cet inconvénient, employer une flèche très mince et très longue pour le diamètre vertical de l'utérus. En la poussant, cette flèche vient buter le fond de la cavité utérine, puis se recourber en S, dans cet espace. Grâce à cet artifice, on introduit une masse de caustique plus grande, précisément dans la région où la cautérisation pourrait être insuffisante.

3° *Indications.*—En général toutes les *endométrites*, les *hémorragies utérines* sont justiciables du traitement par le chlorure de zinc.

Il en sera de même du *gigantisme utérin*, au moins à son début, mais le traitement sera long.

Quand les pertes de sang ou d'autres accidents conduisent à penser à des opérations graves, cautériser d'abord avec la crayon, de manière à obtenir le retrait; et l'oblitération de la cavité.

Employer largement les crayons après la ménopause, et en être très réservé chez les jeunes femmes. Cependant il ne faut pas accuser le traitement de produire la stérilité; elle tient à la maladie.

4° *Contre-indication.*—La *métrite aiguë simple* est une contre-indication.

Une *ovarite* ou une *ovaro-salpingite* sont des causes d'échec.

5° *Suites de l'opération.*—Les suites de l'opération sont d'une grande bénignité: il n'y a pas de complication inflammatoire péritonéale; la douleur consécutive est nulle ou très modérée: il n'y a aucune réaction fébrile.

Pour éviter la périmétrite ou la pelvi-péritonite, confiner les opérées au lit pendant trois jours, puis sur la chaise longue pendant cinq ou six jours, jusqu'à ce que l'escarre soit tombée.

Pour éviter l'atrésie, et, s'il y a production exagérée de bourgeons charnus, pour en prévenir l'occlusion, recourir aux précautions suivantes, après la chute de l'escarre: tous les deux jours pendant une dizaine de jours, cathétériser la malade avec les numéros 18 à 25 de la filière Charrière et faire suivre le cathétérisme d'une cautérisation, avec solution de nitrate d'argent à 1/15.

Le plus souvent, au bout de trois semaines, la guérison est obtenue.

(*Journal de Méd. de Paris*)

#### La saignée, les vomitifs et le vésicatoire (1)—*Suite.*

M. LE ROY DE MÉRICOURT rappelle les bienfaits de l'ipéca dans la dysenterie et la fièvre paludéenne.

M. TRASBOT rapproche des expériences de M. Robin sur l'homme, les observations qu'il a faites pendant de nombreuses années chez les animaux, notamment chez le cheval. La saignée, l'émétique et les révulsifs, sont employés journellement avec le plus grand succès en médecine vétérinaire.

M. HUCHARD accepte les idées de M. Robin pour ce qui concerne les vomitifs et les saignées; mais il croit que les contre-indications du vésicatoire sont nombreuses et devraient être nettement formulées, dans l'intérêt des malades qui réclament trop souvent l'application de ce moyen thérapeutique dans des cas où il peut devenir redoutable, sinon mortel.

M. LABORDE insiste sur les dangers du vésicatoire, il rappelle qu'il suffit, chez certains sujets, d'une très faible dose de cantharidine absorbée pour provoquer des accidents d'intoxication extrêmement graves.

La discussion, ouverte sur ce sujet par M. A. Robin, s'est continuée par une communication de M. Hervieux qui, fort d'une pratique s'étendant de 1860 à 1883; proteste contre l'exclusion injustifiée de médicaments qui ont fait leurs preuves; toutefois ses observations n'ont porté que sur l'emploi des ventouses scarifiées et du vésicatoire.

A la Maternité les ventouses scarifiées lui ont rendu les plus grands services dans la péritonite puerpérale; sous leur action il a toujours constaté la diminution des douleurs et du météorisme abdominal; les ventouses sèches se sont montrées très inférieures, ce qui indique bien l'effet propre à la déplétion sanguine.

Le vésicatoire a été aussi des plus utiles dans le traitement de ces péritonites; avec son emploi M. Hervieux a obtenu des succès dans des cas qui s'étaient montrés rebelles à l'action du collodion, de la glace, des frictions belladonnées. Il se souvient de malades emmenées de l'hôpital par leur famille dans un état presque désespéré,

et qui, soustraites à l'influence nosocomiale et traitées par les vésicatoires répétés se sont rétablies.

Dans la pleurésie puerpérale le vésicatoire a donné les mêmes résultats relativement à la douleur et à l'épanchement.

M. Hervieux a rarement vu des accidents déterminés par le vésicatoire; ils se bornaient à une légère cystite cantharidienne. En tout cas, il n'a jamais constaté les accidents graves dont a parlé M. Huchard.

#### Injections endémiques de formaldéhyde dans le traitement de l'Acné rosacé

Le Dr J. F. McSHANE, d'Indianapolis, rapporte un succès digne de remarque par des injections endémiques de formaldéhyde d'une force d'une goutte de la solution de 40 pour cent pour 100 gouttes d'eau. Ces injections causent une douleur piquante, que le malade compare à la piqure d'une abeille. L'auteur injecte une demie à une minime dans chaque point choisi, prenant bien garde de pousser l'aiguille en dedans et non sous la peau. En quelques instants une espace de la grandeur d'une pièce de 10 centins au pourtour de la piqure, présente une surface élevée ressemblant à de l'urticaire. On fait un nombre suffisant d'injections à chaque traitement pour affecter toute la surface de la peau malade, et l'on répète ce traitement toutes les semaines. Les résultats ont été des plus satisfaisants.

Une éruption syphilitique papulo-squameuse avec démangeaisons, qu'on a rencontrée dernièrement à la Polyclinique de Philadelphie, a considérablement surpris les médecins qui y suivent le cours des maladies de la peau. En discutant le cas, les Drs Cantrell et Schamberg ont tous deux fait remarquer qu'on ne doit pas prendre trop à la lettre cet énoncé des maîtres que les manifestations entanées de la syphilis ne causent pas de prurit. Dans la grande majorité des cas cela est vrai. Toutefois, on rencontre parfois des exceptions. Dans le cas présent, le prurit était considérable.—Dr. P. V. F.

#### FORMULAIRE

##### Méthode abortive du coryza des nourrissons

Introduire dans les narines des petits cylindres imbibés d'une solution de cocaïne à 1 pour cent; puis, comprimer les ailes du nez de façon à mettre la solution en contact avec les cornets. Plusieurs fois, par jour, on pourrait insuffler dans les narines des petites quantités de la poudre composée:

Cocaïne .....	} de chaque 10 grammes
Menthol .....	
Sucre de lait.....	9 —
Acide borique.....	1 —

##### Poudre composée pour injections vaginales [M. W. HOUSE]

Alun pulvérisé.....	} à 30 grammes
Acide borique en poudre.....	
Borax pulvérisé.....	
Sulfate d'hydrastine.....	0 gr. 60
Acide phénique.....	} à XX gouttes.
Essence de canelle.....	

Usage externe. Pour chaque injection, on fait dissoudre une cuillerée à café de cette poudre dans un demi-litre d'eau.

##### Savon pour nettoyer les dents. [FROHMANN]

Thymol.....	25 parties.
Extrait de ratanhia.....	100 —
Glycérine chaude.....	600 —
Magnésie calcinée.....	50 —
Borax .....	400 —
Essence de menthe poivrée.....	100 —
Savon médicinal.....	q. s. p. f. 3.000 part.

Dissolvez le thymol et l'extrait de ratanhia dans la glycérine chaude et ajoutez les autres parties constitutives en agitant constamment.

S.—A nettoyer les dents avec ce savon après le déjeuner, le dîner et le soir avant de se coucher.

[1] *Académie de Médecine de Paris*—Voyez *La Revue Médicale* p. 231. Discussion

## TRAVAUX ORIGINAUX

## QUELQUES FAITS CLINIQUES

## Opérations sur les paupières

JÉHIN-PRUME, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame et de la Polyclinique de l'Hôpital-Général des Sœurs Grises, Montréal.

(Suite et fin)

## OBSERVATION II

*Brûlure de l'œil (cornée et conjonctive). Entropion cicatriciel (Malade Privé)*

M. D. G. . . , habitant Montréal, rue Notre-Dame, ouvrier, employé dans une fonderie, vient me trouver le 18 juillet 1897, pour un accident survenu le jour même. Le matin vers les dix heures, il se livrait à son travail habituel lorsqu'un tuyau vint à faire explosion, et une quantité de petits morceaux de fer *en ébullition*, le frappèrent à la figure et à l'œil droit.

En effet, la figure présente les traces de nombreuses brûlures, l'œil droit est congestionné, larmoyant et très sensible à la lumière. La paupière inférieure est le siège d'un entropion, dû à une forte brûlure ayant interné la muqueuse du cul-de-sac conjonctival. Sur la cornée dix à douze petites parcelles de fer sont inerustées, à la région inférieure, ulcère d'une assez grande étendue.

En somme, œil fortement endommagé, *entropion, conjonctivite intense, brûlure conjonctivale, ulcère de la cornée, corps étrangers de la cornée*.

Ici comme toujours il faut courir au plus pressé : Lavage de l'œil et des paupières avec une solution de sublimé au 1000ième. Co-cainisation de l'œil avec solution de cocaïne 1 p 20. Une fois l'œil insensible j'enlève les corps étrangers de la cornée, je curette l'ulcère de peur que quelques parcelles de fer ne l'infecte et je pose sur le tout un pansement iodoformé. Les jours suivants je continue le pansement iodoformé et lavages boriqués jusqu'à complet rétablissement de la cornée. Au bout de huit jours, la cornée était normale, sauf à l'endroit de l'ulcère, où restait une petite taie. Cependant l'œil était toujours le siège d'une irritation considérable, irritation due à l'entropion.

Lorsque l'on dit : Dû à l'entropion, il faut entendre que : la paupière étant roulée en dedans, les cils sont déviés de leur position normale et frottent continuellement sur l'œil (*trichiasis*). De là évidemment l'inflammation, état qui ne disparaîtra qu'avec la cause.

Je conseillais donc à mon patient de se soumettre à une petite intervention, devant en peu de jours le mettre complètement bien. Craignant l'opération D. G. . . fut absent quinze jours et me revient avec un ulcère infectieux de la cornée et l'œil plus malade que jamais.

Trois injections conjonctivales de sublimé au 1000ième (3 gts chaque fois) éserine, pansement iodoformé, et au bout de six jours l'ulcère était disparu et l'œil relativement bien.

Cette fois, mon malade étant décidé à tout, je procédais comme suit par la méthode dite *ignée*.

Le malade chloroformé lavage au sublimé : Je faisais avec une pointe No 3, de thermo-cautère un sillon partant de la commissure externe et se rendant à la commissure interne, à une distance d'un demi centimètre des cils, et comme profondeur se rendant jusqu'au tarse. Pansement sec à l'acide borique,

L'opération de l'entropion comme toutes les opérations des paupières n'a pas des règles absolument déterminées. Ceci pour cette raison que presque toujours nous avons à faire à une question d'esthétique, dont le chirurgien est le seul juge, et qui modifiera son manuel opératoire non seulement suivant le cas, mais encore suivant la gravité de la maladie. Si l'on opère l'entropion par la méthode *ignée*, il ne faut pas oublier que notre but étant de faire basculer la paupière, il ne faut pas le dépasser et avoir de l'extropion. D'un autre côté, il ne faut pas agir timidement et n'obtenir aucun résultat et obliger notre malade à subir une nouvelle intervention. Nous devons rétablir la paupière en provoquant une rétraction cicatricielle, il faut pour cela que la cicatrice soit profonde et sur une longueur suffisante, ne pas craindre d'interner le tarse qui basculera et reviendra dans sa position primitive.

J'ai revu D. G. . . dans le courant de décembre 1897, sa paupière est normale et son œil bien, sauf une taie dans l'endroit où il y avait des ulcères.

## OBSERVATION III

*Epithélioma de la paupière inférieure (Hôpital Notre-Dame)*

Mad. G. . . âgée de 38 ans est admise dans le service d'Ophthalmologie de l'Hôpital Notre-Dame, vers le milieu d'octobre (1897).

*Diagnostic* : Epithélioma de la paupière inférieure. *Pas d'antécédants, apparition de la maladie, 14 mois. Constitution générale bonne.*

Cet épithélioma avait pour siège la paupière inférieure de l'œil droit ; à dix millimètre du bord palpébral, gagnant la commissure interne. En examinant avec attention on voit que la muqueuse conjonctivale est intacte, la peau de la paupière seule est atteinte. Comme dimension la tumeur peut avoir quatre centimètres de long, sur deux de haut (maximum).

Il y a quatorze mois, l'affection a commencé par un petit bouton, la malade grattant continuellement ce bouton, il se forma une plaie qui augmenta continuellement en surface. La patiente poursuit son histoire, en nous disant qu'elle a toujours eu une bonne santé ; pas de cancers dans sa famille ni du côté de la mère, ni du père. Urines normales. Vision égale 1 : O. D. et O. G.

*Opération*

Chloroformisation, lavage avec du sublimé au 1000ième.

Je fixe d'abord la paupière avec la pince de Darier. J'excise la tumeur de la façon suivante : La paupière bien tendue, je prends un bistouri et je sillonne profondément tout le pourtour de la tumeur, en rasant en haut le bord des cils et dans les autres régions en empiétant de deux centimètres sur les tissus sains. Ceci fait, je prends avec une forte pince à dissection les tissus à enlever, et j'enlève toute la partie malade, en ayant soin d'aller profondément de peur qu'il n'y ait des prolongements cancéreux dans les parties profondes. Je pince et ligature quelques petits vaisseaux. Je tamponne ma plaie et le sang arrêté, je nettoie ma plaie et procède à un curetage complet. Pour être bien certain qu'aucune parcelle de tumeur reste, je cautérise fortement la plaie au thermo-cautère.

Toutes les fois que nous avons à faire à un épithélioma, il faut agir énergiquement, et ne pas avoir peur d'enlever du tissu sain si l'on ne veut avoir des récidives. Le traitement des épithélioma de la face a été dernièrement le sujet de nombreuses études. Dans tous

les cas avancés le meilleur traitement est une intervention chirurgicale. Si la tumeur est petite on peut essayer des moyens plus doux : galvano ou thermo-cauthère seuls ou associés, l'acide chromique, le chlorate de potasse ou les pâtes arsénicales.

Chez ma malade, l'état avancé de la tumeur nous obligeait de procéder rapidement à une intervention chirurgicale, ce qui fut fait. Les jours suivants pansement sec à l'acide borique ; la plaie est bonne tout va bien du côté de l'œil, mais l'état général de la malade n'étant pas satisfaisant nous la renvoyons dans le service de médecine générale.

(N. B.).—Les quelques notes qui suivent sont si intéressantes que nous ne pouvons nous empêcher d'en donner connaissance. Trois jours après l'opération la malade fut soudainement prise de fortes douleurs stomacales et abdominales, vomissements, affaiblissement considérable, peu et pas de fièvre. Admise successivement dans le service de médecine, de gynecologie et de nouveau dans celui de médecine nous suivons les phénomènes suivants : Augmentation de la faiblesse, amaigrissement, vomissements, rien du côté du cœur ni des poumons, le foie des dimensions normales, rein flottant à droite, utérus légèrement augmenté de volume. Pas de fièvre considérable. La malade meurt au bout de six semaines, le diagnostic porté était "*Cancer possible de l'estomac ou des intestins*". A l'autopsie rien du côté du cœur, poumons légèrement congestionnés, estomac relativement normal avec quelques traces de gastrite chronique. Dans les intestins rien de particulier sauf quelques plaques congestives. Le foie congestionné, rate infectieuse, reins normaux : tous ces organes sont cependant plus mous que d'habitude, rien de bien particulier du côté du cerveau. Utérus gravide, placenta hémorragique, fœtus de trois mois !

#### OBSERVATION IV

##### *Entropion inflammatoire de la paupière supérieure*

(Malade Privée)

Mad. V. D...habitant la rue Versailles, Montréal, vient me consulter vers le commencement de septembre 1897 pour un entropion inflammatoire de la paupière supérieure de l'œil gauche, dû à une blépharite chronique datant de 15 ans. Trichiasis, troubles cornéens.

Toute intervention purement thérapeutique étant insuffisante, vu l'état avancé et chronique de l'affliction, nous conseillons une opération, qui est acceptée.

Je me décidais alors de faire un *Snellen* combiné. L'opération de Snellen seule offre beaucoup de chances de succès dans les cas peu accentués et de dates récentes, mais toutes les fois que nous avons affaire à un cas chronique, nous croyons que la méthode combinée offre de très bonnes chances, comme nous allons du reste en juger.

Je pratiquais une incision dans toute la longueur de la paupière gagnant de la commissure interne à la commissure externe, à environ 25 millimètres du bord des cils. Parallèlement à cette première incision, j'en pratiquais une seconde, deux centimètres plus haut, de mêmes largeurs et recourbée à ses extrémités de façon à ce que les deux incisions se rejoignissent. J'enlevais les tissus que limitaient ces deux incisions et pénétrais jusqu'au tarse que je mettais complètement à nu.

Ceci fait, à l'aide d'un couteau lancéolaire, je creusais dans le mi-

lieu du tarse une gouttière relativement profonde devant permettre aux bords du cartilage de se relever, le centre offrant moins de résistance.

La première partie de mon opération était terminée, il ne me restait à faire que le Snellen simple. Je prenais une aiguille de Reverdin, légèrement courbée à la pointe, et je passais quatre fils, (un à chaque extrémité et deux pour le centre). Ces fils doubles se trouvaient à rattacher le bord de ma plaie, au niveau des cils, passer au dessus du cartilage, traverser toute la paupière, passer sous le sourcil et venir ressortir sur le front à deux centimètres du sourcil. Je tirais fortement sur les fils de façon à créer même une hypercorrection et je les nouais à de petits morceaux de peau de chamois.

Les jours suivants, je tirais systématiquement sur mes fils, que j'enlevais au bout de dix jours. La cicatrisation était complète, la paupière normale sans difformité.

J'ai revu la malade le 28 octobre (1897) tout était absolument normal.

#### OBSERVATION V

##### *Extropion des paupières inférieures à la suite de dacryocystites chroniques*

(Hôpital Notre-Dame)

Geo. D...57, ans cultivateur, vient nous consulter le 9 août (1897), pour un ulcère de la cornée de l'œil droit.

Cet œil est rouge, très congestionné, larmoyant sensible à la lumière, la muqueuse conjonctivale présente les traces d'une irritation des plus vives, du pus dans le cul-de-sac conjonctival. Au centre de la cornée, un vaste ulcère infectieux pas d'hypopyon. En appuyant au niveau du sac lacrymal, on fait jaillir du pus et des larmes. Le bord palpébral est fortement renversé en dehors.

L'œil gauche est également très enflammé, les conjonctives rouges, bord palpébral inférieur renversé, dacryocystite. La cornée est normale.

En interrogeant le malade, nous apprenons les faits suivants :

Depuis sa plus tendre enfance les yeux sont larmoyants, de nombreuses poussées inflammatoires, accès aigus des dacryocystites, ce n'est que depuis trois ans que les paupières sont renversées.

Avec cette histoire il nous est facile de passer par tous les phénomènes pathologiques s'étant successivement passés chez ce malade. Tout d'abord retrécissement des voies lacrymales, due à un catarrhe nasal, qui existe encore, inflammation de la muqueuse lacrymale, dacryocystite aiguë puis chronique. Cet état emmenant un état inflammatoire constant du côté des paupières, nous avons de la blépharite chronique et avec le temps de l'ectropion. Les cornées n'étant plus suffisamment protégées, l'épithélium cornéen s'exfolie, tout d'abord léger ulcère qui bientôt est contaminé par le pus provenant des voies lacrymales.

Chez ce malade il faut tout d'abord courir au plus pressé, soigner l'ulcère et la cause infectante. Opération des voies lacrymales, sondes, lavages au sublimé, pansement iodoformé. Au bout de huit jours les voies lacrymales sont à peu près normales ; la cornée est bien. L'état congestif des yeux étant disparu, nous persuadons à notre malade de subir une légère opération devant rétablir les paupières dans leur position normale.

C'est alors que nous procédons à un Snellen simple, opération que nous faisons sans chloroforme, avec de la cocaïne en injectant

une solution à 1 p. 10. Sur le point le plus élevé de la conjonctive renversée, je pousse une aiguille sous la peau, jusqu'au niveau du rebord orbitaire inférieure, ou je la fais sortir. Cette première aiguille sortie, j'arme l'extrémité supérieure de mon fil, d'une autre aiguille, à laquelle je fais suivre le même chemin qu'à la première. Je noue alors les deux bouts du fil qui, pendant sur la joue, a un petit morceau de peau de chamois, en serrer assez pour former même un léger entropion. Je pose ainsi trois fils pour chaque œil, les jours suivants, je serre davantage les fils, qui sortent complètement au bout de sept jours.

Les deux paupières de mon malade sont parfaitement normales.

#### OBSERVATION VI

##### *Ptosis congénitale double*

(Polyclinique de l'Hôpital Général des Sœurs Grises Hospice St-Joseph)

Le 16 août 1897, Achille V... âgé de dix huit ans se présentait à mon service de la Polyclinique St-Joseph. Ptosis congénital double, avec blépharo-conjonctivite chronique, dacryocystite double, fistule lacrymale à droite.

Nous passerons rapidement au traitement, sans nous arrêter sur les phénomènes pathologiques, phénomènes présentant chez ce malade, rien de particulier.

Nous faisons comprendre à notre patient qu'il va lui falloir passer par une série d'opérations plus ou moins considérables, qu'il nous est de toute impossibilité de lui mettre les yeux dans l'état d'une personne normale. Chez lui les yeux sont petits, il ne voit que par une petite fente palpébrale des plus insignifiantes.

*1er temps* : Nous passons les sondes et faisons un lavage complet des voies lacrymales.

*2em temps* : Curetage des sacs lacrymaux par la méthode de Manelon, lavages au sublimé avec la sonde, de Wecker. Excision de la fistule lacrymale, sutures simples.

*3em temps* : Cauthoplastie, avec sutures conjonctivales. Cette opération ayant pour but d'agrandir la fente palpébrale et nous donner, un champ opératoire plus vaste, pour l'opération proprement dite.

*4em temps* : Nous faisons sur les deux yeux, l'opération de Snellen combinée, telle que décrite dans l'observation IV.

Aujourd'hui le malade peut travailler, la paupière est flasque, réagissant mal, mais la fente palpébrale suffisamment large pour lui permettre de gagner sa vie. Il est évident qu'une opération dans un cas semblable ne présente pas les mêmes chances de succès, que dans un cas purement inflammatoire. Nous avons une difformité persistante à laquelle il nous est impossible de remédier. Cependant nous croyons avoir atteint un but beaucoup plus désirable que l'esthétique, à savoir : l'utilité.

450, rue Guy, Montréal.

## REPRODUCTION

### Les manifestations auriculaires de la grippe

Depuis la grande épidémie de grippe ou influenza qui a parcouru toute l'Europe et a sévi avec une grande violence, il y a 7 à 8 ans, cette maladie réapparaît presque tous les ans, en hiver, avec une intensité variable.

Le terme d'influenza que beaucoup entendaient pour la première

fois et croyaient créé nouvellement pour baptiser cette maladie épidémique, a eu un grand succès ; depuis, le rhume vulgaire d'autrefois est décoré du nom plus suggestif d'influenza, par les malades qui ne consultent même pas le médecin, tant leur indisposition est peu sérieuse et courte.

Aussi, ne garantirais-je pas le diagnostic scientifique porté par des malades qui se plaignent d'une affection auriculaire, consécutive à la grippe qui sévit actuellement.

Les manifestations du côté des oreilles peuvent se présenter sous des formes variées, et avec une intensité plus ou moins grande suivant les sujets.

Le plus souvent, c'est en sa qualité d'organe annexe du nez et du pharynx que l'oreille est atteinte ; l'otite moyenne aiguë ou subaiguë apparaît quand les malades présentent du coryza ou de la pharyngite aiguë, 5, 6 ou 8 jours après le début des accidents.

Voyons les modalités cliniques que peut revêtir l'affection auriculaire.

Un enfant de 4 ans atteint de grippe depuis quelques jours, qui présente du coryza, de la toux fréquente, etc., se plaint tout à coup de douleurs vives dans l'oreille droite. Examiné quelques heures seulement après cette manifestation, nous constatons une rougeur très prononcée de tout le tympan ; la membrane n'est ni dépolie, ni projetée en dehors par l'épanchement muqueux ; l'autre oreille ne présente rien d'anormal. Nous constatons ainsi le premier stade de l'otite moyenne aiguë qu'un traitement approprié fait disparaître dans les 24 heures.

Un homme de 30 ans, atteint déjà depuis quelques années d'une otorrhée à gauche, est pris brusquement, dans le cours d'une grippe, de douleurs très violentes dans l'oreille droite, s'irradiant vers la pointe de l'apophyse mastoïde et le creux rétro-maxillaire, douleurs assez vives pour troubler le sommeil pendant deux nuits ; surdité très prononcée. Examiné à ce moment, nous trouvons le tympan droit très injecté, avec une voussure dans son segment inférieur, le triangle lumineux brisé, plus terne, etc., en un mot, tous les symptômes objectifs de l'otite catarrhale aiguë ; l'insufflation d'air dans la caisse déterminait d'ailleurs les bruits de gros râles muqueux, facilement perceptibles à l'otoscope, ce qui confirmait le diagnostic d'épanchement.

En quelques jours de traitement, les symptômes objectifs et subjectifs de l'otite moyenne disparurent, sans qu'il fut besoin de pratiquer la paracentèse ; l'ouïe est revenue ce qu'elle était avant.

Chez une femme d'une trentaine d'années, l'atteinte avait été beaucoup plus sérieuse et aboutit à la suppuration des deux oreilles après quelques jours de souffrance ; cette malade qui entendait fort bien avant cette complication, était devenue sourde, quand elle vint nous consulter, au point qu'elle n'entendait que la voix très haute, articulée à quelque distance de l'oreille. Bien que grave en apparence, l'otite suppurée guérit très rapidement et en une quinzaine de jours ; la malade recouvrit son audition antérieure.

Il n'en est cependant pas toujours ainsi, surtout dans la clientèle hospitalière qui, mal conseillée ou négligeant par nécessité ou indifférence une affection qui ne paraît pas bien sérieuse de prime abord, ne vient demander l'avis du médecin que longtemps après le début des accidents, ou lorsque l'otite se complique de manifestations du côté de l'apophyse mastoïde ; les soins insuffisants, l'hygiène déplorable qu'ils suivent, l'impossibilité de garder le repos, etc., contribuent en grande partie à produire cette sérieuse complication.

En dehors de ces circonstances extérieures à l'individu il en est d'autres qui interviennent dans la gravité de l'atteinte, comme l'âge avancé, le tempérament du sujet, le terrain plus ou moins bien approprié à la pullulation de tel ou tel germe, le génie épidémique de la maladie qui est plus ou moins grave, suivant les années. Suivant la forme clinique que revêt la grippe, les complications auriculaires sont ou fréquentes ou rares ; quoiqu'il en soit, il y faut toujours pen-

ser, surtout quand les manifestations sur les voies aériennes supérieures apparaissent ; c'est pour n'y avoir pas songé, qu'un confrère ne pouvait s'expliquer un état continu de somnolence, etc., survenu chez un vieillard de 80 ans, atteint de grippe, qu'un écoulement par les deux oreilles mit sur la voie de la cause des accidents cérébraux ; cependant, une surdité anormale, survenue en quelques jours, pouvait faire prévoir pareille complication.

Une autre forme de manifestation grippale de l'oreille, plus rare que l'otite moyenne, est l'apparition sur le tympan et le conduit auditif de bulles remplies de sang ; ces phlyctènes hémorragiques s'accompagnent, en général, de céphalalgie, douleurs auriculaires, vertige et surdité plus ou moins sérieuse ; cette éruption peut constituer à elle seule toute la maladie ; elle peut survenir dans les deux oreilles, en même temps ou à 2 ou 3 jours d'intervalle.

Un de nos malades, homme de 30 ans, grippé depuis quelques jours, présentait à gauche des phlyctènes hémorragiques et, à droite, de l'otite moyenne supprimée.

Par ce court aperçu, on voit que l'oreille peut présenter tous les degrés d'inflammation possible et que l'attention doit être fortement attirée sur cet organe, si on ne veut pas s'exposer à intervenir trop tard et voir apparaître de sérieuses complications du côté de l'apophyse mastoïde ou du cerveau.

Le traitement est subordonné à la nature de l'affection auriculaire : aussi, ne pouvons-nous pas revenir sur un si vaste sujet, que nous avons déjà exposé.

(Journal des Praticiens)

#### Quand et comment faut-il pratiquer la périnéorrhaphie après l'accouchement ?

L. FLÖRSHEIM, ancien interne des hôpitaux.

À la suite d'une application de forceps au détroit supérieur chez une primipare, le périnée se déchira ; la déchirure intéressait le sphincter en partie, et la cloison pointait sous forme de crête saillante. Comment se comporter à la campagne dans un cas de ce genre ? à quelle époque faut-il opérer, quel est le procédé le plus simple ? quels sont les instruments à employer ? Telle est la question qui nous a été posée. Voici la réponse :

Et tout d'abord, à quelle époque faut-il pratiquer la périnéorrhaphie après l'accouchement ? Ce point particulier a été le sujet de longs débats ; on a opposé à la suture immédiate du périnée les contusions des parties, l'écoulement des lochies, l'état de fatigue et d'épuisement de l'accouchée, l'absence d'aides nécessaires, etc. Tous ces arguments restent aujourd'hui sans valeur — à moins toutefois d'épuisement considérable de la malade — et, d'après la généralité des gynécologistes, on a le devoir de pratiquer, toutes les fois qu'on le peut, la périnéorrhaphie immédiate, qui a l'avantage d'empêcher une opération ultérieure, souvent mal vue de la famille, bien qu'acceptée, et de fermer la porte aux inoculations. Dans ce cas, on rejettera de parti pris les *serres-fines* qui ne sont utilisables que dans les cas de déchirure de la fourchette : le seul procédé à employer sera la suture en surjet, à étages superposés, aux fils de catgut, suivant le procédé de Doléris (*Arch. de tocol.*, 1885), en profitant de l'avivement naturel de la plaie, et en s'efforçant de rétablir la continuité des parties telle qu'elle était auparavant. Inutile de recourir à l'anesthésie générale ; on obtient une insensibilisation suffisante à la suite d'injections hypodermiques, même de badigeonnages répétés à l'aide d'une solution de cocaïne au 1/50e. Les fils de catgut se résorberont d'eux-mêmes ; on aura soin simplement de rapprocher les jambes de la malade, pendant une quinzaine de jours, et de faire l'antisepsie régulière de la plaie.

Si l'on ne peut intervenir de suite, est-on autorisé à faire au bout de quelques jours ce qu'on a appelé la périnéorrhaphie immédiate et secondaire, en grattant, par exemple, les bourgeons charnus à l'aide d'une curette tranchante ? Ce procédé a donné des résultats heureux

entre les mains de Schwartz, Nélaton, Périer ; on peut, par conséquent, y avoir recours ; nous pensons cependant, qu'il y a avantage à attendre quelques semaines de plus, et à pratiquer une périnéorrhaphie tardive, qui aura plus de chance de restaurer solidement le périnée.

Il faut attendre au minimum trois mois après l'accouchement, avant de pratiquer cette périnéorrhaphie secondaire ; la malade sera purgée la veille de l'opération, et le matin même, un lavement borié rendra le plus aseptique possible la partie inférieure de l'intestin. Bien entendu, le chloroforme est administré. Deux aides sont nécessaires. Quant aux instruments, préalablement stérilisés, ce sont : 1° une aiguille à manche, à grande courbure, dite aiguille d'Emmet ; 2° quatre pinces longues, à griffes, dites pinces tireballes, destinées à tendre, pendant l'avivement, la paroi vaginale postérieure ; 3° un bistouri ; 4° quelques pinces hémostatiques ; 5° une paire de ciseaux droits.—Crins de Florence. Fils d'argent. Catguts.

Nous nous trouvons ici en présence d'un nombre tellement considérable de procédés opératoires que nous renonçons à les décrire ; le plus simple et le plus rapide, à notre avis, qu'il s'agisse de déchirure complète ou incomplète du périnée, est celui de Lawson-Tait.

*S'il s'agit de déchirure incomplète*, le chirurgien introduit son doigt dans le rectum, où il le maintiendra jusqu'à la fin de l'opération, pour le tendre et éviter le passage de l'aiguille à travers l'intestin ; il confie alors aux aides quatre pinces tire-balles placées aux quatre points cardinaux de la paroi vaginale postérieure, tendant ainsi le champ opératoire.

Ceci fait, le bistouri dessine un lambeau trapézoïde en forme d'U qui dédouble la cloison recto-vaginale. La branche transversale de l'U est située entre la commissure postérieure de la vulve et l'anus ; sur les extrémités de cette ligne, on fait aboutir deux incisions obliques, qui côtoient le bord de la grande lèvre à l'union de la muqueuse et de la peau, et remontent jusqu'à la naissance de la petite lèvre. Ce lambeau est disséqué alors de bas en haut, se ratatine, revient sur lui-même, et l'on a alors devant soi une plaie trapézoïde légèrement saignante ; quelques pinces hémostatiques, au besoin quelques ligatures de catguts arrêtent facilement l'hémorragie. Pour pratiquer la suture, l'aiguille, guidée par l'index qui est dans le rectum, pénètre à un centimètre en dehors du bord cutané gauche, traverse la plaie de gauche à droite, en comprenant le plus de tissus possible (l'aiguille devant être toujours complètement cachée) et ressort à droite à un centimètre du rebord cutané droit. Les fils sont mis de l'anus vers le vagin ; quatre, en général, sont suffisants : les fils d'argent nous semblent préférables aux crins de Florence. Quant au lambeau, on le résèque ; Lawson-Tait le laisse en place : il est vrai qu'il ne comprend pas la peau dans la suture et fait pénétrer et sortir son aiguille non pas en dehors du bord cutané, mais en dedans. Nous croyons qu'il est plus pratique d'avoir recours au procédé de Lawson-Tait modifié que nous venons de décrire, et auquel ont recours beaucoup de chirurgiens.

*S'il s'agit d'une déchirure complète*, Lawson-Tait trace un lambeau en H, dont la branche transversale suit la cloison sur la ligne médiane et dont les branches inférieures se recourbent en arrière vers les extrémités divisées du sphincter, formant ainsi une concavité qui regarde le rectum. Les deux branches supérieures de l'H contournent la vulve comme dans le procédé précédent. L'incision faite, on dédouble de bas en haut la cloison, déterminant ainsi deux lambeaux : un vaginal supérieur ; un rectal, inférieur. Ce dédoublement se fait aisément avec l'index, aidé de la pointe des ciseaux. Il ne s'agit plus, par la suture, que de réunir l'une à l'autre d'abord les deux branches supérieures de l'H, puis ses deux branches inférieures ; il faudra mettre avec le plus grand soin le fil le plus inférieur, car il doitembrocher les deux extrémités du sphincter divisé. Les fils noués, on constate qu'il n'y a aucune suture ni dans le vagin, ni dans le rectum, et qu'elles aboutissent toutes au périnée. Quelques points sur-

perficiels, aux crins de Florence, assurent la coaptation complète de la plaie.

L'opération est alors finie ; avec un peu d'habileté, on arrive à la terminer en quinze à vingt minutes.

Après l'intervention, il est bon de placer une sonde à demeure dans la vessie pour empêcher les urines de souiller le pansement, qui ne consiste qu'en un tampon ou deux de gaze iodoformée ou salolée, fortement serrée. Quant aux pilules d'opium, qu'on donnait autrefois à la malade pour la constiper quelques jours après l'intervention, on tend de plus en plus à en abandonner l'usage. Il vaut mieux maintenir les opérées à la diète lactée pendant la première semaine, suivant la méthode de M. Pozzi, leur donner un purgatif le cinquième jour, et obtenir consécutivement des selles régulières.

Les jambes seront maintenues rapprochées ; on assurera avec soin la propreté de la vulve et du périnée, qu'on examinera avec attention en cas surtout d'élévation thermique ; la malade sera couchée dans son lit et ne pourra s'asseoir qu'à la fin de la troisième semaine.

Quant aux fils périnéaux, on ne les enlèvera que le douzième jour, plus tard s'ils ne coupent pas la peau ; les fils vaginaux seront laissés en place très longtemps, de un mois à cinq semaines. Quant aux rapports sexuels, on ne les autorisera pas avant le sixième mois.

(Gazette de Gynécologie lier fév. 1898)

#### Le chloral dans la fièvre typhoïde

D'après M. PAULESCO.

M. Paulesco a employé dans 18 cas de fièvre typhoïde la médication par le chloral et en a obtenu les meilleurs résultats : il en a réuni les observations dans un mémoire récent et s'est efforcé de préciser les indications et d'analyser les effets d'un traitement qu'il n'hésite pas à préconiser.

Les troubles nerveux (fièvre, stupeur, céphalalgie, vertiges, insomnie, agitation, délire, troubles vaso-moteurs, etc.), sont en somme, dit-il, un mélange de *stupeur* et d'*excitation*. De la stupeur, il n'y a pas trop à se préoccuper, mais on conçoit combien l'excitation, se traduisant par une *insomnie durable et opiniâtre*, et dont l'aboutissant naturel est l'*épuisement nerveux*, est à redouter chez un individu affaibli par la fièvre, l'inanition et la diarrhée.

Pour pouvoir combattre ce désordre, l'excitation, il faudrait que nous connaissions sa pathogénie ; celle-ci nous est inconnue. Mais nous savons que l'*insomnie*, l'*agitation*, le *délire*, sont les modes de réaction fonctionnelle des cellules cérébrales sous l'influence de divers agents toxiques, comme l'alcool, les poisons de l'urémie, etc. On peut induire que dans la fièvre typhoïde ces troubles sont aussi produits par une intoxication agissant sur la cellule nerveuse. Il y a donc à trouver une substance qui, agissant sur la même cellule nerveuse, produise une action contraire à celle de l'agent toxique et en neutralise ainsi l'effet ; de plus, cette substance doit être inoffensive pour le fonctionnement des grands appareils de l'économie.

L'hydrate de chloral remplit ces indications. M. Paulesco l'administre chez l'adolescent ou l'adulte à la dose de 3 grammes dans une potion contenant en outre 20 grammes de sirop de morphine, qu'il fait prendre le soir, en deux fois, à 3 minutes d'intervalle. En cas d'intolérance gastrique, le chloral peut être donné en lavement. Si le malade ne dort pas  $\frac{1}{2}$  d'heure après la première dose, on peut lui faire prendre 1 gramme de plus.

Dans les 18 cas, l'effet de l'hydrate de chloral associé ou non à la morphine a été de calmer le système nerveux ; il en est résulté l'établissement du sommeil, la disparition de l'agitation et du délire. Le faciès du malade change complètement, les urines sont plus abondantes, la langue est meilleure, la température baisse, le pouls est plus fort. Les fonctions de l'intestin paraissent les plus difficiles à rétablir ; la constipation est la règle, elle persiste quelque temps après la défervescence. En somme, *l'état général est considérablement*

*amélioré*. Aucun des malades ainsi traités n'a fait des eschares, n'a eu d'incontinence, chez tous la convalescence a été très courte. Même, *la maladie a été abrégée*. La défervescence a eu lieu à la fin du deuxième septénaire (12 cas), vers le dixième jour (5 cas) ; une seule fois la durée de la fièvre a été de 21 jours.

Il n'a pas pu y avoir dans tous ces cas une erreur de diagnostic (le sérodiagnostic a toujours donné un résultat positif) ; s'agissait-il d'une épidémie bénigne ? Le fait est improbable, ce raccourcissement de la fièvre n'ayant pas été signalé ailleurs. Est-ce l'effet de la médication ? On est en droit de le penser, mais M. Paulesco ne se prononce pas sur ce point.

Le chloral a été jusqu'ici peu employé dans la fièvre typhoïde. On lui a reproché d'avoir une action dépressive sur le cœur. Or, dans les 18 cas on a toujours constaté une amélioration du pouls devenu plus fort et plus rapide. Le médicament a été d'ailleurs administré avec succès à un malade dont le cœur était en mauvais état.

L'indication du chloral dans la fièvre typhoïde est donc l'*excitation* du système nerveux. Sa principale contre-indication est la *dépression nerveuse*.

Le chloral ne répondant qu'à une indication, il va sans dire qu'il est bon de faire bénéficier le malade de tous les moyens qu'on a à sa disposition, bains, antipyrine, si la fièvre est élevée. On désinfectera l'intestin par des purgatifs salins, on combattra la constipation par de grands lavements.

On fera boire au malade beaucoup de liquides, des tisanes, et il sera nourri avec 2, 3 litres de lait ; le thé, l'alcool, la digitale, etc., rendront des services si le cœur faiblit.

Enfin, les soins hygiéniques ont une énorme importance. Une propreté rigoureuse des téguments et des cavités naturelles est absolument indispensable.

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)

#### Antipyrine et quinine contre l'influenza

Par le professeur L. LANDOUZY

L'antipyrine ne doit pas être considérée comme un médicament spécialement et toujours indiqué dans l'influenza, mais comme un médicament pouvant être approprié à certaines modalités symptomatiques se présentant chez les grippés algiques. Encore devra-t-on se souvenir, que le soulagement aux douleurs de la grippe ne doit être demandé à l'antipyrine qu'autant que le grippé ne perdrait pas, par d'autres côtés, plus qu'il n'aura gagné de celui-là.

Quels véritables services, en effet, rendrait-on aux grippés, si, sous prétexte de les débarrasser de leurs douleurs, on n'entreprenait rien contre l'ensemble des troubles organiques et fonctionnels engendrés par la grippe ? Est-ce qu'on n'eût pas été mieux inspiré en relevant l'état des forces des malades asthéniques ; et la médication stimulante n'était-elle pas mieux indiquée par toutes les défaillances fonctionnelles dont témoignent la faiblesse du pouls, le peu de réaction du malade, certaines tendances aux congestions passives, autant que l'insuffisance urinaire ?

La véritable, la pressante indication à saisir, chez les malades asthéniques, est dans l'état de leurs forces qui demandent à être relevées. Le péril, c'est l'*asthénie* ; l'écueil, c'est le peu de réaction et le peu de défense du grippé. Aussi, la médication stimulante, la médication reconfortante doivent-elles prendre le pas sur toutes les autres ; aussi les stimulants, les excitants diffusibles, les toniques (potion de Todd, café, quinine, sérothérapie artificielle, etc.), feront-ils la base des entreprises thérapeutiques. C'est pourquoi, s'il fallait — ce contre quoi on ne saurait jamais trop réagir — laisser aux praticiens une arme bien en main, qui contre la grippe fût la mieux défensive et la moins offensive, je pencherais pour que cette arme soit la quinine plutôt que l'antipyrine. J'estime pour une infinité de raisons suffisamment exposées, que l'antipyrine ne doit pas, dans le traitement des grippés, détrôner les sels de quinine, mais savoir mar-

cher derrière et à côté d'eux, pour les aider au besoin. Les sels de quinine, bien choisis et bien ordonnancés, non seulement soulagent nombre de grippés douloureux, mais encore réconfortent, relèvent et stimulent au moins les grippés asthéniques. Sans rien exagérer, j'irais jusqu'à prétendre que, chez les grippés, il n'est guère d'indications thérapeutiques que l'on ne puisse remplir avec la quinine, dont les avantages ne semblent jamais atténués par de sérieux inconvénients, la médication quinique étant à la fois stimulante, tonique et anti-infectieuse ?

Pour conclure, s'il fallait, à propos des grippés, établir le bilan de la quinine et celui de l'antipyrine, je résumerais ma pratique en conseillant de faire de la quinine une médication de choix, de l'antipyrine une médication de nécessité.

(La Presse méd.)

### Comment il faut prescrire la poudre de Dower.

Par M. LIÉGEOIS.

La poudre de Dower du Codex de 1884 contient 40 parties de nitrate et 40 parties de sulfate de potasse pour 10 d'ipécacuanha et 10 d'opium officinal séché, le tout réduit en poudre fine.

Dans les maladies dites rhumatismales, on peut utiliser l'action sudorifique et sédative de la poudre de Dower.

Pour obtenir ce résultat il faut, le malade étant couché, vêtu d'une chemise de flanelle et entouré de couvertures, faire prendre, dans les cas ordinaires chez l'adulte, 0 gr. 60 de poudre de Dower en trois doses de 0 gr. 20 chaque, une d'heure en heure. Aussitôt que la transpiration commence, il y a lieu, même dans l'intervalle des paquets, d'administrer une tisane aromatique bien chaude ; malgré l'ipéca qui recèle la poudre, on n'a jamais vu le vomissement survenir. Lorsque la sudation bat son plein, on l'entretient aussi longtemps que l'on veut avec des couvertures, 12 heures si cela est nécessaire.

La poudre de Dower est encore un remède précieux au début de la rougeole et de la scarlatine, alors que l'éruption est incomplètement sortie et qu'il existe beaucoup de fièvre et d'agitation. Après une seule prise de 0,20 à 0,30 de poudre de Dower, l'enfant transpire abondamment. Jamais l'A. ne l'emploie avant 4 ans et il donne toujours la dose en une seule prise. La toux rauque du début de la rougeole est très favorablement impressionnée par le soufre mélangé à la poudre de Dower.

Poudre de Dower.....	} à 0 gramme 20
Soufre lavé.....	

pour un enfant de 4 ans.

Au début de la grippe, la poudre de Dower rend aussi des services ; elle amende considérablement la laryngite et la trachéite catarrhales, les douleurs de membres et même la fièvre.

Chez un adulte, on donnera 0 gr. 60 en 3 prises de 0.20, à une heure d'intervalle en faisant suivre l'absorption de chaque dose de quelques gorgées d'un lait de poule bien chaud.

S'il y a congestion pulmonaire, on utilisera la formule suivante:

Poudre de Dower.....	} à 0,30 à 0,40
Sulfate de quinine.....	
Poudre de jusquiame.....	0,10

pour 1 prise. Deux semblables par jour.

Par son ipéca et par ses sels potassiques, la poudre de Dower est un bon expectorant. On peut même en exagérer l'effet expectorant quand les crachats se détachent mal, de la façon suivante :

Poudre de Dower.....	0 gramme 15
Gomme ammoniacque.....	} à 0 gramme 05
Benjoin de Siam.....	
Baume de soufre anisé.....	II gouttes.

pour 1 pilule.

En prendre 5 à 6 par jour, une tous les 2 ou 3 heures.

La poudre de Dower triomphe aussi des diarrhées aiguës : de la diarrhée a frigore de l'adulte, à la dose de deux paquets par jour de

0.25 à 0,50 ; de la diarrhée de l'enfant pendant la dentition à la dose de 0,05 seulement, le soir notamment à la même dose ; de la diarrhée coïncidant au déclin de la rougeole avec une toux fréquente et fatigante.

Dans la diarrhée de l'entérite tuberculeuse, voici une formule qui donne de bons résultats :

Poudre de Dower.....	10 grammes.
— de craie composée.....	} à 20 grammes
— de Colombo.....	

pour 60 paquets.

Deux par jour.

Telles sont les principales indications de la poudre de Dower.

(Journal des Praticiens.)

### Traitement des hémorroïdes :

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Contre les hémorroïdes enflammées, M. Championnière conseille d'abord les cataplasmes de fécule et les grands bains.

Il proscrit l'iodoforme et le salol qui ne sont capables que d'exciter à nouveau l'inflammation des hémorroïdes et de perpétuer l'irritation de la peau de la périphérie de l'anus. L'emploi banal aujourd'hui de ces topiques rend là, comme en maintes circonstances, les plus mauvais services. On suppose que leur qualité d'antiseptique les rend inoffensifs en règle générale. C'est le contraire qu'il faut admettre. Du moment qu'une substance présente une qualité antiseptique sérieuse, elle n'est jamais indifférente et son application irraisonnée peut avoir de nombreux inconvénients.

L'acide borique est ici tout indiqué, non pas à cause de ses qualités antiseptiques, qui ne peuvent guère se manifester dans un milieu aussi putréfiable, mais à cause de ses qualités de topique anodin.

On enduira largement les hémorroïdes et les parties périphériques de l'anus avec la pommade suivante :

Vaseline pure.....	100 grammes.
Acide borique finement pulvérisé..	20 —

Faire une pommade sans additon d'alcool, ni de glycérine.

L'application de cette pommade sera faite très largement matin et soir, après un lavage à l'eau tiède simple ou rendue très légèrement alcaline. On fera de même après chaque selle.

Si on veut donner à la pommade une qualité antiseptique un peu plus élevée et en même temps une odeur qui soit plutôt agréable, on formulera la pommade de la façon suivante :

Vaseline pure.....	100 grammes
Acide borique finement pulvérisé..	20 —
Baume du Pérou.....	1 —

*Traitement chirurgical.*—La dilatation est aujourd'hui abandonnée avec raison. Elle n'est indiquée que lorsqu'il existe des fissures et que comme moyen préparatoire à l'ablation.

L'ablation avec le thermo-cautère constitue le vrai traitement chirurgical.

La préparation du malade est fort simple. Il est impossible de songer à éloigner de la région les microbes de tous ordres qui y font sonner. Il s'agit donc simplement d'abord de vider l'intestin. Le malade sera purgé la veille de l'opération. M. Championnière a même plusieurs fois purgé deux jours de suite des sujets qui, grâce à leurs hémorroïdes, vidaient très mal leur intestin.

Au moment de l'opération la région est nettoyée à l'eau tiède, puis mouillée d'un peu d'eau phéniquée forte au 20°, puis elle est bien asséchée avec un tampon de ouate propre.

Si les hémorroïdes font bien saillie au dehors, le mieux est de les saisir avec une pince à griffes et de circonscire avec un fil les paquets que l'on peut former.

On aura de la sorte une petite masse solide autour de laquelle le couteau du thermo-cautère pourra évoluer sans difficulté.

Lorsque l'hémorroïde a été saisie avec la pince et fixée avec un

fil, il prend la pince et le fil de la gauche pour attaquer la main base de l'hémorroïde avec un couteau de thermo-cautère modérément chauffé. Il faut bien montrer à l'aide que ce chauffage doit être continu, mais point brutal. En fait, la chose peut être obtenue assez facilement.

Si l'on veut opérer tout à fait sans avoir de sang, il faut opérer très lentement. C'est la meilleure manière de procéder. On aura alors une plaie sèche, modérément étendue, très facile à panser.

Si on a été trop vite, ou si on la mauvaise fortune de rencontrer un sujet qui saigne trop facilement, on cherche d'abord à cautériser le point qui saigne. On tire alors légèrement sur l'éponge qui vous rend grand service.

Si, du reste, on ne trouve pas facilement le moyen d'oblitérer le point saignant avec le thermo-cautère, il ne faut pas s'acharner à cette cautérisation et s'exposer ainsi à aller plus loin qu'il ne faudrait en profondeur ou en surface, à augmenter les dimensions de la brûlure et, par conséquent, le temps de la réparation.

On placera une ou deux pinces hémostatiques qui pourront rester dans le pansement, pendant vingt-quatre heures au plus. La pince a le double avantage d'arrêter le sang et d'empêcher le point saignant de remonter trop loin.

On opère successivement chacun des petits paquets délimités à l'avance par les pinces et le fil.

Il faut toujours qu'entre les petits paquets que l'on a formés, il reste un espace suffisant. Si, dans ces espaces, un bourrelet hémorroïdaire faisait trop de saillie, on pourrait avec avantage le traverser avec l'extrémité du couteau thermique, le ponctionner, ce qui suffit à oblitérer un groupe peu volumineux de veines.

Lorsque l'opération est terminée, on met dans le rectum une bonne valve de Sims ou toute autre du même genre. Cette inspection avec la valve permet, si quelque gros bouquet hémorroïdaire a échappé, de compléter l'opération par son ablation. Elle permet surtout, si quelque vaisseau a filé en haut et a quelque tendance à saigner, d'arrêter l'hémorragie et de prévenir de ce côté toute complication ennuyeuse.

M. Championnière fait toujours le même pansement de la façon la plus simple. Sans retirer la valve, il introduit dans le rectum, un peu au-dessus de l'anus, quelques fragments de gaze iodoformée. On doit en mettre assez pour garnir la périphérie de l'anus; il ne faut pas en bourrer l'anus jusqu'à comprimer ses parois. Dans ce cas de tamponnement, on détermine des épreintes toujours très pénibles.

Sur le périnée s'applique un ou deux des cachets absorbants qui font partie de tous ses pansements, un peu de ouate de tourbe et un triangle pour retenir le tout.

Il est inutile de tourmenter les sujets en les constipant. Comme ils ont été purgés la veille et l'avant-veille, ils ont rarement de la tendance à aller immédiatement à la selle et on a d'ordinaire vingt-quatre heures de calme, qui suffisent très bien à faire tomber la douleur.

Ces vingt-quatre heures passées, il n'y a aucun inconvénient à donner un léger laxatif qui empêchera le sujet d'avoir des matières dures, et les selles se font bien. Il n'y a du reste guère d'inconvénient à attendre pour cette selle au troisième jour si le patient n'a pas d'épreintes. Mais, s'il en a, il vaut mieux ramollir les selles par un léger purgatif que de les faire attendre et de les durcir par l'opium.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

#### Traitement médical de l'appendicite

A force de discuter sur les indications du traitement chirurgical de l'appendicite, on semble oublier que parfois le traitement médical bien conduit peut aussi donner, dans nombre de cas, des résultats très appréciables. C'est ainsi que le professeur Biermer serait arrivé à avoir un peu plus de 98 pour 100 de guérison de crises appendiculaires, en traitant ses malades d'après les principes suivants.

Aussitôt le diagnostic d'appendicite fait ou même simplement soupçonné, le malade est mis au lit et au repos absolu; même pour uriner ou pour aller à la selle, il ne doit se lever; une personne placée en permanence à son chevet est chargée de lui passer le vase et les objets dont il peut avoir besoin, et de veiller à ce qui ne se lève pas. S'il existe des douleurs abdominales très vives et de la fièvre, on met sur le ventre des compresses glacées ou une vessie de glace pas trop lourde. Dans le cas où le froid serait mal supporté ou même simplement désagréable, on remplacera la glace par des compresses tièdes ou mieux encore par des cataplasmes de farine de lin, qui trouvent également leur indication lorsque la fièvre a cessé et qu'un exsudat s'est déjà formé.

En fait de médicaments et dès le début, on donne au malade de l'opium et ceci indifféremment, qu'il existe de la constipation, de la diarrhée ou simplement des coliques. Comme préparation opiacée, on peut choisir soit de la *teinture d'opium* à la dose (chez les adultes) de 15 à 20 gouttes, répétée trois ou quatre fois par jour, soit de la morphine sous forme de prises de 15 milligrammes, répétées trois ou quatre fois par jour. Plus tard, à mesure que les symptômes s'atténuent, on diminue la dose d'opium et on arrive à ne faire prendre que 8 à 10 gouttes de teinture d'opium, trois ou quatre fois par jour.

Quant à la durée du traitement, tout dépend de l'état de l'intestin. Tant que la pression exercée au niveau de l'abdomen, et plus particulièrement au niveau de la région iliaque, est douloureuse ou simplement sensible, tant que la tension de l'abdomen a une tendance à augmenter, tant que le malade éprouve encore spontanément des douleurs ou des tiraillements douloureux dans le ventre, il faut continuer l'opium. M. Biermer a même l'habitude de laisser entre les mains du malade une petite fiole avec de la teinture d'opium, dont il prend quelques gouttes chaque fois qu'ils ressentent des douleurs abdominales. On n'a pas à s'inquiéter de la constipation, inévitable en pareil cas, quand même la première selle spontanée ne viendrait qu'au bout de quinze, voire même de vingt jours.

L'immobilisation de l'intestin est encore assurée par la diète presque absolue pendant les premiers jours, qu'on remplace par la diète hydrique.

Inutile de dire que tout purgatif et tout lavement sont proscrits d'une façon formelle.

Les envies de vomir et la soif, ordinairement très vive, seront combattues par de la glace que le malade laisse lentement fondre dans sa bouche; plus tard, on lui donnera de l'eau de riz, de l'eau de pain, de l'eau rougie; plus tard encore du bouillon et enfin du lait. Quand les douleurs et la tension de l'abdomen auront disparu, on cessera l'opium.

On attendra toujours la première selle spontanée qui, ordinairement, vient du quatrième au neuvième jour après le début des accidents. Et ce n'est que lorsque le malade aura eue deux ou trois selles spontanées, qu'on lui donnera un lavement ou un purgatif. Le malade ne se lèvera que lorsqu'il aura eu plusieurs selles spontanées et que toute sensibilité de l'abdomen aura disparu.

La convalescence sera étroitement surveillée et longtemps encore le malade suivra un régime alimentaire particulier, dont seront exclues toutes les substances indigestes ou d'une digestion difficile. Pendant un ou deux ans, le malade portera toujours sur lui une fiole de teinture d'opium, dont il prendra un nombre suffisant de gouttes chaque fois qu'il aura des coliques. En cas de persistance de l'exsudat, on conseillera les compresses tièdes et au besoin les bains.

(*La Presse Méd.*)

#### Traitement de l'hémoptysie

Voici les conclusions d'un travail de M. Capitan, publié dans la *Médecine moderne*. Comme conclusion à cet exposé général, nous indiquerons très succinctement la conduite que nous conseillons de tenir lorsqu'on a à traiter un cas d'hémoptysie.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un sujet qui vomit du sang il faut d'abord faire un premier diagnostic, celui de l'origine du sang.—Est-ce bien une hémoptysie ? Il est entendu que nous supposons cette question résolue.

Un second diagnostic, qui souvent peut se faire tout aussi vite, est le suivant : de quelle nature est cette hémoptysie ? Ce diagnostic est important, nécessaire même ; mais si l'hémoptysie est abondante, si le danger presse, il faut immédiatement et en tout cas faire une médication générale univoque.

Lorsque le péril est conjuré, le diagnostic étant bien posé, on peut modifier la médication. Mais alors cette médication est celle d'une des formes ou complications de la maladie, ce n'est plus à proprement parler celle de l'hémoptysie.

Celle-ci peut essentiellement se résumer ainsi : Immobiliser le malade, la tête élevée ; faire poser des sinapismes aux membres inférieurs ; faire sucer des morceaux de glace, et, si la chose est possible, faire prendre une cuillerée d'éther dans un peu d'eau sucrée ; enfin, surtout, pratiquer immédiatement une injection sous-cutanée avec la valeur d'une seringue de Pravaz de la solution suivante, qui devra être injectée profondément, dans un muscle de préférence :

Ergotine Yvon.....	5 grammes.
Chlorhydrate de morphine.....	4 centigrammes.
Antipyrine.....	1 gr. 50
Sulfate de spartéine.....	20 centigrammes.
Sulfate d'atropine.....	2 milligrammes.
Eau distillée, q. s. pour volume total de 10cc.	

F. s. a. Solution.

On peut pratiquer une seconde piqûre une demi-heure après, et ainsi de suite de demi-heure en demi-heure, ou même de quart d'heure en quart d'heure, si le danger presse, sans dépasser 4 ou 5 seringues au plus.

On pourra ensuite, si le malade peut boire, lui faire prendre d'heure en heure, ou de demi-heure en demi-heure, une cuillerée à soupe, par exemple, de la potion :

Ergotine Bonjean.....	2 grammes
Acide gallique.....	50 centigrammes
Sirop de térébentine.....	120 grammes

F. s. a. Potion (1).

On pourra également, si la chose est possible, faire poser de nombreuses ventouses sèches, ou encore faire appliquer, dans des sacs de caoutchouc, soit localement, soit à distance, ou bien de la glace, ou bien de l'eau chaude.

On voit que, dans ces quelques prescriptions, nous avons cherché à condenser les substances médicamenteuses qui semblent les plus actives contre l'hémoptysie, et qu'il est ainsi facile d'administrer immédiatement et simultanément.

Ensuite, suivant les diverses indications qui se présenteront, on aura recours à l'opium et à la morphine à doses plus élevées, ou au contraire aux toniques.

Un peu plus tard, si on le croit nécessaire, on pourra employer l'ipéca, le tartre stibié ou les autres médications que nous avons indiquées ci-dessus.

Enfin, plus tard encore, lorsque l'hémoptysie sera arrêtée, on pourra prescrire une médication appropriée au traitement de la maladie générale dont elle est un épiphénomène. Cette médication sera toujours utile et pourra souvent agir à titre préventif.

Telles sont les indications thérapeutiques générales qui découlent de l'analyse de cet important syndrome, l'hémoptysie, et la méthode générale pour arriver à le traiter rationnellement et souvent d'eux leurs heureusement.

(Gaz des Hôp.)

(1) Ces deux formules ont déjà été publiées dans le numéro 19, page 152 de *La Revue Médicale*.

## FORMULAIRE

### Traitement de l'aménorrhée

*Aménorrhée par défaut d'excrétion.* — 1° Si l'aménorrhée tient à l'inertie utérine, prescrire des douches froides sur le bassin et les jambes, huit jours avant la fluxion.

Electriser l'utérus (un rhéophore sur le col, l'autre au dessous de l'ombilic).

Faire des frictions générales.

2° S'il y a un rétrécissement du col, dilater cet orifice, avec une tige de laminaire, pratiquer la dilatation brusque, le débridement.

3° S'il y a une déviation utérine, la traiter.

J. Chéron conseille la sacrification du col utérin.

Si la maladie ne cède pas, application de sangsues sur le col.

Après la scarification ou l'application de sangsues, laver le col avec :

Résorcine.....	3 grammes.
Eau distillée.....	125 —

(Journal de méd. de Paris)

### Orchite blennorrhagique et son traitement

M. Ducastel fait un historique très complet du traitement de l'orchite blennorrhagique et rend pleine justice à la compression ouatée que les Lyonnais sont des premiers à avoir mise en œuvre.

Pour sa part, M. Ducastel a obtenu les meilleurs résultats à l'aide de la réfrigération combinée à la compression ouatée.

La technique de cette méthode peut être résumée de la façon suivante :

1° *Compression ouatée.*— Faute de l'appareil coûteux et compliqué des Lyonnais, on se sert avec succès d'un simple suspensoir qu'on garnit d'ouate suffisamment pour comprimer et surtout pour immobiliser les bourses.

2° *Réfrigération.*—Obtenue jadis avec la glace, M. Ducastel lui préfère aujourd'hui les pulvérisations de chlorure de méthyle, pratiquées du côté malade, à l'aide de l'appareil et du pinceau de M. d'Arsonval. On peut aussi se servir de coton imprégné de chlorure de méthyle ou même de chlorure d'éthyle. Une pulvérisation ou une application tous les jours ou tous les deux jours donne les meilleurs résultats.

Québec 25 février 1898.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

Dans l'avant dernier numéro de votre Revue, au rapport de la dernière séance de la Société Médicale de Québec, je lis ces quelques paroles que M. le Secrétaire me fait dire aux membres de la Société : "Il affirme hautement que tous les gouverneurs du Bureau Médical sont loin de rencontrer toute la sympathie de notre district."

Il y a erreur évidemment : car ces paroles ne sont pas de moi.

Je comprends toutefois que M. le Secrétaire avait l'intention de dire la vérité, mais comme ses paroles portent à ambiguïté, je me permet de rectifier.

J'ai affirmé qu'il y avait des membres du Bureau Médical qui ne seraient certainement pas le choix des médecins du district de Québec, si l'opinion de ces derniers était consulté. En cela, tout le monde est d'accord, moins les intéressés.

Mais affirmer et hautement que tous les gouverneurs de ce Bureau n'ont pas la sympathie de notre district serait une fausseté : car, qui verrait sans regret disparaître du nombre de nos représentants, des hommes de la valeur de M. le Président actuel de ce Bureau, des Drs. Vallée, Parke etc.

Je serais le premier à protester si jamais quelqu'un avançait une semblable prétention.

Vous remerciant, Monsieur le Rédacteur, de votre bienveillante hospitalité.

Je demeure,

Votre tout dévoué serviteur,

DR. P. V. FAUCHER

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Cas de Grossesse Extra-utérine : Laparotomie : Guérison,

A. Laphorn Smith, B. A.; M. D. Laval; membre du Collège Royal de Chirurgie de Londres; Membre de la Société de Gynécologie Américaine; Gynécologue au Dispensaire de Montréal; Professeur de Clinique de Gynécologie à l'Université Bishop; Chirurgien en Chef de l'Hôpital Samaritain pour les Femmes; Chirurgien à l'Hôpital Western de Montréal.

Il y a quelques semaines j'ai opéré mon dixième cas de grossesse extra utérine. C'était une juive, madame R., âgée de 28 ans. Je suis reconnaissant au docteur G.T. Ross pour m'avoir envoyé un cas si intéressant. Elle s'est mariée à l'âge de 21 ans et un an plus tard elle a donné naissance à un enfant qui est mort en bas âge. C'était un accouchement naturel, mais pour une raison ou une autre, peut-être quelqu'inflammation des annexes, elle n'est pas devenue enceinte pendant les six ans suivants. Ceci lui a causé beaucoup de peine ainsi qu'à son mari, surtout parce que leur premier et seul enfant était mort à l'âge de deux ans. Elle s'est fait soigner par différents médecins pour la stérilité et le résultat a paru avoir beaucoup de succès, car au mois de novembre 1897, ses règles ne sont pas venues et elle a commencé à avoir des nausées et des vomissements. Dix jours après sa dernière menstruation elle a perdu en rouge pendant sept jours, et au bout de ce temps, il y avait encore quelques taches de sang. Le 6 de novembre elle a eu des fortes douleurs dans la région de l'ovaire droit qui ont duré jusqu'au lendemain. Le médecin de famille a appelé un médecin en consultation. On croyait que c'était une grossesse normale. La nuit du 2 décembre, pendant qu'elle se rendait au cabinet d'aisance, elle a senti quelque chose varier dans son corps et immédiatement après elle est tombée à terre sans connaissance. On la mit, au lit et à l'aide de stimulants elle a repris sa connaissance, mais elle a souffert beaucoup toute la nuit. Quand le Dr Ross fut appelé le lendemain, il trouva une femme avec une figure pâle, un pouls de 122 et une température de 101½. La respiration était normale, mais la malade avait une expression inquiète et elle était baignée de sueur. Il y avait des nausées et vomissements constants, et beaucoup de sensibilité sur le côté droit du ventre, s'étendant jusqu'à l'épigastre. La palpation bi-manuelle et l'examen digital du vagin ne révélaient pas de tumeur. Le fornix vaginal droit était très douloureux quand on pressait dessus avec le doigt, mais il n'y avait là cependant rien de douloureux. Le ventre étant très gonflé par l'effet de la tympanite, il était difficile de faire un bon examen. Mais b'en que le docteur Ross n'eut vu cette malade qu'une seule fois, il diagnostiqua toute de suite un cas de grossesse extra utérine rupturée, et décida qu'il faudrait intervenir rapidement, si on voulait lui sauver la vie. Il basa son diagnostic sur l'histoire de stérilité de la patiente pendant six ans, stérilité suivie de grossesse, et l'apparence actuel de la femme qui semblait avoir une hémorragie interne. Il fit transporter la malade par l'ambulance à l'Hôpital Samaritain pour les femmes, où je la trouvai bientôt, le ventre très distendu et très pâle. Désirant faire évacuer l'intestin et renforcer le pouls, avant d'ouvrir le ventre, j'attendis un jour; mais j'avais tort; car le lendemain les vomissements devenaient fécaloïdes et le pouls montait à 150. Je craignis l'obstruction intestinale.

J'avais déjà promis de faire deux autres laparotomies ce matin, et quand je les eu terminées, cette femme était tellement basse que je

doutai si j'étais justifiable de l'opérer. Cependant ayant vu Martin de Berlin opérer deux fois sur des femmes dont l'abdomen était plein de sang, et tellement exsangues qu'elles étaient mourantes, n'ayant pas besoin d'anesthésiques, étant déjà sans connaissance, je me décidai de la mettre sur la table et je l'ouvris à tout hasard, après avoir pris le temps nécessaire pour rendre le champ opératoire aseptique. En ouvrant le ventre, un sang noir sortit en jet, et en introduisant la main dans l'abdomen, je le trouvai rempli de caillots jusqu'au foie, les intestins flottant dessus. La trompe de Fallope droite d'où venait l'hémorragie fut saisie, ligaturée et enlevée avec l'ovaire. La trompe était mince et petite le placenta et le fœtus ayant été expulsé à travers une déchirure de sa paroi. Le placenta était perdu parmi les caillots, mais le petit fœtus, trois pouces de long, fut retrouvé parmi les intestins. J'enlevai au moins un gallon de caillots et sérum, et je fis ensuite une irrigation soigneuse des intestins avec un long tube, jusqu'à ce qu'ils fussent nets. Alors j'introduisis un gallon d'une solution normale (une cuillerée à thé à la chopine) de sel de cuisine, stérilisée, chaude, et je la laissai dans le ventre. L'ovaire gauche était adhérent, mais je n'intervins pas.

En sus du gallon introduit dans l'abdomen on lui injecta trois autres pintes d'eau salée dans le rectum le même soir, et deux pintes le lendemain, neuf pintes en deux jours, qui ont été absorbées avec ce résultat que son pouls qui était de 150 est tombé à 80 par minute.

Je crois que nous avons raison d'être fiers de notre profession quand nous voyons un médecin dans la pratique générale faire un diagnostic aussi exact et aussi prompt dans un cas si obscur. Sans cela, cette femme était condamnée à une mort certaine et je n'aurais pas eu le plaisir de rapporter mon dixième cas d'opération de grossesse extra-utérine. J'ai encore la satisfaction de pouvoir dire que tous les dix ont fait une bonne guérison.

250, rue Bishop Montréal.

## REPRODUCTION

## Traitement des convulsions de l'enfance

Il varie suivant l'intensité et la durée de la crise convulsive suivant sa cause. Voici les excellentes règles de traitement formulées récemment par Richardière. (*Thérapeut. appliquée*, fasc. XV, 1898).

I. TRAITEMENT DE LA CRISE CONVULSIVE.—On ne connaît pas la cause; il faut immédiatement traiter la crise elle-même. Tout d'abord, débarrasser l'enfant de ses vêtements, des liens ou cordons capables de comprimer cou et membres; étendez-le sur un matelas assez large pour empêcher les chocs violents et les traumatismes, dans la position horizontale avec la tête légèrement élevée et soulevée par un oreiller; le soustraire à une température trop élevée et ouvrir les fenêtres si la température extérieure le permet; point de bruit autour de lui, mais du calme; éloigner une lumière trop intense.

Voici plusieurs moyens indiqués par différents auteurs:

a). *Compression des carotides* (Trousseau), indiqués dans les cas où les convulsions s'accompagnent de congestion ou de cyanose de l'extrémité supérieure du corps et de la face, contre-indiquées chez les enfants anémiques avec pâleur de la face, parce qu'alors elles pourraient déterminer une syncope.

b). Applications de linges *humides et chauds* trempés dans l'eau à 40 ou 50°; enveloppement dans le *drap mouillé* à 30 au 32°, la tête de l'enfant étant enveloppée d'une serviette trempée dans l'eau très fraîche ou glacée; *bain tiède* prolongé (Rilliet et Barthez).

c). Inhalations de *substances anesthésiques* quand ces moyens échouent (inhalations de chloroforme versé goutte à goutte, en espérant bien ces inhalations).

d). *Chloral* (0,05 cent. pour les nouveau-nés, et 1 gr. aux enfants de dix ans et plus.

Lavements de chloral :

1° Hydrate de chloral.....	0 gr. 05 à 1 gramme.
Eau bouillie.....	100 grammes.
2° Asa foetida.....	} 0 gr. 05 à 1 ou 2 gr.
Chloral.....	
Huile.....	XX gouttes.
Jaune d'œuf.....	N° 1
Eau de tilleul.....	100 grammes.
3° Musc.....	0 gr. 10 à 0 gr. 50
Chloral.....	Q. s.
Jaune d'œuf.....	N° 1
Eau bouillie.....	100 grammes.
4° Bromure de potassium ou sodium	0 gr. 20 à 1 gr.
Chloral.....	Q. s.
Eau bouillie.....	100 grammes.

Suppositoires de chloral :

Hydrate de chloral.....	Q. s.
Beurre de cacao.....	1 à 3 grammes.

e). *Emissions sanguines* dans les cas où les convulsions sont liées à une intoxication (éclampsie urémique).

f). *Revulsifs*, inutiles et même nuisibles le plus souvent. L'eau chaude est le meilleur des revulsifs. *Frictions* avec le baume de Fioravanti, l'alcoolat de lavande. *Vésicatoires interdits*. Les *sinapismes* dont on abuse peuvent exciter le système nerveux périphérique.

g). Pour éviter les *morsures de la langue*, interposer entre les mâchoires un corps résistant (bouchon de liège).

h). Pour combattre le *ballonnement du ventre*, fréquent dans les convulsions de cause digestive, on peut appliquer le liniment suivant de West :

Huile de térébenthine.....	4 grammes.
Liniment camphré simple.....	20 —
Huile d'olive.....	30 —

ou encore, lavement purgatif :

Sulfate de soude.....	10 grammes.
Follicules de séné.....	2 à 10 gr.
Infusion.....	200 grammes.

Pour combattre le spasme de la glotte, accident le plus grave des convulsions, employer l'application de linges très chauds sur le cou, sinapisation de cette région et trachéotomie ou tubage dans les cas menaçants.

II. TRAITEMENT D'APRÈS LA CAUSE.—a). *Eclampsie essentielle de cause ignorée*, survenant surtout chez les enfants héréditairement nerveux. Le traitement général de l'éclampsie convient à cette variété. Quand les crises se répètent et se prolongent, il faut calmer le système nerveux par les médicaments suivants : *chloral associé* ou non au *bromure* ; *oxyde de zinc* (0,02 à 0,20 cent.) ; lavement ou suppositoires de *valérianate de zinc* ou de *quinine*.

On peut prescrire la potion suivante :

Bromure de potassium.....	2 à 8 gr. suivant l'âge
Eau de laurier cerise.....	2 grammes.
Eau de fleurs d'oranger.....	} 80 —
— de tilleul.....	
Sirop simple.....	

Une cuillerée à soupe par jour.

b). *Eclampsie par troubles digestifs*.—Quand elle est due à une simple indigestion, prescrire un vomitif (poudre d'*ipéca* à la dose de 1 décigr. par année d'enfant ; à prendre dans l'eau ou le sirop d'*ipéca*). Si la constriction des mâchoires empêche l'administration de

l'*ipéca* par la bouche, faire une injection hypodermique d'*apomorphine* d'après cette formule :

Chlorhydrate d'apomorphine.....	0 gr. 05
Eau distillée.....	10 grammes.

Un quart ou une demi-seringue de Pravaz, suivant l'âge.

Quand l'éclampsie est liée à la constipation, on emploie les purgatifs ou laxatifs (*calomel* agissant trop lentement, *huile de ricin* aux doses de 5 à 15 gr. étant préférable). Voici des purgatifs en potion :

1° Citrate de magnésie.....	10 à 30 grammes
Sirop de cerises.....	20 —
Eau.....	30 —
2° Tartrate de soude.....	10 à 30 —
Sirop de framboises.....	20 —
Eau.....	30 —
3° Phosphate de soude.....	10 à 30 —
Sirop de limons.....	30 —
Eau.....	30 —
4° Sulfure de magnésie.....	10 à 30 —
Sirop de sucre.....	30 —

Il faut encore combattre les troubles digestif par une médication appropriée.

c). *Eclampsie due à une maladie aiguë*. — Peu de chose à faire, ces convulsions étant d'ordinaire passagères. Les *bains tièdes* suffisent ordinairement.

d). *Eclampsie liée à la dentition*. — Elle est beaucoup plus fréquente à la première qu'à la seconde dentition et le plus souvent en rapport avec un état névropathique héréditaire.

Quand la sortie des dents est lente et difficile, que les gencives sont tuméfiées et douloureuses, il faut faire l'*insision de la gencive* avec l'ongle, ou avec une lancette, ou par une friction un peu énergique à la pierre ponce. Il est bon de prescrire de petites doses de *bromure*.

L'éclampsie réflexe par corps étrangers (dans l'oreille, les fosses nasales, pointe acérée dans la peau, vers intestinaux, etc.), disparaît par la suppression de la cause.

e). *Eclampsie urémique*, justiciable de la saignée et des purgatifs répétés. Il faut faire le traitement de l'urémie.

III. PROPHYLAXIE DE L'ÉCLAMPSIE INFANTILE. — Surveiller l'état nerveux ; éviter toutes les causes d'excitation physique ou psychique, le surmenage précoce de l'intelligence, les jeux prolongés, ordonner une vie calme, le séjour à la campagne.

Chez les enfants délicats, recourir aux toniques, au *fer* s'ils sont anémiques, à l'*huile de morue* s'ils sont lymphatiques. Prescrire l'*eau froide* ou *tiède* sous forme de douches ou d'ablutions, des *bains de jambes chauds* et quotidiens. — Surveiller les moindres troubles des voies digestives, et prescrire une alimentation d'où doivent être exclus les gibiers, viandes, épices, crustacés, aliments indigestes, vin, bière, boissons alcooliques. La meilleure boisson est l'eau pure ou le lait coupé d'eau. Combattre la constipation, et donner de temps en temps, le *bromure de potassium* ou de *sodium* à titre préventif.—

(*Journal des Praticiens.*)

#### Traitement de l'eczéma infantile

Dans une leçon magistrale, publiée dans la *Médecine moderne*, M. Comby étudie l'eczéma infantile et en donne un traitement très complet. Il estime que le pronostic de l'eczéma des nourrissons, quand il est étendu et durable, est sérieux et l'on doit le traiter avec le plus grand soin.

On doit agir de deux façons : directement (*traitement local*), et indirectement (*traitement général*).

1° *Traitement général*.—Au premier rang doit être placée l'hygiène alimentaire du nourrisson. Quelle que soit la cause de l'eczéma, même si elle n'a rien à voir avec le tube digestif, il est bien certain que les troubles dyspeptiques, que les fermentations gastro-in-

testinales, que les troubles fonctionnels du foie et des glandes annexes, que les intoxications alimentaires favorisent ou entretiennent les poussées, les rechutes, les exacerbations, les aggravations de l'eczéma.

Si l'enfant est à la mamelle, on réglera strictement le nombre, la durée et les intervalles des tétées. Si la réglementation est inefficace, on s'occupera du régime de la nourrice et l'on écartera les causes qui pourraient affecter son lait : alcool, abus des viandes, absence d'exercice, constipation, ennuis et émotions morales vives.

S'il s'agit d'allaitement artificiel, on sera encore plus sévère ; suppression de biberons à tube, stérilisation du lait, lait pur ou coupé suivant l'âge et la tolérance de l'enfant, sucrage du lait proprement absolue dans la manipulation et l'usage du lait. Si le lait de vache continue à n'être pas supporté, on essaiera du lait d'ânesse ou du lait décaféiné de Goertner, etc. Si l'enfant est sevré et mange déjà comme ses parents, on insistera sur le choix et le rationnement des boissons et des aliments.

**Boisson :** pas d'alcool (vin, bière, cidre, etc.), ni thé, ni café ; lait pur, coupé ou écrémé, eau pure, eau d'Evian ou d'Alet, tisanes, régime lacté absolu ; on rationnera les liquides, l'enfant ne devra pas boire en dehors de ses repas et se contentera d'une dose modérée, c'est-à-dire de 400 à 500 grammes par jour.

**Aliments :** pas de poissons de mer, de crustacés (langoustes, homard, crevettes, coquillages, écrevisses), pas de viande de porc ni salaison, pas de charcuterie, de viande faisandées, de viande noire et gibier sauvage, pas de choux, choux-fleurs, salades et crudités, asperges, tomates, épinards, oseille, fraises, framboises, groseilles, oranges, pas de mets épicés, de fromages forts et salés, (roquefort, brie, camembert, stilton, chester, etc.). On interdira les aliments trop acides, épicés, salés, sucrés.

On donne trop tôt la viande, surtout la viande rouge, aux enfants à peine sevrés ; on abuse des viandes saignants, des beefsteacks, des jus de viande ; en agissant ainsi on donne souvent le ténia aux enfants, mais on ne les fortifie pas, bien au contraire, et quand ils ont de l'eczéma, on l'exaspère. On devra toujours commencer par les viandes blanches (sauf le veau) : poulet, pigeon, ris de veau ou d'agneau, cervelles, côtelettes d'agneau ; on en donne d'abord à un repas, et, après 3 ans, on peut en donner deux fois. Les viandes de canard, oie, dinde, paon, sont trop lourdes, et trop indigestes pour les jeunes enfants. A la viande on doit préférer, en général, les œufs, les laitages et les végétaux : pain grillé et biscottes, soupes et panades, féculents en purée (pommes de terre, haricots, pois lentiilles). On se défiera des sucreries, des bonbons, des pâtisseries.

**Cure d'air et cure thermale.**—Il faut donner de l'air aux petits eczémateux, tout en évitant les intempéries ; on les fera sortir tous les jours. On se trouvera parfois très bien d'un changement d'air, d'un transport à la campagne ; mais on évitera le bord de la mer. Les nourrissons ne sauraient être soumis à une cure thermale quelconque. Ce n'est que plus tard, dans la seconde enfance, quand l'eczéma passe à la chronicité, quand il n'est ni irrité, ni irritable, qu'on peut songer à la Bourboule, aux stations sulfureuses et aux alcalines.

**Médicaments.**—Chez les nourrissons, il faut s'abstenir des médicaments actifs qui ont la réputation ancienne d'être *antidartreux* ou *antiherpétiques* ; j'ai nommé l'arsenic et les sirops dépuratifs en général. Il faut les réserver pour la seconde enfance et l'âge mur. Je me contente, chez les enfants du premier âge, de combiner l'usage modéré des alcalins à l'usage également modéré des laxatifs et des antiseptiques de l'intestin.

Si l'enfant a de l'embarras gastrique, des selles fétides, on se trouvera bien du calomel à doses fractionnées (un centigramme par jour et par année d'âge en 3 ou 4 prises dans une cuillerée à café d'eau sucrée ou de lait).

S'il n'y a pas d'épiphénomène aigu du côté du tube digestif, je

prescris deux ou trois paquets contenant chacun : bicarbonate de soude, magnésie calcinée, benzonaphtol (15 à 30 centigrammes suivant l'âge), poudre de noix vomique ( $\frac{1}{2}$  à 1 centigramme par jour et par année d'âge).

Ces paquets sont continués pendant 8 ou 10 jours, puis suspendus pendant un temps égal pour éviter l'accumulation de la noix vomique. On peut modifier ces poudres en y ajoutant un peu de rhubarbe, un peu de pacréatine ou de pepsine. S'il y a de la diarrhée, je remplace la magnésie calcinée par le salicylate de bismuth. Chez les enfants très pâles et anémiques, j'ajoute quelques centigrammes de *protoxalate de fer* (2 à 5 centigrammes par jour suivant l'âge).

Grâce à ces médicaments, on obtient souvent la régularisation des fonctions gastro-intestinales et l'on favorise grandement l'action du traitement local.

**2° TRAITEMENT LOCAL.**—Quand on fait concurremment le traitement général que je viens d'indiquer, on peut se montrer audacieux dans les tentatives de traitement local, car l'on se met à l'abri des répercussions autrefois si redoutées.

Tout d'abord il faut interdire les bains et se montrer sobre des pansements humides. Après avoir donné un bain de sublimé (1) pour 10.000, on n'y reviendra pas et l'on attaquera directement l'eczéma par des topiques, d'abord anodins, puis actifs, si la nécessité s'en fait sentir.

S'il y a des croûtes épaisses, on les fait tomber avec un cataplasme d'amidon. Puis on panse à sec, si le derme est rouge, suintant et douloureux. Les pansements humides, dans ce cas, entraînent la kératinisation et il vaudrait mieux panser comme une brûlure (acide picrique à 1 pour 100). Si l'eczéma est prurigineux, les enveloppements avec les compresses imbibées de liniment oléocalcaire ou d'huile de morue sont très utiles. Les toiles de caoutchouc sont mal supportées par les enfants.

Avant de recourir aux pommades *soufrées* ou *goudronnées*, très irritantes, on s'adressera aux topiques doux : glycérolé d'amidon, vaseline ou lanoline avec oxyde de zinc à 1<sup>o</sup>, ou sous-nitrate de bismuth (même dose). Les colles, les pâtes à l'oxyde de zinc peuvent être employées.

Le pansement sec donne parfois des résultats merveilleux dans les eczéma étendus ou les dermites eczématiformes irritées et suintantes. Je me sers généralement du mélange suivant que j'emploie *largà manu* :

Amidon.....	} 20 grammes.
Talc.....	
Lycopode.....	
S. n. de bismuth.....	
Acide salicylique.....	1 —
Menthol.....	0 gr. 50

Le poudrage calme les démangeaisons, protège les surfaces irritées, favorise la réparation de l'épiderme. C'est le traitement de choix des eczéma de la première enfance. A lui seul il peut suffire à la guérison d'une poussée d'eczéma. Mais il est incomplet, il n'atteint pas la cause intime que nous avons cherché à dégager et à combattre par le traitement interne indiqué plus haut.

(Journal de Méd. de Paris)

### L'appendicite et les maladies des annexes

Par le Dr. J. B. DEEVER, de Philadelphie

Chez l'homme le diagnostic de l'appendicite est en général facile. En revanche ce diagnostic peut être difficile chez la femme, à cause de la fréquence des inflammations des organes pelviens.

**1° Salpingite aiguë.**—Dans cette affection les prodromes se passent surtout du côté de l'appareil génital, et le faible degré de tension de la paroi abdominale suffit déjà à éveiller l'attention. D'autre part, la localisation n'est pas absolument la même, elle ne siège pas exactement dans la fosse iliaque, et ne s'irradie pas vers l'épigastre ;

les vomissements de l'appendicite constituent aussi un excellent signe différentiel. Enfin la palpation de l'abdomen et le toucher vaginal viennent compléter avantageusement le diagnostic.

2° *Pyosalphynx ou abcès de l'ovaire.*—Dans ce cas la différenciation est plus difficile, du moins si on s'en tient à l'observation des symptômes généraux et à la palpation abdominale. Toutefois la soudaineté de l'accident parle en faveur d'une appendicite et le toucher vaginal donne à coup sûr une indication très importante.

3° *Grossesses extra-utérine.*—Elle ne peut être confondue avec l'appendicite qu'en cas de rupture. En ce cas les commémoratifs sont d'une grande ressource. Ce sont : la cessation du flux menstruel et les autres signes de probabilité d'une grossesse, l'augmentation de volume de l'utérus, le ramollissement physiologique du col. Au moment de l'accident, la malade éprouve une douleur très vive, avec perte de connaissance. Cette douleur est persistante et paroxysmatique, elle se distingue très bien des coliques. Il s'écoule par les voies naturelles un liquide sanguinolent contenant à l'occasion des fragments de placenta ou de membranes.

4° *Kystes suppurés de l'ovaire ou abcès des ligaments larges.*—Ils provoquent dans la fosse iliaque une tumeur et des douleurs mais le diagnostic s'établit d'abord par les anamnétiques, la présence d'une cause d'infection, ensuite par la fièvre hectique et les symptômes de septicémie. De plus le palper et le toucher bi-manuels par le vagin et par le rectum démontrent que les annexes du côté droit sont le siège du mal.

5° *Kyste avec torsion de pédicule.*—Dans le cas de torsion de pédicule un kyste se gangrène rapidement et donne lieu à des accidents aiguës assez comparables à ceux de l'appendicite. Mais pour que la confusion puisse s'établir entre ces deux affections il faut que le kyste ait été assez peu volumineux pour passer inaperçu jusqu'alors. En tout cas le palper établit ordinairement la différence. On perçoit une masse globuleuse à la partie interne de la fosse iliaque ; de plus, on ne trouve pas le "boudin" caractéristique de l'appendicite.

Dans les cas où le diagnostic resterait en suspens, le chirurgien doit faire une incision latérale au milieu de l'hypochondre droit exactement comme s'il était certain d'avoir affaire à une appendicite. En effet, il ne faut pas perdre de vue que cette dernière affection est beaucoup plus fréquente que le kyste gangréneux. Si cependant on se trouve en présence de cette rareté, l'incision sera suturée et reportée sur la ligne médiane.

6° *Ligament large variqueux.*—Le diagnostic est aisé, la fièvre manque, la douleur et le gonflement disparaissent par la position couchée. La confusion ne peut se produire que lorsqu'il s'agit d'une appendicite chronique.

7° *Menstruation ou ménopause difficile.*—Chez les jeunes mariées à tempérament névrosique, les menstruations s'accompagnent parfois de douleurs imprévues et fort vives. Le mal est proroxytique et peu s'accompagner de nausées : en même temps la paroi abdominale devient raide et semble recouvrir un foyer inflammatoire. En ce cas les accidents sont bilatéraux et apparaissent au moment des règles.

De même quelques femmes donnent des symptômes rappelant ceux de l'appendicite lorsque la ménopause s'établit. Mais en ce cas encore il existe, outre la probabilité, d'autres symptômes suffisants pour bien fixer l'esprit, tels que la céphalalgie, le changement de caractère, etc.

(Gazette Méd. de Liège)

#### Effets favorables du lactophosphate de chaux dans le traitement de l'acné et de la furonculose

D'après M. le Dr. H. S. PURDON (de Belfast).

Le lacto-phosphate de chaux a été prescrit dans de nombreuses maladies. Il n'est pas sans intérêt de signaler les résultats que M. le Dr. H. S. Purdon (de Belfast) a obtenus dans son emploi dans diffé-

rentes formes d'acné, spécialement dans l'acné hypertrophique, et dans la furonculose. Dans ce dernier cas M. Purdon lui associe le fer.

Le meilleur mode d'administration du lactophosphate de chaux consiste à réunir à l'huile de foie de morue, dont la formule suivante présente l'avantage de masquer la saveur :

Eau.....	30 grammes.
Sirup de lactophosphate de chaux	90 —
Huile de foie de morue.....	120 —
Essence d'amandes amères.....	III gouttes.
Gomme arabique q. s. p. émulsionner.	

Mélez la gomme, l'eau et le sirup à consistance de mucilage onctueux. Ajouter l'huile peu à peu en agitant sans cesse. puis mettre l'essence.

Chaque cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de lactophosphate de chaux et 50 p. 100 d'huile de morue.

Le lactophosphate est un médicament reconstituant dont les effets sont particulièrement remarquables sur les échanges nutritifs. Or l'acné n'est qu'une manifestation de la débilité de la nutrition : la dyspepsie existe dans la plupart des cas. Aussi a-t-on les meilleurs résultats en le prescrivant d'une façon systématique dans l'acné et la furonculose. ainsi que le démontre la pratique de M. Purdon (1).

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)

#### Deux cas de tétanos traités avec succès par l'antitoxine

Par M. le Dr ROBERT GLASGOW PATESON (de Dublin) (2)

Cas I.—Le premier cas concerne un homme de 40 ans qui avait marché sur une épine, laquelle s'enfonça entre les deux premiers orteils du pied droit. L'épine fut enlevée et la petite plaie paraissait devoir guérir lorsqu'au 7e jour, elle suppura légèrement. Quatre jours plus tard, apparition du trismus et bientôt de contracture douloureuse des muscles du dos. Le lendemain, 12e jour, le trismus était très marqué ; la contracture s'étendait aux muscles de l'abdomen et de la nuque : température 37° 1. pouls normal. Il dormit bien la première partie de cette nuit, mais à 6 heures du matin il eut pour la première fois un spasme généralisé et très douloureux. Lorsque M. R. G. Pateson le vit dans la matinée la rigidité était plus accentuée que la veille, le spasme des muscles de la face se produisait à l'occasion de l'effort de la parole, la langue ne pouvait être tirée. En somme, tétanos complètement constitué, mais assez rapproché du début. Trois injections de 10 centimètres cubes de sérum antitoxique furent faites dans la journée, trois doses de bromure et de chloral furent données la nuit. Il y eut ce jour-là treize crises de contraction douloureuse, mais la température resta normale et le malade put dormir dans l'intervalle des crises.

Le lendemain trois injections de sérum, bromure et chloral : 8 crise de médiocre intensité. Le surlendemain encore 3 injections, le bromure et le chloral sont supprimés : 6 crises dont une très forte. Le 11e jour, 3 injections ; 4 crises durant la nuit. Du 5e au 9e jour inclus deux injections.

Le nombre des crises va en décroissant ; il n'y en a que trois très légères, le dernier jour. Les autres symptômes s'atténuent. Le dixième jour, pas de sérum, les crises reviennent et on fit les trois dernières injections. Depuis, malgré quelques crises peu intenses les jours suivants, la convalescence suit son cours régulier et rapide. 17 jours après son admission à l'hôpital, le malade put se lever et rentrer chez lui parfaitement guéri quelques jours après.

Cas II.—Un jardinier de 20 ans, 15 jours auparavant, était tombé de voiture et s'était écorché le genou gauche.

Rigidité, trismus, température 38° 7, pouls 80 ; crises fréquentes mais peu intenses.

Deux injections de sérum de 10 centimètres cubes furent données

(1) The Dublin Journ. of med. sc.,  
(2) Dub. Journ. of Med. sc.

la première journée, trois la seconde. L'opisthotonos est plus marqué, la température monte à 40°, mais redescend le lendemain à la normale. Le 3e jour, 2 injections seulement: le malade put s'alimenter. Le 4e jour, 3 injections: Les symptômes s'atténuent, les crises s'espacent, le malade reprend sa gaieté. Le 5e jour, une injection: le 6e, la température remonte à 38°6; 3 injections dans la journée; le soir, température normale. Depuis ce jour l'amélioration se poursuit; il eut en tout 13 injections. Le 12e jour il était en convalescence et 15 jours après il reprenait son emploi.

Il n'est pas évident que le sérum antitétanique ait guéri ces deux malades; sur ce point on peut discuter. Mais il est toujours intéressant de faire connaître des cas de guérison de tétanos avec le sérum comme moyen de traitement. Dans le premier cas surtout, de M. Patteson, il semble bien que l'amélioration était en relation avec les injections; dans les deux observations on avait affaire à un tétanos au début, il est vrai, mais déjà parfaitement caractérisé; enfin il est à remarquer que des cas de cette intensité sont mortels ordinairement.—*Ibid.*

**Pourquoi la face fœtale du placenta est-elle grenue ?**

Par M. DELORE, correspondant national.

La face fœtale de la plupart des placentas humains présente des granulations dont le nombre est variable. Tantôt elles sont rares et disséminées: tantôt elles occupent seulement un segment de l'organe; d'autres fois, au contraire, elles envahissent la surface tout entière. Leur aspect est celui de petites verrues assez régulièrement espacées. On les aperçoit à travers l'amnios et le chorion, sous forme de petites saillies blanchâtres, dont la consistance est dure.

Elles ne coïncident avec aucun état pathologique apparent de la grossesse.

Cet aspect grenu avait toujours paru curieux aux accoucheurs; mais je ne sache pas qu'aucune explication en ait été donnée.

Après plusieurs investigations vaines, je crois être en mesure de fournir la solution de ce petit problème. La voici: au niveau des granulations et dans le voisinage, un *thrombus blanc*, transparent, peu épais, a inondé la face utérine du chorion, à la façon d'un verglas; la pellicule qu'il forme se décele avec la pointe d'un scalpel, après avoir incisé les villosités, à petits coups, à partir de la caduque jusque sur le chorion. Arrivé là, on constate que la couche thrombotique non seulement tapisse le chorion, mais encore remonte à une certaine hauteur sur les piliers; elle paraît aussi élastique qu'une mince lamelle de caoutchouc, tendue légèrement. On peut l'étudier en incisant délicatement la surface; la soulever une avec fine pince et la détacher du chorion et des piliers des villosités.

Voici par quel mécanisme se produit la granulation: le thrombus blanc, composé de fibrinogène, est éminemment rétractile. Ses fibrilles, en diminuant de longueur, tirent les piliers, et les projettent tellement, qu'ils font saillie du côté du fœtus, en refoulant le chorion sur lequel ils sont implantés. De là, ces nodosités fibreuses qu'on aperçoit et qui simulent un néoplasme.

Cela est tellement vrai, que lorsqu'on incise avec précaution les villosités placentaires, pour isoler et tenter de recueillir ces granulations, on est tout étonné de ne rien trouver et de constater la disparition de saillies. En coupant certaines brides scléreuses, on a fait cesser le phénomène de la projection.

C'est par le même processus de rétraction thrombotique que se produisent, sur cette face placentaire, l'aspect *gauffré* et la *margination*.—*Bull. de l'acad. de médecine.*

**FORMULAIRE**

**Traitement interne du prurit.**—(BROCQ et JACQUET)

Valérianate d'ammoniaque..... 1 gramme.  
Sirop de menthe..... 20 —  
Eau de tilleul..... 125 —

2 à 4 cuillerées par jour.

Ou encore :

Extrait de valériane..... 0 gr. 05 centigr.  
Poudre de valériane..... Q. S.

Pour une pilule : de 2 à 8 par jour.

Ou encore :

Teinture de valériane II à XV gouttes par jour.

Ou :

Acide phénique..... 0 gr. 05 centigr.  
Régliée pulvérisée et gomme arabique..... Q. S.

Pour une pilule : de 4 à 8 par jour à la fin des repas.

Ou encore :

Teinture de belladone V à VI gouttes par jour.

(*Le Progrès Méd.*)

**Formule de gelée antiseptique contre l'érysipèle** (Gallois):

Eau..... 100 grammes  
Gelose..... 1 —  
Sublimé..... }  
Acide tartrique..... } à 0 gr. 10 centigr.

**Contre l'eczéma :**

Eau..... 200 grammes  
Gelose..... 2 —  
Oxyde de zinc..... 20 —

(*Journal des Praticiens*)

**Traitement de l'insomnie.**—(A. ROBIN)

Le repas du soir sera très léger et ne comprendra pas d'aliments azotés; le tabac sera supprimé; on ne travaillera pas avant de se mettre au lit; on évitera le thé, le café et toute boisson alcoolique; on prendra chaque matin un grand lavement à l'eau tiède et un laxatif léger tel que :

Sulfate de soude..... 7 grammes.  
— de magnésie..... 3 —

En un paquet. Faire dissoudre dans un demi-verre d'eau tiède. Ajouter un peu d'eau de Seltz au moment d'ingérer.

Comme hypnotique direct, je conseille le suppositoire ci-dessous:

Poudre d'opium brut..... 0 gramme. 10  
Beurre de cacao..... Q. s.

F. s. a. un suppositoire.

On trouvera d'ailleurs, dans les formulaires, un nombre infini de recettes entre lesquelles on n'aura que l'embarras du choix. L'extrait thébaïque, la morphine, la codéine, les bromures, le chloral, la paral-déhyde, l'hypnal, etc., forment les éléments actifs de ces recettes. J'ai l'habitude de conseiller d'abord la potion bromurée et étherée, puis le suppositoire à la poudre d'opium brut, enfin le sirop composé ci-dessous :

Bromure de potassium..... 4 grammes.  
Hydrate de chloral..... 2 —  
Dissolvez dans eau distillée..... q. s.

B. Extrait de jusquiame..... }  
— de cannabis indica..... } 0 gramme 10  
— thébaïque..... }

Dissolvez dans eau distillée à 90°..... 8 grammes.

F. s. a. les deux solutions et ajoutez :

Sirop d'écorce d'orange amère..... 100 grammes.

Prendre une grande cuillerée en se couchant.

(*Journal de Méd. de Paris*)

## CORRESPONDANCE

M. LE RÉDACTEUR.

Il se passe actuellement de bien curieuses choses dans le monde médical de Québec.

Il y a quelque temps, une douzaine et demi de médecins, réunis en assemblée plénière nommait un comité chargé, de voir si les papiers des anciens gouverneurs étaient en règle et au besoin, de les remplacer sur la liste des candidats aux fauteuils de gouverneur pour ce district, par des hermines éblouissantes de blancheur. Ce comité, à l'origine, composé de quatre membres, devait dans un bref délai, faire rapport de ses travaux à une assemblée plénière des médecins du district. C'était une chose bien comprise, à l'Assemblée seule, était dévolue la tâche d'approuver, de reviser ou de négativer la liste des candidats présentée par le dit comité :

Cette assemblée a-t-elle été convoquée ? Personne n'en a entendu parlé, que je sache. Alors comment se fait-il que le comité primitif s'est subitement transformé en triumvirat composé des Drs. Paquin Faucher et Chs. Verge, agissant de concert avec M. le Dr. Catellier qui n'a pas cru, paraît-il, devoir s'en occuper ouvertement et régulièrement :

Pourquoi M. le Dr. Catellier membre d'un comité qui devait soumettre la liste des candidats choisis à l'approbation des médecins du district, recueille-t-il ici et là des procurations *en blanc* et les envoie-t-elles à M. le Dr. Benoit neveu de M. le Dr. E. P. Lachapelle, le champion des cours de 6 mois et des examens faciles ?

Dans quel but le triumvirat de la profession médicale de ce district, fait-il, lui aussi, une chasse effrénée aux procurations, en se servant du nom de M. le Dr. Ahern, comme devant en disposer, alors qu'aucune assemblée n'a jamais rien statué à ce sujet ?

Le triumvirat et M. le Dr. Catellier, l'agent reconnu du comité Dr. Lachapelle, Dr. Benoit & Cie de Montréal agissent-ils de concert, portent-ils la même cocarde au fond ?

Que veut dire cette conduite remplie de mystères, de souterrains, de micmacs.

Y aurait-il—comment dirai-je—de la supercherie là dessous ?

Car, M. le Rédacteur, nous ne sommes pas naïfs au point de penser, que les procurations une fois, entre les mains du comité de Montréal, pourront être contrôlées et la liste des candidats pour le district de Québec établie suivant le désir de la majorité des médecins du district.

La combinaison Dr. Catellier et Dr. Lachapelle a-t-elle été décidée en assemblée ?

Que nos confrères, prennent bien garde d'être dupes enfin de compte, et si par hasard ils l'ont déjà été, il est toujours temps de retirer une procuration arrachées sous de trompeuses représentations.—

Dr. ARTHUR SIMARD,

Prof. d'anatomie et de Med. opératoire.

Québec 8 mars 1898.

## Interets professionnels

Nous publions ci-dessous une lettre circulaire portant la signature d'un certain nombre de médecins constitués en comité électoral au sujet de l'élection du 13 juillet prochain.

Nous faisons suivre cette lettre circulaire sans commentaire d'une réponse du comité de réélection du Bureau Médical de la province de Québec.

Comité électoral des médecins de la province de Québec  
CIRCULAIRE

MONSIEUR LE DOCTEUR,

Un grand nombre de médecins demandent depuis longtemps

que les élections du Bureau Médical se fassent par districts, afin que chaque partie de la Province choisisse elle-même son ou ses représentants. Le Bureau Médical actuel, ou plutôt ceux qui agissent en son nom, se sont constamment opposés à cette demande légitime ; ils ont fait rejeter toute motion présentée dans ce sens au Bureau ; ils n'ont pas voulu laisser la législature de Québec amender la loi médicale sur ce sujet. Il serait donc téméraire d'ajouter foi aux promesses tardives qu'ils nous font de nous accorder l'élection par districts... plus tard... après les élections !! Si tel avait été leur désir, ils n'auraient pas manqué d'insérer, dans la loi qu'ils viennent de faire passer à Québec, un article à cet effet, et ils n'auraient pas combattu si vivement l'amendement qui demandait l'élection par districts, et que l'un de nous avait porté devant le Conseil Législatif.

L'administration des finances du Bureau Médical n'est pas satisfaisante, et donne lieu à des abus qu'il est facile de constater en lisant les rapports officiels. Il faudrait donc régulariser l'administration financière et la tenue des livres du Bureau, en rectifiant la position respective du trésorier, du registraire et des secrétaires.

Si les recettes et les dépenses étaient bien contrôlées, si les salaires des officiers n'étaient pas augmentés, ou créés inutilement, si le trésorier faisait payer régulièrement, chaque année, tous les médecins de la Province, on pourrait réduire facilement la contribution annuelle, faire face aux dépenses courantes et éviter l'accumulation des arrérages, lesquels constituent une véritable injustice envers ceux qui payent, et causent tant d'ennuis à ceux qui, par oubli, et faute de recevoir leur compte, ne payent pas leur contribution annuelle, se mettant ainsi dans l'impossibilité de faire valoir leurs droits devant les tribunaux et de prendre part aux élections triennales.

C'est pour arriver à ce but que les signataires de la présente circulaire, à la demande d'un grand nombre de médecins, se sont réunis en comité électoral, et vous prient de leur donner votre adhésion, afin d'élire un Bureau des Gouverneurs composé de médecins qui s'engageront formellement à faire amender la loi, pour nous donner l'élection par districts et faire ainsi disparaître les abus actuels.

Les intérêts de la profession seraient alors confiés, non pas à des gouverneurs élus en grande partie par quelques porteurs de procurations, mais à des gouverneurs que la profession choisirait elle-même dans chaque district et pour chaque district de la Province de Québec.

J. L. LEPROHON,	Montréal	P. PELLETIER,	Sherbrooke
Sir WILLIAM HINGSTON,	"	L. J. A. SIROIS,	St-Ferdinand
J. P. ROTTOT,	"	L. S. BOULET,	Joliette
R. CRAIK,	"	L. A. DEMERS,	Montréal
E. P. LACHAPPELLE,	"	A. A. FOUCHER,	"
F. W. CAMPBELL,	"	L. J. V. CLÉROUX,	"
J. J. GUÉRIN,	"	L. N. DELORME,	"
T. G. RODDICK,	"	I. U. LALONDE,	"
J. A. S. BRUNELLE,	"	J. B. A. LAMARCHE,	"
J. I. DESROCHES,	"	L. E. FORTIER,	"
M. T. BRENNAN,	"	G. T. MOREAU,	"
A. N. RIVARD,	Joliette.		

E. P. BENOIT, Secrétaire.

Montréal, 1er Février 1898.

Boîte 2189, B. de P., Montréal.

Voici la réponse du comité de réélection du Bureau Médical de la province de Québec :

Montréal, Mars 1er 1898.

MONSIEUR ET TRÈS HONORÉ CONFRÈRE,

En 1895, les membres actuels du Bureau Médical ont été élus avec le programme suivant :

1° Amender la loi concernant la pratique illégale de la médecine ;

2° Obtenir les pouvoirs nécessaires à la création d'un conseil de discipline, chargé de régler les différends qui pourraient surgir entre médecins ;

3° Fonder une bibliothèque médicale provinciale à laquelle serait attaché un laboratoire libre pour les recherches cliniques.

4° Etablir un tarif *minimum* d'honoraires professionnels.

Le Bureau actuel peut se flatter d'avoir fait honneur à ses engagements.

## I

La loi médicale a été amendée de manière à pouvoir poursuivre, arrêter les charlatans et les médecins non licenciés devant : soit les Juges de Paix, soit la Cour de Police, soit la Cour des Magistrats ou la Cour de Circuit.

On sait que, jusqu'ici, le rôle de la Cour de Circuit—la seule Cour où la loi nous permettait de porter plainte—était toujours si chargé qu'il ne fallait pas moins de dix à quinze mois pour obtenir jugement.

Ce délai était de nature à décourager les meilleures volontés.

Ce grave obstacle n'existe plus, grâce à la nouvelle législation qui nous permettra d'obtenir promptement justice.

## II

Le Bureau Médical est, depuis la dernière session, investi des pouvoirs nécessaires à la création d'un conseil de discipline.

Ce conseil sera composé de cinq membres ; le Président du Bureau Médical en fera partie, *ex-officio*.

Pour le choix des autres membres, la province sera divisée en quatre grandes sections dont chacune aura son représentant.

Voilà une réforme importante appelée à rendre de grands services à la profession médicale, et plus tôt on la mettra en exercice, mieux ce sera.

## III

Depuis plus de vingt ans, à chaque assemblée générale du Collège des Médecins, des voix autorisées s'élevèrent pour réclamer la fondation d'une bibliothèque médicale provinciale, à l'instar de celle du barreau, etc.

Grâce à la générosité et au dévouement de M. Brouardel, doyen de la Faculté de Paris, le Collège des Médecins possède un premier et précieux noyau de bibliothèque, formé de plus de dix-huit cents thèses de Paris. Ce don se perpétuera par la réception de six à sept cent thèses par année. Ces travaux représentent les dernières données scientifiques ; ils sont faits sous l'œil des grands maîtres de la science médicale française.

Les membres du Bureau Médical se sont fait un devoir d'autoriser le comité de la bibliothèque à se procurer un exemplaire des meilleurs traités modernes de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et de spécialités.

Le nombre des volumes sera bientôt assez considérable, pour qu'on puisse en permettre la libre circulation dans toute la province.

Quant au laboratoire, un savant français, M. Minier qui a demeuré au Canada, arrivera bientôt de Paris, avec un matériel complet de laboratoire de physique, de chimie et de recherches cliniques.

Cette fondation, que le ministre de l'Instruction Publique de France, le Doyen de la Faculté de Médecine et le Doyen de la Faculté des Sciences de Paris ont encouragé par de riches cadeaux, sera à la disposition des médecins licenciés de cette province, SANS CHARGE AUCUNE.

Un tarif *minimum* a été préparé avec soin et est maintenant soumis à l'approbation du Lieutenant-Gouverneur en Conseil.

## IV

C'est donc avec le sentiment du devoir accompli, que les membres actuels du Bureau Médical reviennent devant leurs pairs, et,

leur demandent, en toute confiance, la continuation du mandat qu'ils leur ont confié en 1895.

Au point de vue purement administratif, le Bureau a fait son devoir, mieux encore que durant le terme précédent.

1° Il a fait publier et distribuer le bulletin de ses assemblées.

2° Il a fait distribuer à chaque médecin un exemplaire du *Régistre Médical*.

3° Il a fait faire la collection des arrérages de contribution annuelle.

4° Il a fait auditer les livres une fois par année.

5° Il a fait donner, par le trésorier, les secrétaires et le registra-  
teur, une police de garantie au montant de deux mille dollars.

6° Il a établi des relations scientifiques avec l'Université de Paris qui honore notre brevet d'un certificat d'équivalence.

7° Il a établi des règlements sévères pour l'admission des femmes à la pratique de l'obstétrique. Il a investi le Conseil de discipline du pouvoir d'annuler les certificats donnés par des médecins à des sages-femmes non licenciées.

8° Il a mis en exercice un meilleur système d'assesseurs.

9° Afin de donner à notre jeunesse studieuse un plus vaste champ d'exercice professionnel, le Bureau Médical a approuvé un enregistrement de licence entre six des provinces de la Confédération.

Ce règlement établit l'uniformité :

(a) De l'examen de l'admission à l'étude.

(b) Du curriculum d'enseignement.

(c) De contrôle des examens de Baccalauréat et de Doctorat.

De sorte qu'à l'avenir, les élèves qui se seront conformés à ce règlement, n'auront qu'à présenter leur licence, pour pratiquer indistinctement dans les provinces suivantes :

ILE DU PRINCE-EDOUARD.

QUEBEC.

NOUVELLE-ECOSSE.

MANITOBA.

NOUVEAU-BRUNSWICK

COLOMBIE ANGLAISE

Pour couronner cette œuvre d'unité professionnelle Canadienne, le Bureau a chargé deux de ses membres de conférer avec le Bureau d'Ontario, en vue de son entrée dans la ligue d'enregistrement inter-provincial.

Les négociations sont en cours, et tout nous donne à espérer que, d'ici à quelques mois, disparaîtra cette anomalie : qu'un médecin Canadien ne puisse pratiquer sa profession que dans un coin de sa patrie !

\* \* \*

Avant de solliciter votre suffrage, il convient de soumettre à votre appréciation le programme des trois prochaines années :

## I

Pendant que le Bureau Médical demandait au Parlement d'approuver des amendements concernant l'exercice illégal de la médecine et la création d'un conseil de discipline ; quelques médecins ont cru devoir demander l'abrogation de la clause permettant aux membres du Collège de voter par procuration aux élections des gouverneurs.

Comme les requérants ne proposaient aucun remède aux abus très graves qu'ils se gardaient de faire connaître, leur but était tout simplement de DÉFRANCHISER soixante-et-quinze pour cent des médecins de la Province. Coup de main hardi, œuvre d'un *Maître-Schemer*.

Nous étions alors devant le Conseil Législatif.

Les Hons. J. J. Ross et D. Marsil ont déclaré, de leur siège, au nom du Bureau Médical, "que ce corps n'avait pas autorité à changer le mode de votation, sans avoir, au préalable, consulté l'électorat ; qu'il sera du devoir du prochain Bureau de modifier le mode de votation de manière à rencontrer le vœu qu'exprimera l'assemblée générale des médecins de la province, en Juillet, 1898."

Donc inscrivons en tête de notre programme :

1° Modifier le mode d'élection des gouverneurs, conformément

à la décision de la majorité de l'assemblée générale du 13 de juillet prochain ;

2° Laisser à chaque district le droit d'élire ses représentants, sans l'intervention des autres districts de la province, tout comme se font les élections civiles.

## II

Maintenant que l'Acte Médical concernant l'exercice illégal de la médecine est amendé de manière à avoir recours devant plusieurs tribunaux, tant de la campagne que des villes, nous croyons que la meilleure manière de protéger la profession et le public contre les charlatans, c'est d'instituer dans chaque district représenté par un gouverneur, une agence spéciale, tout comme le Revenu. De cette manière chaque section se protégera en obtenant prompt justice.

Donc 3° DÉCENTRALISATION de l'agence pour l'exercice illégal de la médecine, en donnant à chaque district, un agent spécial.

## III

Jusqu'ici les assesseurs étaient choisis, en majorité, parmi les médecins des grandes villes, nous croyons qu'en répartissant cette charge entre les divers districts, la profession prendrait un plus vif intérêt à la question du progrès de l'enseignement. La responsabilité serait aussi partagée entre les diverses sections de la province.

Donc 4° Perfectionner le système d'assesseurs, en donnant à chaque district un représentant, nommé pour trois ans, chargé d'assister aux examens faits par les diverses Facultés.

Ce corps constituera notre BUREAU PROVINCIAL D'EXAMEN.

Voilà les grandes lignes de notre programme, mais nous serons heureux,—si nous sommes réélus—de mettre à l'étude et en pratique toute réforme que l'assemblée générale adoptera.

## UN GRAVE PÉRIL

Jusqu'à ces dernières années, l'harmonie régnait entre les diverses sections du Bureau Médical, composé de *trente-deux* gouverneurs élus et de *huit* délégués des Facultés de médecine.

Les délégués des Facultés se contentaient de représenter le corps qui les avaient nommés, et sans se départir de leurs droits et sans négliger leurs devoirs de membres du Bureau Médical, laissaient plutôt aux membres élus, le soin de traiter les questions qui concernent la profession en général.

La majorité du Bureau était toujours heureuse d'apprécier les éminentes qualités des délégués universitaires ; elles les portaient, à tour de rôle à tous les honneurs ; présidence, vice-présidence, secrétariat, etc., etc. Elle n'a jamais eu à regretter cette conduite ; au contraire, elle n'a eu qu'à s'en féliciter.

Mais voici que ce bel état de choses menace d'être renversé par ceux-là même qui ont tenté de DÉFRANCHISER l'électorat médical de cette province.

Faites avec nous le relevé d'une certaine circulaire d'un certain *comité électoral* et vous trouverez les noms suivants, dont le rapprochement vous indiquera qu'il y a *péril* en la demeure :

J. P. ROTTOT,	Président et Doyen de l'Ecole de Médecine de Laval à Montréal.
E. P. LACHAPPELLE,	Professeur d'Hygiène do do
L. A. DEMERS,	Professeur de Pathologie interne.
J. A. S. BRUNELLE,	Professeur de Pathologie externe.
J. B. A. LAMARCHE,	Professeur d'Obstétrique.
A. A. FOUCHER,	Professeur de Clinique d'Ophthalmologie.
M. T. BRENNAN,	Agrégé d'Histologie et de Gynécologie.
L. N. DELORME,	Démonstrateur d'Anatomie.
G. T. MOREAU,	Professeur Adjoint.
Sir W. H. HINGSTON,	Professeur de Clinique Chirurgicale.
J. J. GUÉRIN,	Professeur de Clinique Médicale.

N'est-il pas à craindre qu'il y a là une tentative bien concertée de s'emparer du contrôle des intérêts professionnels ?

Des quatre facultés de Médecine de la Province, l'Ecole de Médecine de Laval de Montréal est la seule dont la plupart des membres, de fait, la majorité, veulent supplanter le bureau actuel, et pourquoi ?

Est-ce parce que la barrière de l'examen d'admission à l'étude est trop élevée et que de là découle le fait écrasant, que près de cinquante pour cent des élèves de cette école, sont sans brevet ?

Est-ce parce que le Bureau actuel a supprimé les six mois de vacances annuelles ?

Est-ce parce que le Bureau actuel a exigé plus de huit mois de cours ?

Est-ce parce que le Bureau actuel a mis le curriculum médical à la hauteur de celui des facultés les plus avancées ?

Est-ce parce que le système actuel d'Assesseurs gêne ces messieurs ?

Autant de points d'interrogation auxquels nous vous laissons le soin de réfléchir et de répondre. Car enfin, ce furent là les seuls points de contact du *Bureau Médical* avec les écoles de médecine. Nous nous refusons encore à croire que ces messieurs rapetissent le débat à une question de personnalités.

En tout cas, la conduite de la majorité des professeurs de cette école est une intrusion sur le terrain de la profession libre et nous enregistrons notre protêt le plus énergique contre cet envahissement que rien ne saurait justifier, si ce n'est l'ambition : *ôte-te toi de là que je m'y mette ! Caveant consules !*

MONSIEUR ET TRÈS HONORÉ CONFRÈRE,

Vous vous demandez : pourquoi les gouverneurs actuels recherchent-ils réélection ?

Certes ! nous sommes, tout des premiers, à reconnaître qu'ils sont légion les médecins capables de servir dignement les intérêts généraux de la profession, et partant, du grand public ; mais, nous vous le demandons, n'est-il pas de toute prudence de confier à ceux qui ont modifié aussi avantageusement notre loi médicale, de les charger du soin de mettre ces réformes en plein exercice ?

N'ont-ils pas qualité spéciale à accomplir cette tâche ?

N'ont-ils pas, pour eux, l'étude, l'observation, l'expérience et l'unité d'action, si essentielle au succès de toute réforme ?

Préfériez-vous, par hasard, faire remorquer le corps médical par une infime portion, irresponsable devant l'électorat ?

Les oppositions factieuses tournent toujours contre ceux qui les ont nourries.

Croyez-nous, si, sur de fausses représentations, votre bonne foi a été surprise, reprenez votre liberté d'action, pendant qu'il en est temps encore. Dans l'hypothèse où vous prévoyez qu'il ne vous sera pas possible d'être présent à Montréal, le 13 de juillet prochain, pour l'assemblée générale, eh bien ! donnez votre procuration au gouverneur de votre district ou à un médecin en règle en qui vous avez confiance, afin qu'il accomplisse pour vous ce devoir suprême d'électeur.

Vous avez le droit d'indiquer nommément celui ou ceux pour qui vous voulez voter, mais ne perdez pas de vue qu'un serviteur éprouvé et fidèle, vaut mieux que tous les courtisans que l'ambition jette sur votre chemin.

Serrons nos rangs !

Nous avons l'honneur d'être,

Monsieur et honoré confrère,

Avec considération, vos bien dévoués,

LE COMITÉ DE RÉÉLECTION DU BUREAU  
MÉDICAL DE QUÉBEC,

Boîte B. P. 244, Montréal.

**Croyance hypnotique**

La question de l'hypnotisme si agréablement traitée par notre ami, le Dr Chs. Verge, ayant attiré l'attention même des journaux politiques, nous croyons utile de traduire de *L'Hypnotic Magazine* les articles de foi suivants, sur lesquels il demande les opinions. Il annonce de plus que toute proposition qui sera prouvée être sans fondement, sera retranchée :

1° Le sujet, ou la personne hypnotisée est toujours responsable pour ses actes.

2° La résistance morale du sujet est aussi forte dans l'état hypnotique qu'à l'état de veille.

3° Le sujet n'acceptera pas une suggestion, ou une suggestion post-hypnotique, qui sera en conflit avec ses principes ou son instinct tout puissant de conservation (self-preservation).

4° Le sujet consent à être hypnotisé ; on ne peut l'influencer contre sa volonté.

5° Le sujet peut briser le sommeil hypnotique et revenir à son état de conscience normal, même en dépit de la suggestion de l'opérateur.

6° Le sujet n'est jamais inconscient ; l'esprit du sujet est toujours en alerte.

7° Les suggestions dont on peut le plus facilement faire prendre racine dans l'esprit du sujet, sont celles qui sont à l'avantage thérapeutique du sujet.

8° Les illusions suggérées aux sens (suggested sense delusions) sont acceptées par le sujet avec l'entente sous consciente (subconscious) qu'elles sont produites purement dans un but d'expérience.

9° Un sujet d'un bon caractère moral ne peut pas être induit par suggestion hypnotique à faire un acte qu'il considérerait immoral ou même reprehensible quand il est éveillé.

10° Un sujet d'une morale relâchée montrera les mêmes traits caractéristiques dans l'état hypnotique, mais refusera de commettre un crime qui mettrait sa personne en danger.

11° Un crime commis par un sujet par suggestion post-hypnotique (si telle chose était possible) ne serait certainement pas un acte libre, puisque l'accomplissement d'une suggestion post-hypnotique compliquée suppose un retour vers l'état de somnambulisme actif dans lequel état le raisonnement par induction est impossible.

12° Le consentement du sujet est toujours nécessaire à l'accomplissement de toute suggestion.

13° L'auto-suggestion est plus puissante que les suggestions d'un autre.

14° Le seul mal qui puisse arriver à un sujet consiste dans les mauvais résultats possibles de folles épreuves auxquelles le sujet se laisse porter.

Dr. P. V. FAUCHER.

**REPRODUCTION****Des enveloppements à l'alcool**

SALZWEDEL a préconisé, l'année dernière déjà, dans le traitement des processus inflammatoires, et notamment dans celui du tissu cellulaire sous-cutané, l'usage de ces applications d'alcool. Au niveau de la partie malade, on place de la gaze imbibée d'alcool sur laquelle on étend une couche de ouate sèche et antiseptique, le tout étant recouvert d'un tissu imperméable. Ce pansement qui s'étend au loin sur la région enflammée doit être renouvelé toutes les 24 heures.

Le Dr Loew considère cette méthode comme un moyen précieux (d'après une communication provenant de la section de chirurgie du professeur Bardenheuer de Cologne) pour faire disparaître, dans bien des cas variés, une inflammation commençante, pour arrêter une suppuration circonscrite déjà assez avancée. A ce sujet le Dr. Loew s'en réfère au professeur Bardenheuer qui l'autorisa à déclarer que lui-même était pleinement convaincu de l'efficacité de cette méthode thérapeutique dans le traitement des inflammations.

Depuis mars, 124 personnes ont été soumises à cette médication, parmi celles-ci il en était chez lesquelles l'inflammation avait une tendance progressive. Les phlegmons à suppuration déjà établie ont été incisés comme d'habitude. Parmi les 23 phlegmons soignés de cette façon, le cas suivant présente un certain intérêt. Il s'agissait d'une fracture double malléolaire chez un homme qui, au 8e jour, présenta du gonflement avec douleur et rougeur de la jambe. Le lendemain, le processus avait atteint la cuisse et au niveau de la malléole la peau gangrénée tombait en morceaux. Diagnostic : état septique. Le patient refusa l'amputation proposée. On recourut alors, comme essai, à l'enveloppement alcoolisé. Le lendemain la température était tombée, l'inflammation ne s'était pas étendue, elle était plutôt un peu diminuée. Dans les 24 heures suivantes, les symptômes inflammatoires s'étaient fortement amendés et au mollet s'était formé un abcès qui fut ouvert. Les jours suivants l'inflammation disparut complètement.

De la même façon des panaris étendus furent amenés à guérir, et, même dans des cas de plaies infectées, ce traitement fit disparaître, en 24 à 48 heures, toute manifestation inflammatoire; 4 clous enflammés guérirent rapidement à la suite de l'emploi de cette méthode.

Pour l'érysipèle, grâce aux enveloppements de Salzwedel, le processus rétrocéda avec rapidité et avec un notable abaissement de la température. Comme phénomène accessoire il faut noter, la peau se momifiant à la surface souvent d'une façon considérable, une sensation de brûlure parfois forte mais peu durable dans les parties soumises à l'action de l'alcool.

(Berliner filin. Wochenschrift, 1897, et Wiener klin. Wochenschr.)

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)

**De l'anesthésie chirurgicale dans les convulsions graves de l'enfance**

Dr. BEUGNIES (Givet.)

Il m'est arrivé, dans certaines circonstances, de voir succomber des enfants au milieu des crises convulsives dont je n'avais pu les tirer par l'emploi consciencieux de tous les moyens classiques. Cet hiver, on m'appelle pour un enfant de 8 mois, que je trouve en plein spasme. Vomitifs, révulsifs, bains, affusions froides, lavements chloralés, tout demeure inutile. J'eus alors l'idée de sortir des sentiers battus et de faire des injections hypodermiques de codéine. J'en fis trois de 1 centigramme chacune, à une demi-heure d'intervalle. La crise ne fut pas interrompue, et l'enfant succomba sous mes yeux par strangulation en buvant une goutte d'eau qui ne put franchir l'œsophage pris de contracture spasmodique.

Quinze jours plus tard, autre enfant de 13 mois dans les mêmes conditions. Spasmes désordonnés et interminables avec contracture de la gorge. Moyens classiques d'abord, puis, devant leur inanité, je n'hésite pas : je prend une fiole d'éther et je tente l'anesthésie chirurgicale. Chose colossale, 80 grammes d'éther sont employés avant que l'enfant, au regard très fixe, ne commence à fermer les yeux. Le clonisme continue toujours, mais très affaibli, et il faut, pour le vaincre définitivement, un énéorème de i gr. 5 de chloral. Alors, sommeil tranquille de 3 heures, pendant lequel on maintient un sac à glace sur la tête. La crise avait disparu sans retour. Il n'est d'aucune importance d'ajouter que, pour les deux cas, l'épine irritative était l'évolution dentaire.

Depuis six semaines, les dents sont sorties, chez le dernier malade, et rien n'a reparu. (Gazette Méd. de Liège).

**Les médications martiale et thyroïdienne dans les irrégularités menstruelles**

La médication martiale, dont l'efficacité est admise comme certaine depuis l'antiquité, n'a cependant pas donné entre les mains de nombreux praticiens les résultats qu'ils faisaient espérer. Aujourd'hui seulement nous commençons à entrevoir, dans un grand nombre de cas, les causes de cet échec. Sans doute, il est juste d'incriminer

tout d'abord l'état de la préparation ferrugineuse qui, souvent inassimilable dans l'intestin même, est excrétée telle qu'elle fut absorbée ; mais fut-elle absorbée dans l'intestin, ses effets n'en seraient pas moins douteux pour cela, car l'absorption d'un principe au niveau de la muqueuse intestinale est loin d'être identique à son assimilation. De ce qu'un élément est englobé dans le chyle et déversé dans le torrent circulatoire, on ne peut nécessairement conclure à son utilisation par les éléments anatomiques ; la propeptone, par exemple, est absorbée par l'intestin, brassée dans l'arbre artériel comme une substance inerte, et rejetée par les urines. Il se peut donc qu'un sel de fer, introduit dans le sang, ne soit pas employé à régénérer les globules, mais soit décomposé en un produit de désassimilation, la *rubigine*, que nous trouvons dans le foie, la rate, etc., ainsi que l'a démontré Lapique. Quelles sont donc les raisons qui rendent tel principe ferrugineux utile, tel autre indifférent, et, comment peut-il se faire, tout spécialement, que les préparations martiales iodurées aient été, de tout temps, reconnues supérieures aux autres, dès qu'il s'agit de régler la fonction menstruelle troublée, c'est-à-dire de remédier directement à l'anémie ?

Une communication récente d'Hertoghe, à l'Académie des sciences de Belgique, peut nous rendre compte de cette spécificité de l'iodure de fer à l'égard des troubles menstruels.

Hertoghe a démontré, qu'indépendamment de l'état de richesse ferrugineuse du sang, il intervient encore un facteur nutritif général, lié à la fonction thyroïdienne.

Comment agit donc ici la sécrétion du corps thyroïde ?

Vraisemblablement, la thyroïdine joue à l'égard des globules rouges et des fonctions hémopoïétiques de la rate et de la moelle osseuse, le même rôle de stimulation nutritive qui détermine cet amaigrissement rapide, cette utilisation des réserves, chez les personnes qui, pour une raison quelconque, ont une sécrétion thyroïdienne exagérée.

Or, chez les chloro-anémiques irrégulières, il semble bien qu'on soit en droit d'incriminer un ralentissement fonctionnel du corps thyroïde. Indépendamment des expériences cliniques d'Hertoghe, qui, en luttant contre ce ralentissement, fit apparaître chez des filles de vingt ans la première menstruation, je n'en veux pour preuve que l'aspect si caractéristique des chloro-anémiques, leur chair molle, livide, épaisse, leur apathie intellectuelle, leur paresse musculaire : il y a évidemment là une série de symptômes qui permettent d'entrevoir l'état défectueux des fonctions nutritives aussi sûrement que chez les crétins caractérisés. J'entends, bien entendu, parler ici des chloroses franches, et non pas des états d'anémie cachectique, qui reconnaissent pour cause des diathèses héréditaires plus ou moins proches, ou des localisations bacillaires à toxémie lente.

Pour répondre aux indications thérapeutiques que déterminent d'une part le défaut de fer minéral, d'autre part, l'insuffisance de la sécrétion thyroïdienne, il nous faut donc trouver une médication logiquement appropriée.

Mais nous savons qu'il n'est pas sans danger de faire absorber à des malades, qui ne pèchent que par une altération très légère de la thyroïde, des extraits organiques dont les ravages peuvent entraîner de graves désordres. Si nous pensons, d'autre part, que le principe actif de la glande thyroïde est un composé iodé, dont l'iode, suivant Baumann, l'élément essentiel, nous pourrions rapprocher ce fait de la conduite tenue jusqu'ici en thérapeutique, et qui tenait à faire absorber aux enfants chétifs, chloro-anémiques dans la suite, soit ne l'iode en nature, soit un sel ioduré.

Mais nous avons sous la main un médicament qui réunit à la fois deux conditions nécessaires : c'est l'iodure de fer. De là viennent les résultats inattendus que nous signalions tout d'abord, et qui ont fait de cette préparation martiale le véritable spécifique de la chloro-anémie. L'association de fer alimentaire, assimilable dans l'intestin, à l'iode thyroïdien, qui rend le métal assimilable dans le sang, se trouve donc possible dans un composé chimique stable extérieure-

ment, et bientôt décomposé en ses éléments sous l'influence des réactions organiques. Une médication à l'iodure de fer présenterait donc les qualités nécessaires requises. Expérimentée depuis de longues années, l'empirisme avait déjà proclamé sa supériorité : la science pur est en mesure de donner aujourd'hui l'explication d'un résultat thérapeutique que nous étions obligés autrefois de constater purement et simplement.

(*La Presse Méd.*)

#### Sur un nouveau procédé

DE DÉTERMINATION DE LA POSITION DES CORPS ÉTRANGERS PAR LA RADIOGRAPHIE (1)

Par M. H. MORIZE.

La difficulté trouvée jusque dans ces derniers temps pour la détermination exacte exacte, par la radiographie, de la position des projectiles dans les régions profondes du corps, a suscité, de la part des expérimentateurs, plusieurs méthodes ingénieuses, dont la plus perfectionnée est, sans contredit, celle de MM. Contremoulins et Rémy. Toutefois, toutes ces méthodes, et surtout la dernière, sont d'une complication extrême, que ne me semble pas justifier la simplicité des données. Je crois que le procédé facile et rapide que j'ai trouvé donnera ample satisfaction à tous les expérimentateurs et leur permettra de déterminer, avec une précision supérieure à 5 millimètres, la position d'un projectile dans une partie quelconque du corps.

Le procédé consiste à définir la position du corps étranger par deux droites qui s'y coupent, et dont les extrémités sont des points situés à la surface du corps du patient.

Le patient étant placé entre le tube et l'écran, on cherche une position telle que la balle, par exemple, se voit facilement. On prend alors un petit disque de plomb, rendu adhésif par de la cire ou du diachylum, qu'on place sur la surface du corps qui est tournée vers le tube, et l'on déplace ce disque jusqu'à ce que son image se superpose à celle de la balle ; on répète ensuite l'opération avec un autre disque placé du côté de l'écran. Quand les deux disques et le projectile sur l'écran se projettent en ne formant qu'une seule image, tous les trois se trouvent sur la même droite.

On tourne alors le sujet d'un certain angle arbitraire et l'on détermine de la même façon une autre droite, dont l'intersection avec la première fixe la position du projectile. Les extrémités des deux droites sont déterminées sur la surface du corps par les disques de plomb, qu'on enlève ensuite et dont la place est marquée par un procédé quelconque, par le crayon dermatographique, par exemple.

Les deux droites déterminent un plan qui contient le projectile et les quatre marques extérieures qu'on désignera par *a, b, c, d*. Ces quatre marques forment un quadrilatère dont on peut mesurer les quatre côtés et les deux diagonales, au moyen d'un compas d'épaisseur ou d'un craniomètre. En le dessinant à l'échelle, l'intersection des deux diagonales donne la place de la balle rapportée aux quatre sommets ; la distance qui l'en sépare étant directement mesurée sur l'épure avec une échelle millimétrique. Comme cinq longueurs suffisent pour la construction, et qu'on en a six, la dernière sert de vérification. La position de la balle est définie en disant qu'elle se trouve à *n* centimètres comptés à partir de *a* sur la droite *ax*, par exemple.

L'épure est faite en quelques minutes ; des essais répétés, faits sur des crânes contenant des balles placées à l'insu de l'opérateur, ont montré qu'en moins de dix minutes le projectile était retrouvé avec une précision de 1 ou 2 millimètres.

La position de deux des quatre marques étant arbitraire, on doit les disposer de façon que les droites se coupent, suivant un angle suffisamment grand pour que leur intersection soit bien définie.

[1] Communication à l'Académie des sciences.

Il est évident que le procédé est applicable à une partie quelconque du corps et à toute substance opaque aux rayons X, la seule difficulté rencontrée provenant de la plus ou moins bonne visibilité sur l'écran.

(Gaz des Hôp.)

#### Deux nouveaux traitements de l'ozène

De temps en temps, une nouvelle thérapeutique est proposée contre cette affection. Parmi les plus récentes, il en est deux, l'électrolyse cuprique et la sérothérapie qui, bien que tard venues ont déjà fait l'objet de nombreux travaux.

L'électrolyse cuprique nécessite l'outillage habituel de l'électrolyse thérapeutique, c'est-à-dire une pile de 20 ou 30 éléments, un galvanomètre gradué en milliampères et un rhéostat. L'instrumentation spéciale ne compte qu'une aiguille en cuivre qui est reliée au pôle positif de la pile. Cette aiguille est enfoncée profondément dans la muqueuse du cornet moyen. Le pôle négatif de la pile peut être relié à un tampon appliqué sur la joue, ou mieux encore à une aiguille d'acier que l'on implante dans le cornet inférieur ou dans la cloison. On fait passer un courant de 10 à 12 milliampère—c'est généralement tout ce que le malade peut supporter—pendant 10 ou 15 minutes. Les séances peuvent être répétées toutes les semaines en changeant de côté. A la suite, la muqueuse devient rouge, vascularisée, tuméfiée, les croûtes se détachent plus facilement, la mauvaise odeur disparaît.

Le résultat immédiat est donc excellent, mais combien dure-t-il ? A la Société de laryngologie de Bruxelles, en 1895, le Dr Cheval annonce qu'il obtient 78 p. 100 de guérisons définitives après une seule séance, et 91 p. 100 après plusieurs séances. Ces résultats encouragèrent les rhinologistes à essayer la méthode, mais tout ne furent pas aussi heureux. Cependant Dagail (*Thèse de Paris*, 1897) a obtenu également 91 p. 100 de guérisons. Brindel (Société française de laryngologie, mai 1897), sur 30 malades traités, a obtenu seulement 2 guérisons complètes, 8 fois un résultat final (à peu près bon), 13 fois une amélioration sensible et enfin dans 7 cas un résultat nul. Magnan (*Thèse de Bordeaux*, 1897), arrive aux mêmes résultats.

La sérothérapie pratiquée jusqu'à présent contre l'ozène consiste en l'emploi du sérum antidiphthérique. Elle a été conseillée par Belfanti et Della Vedova. Ceux-ci ont cru trouver la cause de l'ozène dans la présence d'un bacille pseudo-diphthérique qui est d'ailleurs très inconstante. Une cure comporte de 15 à 25 injections de 5 à 10 centimètres cubes de sérum chacune, répétées à deux, trois, quatre jours d'intervalle. Après quelques injections, les malades présentent des phénomènes réactionnels généraux : fièvre, érythèmes, arthralgies, etc.

Les résultats des divers expérimentateurs sont aussi différents que pour la méthode précédente. Ceux des promoteurs de la méthode étaient parfaits. Lautmann (*Thèse de Paris*, 1897) a obtenu une grande majorité de guérisons complètes. Lombard (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, novembre 1897) estime que c'est un traitement efficace surtout contre la fédiité, celle-ci disparaissant au moment ou se produisent les phénomènes réactionnels généraux. Gradenigo (Académie de Turin, février 1897), admet que le traitement antidiphthérique de l'ozène produit de bons résultats, mais qu'ils sont transitoires et que les accidents reparaisent après la cessation du traitement. Mourel, (*Société française de laryngologie*, mai 1897), a obtenu également un résultat favorable, mais passager.

Ces deux méthodes de traitement peuvent donc être essayées légitimement en attendant le remède spécifique de l'ozène. Mais, d'après les résultats publiés, il semble qu'après leur emploi on sera encore obligé de revenir dans nombre de cas au autres méthodes : massage, tamponnement, badigeonnages et surtout aux grands lavages qui sont jusqu'à nouvel ordre la principale ressource des ozéneux. — A. DRUAULT.

(Journal des Praticiens)

#### Du repos absolu de l'estomac avec alimentation rectale exclusive dans certaines affections de l'estomac

Dans certaines affections gastriques, le professeur Lépine, de Lyon, a, comme on le sait, préconisé le repos absolu de l'estomac avec une nutrition exclusivement rectale, et longtemps prolongée. Un de ses élèves, le Dr Gros, a repris cette question dans sa thèse inaugurale, et a rapporté 66 observations, dont 20 inédites, qui démontrent la possibilité d'une nutrition exclusivement rectale et son utilité dans la thérapeutique de l'estomac. Dans la majorité des cas l'amaigrissement n'a pas été bien grand, ni plus considérable que celui des malades traités suivant une autre méthode, la diète lactée par exemple. Dans plusieurs cas, la perte de poids a été presque nulle.

Ce traitement a été employé dans l'ulcère de l'estomac avec ou sans hématomèse, dans l'hypersécrétion simple ou avec hyperesthésie de la muqueuse, dans la maladie de Reichmann, l'hyperchlorhydrie ancienne, dans les cas de catarrhe gastrique avec anorexie nerveuse dans l'atonie et la dilatation d'estomac, les vomissements incoercibles de la grossesse, l'intolérance stomacale absolue, les sténoses du pylore d'origine diverses (ulcus, néoplasmes, sténoses d'origine biliaire, etc.) dans la périgastrite.

De ces différents faits il se dégage que l'alimentation rectale exclusive est la méthode de choix dans les dilatations de l'estomac avec insuffisance motrice ancienne, d'origines diverses ; dans les cas d'ulcères avec hématomèse ou en imminence de perforation en cas de sténose du pylore coïncidant avec de l'hyperchlorhydrie et de l'hypersécrétion : (a) Pour établir le diagnostic de la nature cicatricielle ou spasmodique de la sténose ; (b) Comme moyen de guérison dans les cas de spasme de pylore.

On pourrait, à la rigueur, utiliser ce traitement d'une façon générale dans tous les cas d'ulcère et peut-être même dans les cas d'hypersécrétion intense, sans négliger pour cette dernière affection le traitement médicamenteux.

Dans les cas de carcinomes et de vomissements incoercibles névropathiques, il faut considérer la nutrition rectale comme une méthode seulement complémentaire.

Le repos de l'estomac doit être complet, une alimentation mixte empêchant souvent l'absorption des lavements alimentaires. On devra prolonger le repos une vingtaine de jours environ.

(Abeille Médicale).

#### Bactériologie des congestions pulmonaires dites idioopathiques

M. G. CARRIÈRE, professeur suppléant à l'École de Médecine de Marseille, relate dans la *Presse Médicale*, une série d'observations et en déduit les conclusions suivantes :

Les pneumocoque de Talamon-Fränkell, seul ou associé à d'autres espèces microbiennes (staphylocoques, streptocoques), est capable de produire chez l'homme les lésions et les symptômes de la congestion pulmonaire dite maladie de Woillez, celles de la spléno-pneumonie de Grancher et celles de congestion pleuro-pneumonie (type Potain).

Dans tous ces cas, la virulence des microbes rencontrés est très notablement atténuée.

L'atténuation de la virulence est-elle due à une résistance exagérée de l'organisme ou à une vitalité moins énergique de l'agent pathogène ? C'est ce que nous ne pouvons établir.

Le refroidissement, le traumatisme n'agissent qu'à titre de causes prédisposantes, en favorisant la pénétration et la pullulation des agents microbiens, qui vivent à l'état de saprophytes dans nos cavités naturelles.

#### De l'épilepsie larvée à forme gastrique

M. le professeur LEMOINE, de Lille, a signalé à la Société de Biologie, une forme larvée de l'épilepsie, peu connue. Il a observé cinq cas dans lesquels le mal comitial était simplement caractérisé

par des troubles gastriques avec ou sans perte de connaissance. Les malades qui présentent cette forme ont brusquement une douleur vive au creux épigastrique, puis une sensation de malaise indéfinissable qui s'accompagne, le plus souvent, de nausées ou de vomissement.

Toujours il existe alors un sentiment de défaillance et quelquefois seulement une courte perte de connaissance. Après l'accès les malades ont de la fatigue et un besoin de repos et de sommeil. Les accès typiques ne s'accompagnent pas de mouvements convulsifs, mais on note toujours de la dilatation des pupilles. Ces accès larvés se rencontrent surtout chez les enfants, ils surviennent chez eux à des intervalles variables, quelquefois cependant à des intervalles presque réguliers, parfois ils sont précédés de quelques prodromes, torpeur, lourdeur de tête, parfois ils surviennent en pleine santé apparente; ce qui permet d'affirmer la nature épileptique de ces accès, c'est qu'ils peuvent coïncider, chez le même malade, avec des accès convulsifs nettement épileptiques. Dans d'autres cas ils les précèdent.

Le bromure de potassium, systématiquement employé, amène à la longue, la disparition de tous les accidents, tandis que les médications dirigées contre l'état gastrique ne donnent aucun résultat.

(L'Abeille Méd.)

#### Sur un cas anormal de pneumatocèle mastoïdienne spontanée

MM. NOVÉ-JOSSERAND et CARLE rapportent dans le *Lyon Médical* l'observation rare d'un malade atteint de pneumatocèle spontanée de la région mastoïdienne. Ils pensent qu'on a trop laissé de côté dans l'histoire pathogénique de la pneumatocèle spontanée l'hypothèse de la persistance de la fissure squamo-pétreuse en totalité ou en partie. Ils croient que dans les cas relativement fréquents où rien ne peut faire songer à une mastoïdite antérieure, ni dans l'histoire du malade, ni dans les constatations opératoires, il est plus rationnel d'admettre l'influence étiologique de cet arrêt de fermeture de la fissure squamo-pétreuse que la déhiscence spontanée de Hyrtl.

Ils terminent par quelques considérations sur le traitement. Ils disent avoir été frappés de la prudence opératoire que conseillent tous ceux qui se sont occupés de la question—prudence inspirée peut-être par la terminaison fatale des deux premiers cas opérés, ceux de Fleury et de Lecat—à une époque où l'antisepsie n'existait d'ailleurs pas. Jamain et Terrier rejettent absolument l'incision, Poulet et Bousquet affirment aussi énergiquement ses dangers, Kirmisson, Gross, Forgues et Reclus ne l'adoptent qu'après échec des autres méthodes. Tous ces auteurs préconisent la ponction, répétée au besoin, et la compression prolongée et énergique.

Albert, le professeur de Vienne, proclame l'inutilité complète des ponctions répétées mais reconnaît aussi le danger des incisions, dont le moindre serait la suppuration ou la nécrose des parties osseuses sous-jacentes. Les publications plus récentes de Le Dentu en 1895 (1), de Kramer en 1896 (2), paraissent revenir de ce pessimisme explicable autrefois par la fréquence des infections et le voisinage des méninges. Le Dentu conseille l'incision et le grattage de l'os, ce dernier pouvant amener un travail de prolifération, destiné à obturer l'orifice de communication présumé. Dans leur cas, plutôt défavorable, étant donné la présence du pus, il n'y a pas eu trace de complication et la guérison opératoire a été parfaite.

En somme, il semble que l'on soit en droit d'inciser.

L'incision paraît ordinairement indiquée, même en dehors des cas semblables à leur observation, eù l'intervention est commandée par la température et les phénomènes locaux. Ils considèrent l'incision suivie du tamponnement à la gaze comme une véritable cure radicale assurant l'oblitération des petits orifices osseux par des bourgeons charnus, et leur observation serait une preuve du succès que l'on peut attendre de ce mode d'opérer.

## FORMULAIRE

### Poudre pour panser les lucères douloureux du col.—(LUTAUD)

Tannin.....	2 grammes
Lycopode.....	5 —
Europhène.....	10 —
Poudre d'opium composée.....	0 — 50

Cette poudre doit être appliquée avec le spéculum et insufflée sur le col; elle sera maintenue en place par un tampon d'ouate.

(Journal de Méd. de Paris)

### Contre les vomissements d'origine utérine.—(LUTAUD)

Menthol.....	0 gramme 30
Elixir de pepsine.....	30 —
Teinture d'opium.....	10 —

Mélez.—A prendre : 10 à 20 gouttes avant les repas.—*Ibid.*

## CORRESPONDANCES

### MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

Ne doutant pas que votre intéressant journal n'ouvre ses colonnes à une libre discussion, pourvu qu'elle touche les intérêts de la profession médicale, surtout ceux de notre district, nous nous permettrons de relever quelques faits qu'on ne peut certainement pas laisser passer sous silence, au moins quant à ce qui nous concerne.

Si nous nous y arrêtons, c'est qu'on s'est plu à mentionner nos noms et à nous imputer des motifs que nous n'avons jamais eus.

Coupons de suite les ailes à un fameux canard qu'on a lancé ces jours derniers contre les instigateurs du mouvement commencé depuis quelque temps pour combattre l'apathie et l'indifférence des médecins de notre district dans l'élection de leurs gouverneurs au Collège Médical.

On se chuchote en certains lieux (sous toute discrétion, va sans dire) que ces perturbateurs de la paix ont pour objet l'élection de gouverneurs hostiles à nos Universités, surtout à l'Université Laval de Québec. Peut-on concevoir plus indigne insinuation? Car nous sommes dans ce mouvement et nous savons ce qui s'y passe. Grâce à Dieu, notre Université n'a pas besoin de défenseurs comme ceux qui insinuent cette pensée, et que peut-elle craindre des promoteurs du mouvement?

Si jamais en effet elle devait passer par le creuset de l'adversité, elle nous trouverait les derniers sur la brèche pour défendre ses intérêts que nous avons faits les nôtres.

Nous sommes de toutes ses fêtes, nous nous réjouissons de ses joies, et ses tristesses ont toujours trouvé chez nous un écho.

On veut savoir notre but en soulevant cette question de l'élection des représentants de notre district au Bureau Médical: le voici: Stimuler les médecins de notre district, secouer leur indifférence, et les inciter à surveiller leurs intérêts.

Quant aux intentions qu'on nous prête, entre autres celle de rechercher les fauteuils du Bureau pour nous ou pour nos amis, nous répudions des motifs aussi peu en harmonie avec nos paroles.

Nous dirons franchement notre pensée. Nous ne nous croyons pas mûrs pour ces positions que nous n'accepterions pas, en supposant, par impossible, qu'elles nous fussent offertes.

Le jour où nous aurons atteint notre but, nous nous considérons amplement récompensés de nos labeurs.

Il y a quelques jours on voyait le principal organe canadien français de notre Province, *La Presse*, en tête d'un excellent article sur l'Université Laval de Québec, afficher un titre qui nous a touchés par sa froide éloquence: *Québec Inconnu!*

Et ce Québec Inconnu dont on donnait plusieurs photographures, c'était l'Université Laval de cette ville! Et ce Québec Inconnu c'était son éminent Recteur, Mgr J. C. K. Laflamme dont la réputation

tion a traversé les mers, et cela quelques mois à peine après son retour du Congrès de Moscou où il venait de représenter si dignement les hommes de science de notre pays.

Québec Inconnu ! Où sont-ils ces grands défenseurs de nos intérêts, puisqu'ils n'ont pu dire au moins à l'auteur de cet article. Mais non ! Vous faites erreur ! Ce petit coin précieux de Québec n'est pas inconnu !

Là est née pour ainsi dire et a grandi la littérature canadienne-française ; là les sciences y ont trouvé leurs premiers disciples, leurs premiers amants. Eloignez du nom de Laval, si vous le pouvez, les beaux noms de Crémazie, de Laverdière, de Garneau, etc., et de toute cette pléiade d'écrivains, de savants et d'hommes illustres de notre Province, qui ont jeté sur la métropole elle-même un éclat dont nous ne sommes pas jaloux, mais qui prouve que l'Université Laval de Québec n'est pas inconnue, et qu'elle occupe encore un rang enviable dans la mémoire de notre peuple.

Mais, espérons-le, l'auteur a peut-être voulu simplement dire que ce tout Québec des sciences et des arts garde un silence trop respectueux depuis quelques années. En cela il n'a probablement pas tort. Car l'apathie et l'indifférence sont venus refroidir, glacer presque tout dans ces derniers temps.

C'est contre ce mal que nous voudrions pouvoir aider à réagir dans le domaine médical.

Les plus petits par leurs cris répétés finissent souvent par éveiller les plus grands qui eux font les grandes choses. Aussi cherchons-nous à combattre sans relâche ce calme empesté, mortel de l'apathie, par une organisation vivace, solide, vraiment efficace.

C'est ce que nous avons compris quand saisissant au vol la magnifique idée de notre ami, le Dr Jules Dorion, nous avons de tout cœur prêté main forte à la fondation de la Société Médicale de Québec ; c'est dans ce but encore que, à la dernière séance de cette société, refoulant nos propres idées, nous avons cédé à la pensée juste du Dr Simard, jnr., et nous avons présenté une motion contraire à notre première, dégageant entièrement la société de toute intervention dans cette question de l'élection des gouverneurs ; c'est encore pour atteindre cette fin que nous ne cesserons de travailler et pour l'existence et le progrès de notre Société et pour les intérêts de notre profession. Voilà notre but et notre unique objet...

C. R. PAQUIN,  
Dr P. V. FAUCHER.

Québec, 21 février 1898.

M. LE DIRECTEUR,

Je n'ai pas à répondre aux questions contenues dans la communication de M. le Dr Arthur Simard, publiée dans votre *Revue* du 9 courant. Je sais que les médecins de Québec, visés dans cette correspondance, sauront lui donner entières satisfactions à ce sujet, s'ils le jugent à propos. Je veux seulement protester contre une accusation toute gratuite à mon égard.

Sur quoi M. le Dr. Simard s'appuie-t-il pour dire que je suis "le champion des cours de 6 mois et des examens faciles" ? Toute ma carrière est là pour attester le contraire. Il n'y trouvera pas un acte, pas une ligne, pas un mot pour appuyer cette assertion.

J'aime à croire que la bonne foi du Dr. Simard a été surprise. Celle de bien d'autre avant lui, l'a été, au contact du Dr. Beausoleil.

Bien à vous,  
E. P. LACHAPPELLE.

Montréal, 13 mars 1898.

Nous nous empressons de reproduire la circulaire suivante que nous recevons de Sherbrooke.

Nous la publions en anglais, tel que reçue, croyant que nos confrères de ce district trouvent plus utile pour eux de lui laisser cette forme.

Sherbrooke, 8th march 1898.

DEAR DOCTOR,

You undoubtedly know that powerful influences are brought to bear upon the profession in the rural districts anent the triennial elections of the Medical Board to be held in July next ;

An electoral committee of twenty-four members has been organized at Montreal, *seventeen* of said members being *professors* or *attached* of the different medical faculties, *three* regular practitioners in the City of Montreal and *four only* representing the rural districts.

Although the names of the signers of the circular sent forth by said committee are eminently respectable and would do honor to any medical body, the fact that a great danger, to the profession at large, is hidden behind them cannot be overlooked, through the undue influence which said persons, most of whom are bound to the different universities, could exercise over the Medical Board, should they be elected governors.

Each medical faculty already has the right to be represented, without election, by two of its members, and we all know by experience that those gentlemen always favor the universities to the detriment of the profession at large. You are also aware of the strenuous efforts which these same gentlemen unceasingly put forth to make good the position of their *irregular graduates*, viz. those who have not passed the *preliminary examination* required by the board.

Was not the legislature almost overwhelmed, at its last session, by thirty-five young men demanding the passing of private bills in their favor ? It is asserted that, to day, nearly fifty per cent of the students in our different medical faculties have not passed the preliminary examination, which fully explains why the university men wish to control the Medical Board and remove the present governors.

We wish to distinctly state that all the districts in the province in which, at the last triennial election, medical associations were in existence, were consulted as to the choice of their representatives and that said representatives were recognised by the Board the same as those of our four medical faculties.

Herein is a copy of the programme which we have adopted hoping that it will meet with your approval in which case please sign the enclosed proxy and return by first mail to any of the undersigned.

J. S. C. GAUTHIER, M. D., St-Ephrem d'Upton,  
L. C. BACHAND, M. D., Coaticook,  
J. O. CAMIRAND, M. D., Sherbrooke,  
L. P. NERMAND, M. D., Trois-Rivières  
L. A. PLANTE, M. D., Louiseville.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

Vous avez publié dans votre numéro du 9 mars une lettre écrite par M. le Dr. Arthur Simard, qui me paraît rempli d'un beau zèle. Je fais appel à votre équité et vous prie de publier à son tour la mienne.

Il est dommage que M. le docteur Simard, qui nous apprend qu'il est professeur d'anatomie et de médecine opératoire, n'ait pas réfléchi avant d'écrire sa lettre, ce qui sied toujours à un professeur d'Université. Je comprends qu'il agit ainsi par amour filial, et je ne lui en ferai pas un reproche. Mais il aurait pu au moins demeurer loyal, et ne pas charger sa lettre d'accusations gratuites à l'égard d'hommes dont plusieurs sont ses égaux, et quelques-uns ses supérieurs.

Les médecins de Québec et du district de Québec savent à quoi s'en tenir sur l'organisation électorale dirigée à Québec par MM. les Drs. Ahern, Catellier, Vallée, Faucher, Paquin et Vergé. Ce comité agit de concert, non pas seulement avec le comité de Montréal, dont M. le Dr. Lachapelle et moi faisons partie, mais encore avec les co-

mités de St-Hyacinthe, Sherbrooke, Joliette, St-Jean, Arthabaska, etc. etc. Car, il ne faut pas l'oublier, le mouvement de réforme est maintenant généralisé à toute la Province, tout le monde voulant la même chose : l'élection par districts, afin de la mettre à l'abri des exploiters. M. le Dr. Simard n'a pas besoin d'entrer en colère, il n'y changera rien.

Quant aux procurations, et elles sont nombreuses, qui sont envoyées de différents points de la Province, y compris Québec, à Montréal, puisque le registraire habite Montréal, elles ne viennent ici que pour subir la formalité de l'enregistrement, et seront retournées ensuite aux différents comités. Que M. le Dr. Simard soit sans crainte, il n'y en aura pas une seule d'escamotée, et elles serviront toutes, qu'il veuille ou non, à élire les hommes choisis, non pas par le comité de Montréal, mais par les différents districts, y compris celui de Québec.

Je passe par dessus la leçon que M. le Dr. Simard essaie de faire au Dr. Catellier et au Dr. Lachapelle. Ce serait pitoyable, si ce n'était pas si naïf. M. le Dr. Simard (Arthur) me fait l'effet d'un enfant espiègle qui jetterait des pierres dans la fenêtre du voisin, pour faire plaisir à papa.

Que craint-il, d'ailleurs, pour son père, qui est nommé gouverneur par l'Université Laval ? Qu'on lui enlève son ami Beausoleil ? Mais ce serait ce qui pourrait lui arriver de mieux. Délivré de la tutelle de cet homme, M. le Dr. Simard père continuerait de remplir ses devoirs de gouverneur du Collège sans se faire le serviteur complaisant d'un maître sans scrupules.

C'est ce que tout le monde veut.

En vous remerciant d'avance, monsieur le rédacteur, de votre aimable complaisance, je demeure,

Votre tout dévoué,

E. P. BENOIT, M. D.

Montréal, 14 mars 1898.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

En juillet prochain le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec élira les membres de ce Collège qui devront former le Bureau des Gouverneurs du dit Collège.

En vue de cette élection, comme Président de l'Assemblée Générale des Médecins du District de Québec, je reçois les procurations de ceux d'entre ces médecins qui m'honorent de leur confiance.

Ces procurations sont enregistrées à Montréal, après quoi elles restent en ma possession jusqu'au jour de l'élection. Je m'en servirai alors en faveur de ceux que les Médecins de ce District, convoqués en Assemblée, auront choisis comme candidats.

MICHAEL JOS. AHERN, M.-D.

Québec 15 mars, 1898.

A Messieurs les Médecins du District de Québec,

Messieurs,

Nous trouvons dans la *Revue Médicale* du 9 courant, une correspondance de Monsieur le Dr Arthur Simard (jnr), qu'on ne taxera toujours pas de pécher par trop de courtoisie et que nous laisserions passer sous silence, si elle n'était remplie d'inexactitudes. Car pour ce qui est de l'insolence dont cette lettre est imprégnée, des personnalités et insinuations malveillantes qu'on y rencontre dans chaque phrase, inutile de nous en occuper : le lecteur judicieux en a déjà fait justice.

Mais comme cette lettre, sans doute déjà regrettée par son auteur, peut porter à de fausses interprétations et créer de graves malentendus, votre comité croit devoir y répondre dans l'unique but de rétablir la vérité et dire à M. le Dr Simard qu'il ne lui reconnaît ni le droit, ni le devoir de se poser en maître, en censeur infaillible de vos mandataires.

Relisons donc ensemble les résolutions adoptées unanimement à l'assemblée du 10 février ; examinons ensuite le travail de votre comité depuis cette époque : A l'instant disparaîtront les "MYSTÈRES, LES SOUTERRAINS ET LES MICMACS" de M. le Dr Simard.

(Extrait du rapport de l'assemblée du 10 fév.) Après l'élection de M. le Dr M. J. Ahern comme Président, il fut proposé par M. le Dr P. V. Faucher, secondé par MM. les Docteurs P. Boulet, Léonidas Laroche, P. Lord, A. Potvin, Z. Triganne, C. R. Paquin, Art. Lavoie, M. Brophy, Léon Fiset, Jules Dorion, Chs Verge : Que cette assemblée nomme immédiatement un comité pour s'occuper de l'élection des représentants de ce district dans le Bureau Médical.

2° Proposé par M. le Dr A. Marois, secondé par M. le Dr A. Lavoie que ce comité soit composé des médecins suivants : MM. les Docteurs Laurent Catellier, Arthur Vallée, Charles Verge et C. R. Paquin, avec pouvoir de s'adjoindre d'autres membres s'il y avait besoin.

3° Proposé par M. le Dr Arthur Simard, jnr., secondé par M. le Dr Faucher qu'il soit résolu que le comité fasse rapport de ses travaux à une assemblée plénière des médecins du district.

Mais qu'est devenu ce comité ? Il existe toujours tel que l'a constitué l'assemblée. Il est plein de vie. Il s'est même adjoint M. le Dr Faucher. Ainsi organisé, il s'occupe activement à fournir aux médecins du District de Québec les moyens d'élire des gouverneurs réellement de leur choix. Est-ce à dire pour cela qu'il faille éliminer les gouverneurs actuels, comme on se plaît à le dire ?

A cet effet le comité a sollicité vos procurations, les a déposées en mains sûres avant qu'elles ne fussent enlevées par des gens trop personnellement intéressés. Déjà 147 d'entre vous ont répondu à l'appel et le nombre va croissant tous les jours, quoique M. le Dr Art. Simard nous ait devancés dans cette "chasse effrénée aux procurations".

Maintenant, dites-le, Messieurs, en est-il un parmi vous qui puisse nous accuser d'avoir agi sous de fausses représentations ? Est-ce que cette accusation ne conviendrait pas mieux à l'accusateur ?.....

Où sont allées ces procurations ? Elles ont été remises à M. le Dr M. J. Ahern notre Président, dont le caractère est universellement respecté. Elles resteront entre ses mains jusqu'au jour où il en fera l'usage que vous déterminerez vous-mêmes dans une assemblée générale que votre comité convoquera en temps convenable.

Que pouvions-nous faire de mieux ?

Que M. Simard prenne donc patience : tout vient à point à qui sait attendre.

Pour le moment, qu'il continue, s'il le désire, à demander des procurations puisqu'il croit logique de se permettre un droit qu'il refuse à un comité nommé par lui-même. Au moins qu'il se dispense de donner des leçons, lorsque sa correspondance prouve qu'il en a tant besoin, non seulement au point de vue de la forme, mais surtout sous le rapport de la gentilhommie.

Mais ce qui est plus grave, c'est que M. le Docteur Simard a jugé convenable d'illustrer son nom d'un titre de professeur auquel il n'a pas droit. Il n'est qu'agrégé à la Faculté de médecine et a chargé de cours. Les professeurs titulaires des chaires d'anatomie et de médecine opératoire sont MM. les Drs. Ahern et Catellier. Nous tenons à signaler le fait, car *La Revue Médicale* est lue un peu partout à l'étranger. Ce serait bien de valeur, comme on le dit chez nous, si certaine institution était jugée par les écrits de certains de ses membres !.....

Voilà, messieurs, la stricte vérité en tout point.

Avec l'espérance de vous rencontrer bientôt en assemblée générale.

Nous avons l'honneur d'être,

Messieurs,

VOTRE COMITÉ.

## Interets professionnels

### *La prochaine élection du bureau provincial et la circulaire Beausoleil.*

Jamais, jusqu'ici, les élections triennales n'ont eu l'importance qu'elles vont avoir cette année. Jamais principe plus important n'a été mis en jeu. La profession veut-elle devenir libre ou bien veut-elle encore rester à la merci des faiseurs qui l'exploitent? Voilà le problème qui se pose dans le moment et qu'il est de la plus grande importance de résoudre en faveur de la profession.

Nous croyons que le Comité électoral, dans sa circulaire du 1er février dernier, ne fait qu'exprimer le vœu général de la profession quand il place en tête de son programme *la représentation par districts dans le Bureau provincial de Médecine*. La question n'est pas nouvelle.

Il y a neuf ans, aux élections de 1889, le Bureau des Gouverneurs s'est fait élire sur promesse formelle de donner la représentation par districts; aux élections de 1892, le Bureau la promettait encore à la profession, et, aux dernières élections, en 1895, le Bureau actuel mettait de nouveau cette réforme sur son programme. Mais une fois les élections passées, on n'a plus tenu compte des promesses faites. Bien plus, le Bureau a toujours repoussé toutes les motions demandant l'exécution de ces promesses. On a même vu, au mois de décembre dernier, un petit groupe des membres de ce Bureau ne reculer devant aucun moyen pour empêcher la Législature de Québec d'amender la loi dans le sens désiré par la profession.

Et pourtant la profession médicale toute entière est en faveur de cette représentation par districts. Nous en avons pour preuve non seulement les adhésions qui nous arrivent de toutes les parties de la Province, mais encore le fait que le Bureau actuel sent le besoin, par tactique et par nécessité, de promettre et d'inscrire encore une fois sur son programme la représentation par districts. Ce sera la quatrième fois depuis neuf ans.

Les sociétés médicales de nos grands centres, les associations médicales des districts, les médecins de certains districts, réunis en assemblée, se sont prononcés en faveur de cette réforme, et ils ont nommé des comités chargés de travailler de concert avec le nôtre à obtenir l'indépendance professionnelle en matière d'élections.

Il était naturel de rencontrer sur notre route—nous nous y attendions du reste—la même clique que nous avons toujours à combattre lorsqu'il s'agit des intérêts généraux de la profession, clique avec laquelle nous sommes loin de vouloir identifier la grande majorité des membres du Bureau. Ces adversaires, qui ne forment qu'un tout petit groupe, ayant foi dans leur inamovibilité, faussent à dessein, dans ce document, qui ne porte aucun nom responsable et que l'on essaie de faire passer comme émanant du Bureau même des Gouverneurs, le but que le comité électoral poursuit, et dénaturent les motifs qui l'animent. En face d'une mauvaise foi aussi évidente, il devient urgent de signaler à la profession les mensonges que referme ce document, où l'on reconnaît, bien qu'il ne soit pas signé, la même tactique et la même absence de scrupules qui a présidé l'hiver dernier à la lutte déloyale que le Dr Beausoleil a fait à l'Hôpital-Notre-Dame.

Examinons un peu ce que contient la première partie de ce manifeste, consacré à exalter les œuvres du Bureau actuel, dont le Dr. Beausoleil forme la plus grosse partie (quorum magna pars fuit).

*Pratique illégale de la médecine.*—A quoi sert de nous faciliter l'accès aux tribunaux, si la loi contre les charlatans ne nous fournit pas d'armes sérieuses pour les combattre? Nous ne sommes pas

plus avancés aujourd'hui que nous étions auparavant. Pourquoi, par exemple, le Bureau laisse-t-il des compagnies américaines donner, dans la province, au vu et au su de tout le monde, des consultations gratuites, destinées à faciliter la vente de leurs prétendus spécifiques. On nous répond que la loi est insuffisante; belle réponse en vérité, mais alors pourquoi n'avez-vous pas fait amender la loi, de manière à protéger la profession? Mystère.....?

*Conseil de discipline.*—Enfin le Bureau s'est décidé à créer, cette année, le Conseil de discipline que la profession demandait dès 1889. Est-ce en vue des élections prochaines? Il est vrai que mieux vaut tard que jamais; mais seulement, ce qui nous amuse, c'est de voir certains membres perpétuels du Bureau présenter comme due à leur initiative la création de ce Conseil contre laquelle ils se sont toujours opposés avec énergie. En soi, le Conseil de discipline est une excellente chose, mais à la condition qu'il ne soit pas aux mains d'un groupe ni d'une clique, car alors il deviendrait la pire des institutions. Le seul moyen d'assurer l'indépendance de ce Conseil et de le soustraire à l'influence des faiseurs, c'est d'élire un Bureau dont les membres soient indépendants de toute coterie, c'est d'avoir la représentation par districts.

*Laboratoires.*—Il y a déjà, dans les universités et les hôpitaux, des laboratoires auxquels sont attachés, ce qui est assez important, des spécialistes compétents. Ces laboratoires, qui ne sont nullement à la charge de la profession, sont toujours à la disposition des médecins. On promet un laboratoire *gratuit*, mais qui garantit que le Bureau ne sera pas obligé de le soutenir de ses deniers?... Et alors, sera-t-il raisonnable de prendre les fonds du Collège pour aider un laboratoire qui ne profitera guère qu'à ceux des médecins qui demeurent à proximité de Montréal.

*Bibliothèque.*—Avant de créer une bibliothèque, ce qui est certainement plus dans le rôle du Collège, ne vaudrait-il pas mieux mettre à effet la motion adoptée par le Bureau l'année dernière, mais dont on a pas tenu compte, et s'assurer d'abord s'il y a un moyen pratique de rendre cette bibliothèque utile à tous et à chacun des membres de la profession? En effet, qui bénéficiera d'une bibliothèque médicale provinciale? Sont-ce les médecins des villes? Sont-ce les médecins des districts éloignés?

La création d'une bibliothèque circulante serait bien dispendieuse. Ne vaudrait-il pas mieux, alors, employer les fonds destinés à cette bibliothèque à encourager la création de sociétés médicales dans les districts et à leur faciliter l'acquisition de revues médicales?

*Administration.*—Il y aurait beaucoup à dire s'il fallait discuter dans le détail tout ce qu'il y a eu et tout ce qu'il y aura encore de défectueux dans l'administration financière sous la responsabilité du Bureau actuel. Qu'il nous suffise de rappeler certaines irrégularités commises, au sujet desquelles, personne, parmi les intéressés, n'a donné encore d'explications claires, ni dégage sa responsabilité.

Il est vrai que le Bureau publie un *Registre médical*, mais ce registre a le grave défaut de fourmiller d'erreurs grossières et de n'être jamais au point. C'est une œuvre dispendieuse, mal faite et qui n'a aucune valeur pratique. Chacun peut s'en rendre compte en le consultant.

Ce n'est pas la peine non plus de se vanter d'avoir fait faire la *collection des arrérages* lorsque l'on constate, par le bulletin des délimitations du Bureau, qu'il reste encore une somme considérable de deniers à percevoir pour la contribution annuelle, et quand tous les médecins savent par eux-mêmes combien cette collection est faite irrégulièrement et d'une manière partielle.

Pour ce qui est du *certificat d'équivalence*, le Bureau n'a nullement le mérite de l'avoir obtenu. Il y a déjà longtemps qu'il est accordé aux étudiants et aux médecins canadiens qui sont admis en France à suivre les cours et à prendre leurs degrés tout comme les étudiants et les médecins français. Témoins: le Dr. A. Brodeur, en

1874, le Dr. Lespérance, en 1889, le Dr. de Martigny, en 1891, et plusieurs autres encore qui ont obtenu cette faveur bien avant que le Dr. Beausoleil ait fait à Paris le voyage que l'on sait... Le Dr. Azarie Brodeur, parti de Montréal élève de 3e année, fut admis à Paris, par faveur très grande, à passer de suite ses examens de seconde... et son diplôme lui donne le droit de pratiquer en France ou dans les colonies françaises.

*Licence interprovinciale.*— Cette question d'intérêt général, qui regarde chaque province, sera réglée en son temps par le Bureau, et ce n'est pas parce que le Dr. Beausoleil et son petit groupe perdront leur élection que cette question sera jetée au panier.

La seconde partie du manifeste Beausoleil est employée à faire des promesses à la profession :

On promet l'abolition du vote par procuration.

On promet encore, pour la quatrième fois depuis 9 ans, la représentation par districts.

On promet d'établir une agence dans chaque district pour faire la guerre aux charlatans.

On promet de prendre un assesseur dans chaque district.

Toutes ces promesses sont faites avant les élections, et après les élections qu'en adviendra-t-il ?

L'expérience des neuf dernières années est là pour démontrer ce que nous devons attendre de l'avenir avec ces gens qui, au moment des élections, font miroiter toutes les espérances aux yeux de la profession, pour capter sa confiance et, les élections terminées, se moquent de leurs belles promesses et des médecins qui ont été assez naïfs pour y croire.

La troisième partie du manifeste Beausoleil est consacrée exclusivement à satisfaire ses rancunes contre des médecins honorables et surtout contre l'Université Laval de Montréal. C'est un tissu de faussetés et de mensonges.

Il n'y a pas de doute que pour diminuer l'importance du mouvement qui se fait actuellement dans la profession, il peut être considéré comme habile, en certains quartiers, d'essayer de le représenter comme le fait de l'ambition personnelle ou comme l'œuvre d'une Université seulement, mais pour qui connaît l'auteur peu scrupuleux de la circulaire anonyme, il n'y a pas lieu de s'étonner de le voir employer son procédé habituel et connu.

Examinons maintenant ce qu'il y a de fondé dans les affirmations du Dr Beausoleil.

Le Comité électoral des médecins n'est qu'une organisation faite dans le but d'affranchir le Bureau et la profession de la clique qui l'asservit. Nous voulons que la profession reprenne sa liberté et son indépendance qu'elle n'a plus. Et pour cela le Comité s'est déjà engagé et s'engage encore envers tous ceux qui lui donnent leur appui à faire élire les candidats qui seront choisis par les districts et par les villes, à la condition bien entendu que ces candidats soient entièrement en faveur de notre programme. Aucun professeur de l'Université n'est candidat et ne pourra l'être sans le vœu de la profession.

On dit, parce que la circulaire est signée par un certain nombre de médecins professeurs, que l'Université Laval veut s'emparer du Bureau des Gouverneurs. C'est le Seigneur et Maître du Bureau qui affirme audacieusement la chose et quel autre, du reste, peut avoir le toupet d'affirmer cela ? D'abord l'Université Laval de Montréal, que le Dr Beausoleil met intentionnellement en vedette dans sa circulaire, n'est pas la seule dont les professeurs soient dans le mouvement. Il y a aussi l'Université Laval de Québec, et celle de McGill, et celle de Bishop. Pourquoi tomber plutôt sur Laval de Montréal que sur les autres ? N'y aurait-il pas au fond de la manœuvre Beausoleil quelque motif de rancune, quelque vieux levain de dépit ? Mais passons.....

Comment l'Université Laval, ou toute autre Université, pourrait-elle vraiment s'emparer du contrôle de la profession avec le système que le Comité s'efforce d'établir. Les Universités ont droit à deux

représentants, elles n'en demandent pas davantage. A part ces huit gouverneurs, les 34 autres seront pris en dehors du professorat et ils seront élus à la majorité des voix par les médecins pratiquants, qui ont tout intérêt à ce que leurs candidats soient choisis parmi eux, soit dans les villes, soit dans les districts. Si nous réussissons, — et nous réussirons, — le Bureau des Gouverneurs ne pourra donc pas plus être contrôlé par les Universités que par le Dr Beausoleil lui-même.

Le Dr Beausoleil, qui craint tant l'Université Laval de Montréal, a élu gouverneurs par ses procurations et par son influence, deux membres de cette même université (les Drs Brosseau et Dagenais) et en a fait l'un le secrétaire et l'autre le trésorier de son Bureau. Il ne craignait donc pas alors de voir l'Université Laval trop représentée dans le Bureau ? Voilà un point réellement embarrassant à expliquer et qui suffit à illustrer la sincérité d'un homme.

Quant aux insinuations que le Dr Beausoleil fait dans sa circulaire au sujet de l'Université Laval, voici, après nous être renseignés, ce que nous avons à y répondre.

L'Université Laval de Montréal, tout comme les autres Universités, du reste, s'est toujours conformée au programme tracé par la loi. Elle a même toujours fait plus que le programme demandait. C'est elle et non pas le Collège qui a créé ses laboratoires et en a supporté les frais d'installation. C'est elle et non pas le Collège qui a perfectionné ses cours et ses cliniques. Les cours de neuf mois ne datent pas d'hier, et elle a été une des premières à introduire cette réforme dans l'enseignement médical de notre Province. Victoria, du temps que le Dr Beausoleil était professeur, ne donnait que six mois de cours. Il y a déjà longtemps que les assesseurs sont choisis parmi les médecins de la province et l'Université n'en a jamais eu peur. Bien au contraire, c'est à sa suggestion, en 1877, que ce mode de contrôle a été établi bien avant le régime Beausoleil, par conséquent.

Mais vraiment, si le Bureau des Gouverneurs est si fier de son programme d'études, il a eu vraiment tort de détruire d'un seul coup l'utilité de ce programme en accordant sa licence comme cela est arrivé trop souvent à des gens qui n'avaient pas de brevet et même à d'autres qui n'avaient pas même de diplôme. M. Beausoleil désire-t-il que nous précisions ?

Voyez à ce sujet la loi passée à la dernière législature de Québec (no 188), à la demande du Dr Beausoleil. Le registraire se plaint que des étudiants n'ont pas de brevets, il en met la faute sur l'Université, et c'est lui-même qui se charge de faire passer des lois pour admettre ces jeunes gens à la pratique.

Tout ceci ne prouve-t-il pas d'une manière évidente que ce n'est pas par principe qu'on agit, mais suivant les besoins du moment, en se servant de tous les expédients que l'on croit bons pour se maintenir en position. La profession, que l'on a pu duper pendant un certain temps, a fini par ouvrir les yeux, et semble décidée à mettre fin à un pareil système.

Le Comité électoral remercie la profession pour l'empressement avec lequel de tous côtés on a répondu à son appel, pour les nombreuses lettres d'adhésion et d'encouragement qu'il a reçues de toutes directions et surtout pour le grand nombre de procurations qu'on lui a déjà fait parvenir. Jamais encore la profession n'a pris autant d'intérêt dans les affaires qui la concernent. Comment voulez-vous qu'elle s'intéressât à quelque chose, puisque jusqu'ici on la tenait toujours sous le boisseau ? Mais cette année, complètement renseignée sur les choses, elle comprend qu'il y va de son intérêt de prendre part au mouvement. Elle a les mêmes idées que nous sur les questions qui nous occupent et le Comité n'a fait réellement qu'exprimer publiquement ce que chacun pensait en lui-même. C'est là pour nous la meilleure preuve que notre cause est bonne.

E. P. BENOIS, M.-D.,  
Secrétaire du Comité Electoral.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Un cas de corps étranger des fosses nasales.

L. N. J. Fiset M.-D. Laryngologiste,

Les cas de corps étrangers du nez sont fréquents et de pratique journalière. Est-ce pour cela qu'ils sont si souvent méconnus, niés et mal traités? Voyons un peu le cas qui nous occupe et tâchons d'en tirer quelque utilité pratique.

M. X... vint au mois d'avril, 1897 réclamer mes soins pour une petite fillette, son enfant, qui l'accompagnait, et qui, disait-il, souffrait depuis deux ans passés d'une affection nasale.

La petite était, en effet, "morveuse"; un écoulement purulent et sanieux très abondant sortait par sa narine droite et se concrétait avec rapidité en croûtes épaisses sur la lèvre supérieure, légèrement excoriée par ce contact irritant. Une odeur fétide s'exhalait de son nez. Petite, chétive, pâle et anémique ou eût facilement pris cette pyorrhée pour une manifestation nasale du mauvais état général. A quatre ans, internée dans un pensionnat de jeunes filles, elle fut renvoyée au bout d'une année à peu près à cause de l'odeur nauséabonde qui s'exhalait de son nez et parce que les prescriptions du médecin de l'institution forçaient les dames religieuses à lui faire de fréquentes irrigations nasales; source d'ennuis continuels. C'est alors que je vis la petite fille et que le père de l'enfant me raconta ce qui suit :

"A l'âge de trois ans, dit-il, ma petite fille est accourue un jour en pleurant me disant qu'elle venait d'introduire dans son nez un bouton de guêtre. J'examinai de mon mieux son nez pour vérifier son assertion; mais ma recherche fut inutile: je ne pus rien découvrir. Elle sécha bientôt ses larmes et il ne fut plus question du bouton. Tout alla bien pendant six mois, puis survint peu à peu, au bout de ce temps, l'écoulement nasal actuel. Le bouton était depuis longtemps par nous oublié; mais la petite s'en souvint et lui attribua bien vite la cause de son mal. Après tout, elle pouvait bien dire vrai; j'allai donc consulter un médecin. Celui-ci examina avec un soin au moins apparent le nez de ma petite fille, n'y put rien découvrir, et, finalement frappé du mauvais état de sa santé, attribua tout au vice de constitution, prescrivit un traitement fortifiant et une préparation d'huile de foie de morue. Ce traitement fut suivi scrupuleusement pendant six mois; mais tout allait de mal en pis, et sa santé si frêle semblait périliter davantage. C'est alors qu'elle fut internée dans un pensionnat où elle passa entre les mains du médecin de l'institution. Un nouvel examen fut par celui-ci fait avec précaution; on lui raconta l'histoire du bouton qu'il ne put non plus découvrir, li nia même son existence et finalement prescrivit avec quelques modifications un nouveau traitement constitutionnel et ajouta les irrigations nasales. Elle sortit du couvent et la voilà plus faible aujourd'hui et plus chétive que jamais."

Voilà ce que j'appris du père.

Après ces échecs thérapeutiques, un nouvel examen physique minutieux s'imposait.

La narine fut immédiatement déblayée des grumeaux caséux et du pus qui l'encombraient par une irrigation très douce et par l'emploi de coton absorbant fixé à la tige d'un porte-ouate. Un spéculum nasal fut introduit avec précaution et j'aperçus obstruant en

totalité la cavité nasale une masse de granulations fongueuses saignantes et suintant le pus. Rien de plus ne s'offrait au regard, assisté pourtant d'un puissant jet lumineux. Il fallait recourir au stylet, le plus précieux moyen de diagnostic du rhinologiste. Pénétrant au milieu des granulations il vint bientôt se heurter sur un corps dur à un pouce et demi de l'orifice narinal. Mais quel était-il? la vue seule pouvait me fixer sur sa nature. Je fis jouer le serre-nœud contre les granulations qui tombèrent une à une, et enfin je pus apercevoir après une hémostase rapide, au peroxyde d'hydrogène un corps blanchâtre, volumineux, enclavé solidement entre la cloison et le méat moyen. Sa surface était lisse, arrondie: c'était le fameux bouton enfin, mais grossi de tout un dépôt calcaire, qui atteignait à certains endroits 1½ millimètre, transformé en un véritable rhinolithe. L'extraction à la curette nasale moussée, si utile dans ces cas, fut tentée, mais sans succès; il fallut recourir à la pince qui donna des meilleurs résultats, je pus mobiliser le bouton et l'amener au dehors, non sans provoquer toutefois une hémorragie assez abondante.



Enduit calcaire de un millimètre et demi recouvrant le bouton

Bouton grosseur naturelle

Quelques jours après, toute trace de son passage était disparue.

Il y a, il me semble, de nombreuses conclusions à tirer de ce cas si intéressant de ce corps étranger des fosses nasales; étudions donc cette question des corps étrangers à un point de vue plus général et elles viendront toutes se placer naturellement à leur place respective au cours de cette petite étude.

Ils sont en nombre infini les corps étrangers qui peuvent être insinués ou peuvent s'insinuer d'eux-mêmes dans les fosses nasales.

Cependant, à chacune des trois voies ouvertes aux corps étrangers correspond une classe d'objets spéciale et différente des autres.

1° *Par les narines.* Par cette voie presque tout peut devenir corps étranger: boutons, petits cailloux, pois, haricots, perles, grains de plomb, allumettes même, etc., etc. La victime, dans la majorité des cas, est un enfant qui, en s'amusant, s'est introduit le corps du délit dans son nez, et le plus souvent *du côté droit*, accès plus facile de sa main droite. La frayeur le saisit bientôt; il cherche instinctivement à l'extraire; et ne réussit qu'à l'éloigner davantage, heureux si une personne charitable ne vient pas, par de maladroites manœuvres, l'enclaver davantage dans l'intérieur de son petit nez. L'adulte, est plus sage, aussi ils sont peu nombreux les corps étrangers qu'il s'introduit dans le nez. Cependant souvent un opérateur négligent laissera dans le nez de son client, soit un tampon d'ouate, soit une lambe de gaze introduite par lui, et dont il ne se souvient plus.

2° *La soie choanale.* C'est souvent le vomissement, et parfois la toux qui se charge de faire pénétrer par les choanes, soit un noyau de fruit, un fragment d'aliment etc; mais il faut, le plus souvent, qu'une parésie du voile du palais leur vienne en aide, et c'est le plus souvent la parésie d'origine dyphtérique. Le débris alimentaire est alors placé d'ordinaire à la partie postérieure du méat moyen, ne produit pas de réaction appréciable, et passe le plus souvent inaperçu.

3° *Orifice traumatique.* Ce sont le plus souvent des projectiles

de guerre, balles, éclats d'obus, qui pénètrent ainsi avec effraction dans le nez, c'est quelquefois aussi le résultat d'accidents variées, éclats de métal, de bois, etc.

On pourrait placer ici les corps étrangers qui se développent dans l'intérieur même du nez : séquestres syphilitiques ou de nécrose éthmoïdale, rhinolithes.

Que se passe-t-il maintenant quand un corps étranger a été introduit dans le nez. Peu de chose au début, tout au plus un peu d'éternuement, une sensation de gêne, de plénitude, et quelquefois une légère épistaxis, surtout si le corps est rugueux ; puis tout rentre dans l'ordre : c'est la période de calme qui commence. Elle peut être très courte, elle peut être aussi bien longue, atteindre et même dépasser dix à douze ans. Dans le cas cité plus haut nous avons vu un repos complet de six mois suivre l'introduction, sans la moindre trace de réaction. Mais tôt ou tard celle-ci viendra avec son cortège symptomatique si caractéristique.

La réaction vitale ne saura tarder si le corps est septique s'il est rugueux, ou s'il est susceptible de dilatation comme le pois, le haricot, etc., mais elle peut se faire attendre si le corps étranger est net et poli.

La période réactionnelle s'annonce par une série de symptômes caractéristiques dont le plus important est la *pyorrhée nasale unilatérale* et telle est l'importance de ce symptôme chez l'enfant, que sa seule constatation doit nous faire penser à la présence d'un corps étranger du nez, tant sont rares à cet âge les autres causes de supuration unilatérale : sinusites, rhinolithes, séquestres. Il s'en suit aussi naturellement que chez l'adulte la pyorrhée unilatérale est un symptôme de bien moindre valeur que chez l'enfant à cause de la fréquence des sinusites et des séquestres.

L'obstruction du nez partielle ou complète est aussi un indice de valeur sans toutefois avoir l'importance de la pyorrhée unilatérale. Ces deux symptômes principaux sont presque toujours accompagnés des manifestations morbides les plus variées parmi lesquelles l'épistaxis, des réflexes à distances, des troubles auditifs, de l'obstruction du canal lacrymal, etc., etc.

Voilà ce qui frappe les sens et souvent le médecin s'en contente, croit à la scrofule, à un vice de l'organisme et prescrit un régime tonique, quelques lavages du nez, alors que tout le traitement se réduirait à enlever un bouton de guêtre !

C'est qu'il a passé pardessus le plus important de tous les moyens de diagnostic, l'examen physique. La vue et le toucher par le stylet en feront les frais. Si le corps étranger est libre et n'est environné que de pus et de grumeaux caséux rien n'est plus simple ; il suffit d'une irrigation faite avec douceur pour laver le pus, d'un porte-ouate pour favoriser le détachement des grumeaux et bientôt le corps étranger sera visible, mais s'il y a des fongosités, le plus souvent il faudra faire jouer le stylet qu'on introduira entre les granulations et bientôt il bâtera sur le corps dur. Cependant le stylet peut être quelquefois infidèle si le corps étranger est mou : tampons de gaze ou de ouate, débris alimentaires. Mais suffit-il de voir ? certes non : car le traitement rationnel demande d'autres renseignements avant d'entrer en jeu. Il lui faut connaître le siège, la mobilité ; la consistance, la forme du corps étranger pour diriger contre lui ses meilleures armes. Ainsi renseigné il nous est facile d'appliquer un traitement convenable.

Quelques règles simples doivent présider au traitement sur lequel je ne m'attacherai pas. L'extraction qui peut se faire par l'une des trois voies d'entrée du corps étranger doit être faite le *plus souvent* par les narines, *rarement* par l'orifice postérieur de la fosse nasale et *exceptionnellement* par un orifice artificiel (Lermoyez). On a tour à tour préconisé une foule de moyens d'extraction par la narine mais tous doivent avoir pour qualité première une grande douceur et ne pas produire de lésions instrumentales que le corps n'aurait pas lui-même produit. L'extraction par les choanes et plus encore l'extraction par une ouverture artificielle sont des procédés d'exception aux quels on ne doit recourir que comme pis aller.

Les soins consécutifs seront simples et se borneront le plus souvent à quelques irrigations antiseptiques faibles. Très rapidement la pyorrhée cesse et tout rentre dans l'ordre.

61 rue Ste-Anne, Québec.

## REPRODUCTION

### Quand une fracture transverse de la rotule doit-elle être traitée par la suture ?

M. Payton T. B. Beale tire les conclusions suivantes d'un long travail publié dans le *Treatment* du 27 janvier :

Le sang épanché dans l'articulation du genou agissant comme corps étrangers, amène la première manifestation de l'inflammation dans la membrane synoviale, saine jusque là. Cette période comprend ces trois conditions : 1° Dilatation des vaisseaux et augmentation de l'afflux sanguin. 2° Diminution du taux de l'écoulement sanguin. 3° Stase et exsudation. Si on ouvre l'articulation durant ces deux premières conditions, tout organisme septique qui tombe sur la membrane synoviale se développera et multipliera tout probablement c'est-à-dire que le tissu ne sera pas capable de le vaincre et de le détruire. Si l'articulation est ouverte dans la troisième condition, et si les organismes y trouvent accès, on peut les enlever et les détruire, ou ils peuvent, d'un autre côté, être purement rejetés dans quelque partie adjacente, où ils prospéreront et infecteront ainsi la membrane synoviale entière.

Si l'articulation du genou renfermant du sang épanché est tenue au repos et sous l'influence du froid au moyen d'une attelle presque droite et d'un sac de glace ou d'une lotion évaporante, cette première période d'inflammation avec ses trois conditions disparaîtra peu à peu jusqu'à ce que le sang soit absorbé. La troisième condition est probablement la plus propre à amener l'absorption du sang épanché. La membrane synoviale reviendra alors à son état normal. Si tout le sang est résorbé, et elle peut devenir saine même s'il reste un peu de sang non résorbé, la membrane tolérant ce qui reste ; l'articulation peut alors être ouverte sans plus de risque que si l'on ouvrait une articulation dont la membrane synoviale n'a pas passé par cette première période d'inflammation.

M. Beale considère que le risque excessif qui, suivant quelques chirurgiens, est encore à l'ouverture de l'articulation du genou afin de suturer une rotule fracturée est dû, jusqu'à un certain point, aux malheureux résultats qui sont survenues à la suite de l'entrée d'organismes septiques quand l'opération a été faite avant que le sang épanché n'eut été entièrement résorbé.

L'opération devrait, cependant, dit l'auteur, être faite immédiatement après que la fracture s'est produite. Seulement lorsque les deux conditions suivantes peuvent être observées ensemble, à savoir, que le sang n'a pas commencé à s'épancher et qu'il n'y a eu aucune violence directe contre la partie.

Toutefois il est clair que dans la grande majorité des cas qui sont d'ailleurs propres à la suture, l'opération ne doit être faite qu'un certain temps après la production de la fracture. Sans doute, théo-

riquement, continue M. Beale, les conditions à rechercher durant et après toute opération devraient être d'exclure absolument l'entrée de tout organisme septique dans une plaie ; mais on doit admettre qu'on ne peut pas être toujours sûr d'obtenir ce résultat, et il n'y a aucun doute que parfois, sinon fréquemment, il pénètre dans les plaies quelques organismes septiques, mais ils y sont en si petit nombre que les phagocytes sont capables d'en avoir raison. Ceux-ci les feront presque certainement disparaître dans un tissu sain, mais ils pourraient bien n'être pas capables d'en enrayer la marche dans un tissu qui est le siège des premiers changements inflammatoires.

Les autres points à considérer, avance l'auteur, sont l'occupation et l'âge du malade. Il lui semble, *per se*, ne doit être considéré que par rapport à l'affaiblissement de la santé qui peut retarder ou prévenir la réparation des tissus lésés en général et l'union de l'os en particulier. Si un homme en santé de soixante-cinq, ou même soixante-dix ans, souffrait d'une fracture composée d'un os long, le traitement de la fracture serait le même que chez le jeune homme de seize ans en santé ; et s'il avait une fracture transverse de la rotule, et si son occupation était telle qu'elle demandait l'usage libre de ses membres inférieurs, pourquoi, demande M. Beale, ne lui donnerait-on pas l'avantage de regagner l'usage entier et nécessaire de sa jambe ? L'occupation, ici, mérite plus de considération que l'âge.

Si le travail par lequel le malade gagne son pain est tel qu'il lui faut l'usage libre et entier de son membre inférieur, il faut que la rotule soit entièrement osseuse, et on doit alors conseiller au malade de se faire suturer la rotule, cette méthode étant la seule capable d'assurer une union osseuse vraie. Un homme dont l'occupation demande à ce qu'il entre continuellement et rapidement dans une voiture et qu'il en sorte de même ne pourrait certainement pas remplir ses devoirs à moins de voir sa rotule entièrement osseuse. Si, d'un autre côté, son occupation n'exige pas une telle activité, on ne doit pas conseiller au malade la suture de sa rotule, mais on doit le laisser se décider par lui-même, après lui avoir décrit le principe de la suture, et l'union complète et osseuse subséquente, et lui avoir fait comprendre que le risque encouru n'est pas plus grand celui de la plupart des autres opérations.

(The New-York medical journal)  
Dr P. V F.

#### De deux cas d'asystolie et d'un cas d'œdème aigu du poumon observé chez des parturientes

Par Fr. DUPLANT, interne des hôpitaux de Lyon.

**Conclusions.**—1° Il existe pendant la grossesse et l'accouchement des accidents congestifs aigus du poumon, pouvant évoluer isolément sans que le cœur soit en état d'asystolie.

2° Lorsque l'œdème aigu du poumon existe seul, le travail semble ne l'aggraver que faiblement, alors qu'il accentue les troubles asystoliques ; mais il faut redouter les accidents éclatant après la délivrance.

3° Cette aggravation de l'œdème aigu nous paraît liée à la rupture de la circulation utéro-placentaire ; alors que l'évacuation de l'utérus, l'hémorragie de la délivrance, la suppression de la circulation utéro-placentaire soulagent un cœur en asystolie.

4° Nous croyons que les accidents congestifs aigus présentés par notre malade étaient liés à un réflexe d'origine utérine, et aux modifications du sang pendant la grossesse ; le rétrécissement mitral prédisposant le poumon à ces troubles circulatoires.

5° Il faut terminer ou provoquer l'accouchement le plus tôt possible lorsqu'il existe des accidents asystoliques graves, ou lorsque l'œdème aigu se surajoute à l'asystolie. L'expectative peut être convenue alors que l'œdème aigu existe seul, à moins qu'il ne prenne une allure suraiguë. La saignée, est, dans tous les cas, un excellent moyen de lutter contre ces accidents.

(Gaz. Hebd.)

#### Sur la signification du souffle dans la pleurésie sero-fibrineuse

Par le Dr GASTON BRANTHOMME, de Noailles (Oise)

Le souffle pleurétique n'est pas autre chose que le souffle bronchique modifié. L'opinion classique veut qu'il le soit par son passage à travers le liquide épanché dans la plèvre. L'étude à laquelle nous nous sommes livrés nous fait, au contraire, penser que cette modification résulte de son passage à travers une légère couche de tissu pulmonaire hépatisé. Nous allons essayer de le démontrer.

Pour cela, il nous faut prouver que dans toute inflammation sero-fibrineuse de la plèvre il y a un état du poumon capable de donner naissance à un souffle, et que le souffle pleurétique n'est autre que ce dernier.

La pleurésie sero-fibrineuse est primitive ou secondaire. Celle-ci, abstraction faite du cancer et de la pleurésie dans la granulie, se fait : 1° par infarctus pulmonaire ; 2° par hépatisation pulmonaire ; 3° par congestion. Laissons la de côté et voyons la pleurésie primitive.

Cette pleurésie est toujours tuberculeuse (1).

Voici ce que disent les auteurs à son sujet :

"Je dois m'arrêter un instant, dit Dieulafoy, sur la congestion du poumon qui, si fréquemment, accompagne la pleurésie. C'est un fait qui a été bien mis en lumière par M. Potain. La fluxion d'un lobe pulmonaire ou d'une partie du poumon accompagne souvent la pleurésie, surtout à sa période de formation ; il en résulte que les signes de l'épanchement pleural sont un peu défigurés par les signes que donne ce poumon fluxionné ; l'égophonie au lieu d'être pure devient de la broncho-égophonie ; le souffle au lieu d'être lointain et voilé devient un souffle plus rude ; la qualité de la matité et les nuances des vibrations thoraciques sont modifiées. (2)" Laissons de côté la pleuro-pneumonie, et arrivons de suite à ces paroles de M. Potain : "Toute pleurite, toute pleurésie entraîne un certain degré d'inflammation des aréoles de la corticalité pulmonaire. L'hyperémie pleurale, par simple propagation de voisinage ou par l'intermédiaire des voies lymphatiques, se transmet à la superficie du poumon, dont le tissu, à ce niveau, présente au bout d'un certain temps les altérations de la pneumonie corticale. C'est, entre parenthèse, à cette pneumonie corticale que vous devez rapporter la raison d'être de cette crépitation pleurale si fine dont le diagnostic avec le frottement est parfois si délicat (3)". A l'autopsie d'un cas de pleurésie, on trouve que les alvéoles pulmonaires les plus superficiels offrent les altérations de la pneumonie catharrale (4)".

C'est assez insister. Il existe donc dans toute pleurésie une zone d'hépatisation pulmonaire. Celle-ci est capable de faire naître un souffle, puisqu'elle peut donner lieu à une fine crépitation, et qu'elle est assez puissante pour fixer le poumon en réduisant au minimum son extensibilité (5). Il nous faut prouver maintenant que le souffle pleurétique est dû à cet état du poumon que nous savons exister et non à la présence du liquide dans la plèvre.

Nous trouvons quelques arguments dans les faits suivants empruntés à Barth (6). Dans la pleurésie aiguë primitive, le souffle est sec, franc, intense ; c'est en effet dans cette forme de la pleurésie que l'hépatisation concomitante est le plus intense. Au contraire, dans les pleurésies subaiguës, là où l'hépatisation est moins profonde, le souffle est doux, profond, comme voilé. Par contre, dans les pleurésies latentes, où l'inflammation pulmonaire est réduite à son minimum, le souffle manque souvent. Le souffle suit la matité et remonte avec elle, c'est-à-dire avec l'épanchement, celui-ci étant causé par la marche ascendante de la pleurésie. La pneumonie corticale la suit.

Il persiste jusqu'à la fin de la fièvre, puis diminue avant l'épanchement, suivant ainsi plus le degré d'inflammation du poumon que la durée de l'épanchement.

(1) Le Damany, *La bactériologie et la pathogénie des pleurésies fibrineuses* (Gazette des Hôpitaux 1897, 1282).

(2) Dieulafoy, *Manuel de pathologie interne*, 4e édition.

(3) Potain, *Semaine médicale*, 1897, page 417.

(4) Dieulafoy, *loco citato*.

(5) Potain, *loco citato*.

(6) Barth, *Dictionnaire de Dechambre*, article Bruits de Souffle.

Il persiste souvent malgré la thoracentèse dans les pleurésies subaiguës. Enfin Barth ne lui attribue dans la pleurésie qu'une valeur bien faible; et il ajoute qu'il tient à des conditions physiques du poumon qu'on ne connaît pas encore très bien.

Si maintenant nous exposons ce que nous avons constaté dans les cas assez nombreux de pleurésie que nous avons eus sous les yeux, nous dirons: le plus souvent nous avons eu affaire à un souffle criard et intense, existant toujours dans les formes franchement aiguës; manquant généralement dans les formes éteintes, notamment chez un diabétique à qui nous avons dû faire six ponctions successives et qui a fini par guérir; manquant souvent ou étant plus doux et lointain dans les formes subaiguës. C'est ainsi qu'il faisait défaut chez un jeune homme qui présentait tous les soirs une température de 39°, et à qui nous avons enlevé 800 grammes de liquide.

Ajoutons que tous les autres faits observés par nous sont en parfaite concordance avec ceux de Barth cités plus haut, notamment la disparition du souffle au moment de la chute de la fièvre.

Nous avons de plus constaté ce qui suit, qui selon nous a une importance capitale:

Soit un malade atteint d'une pleurésie avec épanchement récent et de quantité moyenne. Supposons le sujet ayant gardé la position verticale, de sorte que le niveau du liquide dans la plèvre soit à peu près horizontal, négligeant l'encoche prévertébrale. La matité absolue est représentée par la ligne A. B.

Inclinons le malade sur le côté gauche, ainsi que nous l'avons appris de notre maître, M. Lépine: le liquide va se déplacer, et au bout d'un moment, son niveau sera marqué par la ligne CD.

Les deux lignes de niveau se rencontrent en un point O, sommet de deux triangles. L'un OBD interne occupe un espace antérieurement rempli par l'épanchement. Sa percussion donnait de la matité; il y a maintenant de la sonorité. A l'auscultation on y entendait du souffle; actuellement ce souffle est encore perçu. Par contre, l'espace OAC, où l'on constatait tout à l'heure de la sonorité et pas de souffle présente maintenant de la matité et pas de souffle. En replaçant le malade dans la position verticale on obtient la contre-épreuve.

Ce fait positif qui, à lui seul, suffit à prouver la véracité de notre hypothèse ne se rencontre pas dans chaque pleurésie. Nous n'avons pu le constater que trois fois sur douze cas, depuis un an que nous le cherchons. La raison en est dans ce fait, que le liquide pleural se déplace difficilement. Cela tient moins à sa densité, 1018 en moyenne, qu'à l'hypertension qui existe dans la cavité pleurale, et qu'à la résistance du poumon congestionné à se laisser déplacer par le liquide. Il faut aussi pour cela que la ligne de matité soit très nette. Aussi ne peut-on faire cette recherche qu'au moment de l'accroissement du liquide, et quand celui-ci n'a pas encore atteint la région supérieure du thorax.

Enfin il est un moyen plus facile de s'en rendre compte: il suffit d'ausculter un malade immédiatement après la thoracentèse. On entendra alors du souffle, à la condition que celle-ci ait été faite peu après le début de l'épanchement, ce qui est l'exception. Quant au souffle dans l'hydrothorax, il est dû, quand il subsiste, à la congestion pulmonaire concomitante.

(La France Méd.)

#### Traitement des hémorragies par l'emploi du sérum gélatiné (1)

M. SIREDEY fait connaître les résultats qu'il a obtenus dans le traitement des hémorragies externes par l'emploi de la méthode de M. P. Carnot: basée sur l'action coagulante sur le sang de solutions de gélatine. Depuis quatre mois, il a traité avec un succès constant 11 hémorragies importantes, parmi lesquelles un épistaxis prolongé, et neuf métrorrhagies rebelles, consécutives soit à la rétention de débris placentaires, soit à une métrite, soit à des polypes et à un cancer de l'utérus.

La technique de cette intervention est fort simple et ne nécessite pas de connaissances spéciales.

On prépare d'abord un sérum contenant pour un litre d'eau distillée 7 grammes de chlorure de sodium et 50 à 100 grammes de gélatine. Le liquide est stérilisé en le laissant pendant un quart d'heure dans l'étuve à 100°. Il faut avoir soin de ne pas dépasser cette température pour ne pas amener de modifications dans la constitution de la gélatine; deux jours après, nouvelle stérilisation à l'étuve, et le produit ainsi obtenu peut rester fort longtemps stérile.

Pour en assurer la conservation, on peut y ajouter une substance antiseptique, telle que le sublimé à 1/1000, l'acide phénique à 1/100, lorsque la préparation est destinée à servir pour l'utérus ou une plaie; mais s'il s'agit de l'intestin, on doit éviter tout élément toxique.

M. P. Carnot recommande d'employer le sérum gélatiné en injections et en pansements locaux. Lorsqu'il s'agit de métrorrhagies, après avoir débarrassé le vagin des caillots à l'aide d'une injection tiède, on place, à l'aide du spéculum, à l'entrée du col de l'utérus un tampon de gaze stérilisée bien imbibé de sérum gélatiné et non exprimé, puis on achève de remplir le fond du vagin avec un large tampon imbibé de la même solution.

Si la cavité utérine est béante, on peut y injecter du sérum gélatiné, ou la badigeonner avec un tampon imbibé de la solution, et y laisser une lanière de gaze stérilisée imprégnée du sérum gélatiné.

Dans le cas d'hémorragies à répétition, si pour une raison quelconque, le pansement ne peut être fait directement, on le remplacera par des injections vaginales de sérum gélatiné, le siège de la malade étant relevé par un coussin, de façon à assurer la stagnation du liquide dans les culs-de-sac vaginaux.

Pour combattre les hémorragies rectales dues à des hémorroïdes ou à toute autre cause locale, on emploiera avec succès les lavements de ce même sérum. Les épistaxis cèdent de même à l'usage de ce topique, soit qu'on l'injecte dans les fosses nasales, soit que l'on tamponne les narines avec de l'ouate imprégnée de sérum gélatiné. (Journal des Praticiens.)

#### Diagnostic clinique des cirrhoses hypertrophiques de l'adulte.

Par M. le Dr. LÉOPOLD- LÉVI.

L'auteur résume ainsi son travail paru dans la *Gazette des Hôpitaux*, pour arriver au diagnostic des cirrhoses hypertrophiques avec ictère.

- 1° Reconnaître le volume du foie;
- 2° Vérifier l'existence de l'ictère, en rechercher les variations;
- 3° S'enquérir de l'état des matières.

On comprend l'importance pratique du diagnostic établi, puisque la notion de la syphilis permettra, dans certains cas, d'obtenir la guérison du malade, puisque le diagnostic de kyste hydatique du foie, de lithiase biliaire, pose la question d'intervention, que la chirurgie doit se préoccuper également du cancer de l'ampoule de Vater, et même de celui de la tête du pancréas.

Le diagnostic permet aussi un pronostic éclairé, et il est inutile d'insister sur la durée tout autre de la cirrhose de Hanot ou d'un des cancers mentionnés.

En présence d'un foie hypertrophié sans ictère, on aura intérêt à rejeter d'abord le cancer du foie à cause de son pronostic, à éliminer les kystes hydatiques, les abcès du foie qui nécessitent une intervention.

On reconnaîtra au syndrome cirrhotique la cirrhose hypertrophique alcoolique d'Hanot et Gilbert, le foie des dyspeptiques d'Hanot et Boix, le foie de la syphilis héréditaire tardive. D'après l'état général, on rapportera à leur cause le foie cardiaque, le foie des tuberculeux, le foie amyloïde, le foie leucémique. Par son étiologie, on mettra une étiquette sur le foie palustre.

Si l'on a affaire à une cirrhose pigmentaire, on aura à se prononcer, en général, sur la cirrhose pigmentaire paludéenne, et sur la cirrhose pigmentaire diabétique d'Hanot et Chauffard. *Gaz. des Hôp.*

(1) Société médicale des hôpitaux.

**Technique pour l'extraction de certains corps étrangers des oreilles**

La *Pratique médicale* indique un procédé du Dr Schuh qui a le mérite d'être très simple et qui pourra rendre des services.

L'auteur se sert de l'anse galvanocaustique tordue en spirale ; à son extrémité, il fixe un petit morceau de cire à cacheter, ou mieux d'un mélange à parties égales de colophane, de cire blanche et de cire à cacheter. L'anse est introduite, et sa petite boule de cire vient toucher le corps étranger ; à ce moment, on fait passer le courant, sans aller jusqu'au rouge vif. La cire ramollie s'applique alors sur le corps étranger, on fait à nouveau passer rapidement le courant et on obtient ainsi une adhérence parfaite. On laisse ensuite refroidir la cire et l'extraction est aisément obtenue. Si le corps étranger est humide, il faut, au préalable, l'essuyer avec de l'ouate et le sécher au moyen d'un courant galvanocaustique. Pour extraire des perles de verres, on plonge l'anse dans de la cire à cacheter fondue, de manière à la recouvrir d'une couche mince, puis on introduit le fil de platine dans le trou de la perle de verre et on procède comme ci-dessus.

(*Journal de méd. de Paris*)

**Traitement de la péritonite septique généralisée,**

D'après M. le Dr. McCosh

Depuis qu'il traite systématiquement la péritonite septique par une injection intra-intestinale de sulfate de magnésie, M. McCosh(1) obtient des résultats tellement supérieurs à ceux qu'il avait antérieurement que, bien qu'il ait modifié sa technique opératoire, il attache la plus grande importance à ce qu'il regarde comme un complément indispensable du traitement.

Dans le cours de l'année dernière il a opéré huit cas de péritonite septique généralisée. Un opéré mourut des conséquences directes de la péritonite, un autre mourut 5 semaines après l'intervention, de complications pulmonaires ; 5 guérirent et le dernier est en convalescence. Deux autres malades, moribonds, ne furent pas opérés.

Des 8 cas ci-dessus, 6 fois l'appendice, 1 fois la perforation d'un ulcère gastrique, 1 fois un utérus septique étaient la cause de la péritonite.

Voici quel est le manuel opératoire de M. McCosh :

1° Anesthésie chloroformique.

2° Incision de 5 ou 6 pouces au niveau de l'organe primitivement malade.

3° Si les anses intestinales font issue hors de l'abdomen, elles sont recueillies dans des serviettes chaude ; mais si le cœur est très faible, on s'efforce de les maintenir dans l'abdomen ; si leur distension est considérable, masque le champ opératoire, ou empêche leur réintégration, on ponctionne, on incise l'iléon, pour faire sortir les fécès et les gaz ; l'incision est fermée par des sutures de Lembert.

Dans aucun cas on ne fait d'anus abdominal.

4° La cause de la péritonite est reconnue et traitée ; si l'appendice est en cause, on en fait l'ablation, si c'est une perforation, on en fait la suture.

5° Les intestins et la cavité abdominale sont irrigués avec une solution chaude de sel (110° à 112° F.).

Une quantité assez forte de solution est laissée dans la cavité pour stimuler le cœur et favoriser le drainage.

6° Une solution saturée de sulfate de magnésie est, au moyen d'une aiguille creuse, injectée dans l'intestin grêle en un point aussi élevé que possible du jéjunum ou de l'iléon. L'ouverture faite par l'aiguille est fermée par une suture de Lembert.

7° La cavité péritonéale est soigneusement drainée par plusieurs mèches de gaz stérilisée introduites dans différentes directions.

8° Fermeture partielle de la plaie abdominale par des sutures. Les lèvres sont seulement rapprochées. Entre elles est placée une compresse de gaze, une plaie quelque peu entr'ouverte offre une issue plus libre aux sécrétions du péritoine.

(*Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*)

**FORMULAIRE**

**Potion tonifuge.—(VAN AUBEL)**

Acide salicylique amorphe.....	0 gramme 40
Huile étherée de fougère mâle.....	0 — 60
Essence de cinnamome.....	X gouttes.
Gomme arabique.....	8 grammes.
Eau distillée.....	96 —
Sirop simple.....	50 —

Ds. : A prendre le matin à jeûn, en 2 fois, à 1 heure d'intervalle.

**Sur la manière d'administrer l'huile de foie de morue**  
(BRICEMORET)

Huile de foie de morue.....	400 grammes
Sirop de baume de Tolu.....	200 grammes
Teinture de Tolu.....	XII gouttes.
Essence de girofle.....	II —

Ne pas émulsionner : au moment de l'emploi, agiter vigoureusement le mélange, dont on administre une cuillerée à bouche 2 à 3 fois par jour. De cette manière, le goût seul du sirop aromatisé persiste après l'ingestion.

(*Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.*)

**Succédanés de l'huile de foie de morue dans le traitement de la scrofule chez les enfants**

a) Vin arsenical.

Vin phosphaté.....	} à 150 grammes.
Glycérine médicinale.....	
Arséniate de soude.....	0 gramme 05

Une à deux cuillerées à dessert par jour (aux grands repas.)

Réduire la dose en cas de diarrhée.

b) Cachets.

Iodoforme déodorisé.....	0 gramme 05
Poudre de café.....	0 gramme 20

Pour un cachet, f. s. Cachet n° 16. (*Ibid.*)

**Interets professionnels**

Voici le programme du Bureau Médical actuel de la Province de Québec, pour les trois prochaines années 1898-1901 :

- 1° MODIFIER le mode d'élection des Gouverneurs, conformément à la décision de la majorité de l'assemblée générale du 10 de juillet prochain.
- 2° DONNER à chaque district le droit d'élire ses représentants, sans la participation ces autres districts de la province.
- 3° DÉCENTRALISER l'Agence pour l'exercice illégal de la médecine. Ainsi, au lieu d'un seul agent pour toute la province, donner à chaque district un service distinct, afin que la surveillance des charlatans soit plus immédiate, et que la justice soit plus prompte et complète.
- 4° PERFECTIONNER le système d'assesseurs, en donnant à chaque district un représentant, nommé pour trois ans, et chargé d'assister aux examens du baccalauréat et du doctorat en médecine, faits par les diverses facultés de la province. De cette manière, toutes les sections seront appelées à une représentation équitable, qui veillera aux intérêts généraux de la profession.

Ce corps constituera notre BUREAU PROVINCIAL D'EX-AMEN.

[1] *Annals of surgery*

### Un manifeste électoral

Merci à *La Revue médicale* pour nous avoir permis de prendre connaissance de la circulaire-programme du Comité de réélection du Bureau médical de Québec.

Nous ne croyons pas commettre d'indiscrétion en attirant l'attention sur ce document, qui paraît avoir un certain caractère confidentiel, puisqu'il n'a été adressé qu'à des privilégiés.

Une chose nous frappe au premier coup d'œil, dans ce manifeste la quantité supplée à la qualité, et c'est là son moindre défaut. Disraëli, croyons-nous, a dit : "les longs programmes engendrent les grandes déceptions". Il suffit de lire la circulaire du Bureau pour se convaincre de la vérité de cette parole.

Le Bureau condescend à nous dire, 1° ce qu'il a fait, 2° ce qu'il fera et 3° enfin, il se lance sous forme d'épilogue, dans une attaque aussi peu judicieuse qu'inapte contre les Professeurs de l'École de médecine de Laval à Montréal. Voyons un peu :

#### CE QUE LE BUREAU A FAIT DEPUIS 1895.

1° "La loi médicale a été amendée de manière à pouvoir pour "suivre les charlatans et les médecins non licenciés devant un juge "de paix."

Nous l'avons déjà écrit ce n'était pas tant la loi qui était défectueuse que son application. En dehors de Montréal, dans les districts ruraux, le rôle des cours de circuit n'est pas surchargé et on ne peut y invoquer, comme excuse, les lenteurs de la justice.

Les délais, les attermolements étaient bien la faute du Bureau ou de son agent, ce qui revient au même. Quand l'agent du Collège impose aux médecins l'obligation de préparer toute la cause: plainte, montant de la rémunération du charlatan, noms de témoins solides disposés à venir déposer devant le tribunal, etc. (Voir Rapp. offic. de 96 P. 14).—Avant de procéder, rien d'étonnant que tout marche à pas de tortue. Un peu plus d'énergie, de vigueur, de bonne volonté de la part de nos administrateurs aurait vite convaincu les charlatans que le climat de la Province ne leur est pas propice.

Même avec la nouvelle loi, les abus se perpétueront si vous n'en mettez l'application entre des mains vigoureuses guidées par une volonté ferme de protéger la profession.

Le passé de l'administration actuelle n'est pas une garantie pour l'avenir.

2° "Le Bureau médical est, depuis la dernière session, investi "des pouvoirs nécessaires à la création d'un conseil de discipline."

Nous approuvons d'autant plus cette création qu'on nous la promettait depuis neuf ans. La chaleur d'un article resté célèbre, de M. Tarte, a sans doute contribué à hâter l'éclosion de ce conseil.

3° "Le Bureau a fondé une bibliothèque médicale "

"Depuis plus de vingt ans, dit le manifeste, à chaque assemblée générale du Collège des médecins, des voix autorisées s'élevèrent "pour réclamer la fondation d'une bibliothèque médicale provinciale, à l'instar de celle du Barreau etc."

"A chaque assemblée générale" est certainement de trop. Nous assistions à l'assemblée de 1895, et personne n'a parlé de bibliothèque. D'ailleurs, le Bureau était tellement convaincu, en septembre 1896 de la nécessité de consulter la profession, sur ce sujet, qu'il adopta, par un vote de 20 contre 12, la proposition suivante :

"Que le rapport concernant l'établissement d'une bibliothèque "à l'usage du Collège de Médecine et de Chirurgie de la Province de "Québec soit renvoyé pour être discuté à la prochaine assemblée triennale." (Rapp. off. p. 24.)

En attendant, le Président fut autorisé à faire relier, loger et conserver les thèses.

Comment se fait-il que nous ayons aujourd'hui une bibliothèque ? De par la volonté de certaines têtes dirigeantes, qui se font tout sucre et tout miel à l'approche des élections et proclament *urbi et orbi* le respect de cet électorat qu'ils ont foulé aux pieds avec un sans gêne qui frise le cynisme.

"Le nombre des volumes sera bientôt assez considérable, pour "qu'on puisse en permettre la libre circulation dans toute la Province," ajoute la circulaire.

*Libre circulation* ne veut pas dire *circulation gratuite*, il ne faut pas l'oublier.

Si les médecins, en dehors de Montréal, pour avoir accès à la bibliothèque doivent payer une souscription annuelle : c'est le temps de le dire. Si d'un autre côté le Bureau veut assumer la responsabilité de payer les frais de port, il faudrait nous laisser savoir quel sera, approximativement, le montant annuel requis pour cette fin. La grande librairie médicale de Maloine, à Paris, exige un abonnement de douze piastres par année pour l'usage de sa bibliothèque circulante, et les frais de port, aller et retour, restent à la charge de l'abonné.

Tout le monde comprend qu'une bibliothèque de ce genre, pour répondre aux désirs et aux besoins de la profession, absorbera la presque totalité de ses revenus.

Un savant français, M. Minier ouvrira bientôt un laboratoire de physique, de chimie et de recherches cliniques, "à la disposition des "médecins licenciés de cette province, SANS CHARGE AUCUNE.

Diantre ! il est bien généreux ce M. Minier ! Vivrait-il, par hasard, d'air, d'eau ou de ses bouillons de culture !

Quelle subvention lui donnera le Bureau ? Encore un point qui demande des éclaircissements. Le tarif *minimum* a notre entière approbation, espérons qu'il aura aussi celle du lieutenant-gouverneur.

"Au point de vue administratif, continue le manifeste, le Bureau a fait son devoir, mieux encore que durant le terme précédent."

Le Bureau pouvait faire mieux, sans faire grand chose.

1° "Il a fait publier et distribuer le bulletin de ses assemblées."

Ça n'a pas été sans peine, par exemple, le rapport des assemblées de juillet et septembre 1896 nous est parvenu en septembre 1897.

2° "Il a fait distribuer à chaque médecin un exemplaire du Régistre médical."

Cette distribution a eu aussi le bon effet de prouver au Régistrateur qu'un beau désordre, qui n'était pas un effet de l'art, régnait dans le Régistre médical.

3° "Il a fait faire la collection des arrrages de contribution "annuelle."

Quel mérite ? Il faut avoir la bosse des affaires très hypertrophiée pour prendre une telle liberté avec des débiteurs récalcitrants ! Savez-vous quel était le montant des arrrages de contributions annuelles au 28 septembre 1896 ?

\$16,059.00

non compris les montants dûs par les décédés. Sur cette somme \$15,000 ont été prescrites et perdues par négligence et inertie. (Rapp. de l'Auditeur, p. 30, 1897).

Quel était le Budget de la dernière période triennale ?

Dépenses 1892 95.....	\$12,215.13
Récettes " " .....	11,615.81

Déficit \$599.32

Les officiers ont-ils bonne grâce à vanter, aujourd'hui, leur activité.

4° "Il a fait auditer les livres une fois par année."

Malheureusement, nous ne trouvons qu'un seul rapport des auditeurs dans les bulletins du collège.

5° "Il a fait donner une police de garanti au montant de deux milles dollars, par le trésorier, les deux secrétaires et le registra-teur."

Très bien ! mais comme le remarque l'auditeur, M. Girouard, il ne faudra plus oublier de faire donner une telle police de garantie.

6° "Il a établi des relations scientifiques avec l'Université de Paris qui honore notre brevet d'un certificat d'équivalence."

Le Collège royal des chirurgiens de Londres accorde le même privilège à l'inscription du baccalauréat de l'Université Laval.

7° "Il a établi des règlements sévères pour l'admission des femmes à la pratique de l'obstétrique. Il a investi le Conseil de discipline du pouvoir d'annuler les certificats donnés par des médecins à des sages-femmes non licenciées".

A la dernière assemblée triennale, une motion demandant d'enlever aux médecins cet absurde privilège de donner des certificats aux accoucheuses, fut adoptée. L'été dernier, M. le Dr Beausoleil s'engageait dans *La Clinique*, à faire disparaître des statuts "cette reli-que du comité d'un". Le comité de législation du Bureau proposa aussi cet amendement en septembre 1897.

Pourquoi n'a-t-on pas demandé à la Législature de supprimer cette partie de l'Art 3987 S. R. P. Q ? Mystère !

Allez donc traîner une accoucheuse devant le conseil de Discipline avec la perspective, si elle est pauvre, comme c'est ordinairement le cas, de payer les frais de cet appel. (Voir Art. 3997.) Vraiment on veut se moquer de la profession !

8° "Il a mis en exercice un meilleur système d'assesseurs."

9° "Il a établi la licence interprovinciale."

Personne ne sait, au juste, quels seront les résultats de cet échange ; y gagnerons-nous, y perdrons-nous ? c'est là la question difficile à résoudre.

#### QUE FERA LE BUREAU ?

1° "Modifier le mode d'élection des gouverneurs conformément à la décision de la majorité de l'assemblée générale du 13 de juillet prochain."

2° "Laisser à chaque district le droit d'élire ses représentants sans l'intervention des autres districts de la province, tout comme pour les élections civiles."

Parlez-nous de convictions maintenant !

En 1889, le Dr Beausoleil parvenait à s'emparer de la direction du Bureau, en faisant retentir le cri de guerre : "A bas le vote par procurations" ! Mais une fois confortablement installé au pouvoir, il fit litière de ses promesses et se mit à défendre avec acharnement, disons plus, à adorer ce qu'il avait brûlé autrefois. Les *ficelles invisibles et magiques* étaient changées de mains, voyez-vous !

A l'assemblée triennale de 1892, le Dr Hart présenta une motion demandant d'établir le vote par district. Adoptée à l'unanimité, cette proposition reste à lettre morte jusqu'en 1895. Lors de la dernière assemblée, M. le Dr Rottot demande si l'avis de motion du Dr Hart a été considérée par le Bureau ?

"Non, répond le Dr Dagenais, parceque *les frais de législation pour ce faire auraient été trop considérables.*" (Voir rapp. 1895, p.15.

Quels économistes et quels comédiens !

Enfin 1897 arrive, le Bureau présente un projet de loi à la Législature. Les frais de législation sont les mêmes quelque soit la longueur du *Bill*, c'est le temps pour le Bureau de prouver sa sincérité.

Voici comment il procède : d'abord il prend soin d'ignorer complètement les vœux de la profession, et quand un groupe de médecins, parmi lesquels figurent, Sir Wm. Hingston, les Drs Craik, Campbell, Rottot, C. E. Lemieux, Ahern, Catellier, Vallée, Turcot, Brochu, Parke, Watters, Boulet, etc., demande au Conseil Législatif, non seulement l'abrogation du vote par procurations, mais avoir l'établissement du vote par district, les officiers du Bureau remuent ciel et terre pour faire rejeter cet amendement.

Le prétexte ? demanderez-vous ?

Parceque ces médecins voulaient tout simplement défranchiser soixante et quinze pour cent des médecins de la Province, dit le manifeste.

Défranchiser ? Mais quelles franchises avons-nous, aujourd'hui ? le vote par procurations ?

Le vote par procurations qui permet au registra-teur de préparer d'avance et faire imprimer le *ticket* des gouverneurs qu'il lui plaira de faire élire ; qui lui permet de rédiger, *avant que l'élection ait eu lieu*, les motions nommant un tel et un tel officier du Bureau ? c'est ce qui a eu lieu, à Québec en 1895.

M. le Dr. Arthur Simard, qui n'écrit pas sans inspiration, disait dans sa lettre de la semaine dernière : "Pourquoi, M. le Dr. Catellier recueille-t-il ici et là des procurations *en blanc* et les envoie-t-elles (hic) à M. le Dr. Benoit....."

"... Nous ne sommes pas naïfs au point de penser que les procurations une fois, entre les mains du comité de Montréal, pourront être contrôlées et la liste des candidats du district de Québec établie suivant le désir de la majorité des médecins du district".

Pour être tardif cet aveu n'en est pas moins précieux. Nous avons été traités de fous pour avoir fait la même assertion.

A qui la faute, si le système des procurations permet de contrôler ainsi la volonté de l'électorat ?

Aux membres du Bureau qui ont fait rejeter à trois ou quatre reprises, la motion Rottot-Fafard demandant que les procurations ne soient valables qu'en autant qu'elles contiennent les noms des médecins pour qui l'on veut voter.

Soixante-quinze pour cent des médecins se trouveraient défranchisés, dites-vous, parcequ'ils ne pourraient se rendre au chef-lieu de leur district respectif, pour élire leur représentant.

Pourquoi alors, vouloir faire décider la question d'un changement de mode de votation par la majorité des médecins présents à la prochaine assemblée triennale à Montréal ? Serait-il plus facile et moins dispendieux, pour la majorité des électeurs, de se rendre à Montréal qu'au chef-lieu de leur district ?

Combien de médecins, sur treize cents (1300) assistaient à la dernière assemblée triennale de Québec ? Quarante-deux bien comptés, soit un peu plus de trois pour cent.

Rêve-t-on encore de pouvoir tromper la profession ; de se servir d'un de ces trucs dont la mèche est éventée ?

Non, Non, la profession ne sera pas dupe de ces convertis de la onzième heure qui sentant le terrain glisser sous leurs pieds, se sentant entraînés par l'irrésistible courant de l'opinion, promettent de nous donner *aujourd'hui*, ce qu'ils nous refusaient, *hier*, avec un souverain mépris.

L'histoire nous l'apprend, l'opportunisme n'est qu'une forme déguisée de trahison. Si ces messieurs peuvent jouer aussi tristement avec leurs convictions, Dieu seul sait comment ils respecteront celles de la profession.

3° "Décentralisation de l'agence pour l'exercice illégal de la médecine en donnant à chaque district, un agent spécial."

Proposition alléchante, mais qui a le tort de ne pas être assez explicite.

En quoi consistera cette décentralisation ?

Dans la réalisation du rêve cher au cœur de M. Déom, c'est-à-dire la nomination, dans chaque district, d'un avocat chargé de plaider les causes préparées au dépens des médecins qui ont des plaintes à porter ?

Ce ne serait pas la peine, assurément de changer de gouvernement ?

Ou dans la nomination de quinze à vingt agents spéciaux, chargés de vérifier les plaintes, rechercher les témoins, etc. ?

Dans ce dernier cas qui les paiera ?

Il n'est pas permis de supposer que nous trouverons dans la Province, vingt hommes prêts à se sacrifier pour la profession, sans attendre de rémunération ?

Or, avec un budget en déficit, où prendre les fonds pour rencontrer cette énorme augmentation des salaires ?

Et si le Bureau ne peut contrôler un seul agent, comment surveillera-t-il efficacement ces nouveaux serviteurs ?

Jusqu'ici nous avons toujours cru le que *fonctionnarisme* était la plaie rongean le flanc de la profession, paralysant ses efforts vers des méthodes plus pratiques !

4° "Perfectionner le système d'assesseurs, en donnant à chaque district un représentant, nommé pour trois ans, chargé d'assister aux examens faits par les diverses Facultés."

Dix-neuf assesseurs à dix piastres par jour, plus les frais de voyage, absorberont une jolie part des revenus du collège, sans donner aucune garantie additionnelle au corps médical.

Somme toute le Bureau veut ouvrir une ère de prodigalité inconnue jusqu'ici dans nos annales ! Comment pourra-t-il payer \$400 par année, au Président, deux ou trois milles piastres pour la bibliothèque, rétribuer vingt assesseurs et quinze à vingt agents spéciaux, sans prélever de taxes additionnelles ?

C'est un point qui mérite considération, s'il ne prouve pas l'inanité de ces promesses anti-électorales.

#### UN GRAVE PÉRIL

Enfin, le comité de réélection du Bureau consacre le tiers de sa circulaire à dénoncer un grave danger qui n'existe que dans les imaginations surexcitées par la crainte de la défaite.

La Faculté de Médecine de Laval à Montréal, paraît-il, voudrait s'emparer du contrôle du Bureau. Lisons :

"Des quatre facultés de Médecine de la Province, l'Ecole de Médecine de Laval de Montréal est la seule dont la plupart des membres, de fait, la majorité, veulent supplanter le Bureau actuel et pourquoi ?"

Nous soulignons "*est la seule*". Or nous avons sous la main une circulaire anglaise, dénonçant le Bureau, en termes identiques à ceux de la circulaire française, et elle porte les signatures des Drs Craik, Roddick, Stewart, Shepherd, Gardner, Blackoder, Buller, Wilkins, Lafleur, Bell, Armstrong, Wyatt Johnston, etc., tous professeurs du McGill, et ceux de Campbell, MacDonnell, Perrigo, Smith, etc., professeurs du Bishop.

De plus le Dr Simard nous a fait connaître la part prise à l'organisation actuelle par les Drs Ahern, Catellier, Vallée de Laval à Québec.

Comme on le voit l'*isolation* de Laval à Montréal n'est pas aussi profonde qu'on veut le faire croire.

L'auteur du manifeste ignorait-il ces faits ?

Non, mieux que personne il savait que l'opposition se recrute dans toutes les parties du corps médical.

Où est le péril, maintenant ?

Pour être professeurs ces messieurs sont aussi médecins et comme tels jouissent des mêmes privilèges que les ex-professeurs, et professeurs sympathiques au Dr Beausoleil ! Non seulement ils ont le droit de prendre part aux élections, mais leurs talents, leur position, leur prestige, leur expérience, leur font un devoir de guider la profession dans les sentiers du progrès et de lui indiquer, au besoin, les écueils à éviter.

C'est cette presque unanimité du corps enseignant, ce groupement de l'élite de la profession qui troublent le sommeil de nos adversaires.

Prévoyant l'effet que pourrait avoir ce mouvement sur l'opinion, le Dr Beausoleil commença par insulter les professeurs, dénigrer leur enseignement, etc., dans *La Clinique*, n'ayant pas réussi de ce côté, il tourne ses batteries vers Laval, mais sans plus de succès.

Dites ! pourquoi le Bureau n'a-t-il pas fait apposer de signatures à son programme ? Parcequ'il aurait fallu y faire figurer les noms

de MM. Simard, snr., Brosseau, Laurent, professeurs de l'Université, et admettre par là même, le droit des autres professeurs de signer un programme se recommandant à leur jugement ?

Et le Dr J. C. S. Gauthier l'un des signataires de la circulaire de Sherbrooke n'est-il pas agrégé de Laval à Montréal ?

Dans l'impossibilité d'apporter aucune preuve à l'appui de ses affirmations l'auteur du manifeste procède par insinuations, dans l'espérance d'induire quelques badauds en erreur.

Ainsi on demande :

"Est-ce parceque la barrière de l'admission à l'étude est trop élevée et que de là découle le fait écrasant, que près de cinquante pour cent des élèves de cette école, sont sans brevet ?"

Voilà, une jolie pointe à l'adresse du Dr Brosseau qui se plaignait en septembre 1896, de la sévérité des examens préliminaires. (Voir *La Clinique* novembre 1896, p. 165).

Quand les Universités ouvriraient leurs portes à quatre-vingt-dix pour cent des étudiants en médecine sans brevet, le Bureau n'a rien à y voir. En vertu de quelle autorité peut-il défendre à Laval, qui a une charte royale, d'admettre Pierre ou Jacques à suivre ses cours ? Ne serait-ce pas folie pour les Universités de refuser les élèves qui leur viennent de l'étranger ?

Ignore-t-on que sur les trois cent cinquante étudiants en médecine de McGill, au moins 275, venant des Etats-Unis, d'Ontario, etc., n'ont pas de brevet, pour la bonne raison qu'ils n'en ont pas besoin ?

Oh ! oui on le sait, mais en isolant Laval, en essayant de la discrediter aux yeux du public, on espère faire oublier le fait très écrasant qu'à une seule séance du Bureau, onze candidats, sans brevet, ont été admis à la pratique.

"Est-ce parceque le Bureau actuel a supprimé les six mois de vacances annuelles ?"

"Est-ce parceque le Bureau actuel a exigé plus de huit mois de cours.?"

Créons cette blague :

Prenez les statuts du collège, et lisez : chap. VIII, art. II, page 88.

"II Il devra suivre (l'étudiant) pendant au moins quatre termes de six mois chacun, les cours donnés dans une université, collège ou école de médecine incorporée reconnus par ce Bureau. Il devra aussi posséder un certificat d'étude d'un médecin licencié pour l'intervalle séparant les cours qu'il a suivis."

Où trouvez-vous dans cet article l'obligation de suivre huit mois de cours et la suppression de six mois de vacances ?

Jolie manière de capter la confiance, en vérité !

"Est-ce parceque le système actuel d'assesseurs gêne ces messieurs ?"

Pourquoi les gênerait-il ? Leurs élèves refusés, bloqués, pour nous servir de l'expression consacrée, vont passer l'examen professionnel devant le Bureau et "*on se moque de la façon dont se font ces examens*", disait le Dr Brosseau en juillet 1896, parceque cet "*examen n'est qu'une farce, on a fait passer onze candidats dans une heure*" ajoutait le Dr Gauthier, à l'assemblée de septembre. (Voir *La Clinique* p. 164 et 697.

Nos lecteurs en ont suffisamment pour juger de l'esprit qui anime nos adversaires, de la valeur de leurs arguments et du degré de confiance que mérite leurs promesses électorales.

Le temps est passé où l'on pouvait dissimuler l'inaction sous la piperie des mots.

La profession n'a rien à redouter pour ses libertés, parcequ'elle a fini de se faire "*remarquer par une infime portion, irresponsable devant l'électorat.*"

Le 13 juillet prochain elle se donnera un gouvernement qui travaillera, par la profession, pour la profession.

L. J. O. SIROIS, M. D.

St-Ferdinand d'Halifax, 20 mars 1898.

## TRAVAUX ORIGINAUX

**Du traitement électro-thérapeutique des vomissements incoercibles de la grossesse**

Observation d'un cas de ces vomissements, compliqué de symptômes d'obstruction intestinale aiguë, traité avec succès par l'électricité.

Par M. le Dr. M. D. BROCHU, Professeur à l'Université Laval à Québec

Communication faite à la Société Médicale de Québec, séance du 24 mars 1898.

L'intérêt tout particulier avec lequel a été accueilli, devant cette société, le travail très instructif de notre savant confrère, M. le Dr. Chs. Verge, sur "l'électricité statistique en médecine" (1) me paraît fournir une preuve que l'électrothérapie gagne de plus en plus la faveur de notre public médical ; et il me semble facile de prédire que bientôt, parmi nous, comme dans beaucoup d'autres milieux où l'on ne néglige aucun des moyens de l'art de guérir, cette méthode, dont on appréciera davantage les précieuses ressources à mesure qu'on la connaîtra mieux par son côté scientifique et dégagée des procédés de l'empirisme, prendra définitivement la place qu'elle mérite d'occuper dans le cadre de la thérapeutique générale.

Je pourrais trouver une autre preuve à l'appui de ces assertions, dans cet autre fait que depuis ma première communication à cette Société Médicale, en juillet dernier, sur "l'intervention électrothérapeutique dans le traitement de l'occlusion intestinale aiguë" (2) La plupart de mes confrères qui, dans leur pratique, ont eu à faire face aux responsabilités du traitement de ce grave état abdominal, n'ont pas hésité dès le début, à faire tenter l'épreuve du traitement électrothérapique avant toute intervention chirurgicale.

J'ai été appelé, ainsi, treize fois, depuis l'année dernière, à faire l'application de cette méthode, pour divers cas d'obstruction intestinale aiguë, et je suis heureux de pouvoir dire, après les résultats obtenus, que ni mes confrères, ni les patients n'ont eu à s'en repentir.

Le plus grand nombre de ces cas qui, au premier abord, avaient fait craindre la nécessité d'une intervention chirurgicale, ont tous été vus, en premier lieu, par des chirurgiens compétents, parmi lesquels je dois mentionner notre digne président, auquel on a si souvent recours lorsqu'on se trouve en présence d'un cas qui laisse entrevoir les risques d'une intervention de la grande chirurgie abdominale.

Sur ces treize cas d'obstruction intestinale aiguë, relevant de causes pathogéniques variées et que je dois, pour la plupart, à l'obligeance de mes collègues, un seul a fait échec au traitement électrique.

L'insuccès n'avait pas manqué tout à fait d'être prévu ; et il a été d'ailleurs facilement expliqué par la révélation de sa cause pathogénique qui nous en a été faite à la suite de l'opération de la laparatomie, pratiquée dans le délai voulu, et par laquelle la patiente a été sauvée.

Il s'agissait d'une femme, qui avait déjà subi, dix-huit mois auparavant, l'opération de la laparatomie pour une large tumeur pelvienne.

Comme il arrive quelquefois à la suite de ces opérations qui exigent de longues manipulations des organes abdominaux, une bride inflammatoire s'était produite entre deux anses intestinales voisines, laissant un espace libre, dans lequel une autre anse était

venue s'engager : de là la production d'un étranglement pseudo-herniaire interne et les symptômes de l'obstruction intestinale aiguë qui ne pouvait guère, évidemment, bénéficier d'aucun autre traitement que celui de la chirurgie.

Cette séance consacrée à l'étude des applications médicales de l'électricité m'offre une occasion pleine d'opportunité, je crois, de vous entretenir d'un autre état morbide moins grave et moins brusque il est vrai, que l'obstruction intestinale aiguë à laquelle je viens de faire allusion, mais dont les phénomènes pathogéniques m'ont toujours paru devoir indiquer nettement le traitement par les procédés de l'électrisation, comme la méthode la plus rationnelle et la plus dégagée de cet empirisme dont plusieurs autres modes ne peuvent pas tout à fait se défendre ; je veux parler des vomissements incoercible de la grossesse.

Il y a deux mois, environ, l'un de nos collègues dont le nom est le plus répandu dans la clientèle générale, m'a fourni une occasion intéressante de mettre à l'épreuve la valeur de cette méthode électrothérapique, d'après la conception que je viens d'énoncer.

Il s'agissait d'un cas de vomissements des premiers mois de la grossesse, qui s'était montré rebelle à tous les autres traitements et qui présentait, de plus, un autre côté intéressant, au point de l'électrothérapie, par le fait qu'il s'était compliqué en dernier lieu, des symptômes de l'obstruction intestinale aiguë, ce qui m'a permis de mettre en œuvre, concurremment, et avec un égal succès, la méthode des lavements électriques de Boudet, de Paris, sur laquelle j'ai déjà attiré assez longuement votre attention.

Vous me saurez gré de vous communiquer cette observation qui, pour un seul cas, ne saurait nous conduire à aucune conclusion absolue, mais qui aura, du moins, l'avantage de nous servir de sujet d'étude et permettra de fixer votre attention sur un moyen trop peu apprécié dans la pratique, mais qui ne saurait être compté de trop dans cette thérapeutique si incertaine et si fertile en mécompte des vomissements incoercibles de la grossesse.

Il sera utile d'ajouter comme préliminaires à cette observation, certaines considérations sur la pathogénie de cette complication de la grossesse, afin de mieux faire comprendre quelles sont les propriétés physiologiques de l'électricité que l'on doit chercher à mettre à profit et quelle est la raison des différents procédés de l'électrisation dont on doit faire le choix, selon les conceptions pathogéniques que l'étude et l'observation du cas particulier peuvent avoir imposées à notre esprit.

La liste des médicaments préconisés tour à tour contre les vomissements incoercibles et souvent mis en oubli dans la suite, est très longue et variée : ce qui n'est pas précisément une preuve de grande valeur pour ces agents thérapeutiques.

Les théories pathogéniques par lesquelles on a cherché à expliquer ce phénomène morbide de la parturition et qui ont servi de base aux différentes médications, sont également variées, et toutes plus ou moins susceptibles de la discussion.

Une connaissance fondamentale, admise par tous, domine, cependant, toutes ces théories : c'est que les vomissements de la grossesse constituent un trouble morbide qui tient de l'ordre de phénomènes réflexes dont le point de départ est à l'utérus et qui, de cet organe, par l'intermédiaire des divers éléments du système nerveux,

(1) Travail que nous publierons dans un prochain numéro.

(2) Voir *La Revue Médicale*, No 1, page 1, 1897.

se repercute sur les organes de la digestion, l'estomac principalement.

Pour les uns, le réflexe morbide tiendrait à une irritabilité spéciale de l'utérus, à une excitabilité contractile, rigidité du col, conséquences d'altérations morbides antérieures, ou d'un état neuropathique général, entretenues et exaltées par le développement de l'œuf; l'estomac dont les rapports de sympathie avec les organes génitaux chez la femme sont très étroits, en recevraient plus facilement le contrecoup, de là l'intolérance qui résiste parfois d'une manière remarquable à toute la série de médicaments dont on recherche ordinairement l'action curative par voie stomacale. D'un autre côté, l'on sait que diverses médications systématiques qui ne s'adressent qu'à l'utérus, au col particulièrement, dilatation, cautérisation, narcotiques, *loco dolenti*, ont donné entre les mains de plusieurs observateurs des succès assez nombreux et souvent remarquables, qui tendent par conséquent à justifier cette théorie pathogénique.

Pour quelques autres, le réflexe qui aboutit tout en ayant son point d'origine dans l'utérus irritable ou le col excitable ou altéré, ne se repercuterait pas primitivement sur l'estomac mais se porterait sur tout le tube digestif, dont il augmenterait l'excitabilité jusqu'à l'état pathologique, et déterminerait dans certaines régions de l'intestin, au pylore, à l'angle ilio-pelvien du colon descendant (Geoffroy) des spasmes localisés ou des contractures qui troublent le péristaltisme et provoquent l'intolérance de l'estomac. Cette hypothèse pathogénique paraît être confirmée non seulement par certaines observations cliniques dans lesquelles ont été nettement perçus ces spasmes et ces contractures aux endroits indiqués, mais par les succès qui ont fait souvent suite aux moyens thérapeutiques (frictions, massage, compression dirigés systématiquement contre ces symptômes localisés en dehors de l'estomac et de l'utérus. L'observation que j'aurai à vous faire connaître et qui s'est compliquée d'une constipation opiniâtre suivie des symptômes de l'obstruction intestinale aiguë chez une jeune femme très nerveuse chez laquelle le contact de la moindre substance ingérée déterminait des contractions douloureuses non seulement à l'estomac mais dans toute la cavité abdominale, permettrait d'invoquer cette dernière hypothèse pathogénique émise par le Dr Geoffroy.

D'un autre côté, l'observation générale démontre comme un fait habituel, quo l'état de la grossesse, altère souvent profondément la sensibilité de tout le système nerveux et trouble l'équilibre physiologique des fonctions auxquelles il préside : ainsi peuvent s'expliquer les changements de l'état moral, du caractère, les troubles capricieux de l'estomac, les névralgies dentaires etc., que subissent la plupart des femmes enceintes. Dans ces conditions spéciales on entrevoit facilement la possibilité de l'exagération de tous les réflexes nerveux, de ceux, particulièrement, qui dérivent des organes de la gestation où le développement de l'œuf agit comme une cause permanente d'excitation ou d'agacement des éléments nerveux ; et on ne peut être surpris de leur répercussion fréquente sur les organes qui sont unis aux organes génitaux par une solidarité anatomique ou physiologique.

Cette déséquilibration de la sensibilité du système nerveux central et périphérique pourrait aussi permettre de s'expliquer, en partie du moins, d'un côté l'inconstance des effets thérapeutiques de la plupart des médications préconisées tour-à-tour, par les différents observateurs, contre les vomissements de la grossesse (véritable ataxie

médicamenteuse) et de l'autre les succès surprenants qui font quelquefois suite à l'administration de certains médicaments dont les propriétés physiologiques reconnues ne semblent pas d'avance répondre à aucune indication pathogénique fondamentale de l'état morbide en question, ce qui en fait rapporter des résultats heureux à l'influence de la suggestion.

Ces considérations pathogéniques que nous avons cru devoir développer comme préliminaire à notre étude et à l'observation clinique dont nous la ferons suivre, laissent entrevoir que bien que les vomissements de la grossesse constituent un épiphénomène très simple, en apparence, ils ne peuvent manquer cependant, au point de vue thérapeutique, de laisser le médecin dans une assez grande perplexité, lorsqu'il s'agit de faire le choix des moyens les plus propres à neutraliser promptement et sûrement ce phénomène morbide qui, en s'exagérant, ou en prolongeant sa durée peut en venir à compromettre la vie de la mère et de l'enfant.

Les vomissements, au premier degré, qui forment partie du cortège habituel des troubles du début de la parturition, n'entravent pas d'une manière sérieuse, généralement, la nutrition de la femme enceinte, et ils cèdent parfois facilement aux médications les plus simples, qui ne s'adressent qu'à la susceptibilité de l'estomac, ou aux troubles de ses fonctions ; mais il n'en est pas de même, pour les vomissements, au 2 et 3e degré, qui ont mérité le nom d'*incoercibles*.

En face d'une intolérance absolue de l'estomac qui trouble profondément la nutrition par la privation d'aliments et menace d'épuiser les forces nerveuses par les douleurs, les efforts du vomissement souvent répétés et l'insomnie, le médecin pressé d'agir le plus directement, surtout après l'échec des médications de routine doit arrêter son esprit à plusieurs questions qu'il doit résoudre le plus judicieusement possible.

Dans cette thérapeutique des cas dont la gravité s'impose, doit-on s'adresser directement à l'utérus point de départ du réflexe morbide ? ou bien, à cette partie du système nerveux, centre du réflexe, (moëlle épinière) dont l'excitabilité particulière peut contribuer à en entretenir ou à en exagérer les manifestations ? ou encore l'estomac lui-même, siège le plus apparent du trouble morbide, ou l'aboutissant du phénomène réflexe ? En d'autres termes, cet arc diastaltique réflexe, qui a son point de départ dans l'utérus en état de gestation, qui a son centre de réflexion dans la moëlle épinière, et qui a pour aboutissant l'estomac ou le tube digestif, (mais qui peut aussi atteindre tout le système nerveux), étant modifié profondément ou attaqué dans l'un ou l'autre des principaux anneaux de sa chaîne, peut-on espérer voir cesser les phénomènes morbides qui en dépendent ? ou bien ne vaudrait-il pas mieux d'emblée, ou du moins après l'échec des premiers essais d'une thérapeutique douteuse ou limitée à l'un des points de vue précédents, rechercher un agent qui, par ses propriétés physiologiques complexes et par les divers modes d'application, dont il est susceptible, peut permettre de modifier profondément, aussi bien tout l'arc diastaltique complet, à la fois, que chacun de ses principaux anneaux isolément ?

C'est à la faveur de cette dernière conception que dès mes premières années d'études sur l'électrothérapie et mes premières années d'expérience sur ses applications aux maladies nerveuses et à la gynécologie, et je pourrais ajouter dans les cas d'obstruction intestinale aiguë, je me suis pénétré comme d'une conviction que l'élec-

tricité devrait être un agent fondamental de la thérapeutique des vomissements dits incoercibles puisque l'on peut comprendre facilement, dans le circuit électrique, entre les deux pôles, dans une même application, tous les organes qui entrent dans l'arc diastaltique réflexe et que l'on peut isolément, limiter le circuit à chacun de ces organes que l'on désirera, impressionner plus profondément, outre la mise à profit des propriétés physiologiques de chacun des deux pôles électriques, différentes par leurs effets thérapeutiques, selon les besoins de chacun de ces organes. — Ce sont précisément les résultats obtenus dans la première expérience que j'ai été appelé à faire, de l'électricité appliquée d'après ces conceptions thérapeutiques que je vous ferai, connaître par l'observation dont je vous ferai part, et qui nous serviront à étudier ensemble les propriétés de ce merveilleux agent physique dont la médecine peut espérer tirer les plus grands profits ; ils me permettront en même temps d'appuyer sur les indications et les contre-indications de l'électrisation dans les cas d'utérus gravide ainsi que sur la technique de ses applications : détails dont l'importance ne saurait être oubliée pour arriver aux meilleurs résultats et éviter les écueils que nous signalerons.

(A suivre)

## Société médicale de Québec

TREIZIÈME SÉANCE, 24 MARS 1898.

1. Monsieur le Président occupe le fauteuil.
2. Le procès verbal est adopté.
3. Sont admis membres actifs de la Société M. le Dr. F. X. Bossé et M. le Dr. J. Demers, tous deux de St-Octave de Méti.
4. Il est décidé qu'à l'avenir le secrétaire sera tenu d'insérer dans les minutes le nom des membres présents à chaque assemblée.
5. Assistaient à cette assemblée : Messieurs les Drs. L. Catellier, Arthur Vallée, Ahern, Brochu, Marois, Dorion, R. Fortier, Boulet, Rousseau, Lessard, Hébert, Clarke, Chs. Verge, Paquin, Potvin, Faucher, Lepage de Rimouski, Dufresne, Langlais de Trois-Pistoles, Savary du Pont-Rouge, Boulanger de Lévis, Lord, Lasnier, de Lévis, Roy de Beauport, Morissette de Ste-Hénédi.
6. Monsieur le Dr. Chs. Verge, nous donne la lecture d'un travail sur "l'électricité statique en médecine."
7. Pour rendre ce travail encore plus instructif, si c'est possible le conférencier avait eu la bonne idée de faire transporter là, tous les appareils nécessaires à l'intelligence des démonstrations. Cette question parut intéresser vivement l'assemblée ; aussi elle ne manque pas d'applaudir le conférencier.
8. Alors monsieur le professeur Brochu fit rapport, sur le même sujet, de quelques observations cliniques, pleines d'enseignement. On pourra lire ses notes dans une autre colonne.
9. Le président remercie le conférencier et la séance est ajournée au 21 avril.

C. R. PAQUIN M. D.  
Secrétaire.

## REPRODUCTION

Nouveau signe clinique observé dans la scarlatine

Par M. P. MEYER,

Pendant l'année 1897, dans le service de notre maître, M. Roger, à l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers, nous avons observé, dans la scarlatine, un signe clinique qui n'a pas été signalé par les auteurs.

Ce signe a, jusqu'à ce jour, passé inaperçu, probablement parce que la scarlatine est surtout étudiée chez les enfants, qui ne donnent ordinairement que des renseignements peu précis sur ce qu'ils éprouvent.

Dans les cas les plus caractérisés, on observe une parésie des extrémités : le malade se plaint de ne pouvoir remuer ni les mains, ni les pieds. Mais la parésie est exceptionnelle : nous ne l'avons observée que dans un cas. Le plus souvent, on ne trouve qu'un engourdissement des deux mains, avec sensation d'épines ou de fourmis. L'engourdissement peut lui-même manquer, et alors les malades ne ressentent que des picotements qui sont localisés à la face palmaire des extrémités des doigts ou au creux de la main. Ce trouble est plus rare au niveau des pieds ; on l'y constate en même temps qu'aux mains, ou bien isolément.

Ce signe apparaît pendant la période d'éruption, assez souvent en même temps qu'elle, exceptionnellement avant.

Sa durée est très variable : il peut être fugace, ne durer qu'une ou plusieurs minutes, et disparaître pour ne plus revenir. Dans la majorité des cas, il est plus durable : il apparaît quelques heures ou un jour après le début de l'éruption, et persiste pendant deux ou trois jours, ordinairement avec des interruptions ; il peut aussi se montrer tardivement, le troisième, quatrième ou cinquième jour de l'éruption.

Certains malades ne présentent ce trouble qu'au moment où ils veulent se servir de leurs mains, par exemple, leur verre ; d'autres, au moment où ils sortent du bain froid, ou, tout simplement, quand ils trempent leurs mains dans l'eau.

Ce signe est très constant : nous l'avons rencontré, dans le service de la scarlatine de l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers, 79 fois sur 100 cas. Cette statistique ne concerne que les adultes, hommes et femmes ; sur quelques enfants que nous avons eu à soigner par hasard, nous l'avons observé une fois, chez un garçon de sept ans.

Ce trouble ne s'accompagne d'aucun phénomène douloureux ; il peut-être confondu :

- 1° Avec les démangeaisons assez fréquentes au moment de la poussée éruptive ;
- 2° Avec la tuméfaction des extrémités liée à l'éruption, et qui peut parfois gêner les mouvements des doigts ;
- 3° Avec la raideur produite par le rhumatisme scarlatin, siégeant au niveau des articulations des doigts ; mais, dans ce dernier cas, il s'agit d'une gêne fonctionnelle douloureuse des articulations.

\*\*\*

Il y a analogie symptomatique entre le trouble que nous décrivons et les engourdissements et les fourmillements qu'on observe dans les compressions des nerfs ; c'est ainsi que certains malades rapportent les sensations qu'ils éprouvent, surtout si elles sont unilatérales, à une mauvaise position dans leur lit.

Dans le cas de scarlatine fruste, ce signe peut aider au diagnostic. Il peut encore servir pour les diagnostics rétrospectifs chez des malades qui ne présentent pas d'éruption, et dont la desquamation est fugace ou très tardive.

Nous n'avons pas rencontré ce signe dans d'autres éruptions : il a manqué dans les éruptions de la grippe, des angines simples ou diphtériques, dans les érythèmes toxiques ou médicamenteux, notamment dans l'érythème mercuriel dont le diagnostic est assez souvent hésitant.

(La Presse méd.)

## L'alcoolisme chronique

Par le professeur JOFFROY (*Revue scientifique*, 15 janv. 1898, p. 65).

L'étude expérimentale de l'alcoolisme chronique présente de grandes difficultés. Il faut tenir compte, en effet, de facteurs multiples et variables. L'intoxication chronique ne consiste nullement

dans le développement graduel et plus lent de l'intoxication aiguë : elle se manifeste par des effets différents. D'autre part les boissons alcooliques qui déterminent l'intoxication chronique contiennent des substances variées de toxicité variable et produisant aussi des effets variables. Enfin l'organisme intoxiqué est susceptible de réagir diversement à l'égard du même poison. Il est donc nécessaire de procéder avec beaucoup de méthode.

Les expériences sur des chiens à qui l'alcool était administré par ingestion ont montré à M. Joffroy que l'alcool éthylique est toxique, qu'il détermine des modifications du caractère, des phénomènes paralytiques, des lésions de l'estomac et de l'intestin, des lésions du foie et parfois des reins, et qu'il peut amener la mort assez rapidement. Les anciennes expériences de Beaumetz et Audigé, qui semblaient montrer que l'alcool éthylique est incapable de produire la cirrhose ne sont pas probantes, parce que ces auteurs donnaient à leurs animaux une dose insuffisante. Les lésions hépatiques consistaient en cirrhose périportale comme celle qu'ont obtenue dans leurs expériences Straus et Blocq, Laffitte, Martens.

Il est d'ailleurs vraisemblable que les substances capables de produire la cirrhose sont multiples : l'alcool éthylique est incontestablement au nombre de ces substances ; il faut y ajouter aussi les sels de potasse (d'après M. Lanceraux), les sels de plomb, le chloroforme, etc.

Les lésions rénales consistent en une glomérulo-néphrite au début, ce qui paraît apporter une confirmation à l'opinion de Bright et de Magnus Huss qui considèrent l'alcoolisme comme une des causes les plus fréquentes de la néphrite chronique.

L'alcool méthylique, sous le rapport de l'intoxication chronique a une action analogue à celle de l'alcool éthylique et se traduit peut-être par des symptômes plus accusés. Les lésions viscérales semblent être les mêmes que celles produites par l'alcool éthylique.

L'alcool amylique serait mieux toléré qu'on ne l'aurait pensé *a priori*, en considérant seulement l'intoxication aiguë.

L'aldéhyde, au contraire, donné à des doses suffisantes et à un degré élevé, déterminerait en peu de temps des lésions de tout le tube digestif ainsi que des modifications profondes et rapidement mortelles de la fonction urinaire.

Enfin le furfurole, si actif dans l'intoxication aiguë, paraît l'être beaucoup moins dans l'intoxication chronique.

(Gaz. Hebd. de chir. et de méd.)

#### Du traitement palliatif du cancer utérin

Par le Dr LE DENTU.

Quand le cancer a dépassé la zone utérine proprement dite, quand la paroi vaginale est envahie sur une étendue trop grande pour qu'on puisse aisément en faire la résection, quand les ligaments larges sont infiltrés, je pense qu'il y a lieu de renoncer à toute tentative de cure radicale. Le mieux est de s'arrêter à l'une des nombreuses opérations palliatives que nous avons à notre disposition.

I. *Opérations.* — La plus ancienne est la cautérisation au fer rouge. On se sert tantôt du thermo-cautère, tantôt du cautère actuel. La thermo-cautérisation est commode, mais il faut reconnaître que l'action du Paquelin n'est pas assez profonde. La cautérisation au fer rouge est préférable, mais il est rare qu'on l'emploie isolément. D'ordinaire, on la combine soit à un curetage, soit à une excision de la tumeur.

Cependant, Klotz (de Dresde), a préconisé, en 1896, la simple cautérisation au fer rouge.

Son *modus faciendi* s'éloigne un peu de la pratique ordinaire. Au lieu de cautériser le cancer en une seule séance, Klotz se propose de détruire les tissus néoplasiques en cinq séances, de dix jours en dix jours. Il a traité ainsi six cas sur vingt-cinq cancers utérins inopérables. Il a obtenu, dit-il, une cicatrisation complète dans les

six cas. La récidive n'existe chez aucune de ses opérées et l'intervention date de quatre ans, dans deux cas ; de trois ans ; de deux ans ; de un an ; et enfin de six mois.

Les partisans de la cautérisation pensent que le feu a une action destructive profonde et que les tissus envahis sont atteints en dehors même de la tranche de section.

Le curetage a été souvent mis en usage pour combattre les néoplasmes malins de l'utérus non justiciables de l'extirpation totale.

Il ne s'agit pas du curetage tel qu'il se pratique dans les cas de métrite. L'opération a pour but d'enlever une partie des tissus infiltrés et ne se borne pas à l'abrasion de la muqueuse utérine. Il faut que la curette emporte les portions envahies qui sont molles et friables. Il faut savoir s'arrêter à temps et ne pas poursuivre trop profondément le cauter, de peur de faire pénétrer l'instrument dans la cavité péritonéale.

Ce curetage, qui débarrasse la malade de ses pertes de sang et de ses écoulements sanieux, est suivi d'une cautérisation soit au fer rouge, soit à l'aide d'une substance chimique (chlorure de zinc, etc.) On met un pansement dans le vagin et on le renouvelle tous les trois jours par exemple.

II. *Agents chimiques.* — On s'est servi d'injections interstitielles soit pour détruire, soit pour modifier les tissus envahis par le néoplasme.

L'alcool a été préconisé par H. Schultz.

Ce procédé consiste à faire une injection d'alcool absolu dans l'épaisseur de la tumeur cancéreuse. Les injections sont pratiquées d'abord tous les deux jours, puis quotidiennement. Par malheur, ces injections sont très douloureuses, et cette méthode n'a pas conquis beaucoup d'adeptes.

Bernard aurait obtenu de bons résultats en injectant dans les tissus de l'acide salicylique (6 parties d'acide pour 60 d'alcool).

Il faut faire une mention spéciale en faveur du chlorure de zinc qui est l'un des agents les plus répandus dans le traitement de l'épithélioma de l'utérus.

Employé par Maisonneuve, par Martin Sims, le chlorure de zinc peut servir à cautériser de différentes manières les cancers utérins. On s'en sert soit en solution, soit sous forme de crayons, soit sous forme de sparadrap. La pâte de Canquoin avait déjà été préconisée et essayée par Canquoin lui-même dans la cure du cancer utérin.

Il est indiqué de relever l'état général, de combattre l'anorexie, de tâcher de lutter contre la cachexie ; il faut arrêter le sang que les malades perdent parfois en grande abondance et combattre la fétilité des sécrétions.

III. *Pansements hémostatiques et antiseptiques.* — Le térébène serait, d'après Cordes et Bétrix, un excellent désinfectant et un très bon antiseptique. On l'emploie mélangé à parties égales d'huile.

L'iodoforme a des avantages et des inconvénients. Cet agent désinfecte très bien le vagin, mais son odeur est pénétrante et désagréable. Il peut être absorbé et donner naissance à une intoxication lente. Il faut donc en user avec précaution.

Comme hémostatique, j'emploie avec avantage le perchlorure de fer, le chlorure de zinc et l'antipyrine.

Pour faire disparaître la fétilité des pertes, j'emploie depuis déjà assez longtemps le formol, qui est un excellent désinfectant. Les injections au formol sont bien supportées.

J'ai dit qu'il fallait relever les forces de la malade et surtout essayer de lui donner de l'appétit.

Quant aux prétendus spécifiques du cancer il est à peine nécessaire de les énumérer. La ciguë est tombé dans un oubli dont elle ne se relèvera plus. La thérébenthine de Chio n'a pas une action plus marquée. Le condurango peut être un bon stomachique, mais il n'a jamais été un spécifique du cancer.

(Gazette Méd. de Liège).

**Comment il faut prescrire le chlorhydrate et l'acétate d'ammoniaque**

Les sels ammoniacaux passent, comme on le sait, pour des excitants diffusibles, et le praticien les prescrit souvent, principalement dans les fièvres éruptives et les bronchites. Cependant, ils peuvent encore trouver leur emploi dans d'autres circonstances (Liégeois).

Dans les fièvres éruptives où l'ammoniaque agirait comme vaso-dilatateur et aussi comme antipyrétique, on doit, chez les enfants de quinze mois à huit ans, le prescrire de la façon suivante :

- Acétate d'ammoniaque liquide.....0,50 à 8 grammes
- Hydrolat de cannelle..... } àà 50 grammes.
- Eau chloroformée..... }
- Sirop de fleurs d'oranger ou de framboise..... 40 —

Une cuiller à café ou à dessert d'heure en heure.

S'il s'agit d'enfants ayant dépassé l'âge de huit ans ou d'adultes, on met dans cette potion autant de grammes d'acétate d'ammoniaque que le malade compte d'années, sans toutefois dépasser la dose de 35 grammes.

Comme excitant diffusible et vaso-dilatateur, l'acétate d'ammoniaque liquide peut aussi rendre des services, concurremment avec les injections d'éther ou de caféine, dans la période de collapsus algide et asphyxique du choléra :

- Acétate d'ammoniaque liquide.....8 à 10 grammes.
- Laudanum de Rousseau..... XX gouttes.
- Liqueur de Hoffman..... 10 grammes.
- Rhum..... 40 —
- Hydrolat de mélisse..... 60 —
- Sirop de cannelle..... 30 —

Une cuiller à bouche de demi en demi-heure.

Les effets stimulants de cette potion se manifestent avec une extrême rapidité, mais durent peu de temps, ce qui permet au praticien de ne pas aller sensiblement au-delà de l'effet réactionnel qu'il poursuit.

Dans la période algide de l'empoisonnement par les champignons, on pourrait adopter la formule suivante :

- Acétate d'ammoniaque liquide... 8 à 10 grammes.
- Teinture alcoolique de belladone..... XXX gouttes
- Liqueur de Hoffman..... 10 grammes.
- Eau chloroformée..... } àà 50 —
- Hydrolat de mélisse..... }
- Sirop de cannelle..... 30 —

Une cuiller à bouché de demi en demi heure.

L'acétate d'ammoniaque, grâce à la dérivation vaso-dilatatrice qu'il détermine du côté de la peau, donne souvent des heureux résultats dans les bronchites capillaires et les broncho pneumonies. On l'associe, chez l'adulte, à la potion de Todd, chez l'enfant, au vin de Malaga, qui luttent contre l'adynamie générale et contre l'adynamie bronchique.

Le chlorhydrate, le carbonate et le benzoate d'ammoniaque peuvent être employés avantageusement comme expectorants, à la période de coction des bronchites vulgaires, dans les bronchites chroniques des vieillards, des goutteux, des asthmatiques emphysemaux, des convalescents de fièvre typhoïde :

- Carbonate ou chlorhydrate ou benzoate d'ammoniaque..... } àà 1 gramme.
- Gomme ammoniaque..... }
- Poudre d'ipécacuanha ..... 25 centigr.
- Extrait de jusquiame..... 10 —
- Mucilage de gomme..... Q. S.

Pour 20 pilules; prendre 2 par jour.

Dans les céphalalgies des névropathes anémiques, lorsque la céphalée neurasthénique ne prend pas fin après le déjeuner et menace de persister avec éblouissements, bourdonnements d'oreilles, marche incertaine, on peut faire prendre avec succès, plusieurs cuillerées à café de la solution :

- Valérianate d'ammoniaque..... 2 à 3 grammes
- Elixir de guarana..... 80 —

C'est l'acétate d'ammoniaque qui atténue le mieux l'orgasme douloureux de l'utérus et facilite l'écoulement des règles chez les dysménorrhéiques sanguines, pléthoriques, ou chez celles dont l'utérus enflammé, dévié ou fibromateux, est en congestion chronique; dans ces cas, on donnera :

- Acétate d'ammoniaque liquide.... 30 grammes
- Teinture de piscidia erythrina } àà 80 —
- Teinturé de valériane..... }

Une à trois cuillers à café, chacune dans un verre d'eau sucrée. Ou bien :

- Teinture de piscidia érythrina... }
- Teinture de viburnum prunifolium..... } àà 10 grammes.
- Alcoolature d'anémone pulsatile }

Deux à six cuillerées à café, chacune dans un quart de verre d'eau sucrée.

Dans l'intervalle des époques, on institue le traitement résolutif de l'engorgement utérin par les bains alcalins et l'on donne du chlorhydrate d'ammoniaque à l'intérieur :

- Chlorhydrate d'ammoniaque..... 6 à 8 grammes
- Eau..... 300 —

Prendre matin et soir une cuiller à café dans du lait sucré.

(La Presse Méd.)

**Un cas d'helminthiase avec symptômes méningitiques**

Par le Dr. PEIPER

(Deut. med. Wochenschr., 1897. 25 Novembre, no 48, p. 763)

Il s'agit d'une fillette de dix ans, qui, après avoir présenté; pendant plusieurs jours, de l'inappétence, de la constipation, de l'agitation pendant le sommeil, fut prise brusquement d'un ensemble de symptômes faisant penser au développement d'une méningite tuberculeuse : température 40°, rétrécissement des pupilles, raideur de la nuque, cris inconscients, incontinence de l'urine. Cet état persista pendant deux jours, pendant lesquels la fièvre resta à 40°, malgré les antithermiques et les bains froids. Au troisième jour, dans une selle provoquée par l'huile de ricin, donnée contre la constipation qui durait toujours, on trouva quelques lombrics. Une nouvelle dose d'huile de ricin additionnée de santonine, provoqua l'expulsion de nombreux vers. Le soir même, la température tomba à 37° en même temps que les symptômes méningitiques disparaissaient définitivement.

En passant en revue les autres cas connus d'helminthiase avec symptômes nerveux ou phénomènes d'anémie cérébrale, l'auteur arrive à conclure que les vers intestinaux, quand ils sont en grand nombre, fabriquent probablement des poisons qui agissent d'une façon spéciale sur le système nerveux et sur les organes de l'hématopoïèse.—(Ibid.)

**Passage de substances du fœtus à la mère**

Par MM. M. LANNOIS, et E. BRIAU

Nous croyons intéressant de donner le résultat des recherches que viennent d'exposer MM. Lannois et Briau.

1° Les substances injectées directement au fœtus (salicylate de soude, iodure de potassium, bleu de méthylène), traversent le placenta et peuvent être retrouvées dans les tissus et dans l'urine de la mère ;

2° Cette donnée expérimentale est un argument en faveur de l'opinion soutenue par l'un de nous que les produits excrémentitiels normaux de fœtus traversent le placenta pour être éliminés par l'organisme maternel ;

3° Dans le cas d'insuffisance rénale, ces produits de déchet de la vie du fœtus peuvent donc contribuer pour une part à l'auto-intoxication maternelle et par suite jouer un rôle dans l'éclampsie et les autres accidents de l'albuminurie gravidique. (Lyon Médical)

### Traitement de la blennorrhagie par l'aïrol

A. R. Koundrioutskof (*Voitn.-méd. Journ.*, juillet 1897) a essayé dans 8 cas de blennorrhagie aiguë et 6 cas de blennorrhagie chronique, les injections intra-uréthrales d'aïrol, d'après la formule que voici :

Aïrol.....	} à 2 grammes
Gomme arabe.....	
Eau distillée.....	16 grammes

M. D. S.—A faire une injection par jour.

L'écoulement disparaissait ordinairement le 4e-16e jour après l'institution du traitement, et seulement dans 1 cas il continua jusqu'au 20e jour. L'auteur n'a pas observé de récurrence ; comme phénomène secondaire fâcheux, il n'a noté qu'une légère sensation de cuisson pendant l'injection (*Iéjénéd. Journ. Prakt. Méd.*, IV, 1897, n° 40, p. 628.)

### CORRESPONDANCES

M. LE RÉDACTEUR,

C'est curieux comme ma correspondance du 9 mars a eu le don de surexciter la verve du monde médical... de cette province.

Est-ce que par hasard j'aurais touché le point sensible... le point de contact que l'on avait cru dissimuler habilement ?

Dans tous les cas, il est certain que les opinions que j'ai émises, les craintes d'un très grand nombre que j'ai fait connaître, m'ont valu une ondée de jolies phrases, en vedette dans des articles plus gracieux encore.

Je vais tâcher de dire un mot à chacun de ces messieurs, et si possible, leur donner la balance de la monnaie.

Candide cultivait son petit jardin et ne songeait nullement à bêcher celui de ses voisins.

M. le Dr Benoît en a jugé autrement. Il aurait peut-être, à mon avis, mieux fait de suivre un aussi sage et pacifique exemple et de ne pas rouler, un beau matin, de gros yeux, faire des moulinets à la capitaine Fracasse et partir en guerre à l'aveuglette, sur des terres quelque peu incennes.

Que voulez-vous, on est toujours victime de son tempérament, et vous savez si le Dr Benoît est rageur et ferrailleur en diable. Il me pardonnera cependant, si je ne juge pas à propos de le prendre au sérieux et de m'occuper des petites amabilités qu'il me sert très gracieusement et avec usure dans le dernier numéro de la *Revue*.

Voyez-vous, M. le Rédacteur, je ne puis pas me résoudre à rompre une lance avec un monsieur qui — il y a quelques deux ans — est venu à Québec porter chez qui de droit, dans une intention facile à deviner, des accusations graves contre un confrère, officier du Bureau et qui s'est prestement dérobé quand il a été mis en mesure de montrer son courage et sa bonne foi, en prenant la responsabilité de son action par une demande d'enquête écrite et signée.

Je ne veux pas qualifier ici un procédé aussi étrange, mais M. le Dr Benoît ne m'en voudra pas trop, si le cœur ne me le dit pas, de répondre à ses attaques... c'est plus fort que moi.

M. le Dr E. P. Lachapelle, de son côté, proteste de son innocence. Il n'a jamais été le champion des cours de 6 mois et des examens faciles, dit-il, et me met au défi de citer un seul "acte, une seule ligne, un seul mot" dans toute sa carrière, pour appuyer mon assertion. Je relève le gant et m'en vais tâcher d'exposer aussi clairement et aussi succinctement que possible comment il se fait qu'il se rencontre des médecins qui ont l'audace de penser comme moi.

Le 16 février 1886, un comité nommé par les gouverneurs, pour s'occuper des amendements à faire à la loi médicale s'assemblait à Montréal, sous la présidence de M. le Dr C. E. Lemieux.

Étaient présents MM. les Drs Lachapelle, Hingston, Campbell, Simard, Guay, LaRue et Austin.

"Après plusieurs heures de discussions, le comité suggérait à l'unanimité, entre autres choses d'ajouter les matières suivantes au programme des examens préliminaires (pour l'admission à l'étude) : philosophie morale et intellectuelle, physique, minéralogie, géologie, astronomie et botanique." (régistre médical, page 56).

On demandait un cours d'étude complet pour les étudiants en médecine, afin de relever leur niveau intellectuel qui était réellement en certain quartier un peu extraordinaire et empêcher par cela même l'encombrement professionnel par des nullités. C'était d'ailleurs le vœu de toute la profession.

Comme il ne restait plus que quelques petits détails à parachever, tous les points importants étant réglés, le comité nomma un sous-comité composé de MM. les Drs Lachapelle, Hingston, Leprohon, Campbell pour mettre les amendements au point.

Le 12 mai de la même année, le sous-comité faisait son rapport et contrairement à ce qui avait été décidé par le comité (à l'unanimité) il avait fait volte face et déclarait (page 57, registre médical 1886) que la suggestion du comité général à l'effet d'ajouter certaines matières aux examens préliminaires n'est pas jugé opportune, (unwise). Le sous-comité est d'avis qu'aucun changement ne soit fait à l'examen préliminaire.

Par conséquent 1° M. le Dr. Lachapelle trouvait "unwise" une mesure qu'il avait approuvée, trois mois auparavant comme juste, équitable et nécessaire, 2° M. le Dr. Lachapelle se déclarait contre l'augmentation de la difficulté du brevet pour l'admission à l'étude.

En passant, M. le Rédacteur, vous remarquerez, que M. le Dr. Lachapelle avait sans doute oublié ce détail quand il m'a mis au défi de trouver dans toute sa carrière, "un acte, une seule ligne, un mot pour appuyer mes assertions, c'était "unwise" voyez-vous, le niveau intellectuel de la profession ne pourrait pas être relevé. — Je poursuis cette étude historique.

Les membres du comité (section de Québec) à cette nouvelle aussi surprenante qu'inattendue présentèrent à MM. les gouverneurs du Bureau de Médecine, un rapport qui commence comme suit : 11 juin 1896, registre médical page 61).

"Nous soussignés, membres du comité nommé en septembre dernier pour préparer les amendements à la loi médicale, croyons de notre devoir, de ne pas prendre la responsabilité du rapport qui a été présenté à ce sujet par le sous-comité, le 13 mai dernier, et de protester contre les inexactitudes qu'il renferme, par le contre rapport suivant :

"Nous affirmons (entre autres choses) qu'on devait rendre obligatoire à l'examen préliminaire de la médecine, les matières suivantes : "la philosophie intellectuelle et morale, la physique, la minéralogie la géologie, l'astronomie, la botanique, etc., etc....."

C'est avec la plus grande surprise que nous avons vu le sous-comité ne pas se conformer aux ordres du dit comité et suggérer :....

Nous ferons remarquer qu'en suivant ces conseils du sous comité, le Bureau de Médecine décrèterait par le fait même que les qualifications à l'étude de la médecine devraient continuer à être moindres que pour le droit et le notariat : car pour ces deux dernières professions on exige depuis plusieurs années la connaissance de toutes les matières qui sont enseignées dans les cours classiques de cette province ; etc., etc."

Le tout humblement soumis.

Dr. C. E. LEMIEUX, président,  
Dr. L. J. A. SIMARD,  
Dr. L. LARUE,  
Dr. P. M. GUAY,

M. le Dr. Lachapelle était donc opposé à ce que le brevet pour l'admission à l'étude de la médecine fut au moins équivalent à celui du droit et du notariat. Pourquoi ? c'était "unwise"

M. le Dr E. P. Lachapelle jouissait alors d'une grande influence au Bureau de Médecine et de fait, l'état c'était lui.

Aussi à l'assemblée du Bureau de Médecine, tenue à Montréal le 13 juillet 1886, M. le Dr Lachapelle défendit la position prise par le sous-comité et fit rejeter, grâce à son influence prépondérante, la suggestion primitive du comité et approuver sa manière de voir. Tout

cela ne se fit pas sans un peu de grabuge, on peut en être convaincu.

Le lendemain, 14 juillet, avait lieu l'assemblée triennale et là la profession médicale demanda, par une énorme majorité de relever le niveau des étudiants en médecine, en faisant augmenter les difficultés de l'examen préliminaire et le mettant sur un pied d'équivalence avec celui exigé pour l'admission à l'étude du droit et du notariat. (Motion présentée par M. le Dr Marsil et secondée par le M. Dr Durocher, registre médical, 1886, page 72).

Un bill fut préparé et présenté à la chambre en l'année 1888-89.

Ce bill fut célèbre et porta le nom de bill Lachapelle vu qu'il fut le seul à défendre son œuvre. Il ne fit pas long feu d'ailleurs; il fut rejeté sur le préambule.

Le bill Lachapelle, contenait-il la clause demandée par le comité de 1886 et par la profession toute entière, à l'effet de rendre plus sévère l'examen pour l'admission à l'étude? Pas du tout, M. le Dr Lachapelle avait jugé qu'il était sans doute encore "unwise" de mettre la médecine sur le même pied que le droit et le notariat.

Par exemple aussitôt que l'influence de M. le Dr Lachapelle fut disparue du Bureau de Médecine, (M. le Dr Lachapelle n'étant plus gouverneur), la clause réapparut dans les bills présentés par le bureau à la législature à cette époque.

M. le Dr Lachapelle n'ayant jamais voulu rendre plus sévères des examens qui étaient reconnus trop faciles, j'en ai conclu de ses actes qu'il aimait mieux les examens faciles et comme il avait lutté pendant plusieurs années pour s'opposer à tout changement qu'il trouvait "unwise" de faire, je l'ai élevé à la dignité de champion, avec d'autant plus d'à propos qu'il est notoire qu'il était l'âme dirigeante du bureau des gouverneurs d'alors.

Maintenant j'ai parlé des cours de 6 mois et ai prétendu que c'était là encore une des mesures favorites de M. le Dr E. P. Lachapelle, ou si l'on aime mieux M. le Dr Lachapelle avait employé toute son activité et son talent incontestable à établir les cours de 6 mois et à les faire établir ailleurs.

Par l'influence de qui l'Université Laval de Montréal transforma-t-elle ses cours de 9 mois en 6 mois, avant sa réunion avec l'ancienne école de médecine et de chirurgie de Montréal?

N'est il pas vrai que M. le Dr E. P. Lachapelle est venu dans ce temps, à Québec, engager quelques professeurs à entrer dans "la voie du progrès" c'est-à-dire mettre les cours de 6 mois en vigueur. C'était, disait-il, le seul moyen de relever le "niveau des études"!

Je n'ai pas à discuter, si ce moyen devait être ce levier puissant qui transformerait l'état de chose, je constate seulement en passant la raison donnée pour engager les médecins à entrer dans le mouvement du racourci.

L'union de Laval et de Victoria vint ensuite brouiller les cartes. D'ailleurs quelque temps après M. le Dr E. P. Lachapelle résignait comme professeur de Laval de Montréal.

Si je voulais encore prendre des documents officiels je retrouverais la preuve que M. le Dr E. P. Lachapelle, en ce temps-là, caressait cette idée. Dans son bill, malgré la demande qui en avait été faite, de mettre les examens de Doctorat en juin, assurant ainsi 9 mois de cours pour la 4<sup>me</sup> année au moins, il avait mis avril, préférant par là 6 mois d'études au moins pour la 4<sup>me</sup> année.

Evidemment M. le Dr E. P. Lachapelle était aussi favorable aux cours de 9 mois qu'il l'était aux intérêts des médecins de la campagne quand il a tenté d'en défranchiser les quatre-cinquièmes à la dernière session.

(Pétition au conseil Législatif, Amendements Perodeau et LaRue, au bill médical 1898).

J'ai cru de mon devoir de donner à M. le Dr E. P. Lachapelle pleine et entière satisfaction. Je sais que toutes les opinions sont honorables du moment qu'elles sont soutenues de bonne foi et c'est pour cette raison que je n'ai fait qu'émettre les siennes sans les discuter au mérite.

A vous maintenant messieurs du comité, qui vous proclamez avec tant d'emphase les mandataires de la profession de ce district, vous qui êtes devenus rouges de colère à l'idée que nous pouvions penser, mes amis et moi, que vous aviez identifié votre cause avec celle de M. le Dr. Lachapelle, nous avons le regret de vous dire que nous n'avons pas changé d'opinion.

Votre comité n'est qu'au fond un sous-comité. Je vous entend jeter les hauts cris et, protester, mais vous avez oublié d'avertir M. le Dr. Benoît d'être bien circonspect dans les déclarations qu'il envoie chaque semaine aux populations anxieuses de goûter sa bonne parole, car dans un article à mon adresse il a dit d'un ton triomphant: "le comité de Québec agit de concert non pas seulement avec le comité de Montréal dont M. le Dr. Lachapelle et moi faisons partie !....."

Aussi c'est clair, vous êtes vendus par vos frères messieurs du comité.

Mais n'allez pas croire, monsieur le rédacteur, que le comité admet tout sans regimber; au contraire ces messieurs expliquent la situation. Il paraît même qu'il y a une nuance—tout est là. Et nouveaux Bellac d'un monde où l'on s'ennuie ils vous disent: "laissez-nous vous montrer la nuance, vous n'y êtes pas du tout". Seulement voilà, il y a une difficulté, il faut être initié aux mystères électoraux pour y voir goutte.—C'est d'un compliqué, et d'une subtilité! Entre nous, il y a bien des mandataires, qui ne sont pas grands clercs, qui ne peuvent pas aller au bout de l'explication tant il faut une souplesse, tant il faut côtoyer l'erreur.

Enfin, il paraît que ça explique tout.

Nous nous sommes peut-être trompés mes amis et moi, mais en réunissant toutes les explications et après y avoir réfléchi plusieurs jours, nous avons cru comprendre que c'était une question de teinte—Montréal comme métropole, en avait une éclatante—ici, quelque chose d'un peu plus effacé, qui se voit moins de loin attire peu les regards, sans aucun doute une teinte choisie avec une grande modestie.

Bref, drapeau de la même couleur plus où moins teinté, voilà ce que nous avons compris et que d'ailleurs nous avons toujours cru.

Autrement nous serions forcés de mettre en regard les déclarations de M. le Dr. Benoit et celles du comité et chercher la vérité entre ces deux extrêmes.

Nous ne voulons pas soupçonner un seul instant que la vérité d'un côté ou de l'autre puisse avoir été écornée?

A notre avis, il aurait été bien plus simple de montrer ses couleurs immédiatement et ne pas se voiler la figure d'indignation dans le but de donner le change.

Et puis ces messieurs du comité qui sont si chatouilleux auraient dû, lorsqu'ils ont accepté de travailler à faire élire un "ticket" pour Québec, commencer par le commencement: choisir les candidats et demander aux médecins du district de donner leur procuration pour soutenir les candidats approuvés en assemblée plénière.

On a jugé que c'était préférable d'avoir des procurations et puis ensuite, vogue la galère et pour cause.

J'ai en ma possession plus de quinze lettres de mes amis, qui se plaignent d'avoir donné leur procuration sous un prétexte quelconque sans savoir qu'ils allaient servir les ambitions de X, Y ou Z. Plusieurs même ajoutent que les représentations qui leur ont été faites, ne sont pas en conformité avec les vues du comité actuel et que jamais ils n'ont pensé travailler pour faire triompher la cause de M. le Dr Lachapelle, de Montréal. De plus messieurs du comité ont écrit sciemment une affirmation contraire à la vérité quand ils disent que je les ai devancés dans la récolte des procurations. Il y avait au moins 10 jours que les lettres de ces messieurs parcouraient le district, lorsque j'ai demandé des procurations pour protéger les officiers de l'ancien Bureau contre des détracteurs (anonymes). Et le succès a pleinement répondu à mon attente.

Maintenant on nous a dit et écrit que tout ce bruit, ce trémoussement, ce dévergondage de lettres, de proclamations, de programmes à double entente et à échappement, cachaient bien au fond des ambitions inassouvies, des mains tendues vers des ronds de cuir gubernatoriaux, mais nous n'avons pas voulu nous arrêter, un seul instant, à une aussi coupable pensée.

Nous aimons mieux admettre avec M. Y du comité, qu'en effet ils étaient partis un jour pris d'un zèle nouveau et impérieux, pour aller secouer l'apathie dans laquelle la profession de ce district était en train de s'enliser.

Non, Monsieur le Rédacteur, c'est trop drôle, voyez-vous d'ici M. X, avec un désintéressement médical inconnu chez lui jusqu'alors tout abandonner pour aller secouer lui aussi l'apathie de la profession et cela pour l'amour !

Les malins, ceux qui prétendent la connaître dans les coins, (nous nous gardons bien d'avoir une aussi coupable pensée) disent tout haut que ce farouche et austère Brutus, style moderne s'entend, ne voudrait certes pas accepter une rémunération mais se laisserait faire violence,—pour sauver la république—et consentirait à décrocher la timbale par esprit de sacrifice.

Mais tout cela n'est que potins, propos malveillants et nous nous gardons bien d'y attacher une importance quelconque.

Je ne crois pas perdre quoi que ce soit de ma dignité en admettant qu'en effet j'ai fait erreur en me croyant titulaire d'une chaire, dont je ne suis qu'agrégé et je n'ai aucune fausse honte à admettre de bonne foi mon erreur.

Il est peut-être possible aussi, M. le Rédacteur, que je n'ai pas la valeur requise pour faire bonne figure et dignement partie d'une faculté comme ces messieurs du comité se plaisent à le constater, on n'est jamais bon juge dans sa propre cause. Mais ce que je trouve extraordinaire et qui m'amuse beaucoup c'est que, parmi ceux qui se retranchent derrière l'anonyme "Votre Comité" pour me dire des pauvretés et poser en même temps comme les représentants les mieux rentrés de la dignité, de l'honneur et du désintéressement médical, il s'en rencontre qui ont bien des choses à se faire pardonner pourtant, et qui ont bien tort de le prendre de si haut, de faire tant de bruit, alors qu'ils auraient tout à gagner à laisser encore quelques années de silence passer sur leur nom pour effacer dans l'esprit de tous, le souvenir du rude accroc fait à leur dignité médicale, lors de l'épidémie charlatanesque du "gold cure" qui est encore bien présente à la mémoire des médecins de ce district.

Je regrette, M. le Rédacteur, d'avoir été si long, mais que voulez-vous, j'ai été forcé de faire face de tout côté et de montrer à ces messieurs que nous voyons assez clairs, mes amis et moi, pour comprendre et suivre ce qui se passe. E finita la comédia !!

Dr. ARTHUR SIMARD.

Rue du Parloir, Québec, 23 mars 1898.

Sherbrooke, 20 mars 1898.

#### MONSIEUR LE DOCTEUR,

Vous savez, sans doute, que des influences considérables sont exercées actuellement auprès des médecins des districts ruraux à l'occasion de la prochaine élection triennale du Bureau Médical qui aura lieu en juillet prochain.

Un comité électoral a été formé dans la Cité de Montréal, composé de vingt-quatre membres, dont dix-sept sont professeurs des différentes facultés de médecine, trois praticiens réguliers de la Cité de Montréal et quatre seulement représentent les districts ruraux. Ces noms sont certainement très respectables, et les personnes qui ont signé la circulaire de ce comité feraient honneur à n'importe quel corps médical, si toutefois nous n'y trouvions le danger d'une influence indue que ces personnes, affiliées aux universités, pourraient exercer sur le Bureau Médical, au cas où elles seraient nommées Gouverneur du dit Bureau. Chaque faculté de médecine possède déjà le

droit d'être représentée par deux de ses membres, et nous savons par expérience que ces Messieurs favorisent toujours les universités au détriment de la profession médicale en général. Vous savez aussi les efforts que font sans cesse ces Messieurs pour régulariser la position de leurs élèves diplômés, qui n'ont pas été admis à l'étude, c'est-à-dire, qui ne possèdent pas de brevet.

La législature n'a-t-elle pas été assiégée, à la dernière session, par trente-cinq jeunes gens qui demandaient des bills privés ? Actuellement, cinquante pour cent des élèves qui étudient dans les Universités n'ont pas été admis à l'étude. Vous avez là l'explication de l'ambition de ces Messieurs à contrôler les affaires du Bureau Médical, et à remplacer les Gouverneurs actuels.

Nous pouvons affirmer que tous les districts de la province qui, lors des dernières élections triennales, possédaient une Société Médicale, ont été consultés quant au choix de leurs représentants dans le Bureau des Gouverneurs et que les dits représentants ont été reconnus par le Bureau, au même titre que les représentants des quatre facultés de médecine.

Veillez voir ci-dessous le programme que nous adoptons, espérant qu'il rencontrera votre approbation et, dans ce cas, vous voudrez bien signer, devant témoin, la procuration ci-incluse que nous attendrons par le retour de la malle, et que vous pourrez adresser à l'un des trois premiers signataires ci-dessous. (1)

J. S. C. GAUTHIER, M. D. St-Ephrem d'Upton.  
 L. C. BACHAND, M.-D., Coaticook.  
 J. O. C. CAMIRAND, M. D., Sherbrooke.  
 L. P. NORMAND, M.-D., Trois-Rivières.  
 L. A. PLANTE, M.-D., Louiseville.  
 L. A. GENEST, M.-D. Sherbrooke.  
 J. A. M. ELIE, M. D., Sherbrooke.  
 W. LAMY, M.-D., Sherbrooke.  
 Hon. R. FISET, M. D., Rimouski.  
 F. X. LATRAVERSE, M. D., Sorel.  
 H. H. PRÉFONTAINE, M. D., Durham Sud.  
 P. A. BÉRARD, M. D., Drummondville.  
 W. ALEXANDER, M. D. Drummondville.  
 DAMASE LaRUE, M. D., St-Germain.  
 CHS. E. AUGER, M. D., St-Hélène de Bagot.  
 G. CHEVALIER, M. D., Sorel.  
 J. SYLVESTRE, M. D., Sorel.  
 ACH. F. FLEURY, M.-Sorel.  
 Hon. D. MARCIL M. D., St-Eustache.  
 ED. H. PROVOST, M.-D. Sorel.  
 J. A. MIQUELON, M. D., Ste-Anne de Sorel.  
 A. G. H. BÉIQUE, M.-D., Magog.  
 W. H. COOKE, M. D., D'Israéli.  
 E. VALCOURT, M.-D. Warwick.  
 I. FREGÉAU, M.-D., Sherbrooke.  
 E. BLONDIN, M. D., Arthabaskaville.  
 E. L. BELLEAU M. D. Arthabaskaville.  
 A. P. CARTIER, M.-D., Ste-Madeleine.  
 L. J. Adol. MIGNEAULT, M.-D., St-Hyacinthe.  
 L. A. BEAUDRY, M. D., St-Hyacinthe.  
 EUGENE ST-JACQUES M. D., St-Hyacinthe.  
 EMILE ST-JACQUES, M. D. St-Hyacinthe.  
 ULRIC JACQUES, M. D., St-Hyacinthe.  
 OLIVIER JACQUES M.-D., St-Hyacinthe.  
 H. A. MIGNEAULT, M. D., St-Hyacinthe.  
 L. J. A. MIGNAULT, M.-D., St-Simon.  
 P. J. L. BISSONNETTE, M.-D., St-Esprit.  
 W. W. CHALMERS, M. D. Magog.  
 P. N. GARNEAU, M. D., Stanfold.

(1) Nous avons publié le programme dans le numéro précédent, voir no 34, p. 269.

## TRAVAUX ORIGINAUX (1)

**Rapport de deux cas de tumeurs fibreuses de la matrice expulsées à la suite du traitement électrique**

Par M. le Dr A. LAPHORN SMITH, B. A., M. D. Laval; membre du Collège Royal des chirurgiens de Londres; Professeur de clinique Gynécologique à l'Université Bishop; chirurgien en chef au Samaritain hospital pour les femmes; chirurgien au Western hospital; gynécologue au dispensaire de Montréal.

*Travail lu devant la Société Médico-Chirurgicale de Montréal*  
Février 1898

Le fibrome que je vous présente est d'environ le volume d'une grosse orange et pèse près d'une livre; il est formé de tissu fibreux de consistance très dure. Je l'ai enlevé à une de mes patientes, à mon hôpital privé, il y a deux semaines.

Voici à peu près l'histoire du cas :

Mademoiselle X, âgée de trente et un an, m'a été envoyée par M. le Dr Sainclair, de Gananoque, Ontario, afin qu'elle fût traitée par la méthode Apostoli, pour une tumeur fibreuse de l'utérus.

La patiente avait des hémorragies tellement abondantes qu'elle pouvait à peine marcher. Elle a été menstruée à douze ans et a toujours souffert à chaque menstrue, tellement qu'elle pleurait et s'évanouissait tant les douleurs étaient grandes; son système nerveux s'est épuisé et elle est devenue hystérique.

Pendant ces deux dernières années son abdomen a beaucoup augmenté de volume; ses intestins étaient irréguliers, mais son appétit et sa digestion étaient très mauvais.

Elle a eu les fièvres typhoïdes, le rhumatisme articulaire aigu et des attaques de fièvres paludéennes à plusieurs reprises.

Durant toute l'année dernière, elle a eu les meilleurs traitements à Toronto, mais sans soulagement; et comme dernière ressource, le gynécologue en chef de cette dernière ville, lui a recommandé l'ablation des trompes et des ovaires afin d'arrêter les hémorragies et l'accroissement de la tumeur.

Elle n'a pas voulu y consentir à cause de la peur que lui causait l'opération. Voyant cela son médecin me l'a envoyée.

A mon premier examen je sentis une masse dure de la grosseur d'une tête de fœtus à la paroi antérieure de la matrice, les trompes et les ovaires étaient sensibles au toucher. Avant de commencer le traitement électrique, je lui expliquai comme ce dernier était long et ennuyeux, qu'il lui fallait rester deux ou trois mois à Montréal. Je lui dis aussi qu'il était à peu près certain que les hémorragies s'arrêteraient, ayant réussi dans au delà de soixante cas, mais qu'il n'y avait pas de certitude que la tumeur disparaîtrait. Je lui expliquai encore que dans une demi-heure je pouvais lui enlever la matrice et la tumeur, et que si elle en réchappait, dans trois semaines un mois au plus, elle serait prête à partir.

Elle insista pour que je la traite par l'électricité. Je commençai le 18 sept: de cette date au 18 janvier 1898, je lui appliquai l'électricité environ 40 fois: une bonne partie de ce temps a été perdue par l'arrivée de ses règles et de deux semaines de vacances à Noël.

Aussitôt le traitement commencé, ses menstrues devinrent normales, son teint rose, sa figure pleine de vie, son appétit bon, meilleur

qu'il n'avait jamais été. Les maux de tête dont elle s'était toujours plainte disparurent complètement dès la première application; de même que furent subjugués les douleurs si affreuses qu'elle avait ressenties en arrière de la tête.

J'étais sur le point de lui conseiller de retourner chez elle quand elle me suggéra de lui faire le curettage de la matrice, comme je le lui avais conseillé d'abord avant de commencer le traitement à l'électricité. Croyant que sa guérison serait plus certaine, je décidai de le faire, elle entra alors dans mon hôpital privé dans ce but.

Mon aide la mit sous l'effet de l'anesthésique; pendant que je la curettais, je remarquai que la sonde utérine pouvait atteindre une profondeur de sept pouces en la passant dans une certaine direction au lieu de 4½ pouces qu'elle atteignait durant le traitement électrique. Je badigeonnai avec l'iode et l'acide phénique la cavité utérine et tamponnai avec de la gaze iodoformée.

Sur le point de me quitter elle me demanda de lui appliquer une fois de plus le courant galvanique, ce que je fis, avec la sonde introduite à six pouces de profondeur dans la cavité utérine. Le jour suivant elle eut de fortes contractions de la matrice, elle devint nerveuse et hystérique; elle ne pouvait supporter ni opium, ni morphine.

Quelques jours plus tard, elle sentit une forte pesanteur dans le bas du corps, on fut obligé de débarrasser sa vessie avec l'aide du cathéter, et elle ne parvenait pas à aller à la selle même avec des lavements. Son abdomen devint très balloné et elle eut de fréquents vomissements. Le 4 février, en l'examinant, je vis que l'os utérin était long et étroit et fermé. Mais après plusieurs douleurs dans les reins comme celles au début d'un accouchement, je l'examinai de nouveau, le 5 février, et je remarquai que le vagin était rempli d'une masse du volume d'une tête de fœtus, je ne pus atteindre le col. Les symptômes de compression étaient alarmants; elle fut anesthésiée et avec l'aide du Dr Field, de Montréal, et du Dr Sainclair, de Gananoque, le fil écraseur fut passé autour de la tumeur le plus haut possible. Quoique le fil fut de métal Delta, il se brisa m'écorchant les doigts à différents endroits.

J'essayai une seconde fois avec plein succès et mis le fil écraseur plus en arrière. Je brisai les adhérences qui retenaient la tumeur à la matrice, et j'enlevai le fibrome avec autant de difficultés et employant autant de force qu'il faut pour mettre un enfant au monde avec l'aide du forceps. Comme la patiente était une vierge, j'eus une déchirure du périnée que je réunis de suite avec quelques points de suture. Les fortes contractions de la matrice sur le fibrome avaient gangrené celui-ci à la partie inférieure, ce qui avait infecté le vagin. La température monta à 104°F, puis diminua par la quinine, et en quelques jours devint normale.

L'écoulement de la matrice était tellement putride que trois des petites plaies que je m'étais fait aux doigts ont suppuré et les cuisses de la malade étaient gercées.

La patiente est aujourd'hui convalescente, se lève tous les jours, va retourner bientôt chez elle; son abdomen ainsi que son utérus sont revenus à l'état normal.

2<sup>ÈME</sup> CAS.—C'était une femme stérile d'environ trente ans, venant d'Holyoke, Mass.

Elle avait un fibrome du volume d'une tête de fœtus à la paroi postérieure de la matrice. Elle avait des hémorragies très abondantes.

(1) Un fâcheux contre temps nous oblige de remettre à la semaine prochaine la suite de l'intéressant travail de M. le docteur Brochu sur "Le traitement électrothérapeutique des vomissements insupportables de la grossesse."

tes. Après dix applications du courant galvanique ses menstrues durèrent trois jours et apparurent naturelles.

Elle se crut guérie et voulut retourner chez elle. Son abdomen avait diminué de volume et elle avait raccourci sa bande de quelques pouces.

Pendant qu'elle était en wagon, à mi-chemin, elle ressentit soudain des douleurs semblables à celles de l'accouchement et une forte hémorragie s'en suivit. Les douleurs telles qu'elle les décrit étaient déchirantes ; enfin un fibrome en entier fut expulsé de la matrice.

Je suis peiné de ne pouvoir vous montrer cette tumeur ; je suis allé à Holyoke afin de me la procurer, je l'ai vue remplissant un bocal d'une pinte mais la malade ne voulait s'en départir qu'à un prix fabuleux.

Dans l'ouvrage récent d'Albutt et Playfair sur la gynécologie page 237, on lit ce qui suit : Nous reconnaissons que le courant électrique a pour effet d'amener des contractions énergiques de la matrice, et ceci peut-être démontré expérimentalement et cliniquement par le nombre considérable de fibromes qui ont été expulsés à la suite du traitement électrique, et dans quelques cas, après peu d'applications. De plus il est bien probable qu'il faudrait chercher dans les contractions produites par le courant galvanique l'explication non seulement des résultats hémostatiques, mais aussi des changements de nutrition et de la diminution conséquente de la grosseur de la tumeur qui si souvent suit le traitement électrique.

A l'appui de cette opinion, j'ajouterai que dans le cas N° 1 ; chaque fois que le courant électrique durait 5 à 6 minutes, il se produisait de fortes contractions de la vessie.

J'ai cru qu'il serait utile d'ajouter ces deux cas de guérison certaine à un grand nombre d'autres dont j'ai déjà fait mention antérieurement qui ont été guéris par le traitement électrique.

Il n'est que juste que les femmes qui ont des fibromes hémorragiques puissent choisir entre le couteau et tous ses risques qui guérit promptement et le courant électrique qui est si long et si ennuyeux. Je dois vous dire franchement que je préfère de beaucoup le couteau au traitement électrique qui est bien long quand j'ai si peu de temps à ma disposition.

Des quatorze femmes à qui j'ai fait l'hystérectomie abdominale quatre sont mortes ; des soixante femmes et plus que j'ai traitées par la méthode Apostoli, quelques-unes d'elles n'ont obtenu aucun soulagement, mais le plus grand nombre sont en parfaite santé et bien guéries.

250, rue Bishop.

## REPRODUCTION

### L'acétate de thallium contre les sueurs nocturnes des phtisiques (1)

Par le docteur F. COMBEMALE, professeur de clinique médicale

J'ignore à quel hasard de mes lectures je dois d'avoir appris et retenu que les sels de thallium étaient des anhydrotiques. Mes incursions dans la bibliographie de ce métal m'ont montré que Lamy et Paulet en 1863, Grandeau en 1864, Stadion en 1865, Marmé en 1867, Hénocque et Hayem en 1868, Rabuteau en 1874, Bernstein-Kohan en 1890, Lück en 1891, Curci tout récemment enfin en 1895 avaient approfondi l'étude de l'action toxique et physiologique de ces corps, que Pozzi et Courtade en 1884 l'avaient essayé sans succès

dans le traitement de la syphilis ; mais je n'ai pu retrouver d'indication relative à l'auteur qui le premier s'en servit ou le proposa comme antisudoral.

L'occasion se présentant quotidiennement d'avoir à soulager, dans mon service de la Charité à Lille, des tuberculeux à sueurs nocturnes abondantes, je mis en juin dernier ce médicament en expérience.

L'acétate de thallium, que l'on se procure facilement en France et à l'étranger, est un corps chimique qui se présente sous la forme d'une poudre blanchâtre, facilement déliquescence, insipide, soluble dans l'eau et l'alcool. Malgré ces qualités physiques très prisées pour un médicament, la commodité de son emploi thérapeutique j'ai fait faire, dès le début, des pilules de 10 centigrammes, que je continue du reste à administrer, à cette dose, l'effet antisudoral étant certain.

Sous cette forme pharmaceutique commode, l'acétate de thallium m'a donné contre les sueurs des résultats remarquables, qui méritent d'être signalés et légitiment l'admission de ce médicament peu connu dans la thérapeutique de ce symptôme, si gênant au cours de la phtisie et d'autres maladies cachectisantes.

Sur plus de trente malades, tuberculeux ou autres, qui ont pris de l'acétate de thallium contre leurs sueurs excessives, deux seulement n'en ont pas tiré complet soulagement. L'un d'entre eux, porteur d'une laryngite tuberculeuse très avancée en même temps que de granulations ramollies au sommet gauche, suait médiocrement, mais chaque nuit ; le médicament a été sans aucun effet sur lui. Un second, arrivé à la période ultime de la phtisie pulmonaire, affaibli par des sueurs excessivement abondantes, n'a pu les voir cesser, malgré que la dose ait été portée à ce que j'estime son maximum, à 20 centigr. *pro die* ; elles ont seulement diminué d'une façon notable. A vrai dire, donc c'est seulement une sueur sur trente qui s'est montrée rebelle à l'acétate de thallium.

Parmi les malades qui ont été particulièrement soulagés, je citerai d'abord les grands excavés cachectiques. Chez une malheureuse phtisique à la dernière période, que la diarrhée et les sueurs profuses menaient à grands pas au tombeau, une seule dose de 10 centigrammes d'acétate de thallium tarit définitivement les sueurs, et la dénutrition rapide se ralentit dès lors. Encore plus typique est le cas d'une phtisique constamment baignée de sueurs, qui, dès la seconde pilule d'acétate de thallium, cesse de suer, mais meurt cinq à six jours après, tellement ses lésions pulmonaires étaient avancées. Une dizaine d'observations analogues, dans lesquelles la mort, à raison de l'état des lésions, est survenue de un à six mois après que j'ai eu employé ce médicament contre les sueurs profuses, m'ont montré qu'à l'inverse des autres antisudorales, l'acétate de thallium avait son maximum d'effet chez les cachectisés.

Je rapprocherai volontiers de ces cas, parce qu'il est aussi probant, celui d'une lymphadénique en proie à des sueurs excessives quotidiennes que l'atropine, l'acide camphorique, l'agaricine ne réfrénaient qu'avec peine ; durant les deux mois que j'ai pu la suivre, une dose tous les trois jours prévenait l'hypercrinie sudorale.

Les tuberculeux indurés ou ramollis suent d'une façon moins abondante et moins régulière ; j'ai pu cependant dans quatre cas, notamment chez un tuberculeux avec pneumothorax, constater avec certitude la propriété anhydrotique de l'acétate de thallium. Une dizaine d'autre cas observés ne présente pas les mêmes garanties d'absolue certitude ; j'estime néanmoins que dans cette catégorie de tuberculeux sueurs, ce médicament n'a pas de moindres effets que chez les grands excavés.

Enfin, il n'est pas jusqu'aux vieux toussseurs nocturnes par ec-tasie bronchique, bronchite chronique, emphysème, qui ne retirent bénéfice de l'emploi de l'acétate de thallium contre les sueurs qui d'aventure accompagnent leurs accès de toux : trois de ces malades, en période de recrudescence de toux, ont vu la moiteur généralisée

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 22 février 1898.

qui accompagnait leur accès, ne pas se montrer de deux à trois jours après une seule prise de 10 centigrammes, et, quand elle reparaisait, céder définitivement pour plus d'un mois après quatre prises successives.

En résumé donc, voilà diverses catégories de malades, grands sueurs de par leur affection, que l'acétate de thallium débarrasse facilement et sans grande insistance de leur incommode symptôme.

Pour ce résultat, la dose employée a été généralement de 10 centigrammes, par exception de 20 centigrammes. Bien souvent une seule prise a suffi, jamais je n'ai administré le médicament plus de sept jours de suite ; j'estime du reste que lorsqu'au quatrième jour l'acétate de thallium n'a pas produit l'effet désiré, il est inutile d'insister ; il s'agit de l'un de ces cas rebelles qui se montre dans les proportions de 1 sur 15. J'avais, du reste, l'habitude comme pour les autres antisudoraux, de faire ingérer la dose, après étude du cas, une heure environ avant le moment présumé de l'apparition des sueurs.

Puisque l'acétate de thallium a une valeur clinique incontestable, la question des inconvénients qu'il peut présenter à son intérêt. Les expériences de Lamy et Paulet, de Rabuteau, de de Lüick, nous donnent le thallium comme le plus toxique des métaux ; ce serait un poison musculaire paralysant. Comme avec les mercureux, après des tremblements surviendraient dans l'intoxication chronique des animaux, des phénomènes d'incoordination motrice avec gastro entérite et l'algidité graduelle conduirait l'animal à la mort. Il est inutile de dire que cliniquement je n'ai rien observé d'analogue : mes doses même accumulées ne sont donc pas toxiques.

Mais j'ai remarqué un fait sur lequel je n'ai pas encore une opinion ferme, et que je dois rapporter ici. Consécutivement à l'emploi de l'acétate de thallium, au début de mes recherches, une alopecie rapide survint chez deux tuberculeux : l'un après onze prises espacées en un mois perdit en huit jours tous ses cheveux ; l'autre, chez qui les cheveux tombaient déjà, devint totalement chauve en quarante-huit heures, après avoir absorbé 80 centigr. d'acétate de thallium en un mois. Désagréablement surpris, je saisis les occasions d'étudier les raisons et les conditions de cette subite alopecie ; coup sur coup trois autres phthisiques me permirent de modifier mon opinion. Chez ces trois tuberculeux avancés, les sueurs étaient abondantes à l'acétate surtout, et leurs cheveux s'éclaircissaient beaucoup, quand l'acétate de thallium fut prescrit ; une prise ou deux suffit pour venir à bout de leurs sueurs, qui ne reparurent plus de quinze jours et en même temps cessait la chute de leurs cheveux. Un sixième fait se présenta à mon observation. La leucocythémique dont j'ai parlé perdait aussi ses cheveux mais lentement ; elle devint complètement chauve lorsqu'elle eut pris une dizaine de pilules. J'ai tendance à conclure de ces faits que c'est seulement à la suite de l'emploi prolongé ou de doses fréquemment répétées d'acétate de thallium que l'alopecie survient véritablement foudroyante, et uniquement chez ceux dont les cheveux étaient déjà fragiles. D'explication, je n'en propose point, bien que l'aie cherchée dans la présence du thallium dans le cuir chevelu ; mais je dois avouer que je n'ai pu découvrir à l'examen spectroscopique d'une macération du cuir chevelu de l'un de ces sujets la raie caractéristique du métal.

J'ajouterai que chez la première de nos malades si brutalement privée de sa maigre chevelure, les cheveux ont repoussé ensuite en trois mois, bien plus drus qu'auparavant.

En résumé, il peut donc y avoir inconvénient à employer l'acétate de thallium ; mais en restant dans les faibles doses, en ne dépassant pas quatre prises consécutives on évite cet inconvénient dans la majorité des cas.

Enfin en terminant je signalerai ce point important, que l'effet obtenu avec l'acétate de thallium sur les sueurs, l'est au moins pour deux jours, bien souvent pour plus de dix jours ; en tenant compte

de cette notion d'expérience, les effets du médicament, qui vraisemblablement amènent ces troubles de nutrition cutanée, seraient encore plus facilement évités.

(L'Echo médical du Nord)

### Nouveau procédé d'anesthésie locale

Par le Dr. P. ARENDT, chirurgien du dispensaire maritime à Anvers.

La plupart des chirurgiens connaissent, au moins pour en avoir entendu parler, l'excellent procédé d'anesthésie locale préconisé par Schleich et dénommé procédé d'infiltration (1) ; d'autre part, trop peu de praticiens, à mon avis, ont essayé cette méthode, du moins dans les pays de langue française, car à part la presse médicale allemande, les autres journaux de médecine (2) en font peu mention. Et pourtant l'anesthésie par infiltration donne des résultats si encourageants, que le chirurgien qui en aura une fois fait l'expérience pourra désormais difficilement s'en passer. Personnellement, nous avons lieu d'être très satisfait de son application, et c'est surtout dans quelques interventions de peu de gravité, telles que les opérations du phimosis, les débridements d'abcès du sein, d'anthrax, les ablations de kystes, de lipomes, les énucléations de ganglions tuberculeux du cou et de l'aîne, les extirpations de bubons, etc., que ce procédé, facile à exécuter en s'en tenant strictement à la description de Schleich, rend l'emploi du chloroforme superflu. Certains opérateurs l'ont même substitué à l'usage du chloroforme dans les laparotomies, herniotomies, etc. (3).

Cette méthode a pourtant quelques inconvénients : certains cas de petite chirurgie—et ce sont les plus fréquents (ouverture de panaris, amputation de doigts d'orteils, opération de l'ongle incarné)—s'y prêtent moins bien, parce que, l'espace étant restreint et la peau assez calleuse (c'est surtout à des ouvriers et à des marins que nous avons eu affaire), l'infiltration est plus difficile à obtenir. Aussi avons-nous été heureux de trouver dans le *Centralblatt für Chirurgie* 1897, n° 51, la description d'un nouveau procédé, imaginé par Oberst et exposé par Honigmann et Braun ; cette méthode est un complément au procédé d'infiltration de Schleich et elle est surtout applicable dans les cas où ce dernier laisse à désirer.

Voici la technique recommandée par Honigmann :

Le membre qu'il s'agit d'anesthésier, doigt ou orteil, est d'abord maintenu dans la position élevée, afin de produire un certain degré d'ischémie ; ensuite, à un point situé en deça du champ opératoire (dans le sens proximal), on entoure le membre d'un tuyau en caoutchouc assez mince (nous avons employé celui correspondant au n° 14 de Charrière), qu'on maintient aussi serré que possible, à l'aide d'une pince hémostatique ; cela fait, on injecte, au moyen d'une seringue de Pravaz, à un endroit situé immédiatement au-delà du point resserré (dans le sens distal,  $\frac{1}{4}$  à  $\frac{1}{2}$  centimètre cube d'une solution de cocaïne à 1°/10), l'aiguille étant dirigée vers l'extrémité du doigt (vers l'ongle) ; cette injection sera pratiquée sur les quatre faces du membre ; elle sera sous-cutanée et comprendra les tissus sains. La constriction doit être établie aussi près que possible de l'extrémité du membre, parce que l'anesthésie se produit d'autant plus vite qu'elle s'étend sur une partie plus petite du doigt ou de l'orteil ; cette constriction doit également être très forte, car l'anesthésie dure aussi longtemps que la circulation sanguine est interrompue, et cesse du moment que le tuyau en caoutchouc se relâche. Dans les cas de relâchement prématuré de la ligature, Pernice conseille de tamponner la plaie à l'aide de coton imbibé d'une solution de cocaïne à 1°/10.

Un point capital,—et nous en avons fait l'expérience,—c'est que les solutions de cocaïne soient fraîchement préparées ; une solution

(1) SCHLEICH, *Schmerzlose Operationen*. Berlin, Springer, 1894.

(2) Le *Journal médical*, no 31, 1897, a publié un article de M. le Dr Bayet dans lequel ce procédé est décrit en détail.

(3) VOIR à ce sujet, BRAATE, *Centralblatt f. Chirurg.*, no 26, 1896, et surtout H. REBERGALD jun. et KREKE, *Munch. med. Wochenschrift*, 1897, no 42.

datant de la veille, par exemple ne nous donnait déjà plus d'aussi bons résultats. Deux à trois seringues de Pravaz suffisant amplement pour une petite intervention, on peut faire préparer *ex tempore* 3 à 4 grammes d'eau distillée stérilisée contenant 3 à 4 centigrammes de cocaïne.

Comme les injections sont un peu douloureuses, Honigmann conseille d'anesthésier au préalable les endroits à injecter à l'aide du chlorure d'éthyle; nous nous sommes servi du chloréthyle Bengué, fort commode et peu coûteux; Honigmann a appliqué ce procédé d'anesthésie à quatre-vingt cas de panaris, dix-huit désarticulations et douze opérations de l'ongle incarné.

Personnellement, nous l'avons essayé dans trois amputations de doigts et deux amputations d'orteils; nous avons été vraiment surpris de l'efficacité en même temps que de la parfaite innocuité de ce procédé: chez un officier de marine, nous avons amputé, sans assistance, deux doigts pendant que le patient continuait à fumer tranquillement son cigare; chez une petite fille de 12 ans, nous avons pu amputer le gros orteil droit tandis que la blessé continuait à causer avec son entourage.

Encouragé par ces premiers résultats, nous avons employé le même procédé dans un cas de fistule para-urétrale d'origine blennorragique que nous nous proposons, mon distingué confrère, le Dr P. Dietz, et moi, d'oblitérer au moyen du thermocautère; grâce à la parfaite anesthésie locale obtenue, cette intervention très douloureuse a pu être conduite à bonne fin sans l'emploi du chloroforme. Ici nous avons pratiqué quatre injections d'un (quart de seringue de Pravaz le long du trajet fistuleux: c'est donc avec un centigramme de cocaïne seulement que nous avons obtenu le résultat voulu.

Nous avons observé à ce propos que l'anesthésie se produit d'autant plus vite que les tissus injectés sont plus mous. En moyenne, l'anesthésie est complète après cinq à dix minutes au maximum.

Nous avons cru bon d'appeler l'attention de nos confrères sur ce nouveau procédé, lequel, à cause de son excessive facilité d'exécution mérite d'être employé sur une large échelle.

(*Jour. méd. de Bruxelles.*)

## Les parasites du cancer et du sarcome

### Morphologie, répartition

Par M. F.-J. Bosc.

Des arguments d'ordre clinique, étiologique et expérimental nous permettent de penser que les tumeurs malignes de l'homme, en particulier le cancer (épithéliome, carcinome) et le sarcome, ont une origine infectieuse.

Existe-t-il, dans ces tumeurs, des corps qui se différencient des éléments propres de nos tissus et capables de jouer un rôle pathogène? Plusieurs auteurs ont décrit des formes qu'ils interprètent comme des parasites, mais elles sont très variables et actuellement considérées comme exclusives les unes des autres. Nous avons repris cette étude sur un nombre considérable d'épithéliomes, de carcinomes, de sarcomes, mais nous nous sommes gardé de nous baser uniquement, même pour la simple étude morphologique, sur l'examen de coupes histologiques plus ou moins altérées par les réactifs et aux données desquelles on peut toujours opposer des doutes. Toute tumeur a été examinée immédiatement, à l'état frais. L'examen comportait l'étude du suc cancéreux du raclage de la surface fraîche de section recueilli en des points divers de la tumeur présentant une particularité: points jaunâtres, vermicelles, boyaux remplis de matière cancéreuse ramollie, contenu des kystes, etc. L'examen microscopique en a été fait directement à une lumière vive, sans coloration d'abord, puis après coloration légère par divers réactifs; picro-carmin, thionine, bleu de Roux, safranine, biondi, liqueur d'Erlich diluée dans la glycérine. Nous avons pu parvenir à conserver les préparations fraîches ainsi préparées à la glycérine

avec ou sans fixation préalable par l'acide osmique. Les observations faites sur les tissus frais ont été contrôlées sur des coupes histologiques très nombreuses de fragments très minces fixés dans le formol, le Flemming ou le sublimé à saturation dans l'eau et après des colorations sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

La synthèse des documents fournis par l'examen de très nombreuses tumeurs, et en particulier de trente-deux cas très étudiés, nous amène à cette conclusion qu'il existe dans ces tumeurs des formations anormales étrangères à nos tissus pouvant se grouper suivant cinq types morphologiques: 1° formes micrococciennes ou microbiennes; 2° granulations; 3° formes cellulaires de volume très variable, parmi lesquelles des formes pseudopodiques; 4° formes enkystées; 5° formes sarcodiques.

1° Les formes micrococciennes ou microbiennes existent dans toutes les tumeurs que nous avons examinées. Elles y sont les plus abondantes et parfois en nombre tel que chaque cellule en contient une et même plusieurs, jusqu'à quatre, six. Leur volume peut ne pas dépasser celui du plus petit microcoque ou atteindre celui d'un gros staphylocoque. Il existe autour de chacune d'elles une petite zone hyaline, très réfringente, ressemblant exactement à la capsule qui entoure certains microbes. Parfois une même capsule peut contenir deux petits éléments, de sorte que la figure représente, à s'y tromper, un diplocoque encapsulé. Ces formes microbiennes à l'état frais se colorent facilement, sauf la capsule, qui demeure incolore.

2° Les granulations ont le même aspect que les formes microbiennes, mais leur volume est plus considérable. Elles sont formées par une petite masse ronde, homogène, brillante, entourée d'une zone hyaline qui peut prendre un très grand développement. Elles sont extrêmement nombreuses.

3° Les formes cellulaires. Nous les nommons ainsi à cause de leur ressemblance morphologique avec un élément cellulaire. Elles peuvent présenter une structure très complexe.

Les plus simples sont formées par une masse homogène nucléée, entourée de sa zone hyaline. D'autres présentent une zone granuleuse au centre ou sur les bords de la masse homogène précédente augmentée de volume; certaines ont un noyau vésiculeux, nucléolé, et une masse protoplasmique divisée en trois, quatre et cinq zones concentriques d'apparence et de réaction variables. On peut observer des divisions nucléaires dans la masse protoplasmique, des divisions de la masse elle-même en segments nucléées, des divisions en rosace, en marguerite, ou bien de véritables morulas. Les formes pseudopodiques sont remarquables par l'étirement de leur protoplasma en prolongements qui peuvent atteindre une grande longueur.

4° Les formes enkystées sont constatables à l'état frais et sur des coupes. On trouve des kystes parfaits bien isolés, avec leur paroi à double contour remplie de protoplasma granuleux à noyau nucléolé, ou à protoplasma rétracté au centre en forme de sphère. Le kyste peut renfermer deux, quatre, six spores volumineuses ou un grand nombre de microspores.

Nous avons observé des spores contenant deux sporozoïtes (corps en croissant) à gros noyau, enserrant une masse granuleuse de reliquat.

5° Formes sarcodiques. Dans certaines tumeurs, surtout dans les sarcomes, nous avons trouvé des masses volumineuses de protoplasma à bords pseudopodiques et renfermant des corps qui avaient toute la structure de spores. Ces spores étaient en nombre variable et à des degrés divers de développement dans l'intérieur de la masse sarcodique.

Toutes ces formes existent dans les épithéliomes, les carcinomes et les sarcomes. Cependant, les sarcomes contiennent surtout des formes microbiennes et des granulations: dans certains, même, on ne trouve que ces dernières formes. Ces formes sont isolées ou au nombre de deux, trois, quatre dans une même capsule, comme s'il se faisait un très énergique processus de division directe.

Ces cinq types d'éléments ont leur siège, soit dans le protoplasma de la cellule cancéreuse, soit dans le noyau (rare), soit dans l'intérieur de cellules conjonctives et de cellules géantes typiques, pour lesquelles on ne pouvait pas invoquer la coexistence d'une lésion tuberculeuse. Ces éléments peuvent exister dans les mailles du tissu conjonctif ; c'est ce qui a lieu surtout pour les sarcomes, et, dans ce dernier cas, la zone hyaline a des bords irréguliers, arrondis, tandis que, pour les parasites intracellulaires, cette zone a une forme géométriquement ronde ou ovale.

*Gaz. des Hôp.*

**Société de Chirurgie de Paris (1)**

SÉANCE DU 16 mars 1898

*Gastrectomie et gastro-entérostomie.*

M. le Dr. Monprofit (d'Angers).—J'ai pratiqué dernièrement l'ablation d'une volumineuse tumeur de l'estomac occupant environ le tiers de l'organe. Après avoir réséqué la partie malade de l'estomac et sectionné le duodénum, j'ai craint de ne pouvoir rapprocher les organes qu'au prix de tractions trop fortes pour pouvoir espérer une bonne réunion. J'ai fermé l'estomac par deux surjets, et fermé de même le duodénum ; ensuite, j'ai recherché le jéjunum et je l'ai sectionné en travers, à l'exemple de Roux (de Lausanne), et j'ai pratiqué, selon son procédé, une gastro-entérostomie trans-mésocolique postérieure en Y.

Le résultat ainsi obtenu est très satisfaisant ; le seul inconvénient relatif est la longueur de l'intervention. Cependant, bien que ma malade ait été deux heures sous le chloroforme, elle a supporté très facilement l'opération. Les suites ont été aussi simples que possible. Je n'ai à signaler qu'une faim extraordinaire, qui a poussé ma malade à prendre des aliments en abondance dès les premiers jours. Je ne m'y suis d'ailleurs opposé en aucune façon, et, quinze jours après l'opération, la malade est en très bon état, mange comme toutes les autres malades du service et a déjà repris un embonpoint notable.

Après avoir eu recours, d'une façon presque exclusive, à la gastro-entérostomie dans le traitement des néoplasmes gastriques et pyloriques, je suis absolument décidé à recourir à la *gastrectomie* toutes les fois qu'elle sera possible.

Si la *gastrectomie* est peu étendue, je suis d'avis de réunir directement le duodénum à l'estomac, comme je l'ai fait dans une pylorotomie pour sténose cicatricielle. Mais si la portion d'estomac, enlevée est considérable, le meilleur, à mon sens, est de pratiquer la gastro-jéjunostomie.

Comme procédé de gastro-entérostomie, je donne de beaucoup la préférence au procédé de Roux (de Lausanne), qui nous débarrassera, je l'espère, du retour de la bile dans l'estomac, si ennuyeux dans les autres procédés.

J'emploie toujours, bien entendu, les *sutures* en surjet à la soie, à l'exclusion de toutes les variétés de *bouton*, et je n'ai eu jusqu'ici qu'à m'en louer.

**Transmissibilité expérimentale de la rougeole aux animaux**

M. Josia a repris avec M. Nocard les expériences d'inoculation de la rougeole sur le cochon et le singe.

Dans 10 expériences, faites sur de jeunes porcs, l'inoculation du mucus recueilli dans la gorge d'enfants, en pleine éruption, n'a produit aucun résultat.

Dans 8 expériences faites sur des singes macaques et sajours, il a obtenu 3 résultats positifs.

Ces animaux ont été inoculés de deux façons différentes.

1° Du mucus nasal, pharyngé, et conjonctival, était recueilli avec un tampon d'ouate stérilisée chez des enfants au premier ou second jour de l'éruption et servait à badigeonner les fosses nasales et le pharynx des singes ;

2° Du sang était recueilli dans la veine des rougeoleux, et inoculé dans le tissu cellulaire sous-cutané des animaux, à la dose de un centimètre cube.

Trois de ces singes ont présenté des accidents qui ont débuté 26, 13, et 11 jours après l'inoculation : on a vu survenir un érythème de la face, s'étendant ensuite sur le tronc et les membres, accompagné de fièvre, de soif intense et même de convulsions chez l'un d'eux ; la température a atteint dans un cas de 40 et 41°.

Après une durée de 4 à 5 jours, l'érythème s'est effacé et la fièvre est tombée. En un mot, ces animaux ont présenté une éruption morbilliforme fébrile.

Les macaques ont été réfractaires à l'inoculation qui a réussi, au contraire, chez les sajours, et particulièrement sur un sajou capucin.

Un singe qui est resté en contact avec des enfants rougeoleux, pendant toute la durée de l'épidémie, n'a pas été atteint de la maladie.

*(Gaz. Hebd. de méd. et de chir.)*

**L'irrigation abdominale médiate dans la fièvre typhoïde**

Il arrive parfois que pour des raisons diverses, le praticien ne peut soumettre un typhique à la balnéation froide systématique, alors que celle-ci est formellement indiquée. Il est alors forcé de s'ingénier à trouver un procédé susceptible de produire des effets se rapprochant de ceux du bain froid.

Parmi ces procédés, un, assez simple (Chollan de Belval), consiste à appliquer directement sur la paroi abdominale un long tube enroulé en caoutchouc, dans lequel on fait circuler un courant d'eau froide.

Pour réaliser cette irrigation médiate, il faut avoir à sa disposition : 1° un simple tube de caoutchouc d'une longueur de 6 à 8 mètres, d'un diamètre de 10 à 15 millimètres, d'une épaisseur de paroi de 1 à 2 millimètres, terminé à l'une de ses extrémités par une masse de plomb à tubule centrale, à l'autre extrémité par un robinet ; 2° deux sceaux, dont l'un, le réservoir, est légèrement élevé au-dessus du lit, et l'autre, le récipient, repose par terre.

On procédera de la façon suivante. Le tube est enroulé en cercles concentriques maintenus à l'aide de fils qui les fixent les uns aux autres, et le coussin plat ainsi formé est appliqué directement sur le ventre du malade. L'extrémité du tube qui porte le plomb est alors plongée dans le sceau-réservoir contenant de l'eau maintenue à 10 ou 15°, au moyen de quelques fragments de glace, tandis que l'autre extrémité munie du robinet est mise dans le sceau-récipient. Le siphon étant amorcé, l'eau circule à volonté et coule plus ou moins rapidement dans le tube suivant qu'on ouvre plus ou moins le robinet de décharge.

On obtient ainsi une réfrigération locale par irrigation médiate qui amène toujours un abaissement sensible de la température, mais lentement, graduellement et sans la moindre gêne pour les malades qui éprouvent une réelle sensation de bien-être. C'est ordinairement après quatre à six heures d'application, qu'on voit des températures axillaires ou rectales de 40 et 41° s'abaisser graduellement de 1 et 2° et très habituellement ne plus dépasser 38° pendant toute la durée de l'irrigation. Très rarement, il survient un peu de frissonnement passager ; il suffit alors de modérer la rapidité du courant pour faire disparaître ce phénomène. Plus fréquemment, on observe un refroidissement des pieds assez marqué pour nécessiter l'application de boules chaudes.

Parmi les autres effets de cette irrigation médiate, on observe encore une diminution rapide du ballonnement abdominal, malgré la persistance d'une abondante diarrhée ordinairement jaune et granuleuse. Dans certain cas, on a constaté un arrêt définitif de graves hémorragies internes. Les urines deviennent rapidement plus abondantes ; le délire ou la stupeur ont été sensiblement atténués. Pen-

(1) Service de la Presse scientifique internationale, 98, Boulevard St-Germain, Paris

dant la période des récidives ou retours offensifs de la convalescence l'irrigation médiate donnerait les mêmes résultats qu'au cours de la maladie.

(*La Presse Méd.*)

#### Des terreurs nocturnes chez l'enfant et de leur traitement

Par le Dr MOIZARD, médecin des hôpitaux.

Le diagnostic de cette affection s'établit en général facilement en raison des caractères bien tranchés de la crise, de la répétition, de l'heure de son apparition, de l'état nerveux de l'enfant, et des troubles digestifs concomitants. Cependant quelque fois on peut hésiter avec l'épilepsie, bien que dans la crise de terreurs, il n'y ait pas de convulsions, pas de morsures de la langue ni d'émission involontaire d'urine, et que le lendemain, au réveil, l'enfant ne présente pas cette fatigue, cette torpeur intellectuelle observées chez celui qui a une crise nocturne d'épilepsie. En tout cas il est sage de ne se prononcer que lorsque l'évolution des accidents en a bien déterminé la véritable nature, d'autant que M. Jules Simon a vu en effet plusieurs fois l'épilepsie se manifester au début sous forme d'hallucinations, ou de terreurs nocturnes.

Dans tous les cas il faut éviter toute cause d'excitation cérébrale ; l'enfant ne doit pas être laissé seul dans sa chambre après son coucher, et on doit maintenir la lumière dans cette pièce.

Ces petits malades doivent être soumis à un exercice régulier, mais n'allant pas jusqu'à la fatigue.

L'influence prépondérante des troubles de la digestion indique la nécessité d'une sévère hygiène alimentaire. Les repas de l'enfant doivent être fréquents et peu abondants, il ne doit pas dîner tard, et son dîner, surtout, sera très léger, variable en quantité et en nature suivant son âge. On ne doit sous aucun prétexte lui donner ni vin pur, ni liqueur. Éviter la constipation ; surveiller attentivement la dentition, prescrire à ce moment une antisepsie de la bouche aussi rigoureuse que possible, et pratiquer l'incision de la gencive, si une dent tarde trop à en déterminer la rupture.

S'il y a de la dyspepsie on prescrira suivant le cas, les alcalins, l'acide chlorhydrique, la teinture de noix vomique ou les gouttes de Baumé, la pepsine, etc.

Il est très souvent utile de commencer le traitement par un purgatif : le calomel réussit bien en pareille occurrence.

Pour combattre l'excitation cérébrale le bromure de potassium et le chloral seront employés avec succès. Le bromure de potassium sera donné en solution aromatisée avec un sirop approprié au goût de l'enfant, et exactement titré par cuillerées à café ou à bouche ; on le donnera au moment du très léger repas du soir. La dose variera, suivant l'âge, de 25 centigrammes à 1 gramme ; quand il y a des phénomènes d'excitation nerveuse très marquée, il sera utile de donner le bromure deux fois par jour, le matin au premier déjeuner, et le soir. Le médicament devra être continué pendant plusieurs semaines, la durée du traitement étant subordonnée à son efficacité ; en tout cas, il sera sage d'y revenir, après une suspension plus ou moins prolongée. West insiste sur l'utilité de l'association du bromure de potassium et du chloral. Elle réussit très bien, dans le plus grand nombre des cas, à calmer l'irritabilité du système nerveux. L'opium n'est pas indiqué ; il a l'inconvénient d'être souvent mal supporté par l'estomac, et surtout il amène la constipation ; il ne doit pas être employé.

Le sulfate de quinine peut aussi être très utile, quand le bromure et le chloral, isolés ou associés, n'ont pas modifié les accidents. On le prescrira, à dose variable, suivant l'âge, au repas du soir.

Enfin on peut essayer l'action de la musique, qui dans un cas authentique a réussi à ramener le calme alors que tous les autres moyens avaient échoué.

(*L'Abeille Méd.*)

#### Action du chloroforme, de la morphine et de l'éther sur le travail de l'accouchement

M. Hensen a fait une étude spéciale des contractions utérines et de leur énergie, en plaçant dans l'utérus un ballon mis en relation avec un tube barométrique.

Il a recherché qu'elle pouvait être l'influence du chloroforme, du chloral, de la morphine, de l'éther sur le travail de l'accouchement, et il est arrivé aux conclusions suivantes d'après les *Arch. f. Gynaeko.*

Le chloroforme, et le chloral exercent sur l'utérus une action paralysante, mais celui-ci à un moindre degré.

La morphine prise à la dose de 0 gr. 005 milligrammes à 0 gr. 02 centigr. est sans aucune influence sur l'énergie des contractions de l'utérus et des muscles abdominaux.

L'éther produit au bout de deux minutes un affaiblissement notable du travail utérin en diminuant la force des contractions et en augmentant les intervalles qui les séparent.

L'activité utérine reprend de cinq à vingt minutes après qu'on a cessé l'administration de l'éther.

Pendant la narcose l'action des muscles abdominaux est interrompue.

Tandis que l'action du chloroforme se prolonge parfois pendant plus de deux heures, l'influence de l'éther cesse beaucoup plus vite et les douleurs reprennent après la narcose avec la même énergie qu'auparavant. C'est pourquoi l'on doit préférer l'emploi de l'éther à celui du chloroforme dans la pratique obstétricale, car il est très désirable que les contractions utérines recommencent tout de suite après une opération pratiquée pendant l'anesthésie, soit pour aider à l'expulsion de l'enfant, soit pour prévenir une hémorragie par atonie de l'utérus pendant la période de la délivrance.—*Ibid.*

#### Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde envisagé au point de vue de sa valeur seméiologique

M. DINEUR, médecin militaire belge, a observé, au point de vue du séro-diagnostic tous les cas de fièvre typhoïde qui se sont présentés à l'hôpital militaire d'Anvers depuis le mois de juin 1896, époque à laquelle Widal fit connaître le procédé qui porte son nom.

Notre confrère a publié dans les *Archives médicales Belges* ces diverses observations et en a tiré les conclusions suivantes :

1° La séro-réaction de Widal est, dans l'état actuel de nos connaissances un signe certain de fièvre typhoïde, lorsqu'elle fournit un résultat positif complet, au bout d'une heure et à la dilution au moins de 1 p. 25.

2° La séro-réaction avec résultat négatif n'a pas de valeur absolue ; cependant elle constitue une probabilité très grande en faveur de la non-existence d'une infection typhique ; il faut pour cela qu'elle soit répétée et observée très fréquemment dans le cours de la maladie.

3° L'association de la tuberculose, ou de la streptococcie à l'infection dothiéntérique n'empêche pas la réaction agglutinative de se produire.

4° Il semble que dans les infections locales par le bacille d'Eberth, celui-ci, n'agissant plus que comme agent d'infection locale ne détermine plus d'agglutination.—(*Ibid.*)

#### Sérothérapie dans la syphilis

M. Julien, dans une communication à la Société de Dermatologie et Syphiligraphie de Paris, dit avoir traité des syphilitiques avec du liquide d'ascite provenant d'un autre syphilitique. Un premier malade reçut ainsi en 15 fois 93 cc. d'ascite en injections hypodermiques sans aucun effet. Chez une autre syphilitique à la première période, M. Julien injecta sous la peau en 57 fois 520 grammes de ce même liquide et le résultat de ces injections fut identique à un traitement spécifique. Tous les accidents disparurent et le poids de

la malade augmenta de 3 kilos. Au bout de 6 mois, cette personne quitta les salles de Saint-Lazare complètement guérie.

(*L'Indépendance Médicale*)

**Des poussées congestives intermenstruelles**

Sous ce titre, M. Bouilly étudie une série de symptômes se produisant, entre les règles, chez des femmes dont les organes génitaux paraissent sains ou atteints de lésions difficilement appréciables.

Dix à douze jours après la cessation de l'écoulement sanguin, chez des femmes dont la menstruation a lieu régulièrement, sans douleurs ni abondance notables, survient une douleur plus ou moins violente, dans l'un des côtés du ventre, s'accompagnant tantôt de l'apparition de fleurs blanches ou de leur exagération, quand il en existait avant, tantôt d'un écoulement rosé ou franchement sanguin, quelquefois d'un véritable écoulement hydropérique. Ces divers phénomènes, douleur, écoulement, se combinent le plus souvent et coexistent ; mais les écoulements de diverses natures peuvent faire défaut et la douleur constituer la seule manifestation de la crise ; par contre, il est rare de voir une des variétés d'écoulement s'installer sans douleur.

Le caractère de cette crise intermenstruelle est d'apparaître, d'une façon régulière, tous les mois ou à peu près, sans cause appréciable, du dixième au douzième jours après la fin des règles. Cette crise dure tantôt quelques jours seulement, tantôt se prolonge jusqu'au retour de la nouvelle époque. Elle est tout à fait apyrétique.

Beaucoup de malades échappant à une observation prolongée, il est difficile de préciser la marche et l'évolution de ces accidents. M. Bouilly pense qu'ils s'atténuent ou disparaissent avec le temps et sous l'influence réelle ou supposée du traitement. Il ne les a jamais observés après quarante ans et ne les a jamais vu se prolonger pendant toute la durée et jusqu'à la fin de la vie intermenstruelle.

Au point de vue étiologique, ces symptômes intermenstruels s'observent presque toujours chez des femmes gravitant autour de la trentaine, dont la plupart, sans être des hystériques ou des grandes nerveuses, sont des impressionnables, des hyperesthésiques. La santé générale est, d'ordinaire, bonne ; le ventre est indolent ou peu douloureux. A noter cependant que bon nombre de ces malades ont eu, à une époque plus ou moins éloignée, une petite poussée inflammatoire abdominale, périmérite ou paramérite ayant succédé à un accouchement ou à un avortement, ou survenue sans cause appréciable. Pas de lésions appréciables ou lésions annexielles légères, voilà ce que l'on trouve à l'examen local. Aussi M. Bouilly résume-t-il l'étiologie en cette formule : reliquat de petites lésions chez des nerveuses, et plus spécialement de lésions ovariennes.

Quant à la pathogénie, elle est encore des plus obscures. En raison de l'uniformité presque constante des accidents et surtout de leur périodicité, on est amené à admettre l'influence de l'ovaire et à accepter l'idée d'une poussée congestive intermenstruelle se passant du côté de cet organe, s'y traduisant par de la douleur et modifiant la circulation vaso-motrice de l'utérus, au point d'y provoquer une sécrétion tantôt muqueuse, tantôt sanguine, tantôt hydropérique. Il s'agirait d'une fausse menstruation ou d'une menstruation intercalaire.

Le traitement se ressent de ces incertitudes de la pathogénie des accidents. A moins de lésions du col ou du corps entraînant une indication chirurgicale, il faut être très sobre d'interventions sur l'utérus, ces dernières ne pouvant donner à l'utérus qu'une sensibilité exagérée et provoquer des réflexes utérins ou ovariens. Le traitement doit surtout viser l'état général et chercher ses indications dans l'étude de la malade : l'hydrothérapie chaude et froide, les stations thermales sédatives et décongestionnantes peuvent être avantageusement conseillées.

(*Gaz. des Hôpitaux*)

**FORMULAIRE**

**Mixture contre le ver solitaire.**—(M. E. CHAMBERLIN).

Alcool chloroformé à 10 p. 100.....	8 grammes
Essence de thérebenthine rectifiée..	} à 4 grammes
Extrait éthéré de fougère mâle.....	
Glycérine.....	15 grammes.

Mélez.—A prendre : une demi-cuillerée\* à bouche d'heure en heure.

Avant de commencer ce traitement, le patient prend de l'huile de ricin ou du sulfate de magnésie et, dès que l'effet purgatif s'est produit, il fait usage de la mixture ci-dessus formulée.

Lorsqu'il s'agit de très jeunes sujets, on administre le remède à des doses proportionnées à l'âge des petits malades. C'est ainsi qu'à un enfant de deux ans, par exemple, on prescrira :

Alcool chloroformé à 10 p. 100...	} à 2 grammes
Essence de thérebenthine rectifiée..	
Extrait de fougère mâle.....	
Glycérine.....	15 grammes

Mélez. — A prendre une cuillerée à café d'heure en heure.

(*Gaz. heb. de méd. et de chir.*)

**Caustique coricide**

Potasse caustique.....	} à 5 grammes
Teinture d'iode.....	
Glycérine.....	20 —
Eau simple.....	40 —

(*Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.*)

**Solution blennorrhagique.**—(M. J. G. MOHLAU)

Antipyrine .....	} à 10 grammes.
Perchlorure de fer liquide.....	

Mélez, triturer, puis ajoutez :

Eau distillée.....	Q. S. pour	ob-
	tenir 150 à 250 c.c. de solution.	

M. S. A.—Usage externe.

Ce liquide est injecté, au moyen d'une seringue, à travers une sonde à bécille qu'on glisse jusque dans la portion prostatique de l'urèthre. On commence par bien laver ce canal avec de l'eau bouillie, puis on injecte la solution médicamenteuse, en ayant soin de faire pénétrer la dernière partie du liquide jusque dans la vessie, afin de prévenir l'infection gonococcique de cet organe. L'écoulement en retour se produit le long de la sonde.

D'après l'expérience de M. Möhlau (de Buffalo), le liquide ci-dessus formulé guérirait les blennorrhagies, tant aiguës que chroniques, plus sûrement que toutes les autres solutions proposées jusqu'ici à cet effet.

(*La Semaine Médicale*)

**Mixture pour le traitement local des douleurs névralgiques**

R. Menthol.....	1 gramme
Gaïacol.....	1 —
Alcool absolu.....	18 —

M. S. A.

M. le Dr Sabbatani emploie cette mixture en étendant sur la partie douloureuse, au moyen d'un pinceau et en exerçant une légère friction sur la peau, environ 4 grammes. On recouvre ensuite d'une légère couche de ouate la région badigeonnée. On ne doit répéter ces badigeonnages que deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

**Interets professionnels**

**Le Collège des Médecins et Chirurgiens de Québec**

Sur ce titre nous lisons dans le "*Montreal Medical Journal*" de ce mois un article remarquable publié surtout à l'adresse des médecins de langue anglaise.

Pour cette raison nous nous permettons d'en donner une traduction afin de faire connaître aux lecteurs de la *Revue* le sentiment exprimé par le principal organe des médecins anglais de cette Province.

Après avoir parlé d'une circulaire analogue à celle publiée par le comité électoral de Montréal reproduite dans cette revue

ot signée par les Drs. D. C. McCullum, R. Craik, Wm. H. Hingston, F. W. Campbell, G. P. Girdwood, T. G. Roddick, James Perrigo, James Stewart, F. J. Shepherd, H. A. Lafleur, Wm. Gardner, D. F. Gurd, J. A. MacDonald, A. D. Blackader, F. Buller, Geo. Wilkins, James Bell, A. Proudfoot, Geo. E. Armstrong, A. A. Brown, Laphorn Smith, F. R. England, J. J. Gardner, Wyatt Johnston, J. M. Elder, les éditeurs ajoutent :

“D’après cela il semblerait, qu’enfin l’agitation contre le Collège des Médecins, tel que présentement constitué et conduit, est rentrée dans une phase active. Quant à nous, nous ne pouvons qu’être de concert avec les signataires de cette circulaire, et nous espérons cordialement que le résultat de cette agitation sera d’amener aux élections de juillet des hommes qui mettront fin aux conditions d’affaires présentes. Nous n’hésitons pas à dire, que cet état de chose est éminamment, pour ne pas dire notoirement, intolérable (unsatisfactory).

Il y a, nous le savons, une disposition de la part des membres de notre profession parlant l’anglais à se montrer indifférents (to be callous) pour ce qui concerne le Collège, et à “*laisser tranquille le chien qui dort.*” Nous sommes en si petite minorité, que ce que nous faisons semble être de peu d’influence; en résumé, la disposition générale a été de laisser les membres de langue française guider le Collège à leur guise, et de penser à s’agiter alors seulement que les représentants français du Collège paraîtraient par leur législation empiéter sur nos prérogatives. Cette attitude d’esprit est inexcusable. Si la majorité française de cette Province travaille pour le progrès général (towards better things) notre véritable devoir est de la supporter cordialement, et dans le cas présent, pour parler franchement, il est de notre avantage de supporter les mouvements de réforme, parce qu’un tel support ne peut pas affaiblir la représentation anglaise du Collège; il ne pourrait que l’améliorer.

Il est, par exemple, entièrement indiscutable, que dans les conditions actuelles, le grand corps des médecins de langue anglaise de cette ville n’a pas de représentation directe au Bureau des gouverneurs. Pour définir complètement la situation, telles que les choses sont à présent, nous devons dire que, quoique théoriquement la masse des membres du Bureau des gouverneurs du Collège soit choisie par la profession en entier, la vérité est que la profession ne prend absolument aucune part à l’élection. A part quelques exceptions, y compris les représentants universitaires, les membres sont élus sur un *ticket*, et pour les lois actuelles d’après lesquels les membres de la profession dans cette Province peuvent voter par procuration, il est possible à tout homme aux instincts politiques, de collecter un tel nombre de procurations non datées et indéfinies portant simplement la signature des praticiens de cette Province, qu’aux élections il peut apporter toutes ces procurations et annihiler complètement le vote de ceux qui sont présents à l’assemblée. Ainsi il est possible à un homme qui a déployé suffisamment d’énergie à collecter des procurations, et qui a une influence suffisante, directe ou indirecte, pour faire cette besogne, d’élire une majorité de son choix au Bureau du Collège, une majorité qui lui est complètement servile. Nous avouons que dans certaines circonstances ce pouvoir a justement servi à l’avantage de la profession en général. Nous n’ignorons pas qu’une loi autocratique a tourné quelquefois à un grand avantage, mais nous savons aussi qu’elle peut être suivie des méfaits les plus sérieux.....

Nous pouvons dire dans ce cas-ci que l’autocrate c’est le registraire du Collège, M. le Dr. Beausoleil, et nous nous demandons: qu’est-ce qu’a fait M. le Dr. Beausoleil et quelle est sa position dans la profession de cette Province, pour qu’il doive par son influence sur les membres du Collège, contrôler notre législation médicale? Personne ne nie cette influence. C’est comme conséquence de cette influence autocratique sur les membres du Collège actuel que dernièrement, pour amener Québec de l’avant à propos de législation réciproque entre

les Bureaux des licences des différentes provinces, il a été choisi Président de l’Association Médicale Canadienne. Mais il serait hardi celui qui avancerait que M. le Dr. Beausoleil doit sa position actuelle à quelque talent ou à quelque supériorité sur ses confrères en des choses qui appartiennent essentiellement à l’homme de médecine.

Ce n’est pas comme médecin, mais comme politicien médical qu’il a été poussé de l’avant, et l’on doit se demander si la profession doit être contrôlée par lui. Il est vrai que c’est en grande partie par lui que la législation réciproque inter-provinciale entre plusieurs des provinces est devenue possible, mais cela a été au prix de sa nomination comme Président de la Société Médicale Canadienne, et après avoir été élevé à ce poste d’honneur, on ne saurait dire qu’il a obtenu plein succès.

Il est vrai que c’est encore par lui que le Collège a obtenu quelques centaines de thèses de l’Université de Paris, mais il est plaisant d’entendre parler de ces Thèses comme constituant par elles-mêmes une bibliothèque, et comme devant circuler par le courrier parmi les membres de la profession disséminés dans la Province.

Nous sommes portés à demander à M. le Dr. Beausoleil s’il pourrait nous dire clairement les circonstances qui ont mis le Collège d Médecins en possession de ces Thèses.

Il est en outre intéressant d’entendre M. le Dr. Beausoleil nous dire, dans sa circulaire, que le Collège est à établir un laboratoire clinique et physique au bénéfice de la profession. Doit-il y avoir là aussi circulation? Quelle est la position scientifique qu’occupe le monsieur, dont nous entendons parler aujourd’hui pour la première fois, et qui doit être nommé chef de ce laboratoire? Ce nom ne nous est certainement pas familier.

Et enfin, quant aux améliorations, que, suivant la circulaire de M. le Dr. Beausoleil on a imposé à L’Université Laval, le ton même de l’allusion à ces améliorations indique le plus clairement possible l’esprit qui les a fait naître. Nous ne nous entendons pas profondément dans la question, mais il est bien évident d’après la circulaire que c’est le dépit personnel plutôt que l’esprit public qui semble avoir été au fond des changements qui ont été faits.

M. le Dr. Beausoleil eut été capable de faire passer une législation pour améliorer la position du médecin devant les cours de justice, pour arrêter ou chercher à arrêter le charlatanisme, pour contrôler jusqu’à un certain point la compétition et la vente de médecines brevetées: eut-il réussi à nous démontrer que durant la période pendant laquelle il a eu le contrôle des affaires, l’état de la profession et la position du Collège lui-même, ont été améliorés, il pourrait y avoir un verdict bien différent en juillet prochain. L’état du Collège n’est pas amélioré; il est certainement impossible de respecter un corps qui permet la circulation de rumeurs bien désagréables concernant ses finances et concernant l’attitude de ses officiers quand il s’agit d’accorder des licences, qui feint d’ignorer (ignore) ces rumeurs et ne demande jamais d’enquête. Le seul moyen d’améliorer les affaires est d’effectuer un changement radical dans le mode d’élection du Bureau des Gouverneurs du Collège.

Il ne peut y avoir de désavantage à choisir les membres du Bureau par districts, et de les rendre responsables vis-à-vis des membres de la profession de leur district; par là le corps gouvernant ne serait plus irresponsable; par ce moyen la position du Collège et son Bureau sera assurément relevée.

Le Collège des Médecins et Chirugiens représente non-seulement les membres français, mais tous les membres de la profession dans cette Province, et tout ce qui rabaisse sa position rabaisse notre niveau et le respect de nous-mêmes. C’est le devoir de tous et de chacun de nous, de demander que le gouvernement intolérable actuel de ce corps ne continue pas plus longtemps, et de travailler activement à en faire une organisation respectée et honorable.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Du traitement électro-thérapeutique des vomissements incoercibles de la grossesse

Observation d'un cas de ces vomissements, compliqué de symptômes d'obstruction intestinale aiguë, traité avec succès par l'électricité.

Par M. le Dr. M. D. BROCHU, Professeur à l'Université Laval à Québec

Communication faite à la Société Médicale de Québec, séance du 24 mars 1898

(Suite et fin)

Parmi les nombreux agents thérapeutiques préconisés contre les vomissements de la grossesse, et qui ont eu tour-à-tour leurs succès et leurs échecs, l'électricité ne manque pas d'être mentionnée; mais c'est le plus souvent d'une manière vague, et sans appréciation nettement définie de ses propriétés physiologiques, les plus en rapport avec les indications particulières de traitement qui découlent des théories pathogéniques énoncées plus haut, non plus que des procédés d'électrisation qui permettent le mieux de réaliser le but poursuivi.

Il n'entre pas dans le cadre de cette étude de faire l'appréciation comparative des diverses médications mises en usage contre cet état morbide qui nous intéresse: nous ne chercherons qu'à établir comment l'électricité, par ses propriétés physiologiques complexes, et par les divers modes d'application dont elle est susceptible, peut réaliser chacun des desiderata du traitement des vomissements incoercibles tout en permettant d'éviter certains écueils contre lesquels il importe de se mettre en garde.

Les deux propriétés physiologiques fondamentales et les mieux reconnues des courants électriques sont: 1° d'*exciter les contractions musculaires*; 2° de *modifier la sensibilité ou l'excitabilité des éléments nerveux*.

A ces deux propriétés se rattache l'influence que ces courants peuvent exercer sur la circulation sanguine en agissant sur la contraction des fibres musculaires lisses des vaisseaux et en modifiant l'excitabilité des nerfs vaso-moteurs.

Mais on doit reconnaître aux courants électriques une troisième propriété, *polaire* ou *électrolytique*, qui résulte de l'attraction différente que chacun des pôles exerce sur les éléments chimiques des substances avec lesquelles ils sont en contact, ou qui se trouvent comprises dans le circuit électrique: ce qui leur donne, par suite, une tendance à *dissoudre* ou à *décomposer* ces substances.

Ajoutons que, par cette action électrolytique, ainsi que par le moyen de l'excitation qu'ils produisent sur les nerfs sensitifs et sur les vaisseaux sanguins, les courants électriques permettent de réaliser des effets de *révulsion* et d'*inhibition* analogues à ceux qui découlent de l'application des révulsifs ordinaires, (sinapismes, vésicatoires, pointes de feu) si généralement employés dans la thérapeutique.

Faisons remarquer, de suite, que ces deux propriétés fondamentales que possèdent les courants électriques d'*exciter les contractions musculaires* et de *modifier la sensibilité des éléments nerveux* sont les plus importantes à apprécier, pour le sujet qui nous occupe, parce qu'elles servent à établir nettement la base des indications et des contre-indications de l'électrothérapie dans le traitement des vomissements de la grossesse: les propriétés *révulsives* et *électrolytiques* ne pouvant recevoir, ici, que des applications relativement accessoires.

En effet, il est évident que tout procédé d'électrisation, qui au-

rait pour conséquence nécessaire d'*exciter les contractions musculaires* ne saurait être appliqué à l'utérus en état de gestation, sans courir le risque de provoquer l'avortement. De là, naît pour ces procédés, une contre-indication absolue sur laquelle il est à peine besoin d'insister.

Au contraire, les modes d'électrisation, susceptibles de *modifier et d'apaiser la sensibilité et l'excitabilité nerveuses*, sont tout naturellement indiqués, puisqu'il s'agit surtout, dans cet accident de la grossesse, de contrôler un trouble morbide réflexe qui tient à une irritabilité particulière, soit de l'utérus lui-même, soit du centre médullaire ou des nerfs qui animent l'estomac, isolément ou simultanément.

La propriété d'*exciter les contractions musculaires* appartient particulièrement aux courants électriques de *quantité* et d'*intensité*; l'excitation de la contractilité étant toujours beaucoup plus prononcée à l'*ouverture* ou à la *fermeture* du circuit, selon le pôle appliqué.

Aussi pour éviter toutes les secousses de contraction, brusques et douloureuses, doit on n'opérer cette fermeture ou cette ouverture qu'après avoir réduit les courants à leur plus faible intensité. De plus, la force de ces courants dans le cours de l'application ne doit être augmentée ou diminuée que graduellement pour éviter les chocs désagréables: ce qui ne peut être réalisé qu'avec des appareils munis de rhéostats, de collecteurs, ou de bons régulateurs.

Les propriétés *sédatives* et *calmantes* de l'excitabilité nerveuse appartiennent aux courants de *faible intensité* et de *haute tension* et non de *quantité*: les effets de *sédation* étant plus marqués au pôle positif.

La faradisation ou l'électricité induite, appliquée avec des courants de *tension* et d'*interruptions très rapides* constitue le procédé de choix de l'*électrisation sédative* des organes génitaux chez la femme, comme l'a si bien démontré le Dr Apostoli dans ses applications à la gynécologie. Ces courants de *tension* sont fournis par des appareils d'induction à bobines à *fil long et fin*.

Pour les centres nerveux et les plexus profonds qu'on ne peut atteindre directement, ce sont les *courants constants* ou *galvaniques* qui réalisent le mieux le but, surtout si l'on choisit, de préférence, de pôle positif comme pôle actif.

Les propriétés *révulsives* et *inhibitoires* que l'on obtient avec les électrodes galvaniques ou le pinceau faradique peuvent être utilisées également dans le but de produire une sédation indirecte et de modifier la circulation et la sensibilité nerveuse des organes internes: elles peuvent donc servir à compléter les bons effets du traitement.

En résumé, les théories pathogéniques, par lesquelles on explique le phénomène réflexe des vomissements de la grossesse, établissent nettement l'indication des divers procédés d'électrothérapie qui peuvent modifier le plus sûrement l'excitabilité des organes compris dans l'arc diastaltique de l'utérus, (point de départ du phénomène réflexe), de la moëlle épinière, (centre du réflexe), ainsi que de l'estomac qui en est l'aboutissant et qui en éprouve le plus le contre-coup.

Ces procédés sont variables, selon l'organe que l'on veut impressionner le plus directement. Ils peuvent se résumer en trois classes:

#### 1° PROCÉDÉS DE L'ÉLECTRISATION UTÉRINE:

A) Faradisation: courant de tension, intensité moyenne, électrode positive au col utérin, appareil à bobine à fil fin avec engage-

ment qui permette d'augmenter que progressivement le courant. Durée de la séance 5 à 10 minutes.

B) Galvanisation : courant de faible intensité, électrode positive au col utérin. Durée 5 à 10 minutes.

Les courants galvaniques peuvent être recherchés non seulement pour leurs effets sédatifs mais aussi pour leur action *électrolytique*, qui est souvent utile dans les cas d'altérations morbides préalables du col de l'utérus.

Cependant il est un écueil à signaler dans ces procédés d'électrisation directe de l'organe en état de gestation : comme l'on cherche surtout à modifier l'excitabilité du col ou du corps de l'utérus, et que l'on doit éviter en même temps toute action électrique trop intense qui pourrait en réveiller la contractilité, nous conseillons d'établir le circuit le plus étendu, en mettant l'électrode négative au creux épigastrique ou sur un point opposé du rachis, et non pas vis-à-vis de l'utérus : ce qui non seulement ménage la susceptibilité de cet organe et le préserve d'une action électrique trop intense, mais permet d'influencer, à la fois, tous les organes qui forment la chaîne de l'arc diastaltique réflexe !

### 2° PROCÉDÉS DE L'ÉLECTRISATION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE :

A) Galvanisation : longitudinale ou transversale ; courants de moyenne intensité, pouvant être augmentés jusqu'à effets révulsifs. Durée 10 à 20 minutes.

B) Pinceau faradique comme révulsif ou faradisation, d'après les procédés ci-dessus.

### 3° PROCÉDÉS DE L'ÉLECTRISATION DES PLEXUS NERVEUX qui animent l'estomac :

A) Galvanisation ou faradisation : courants de moyenne intensité pouvant être augmentés jusqu'à révulsion ; électrode négative au creux épigastrique et électrode positive sur un point opposé du rachis, ou vice-versa. Durée 10 à 20 minutes.

B) Pinceau faradique, pour effet révulsif.

Tous ces différents procédés d'électrisation peuvent être appliqués alternativement ou successivement, selon les conditions pathogéniques du cas particulier. Ainsi, dans une même séance, on peut commencer par le procédé de choix de l'électrisation sédative de l'utérus ; la faradisation du col ; puis choisir le procédé de la galvanisation pour la moëlle épinière, et terminer par l'application de l'une ou l'autre de ces deux méthodes à l'estomac.

Lorsque l'intolérance de l'estomac vient à se compliquer de troubles réflexes du côté de l'intestin, renversement des mouvements péristaltiques, spasmes, contractures localisées, constipation opiniâtre ou des signes d'obstruction intestinale aiguë, vomissements ayant l'apparence de résidus stercoraux, la méthode des lavements électriques du Boudet trouve des indications utiles, comme nous en donnons un exemple, dans l'observation qui terminera cette étude.

Mais il est un écueil qu'on ne doit jamais perdre de vue, dans toutes ces manipulations de l'agent électrique, c'est l'utérus qui contient l'œuf humain : c'est-ce qui établit une contre-indication formelle pour tous les procédés capables d'exciter sa contractilité ou de modifier trop profondément la circulation de cet organe, tels que les courants de *quantité* ou de trop grande *intensité*.

L'électricité est un véritable médicament dont les propriétés physiologiques sont complexes, que l'on peut doser et appliquer selon les indications thérapeutiques les plus variées, mais qui, comme beau-

coup d'autres médicaments actifs, peut devenir facilement une arme à deux tranchants entre des mains inexpérimentées.

Il n'est pas besoin d'insister pour faire comprendre que l'électrisation appliquée à l'utérus dans l'état de grossesse constitue une opération délicate qui exige une connaissance parfaite des différentes propriétés physiologiques des courants électriques ainsi que de la technique de leur application.

Permettez-moi, maintenant, Messieurs, comme corollaire, de vous rapporter l'observation d'un cas de ces vomissements incoercibles, compliqué des symptômes de l'obstruction intestinale aiguë, dans lequel l'électricité appliquée d'après les principes énoncés, plus haut, me paraît avoir rendu des services réels qu'on ne peut manquer d'apprécier.

Il s'agissait d'une jeune personne âgée de dix-huit ans, de tempérament nerveux, mariée depuis deux mois, et qui avait commencé à éprouver les vomissements ordinaires du début de la grossesse, quinze jours après la disparition de ses mois dont l'époque avait coïncidé avec celle de son mariage.

A la fin du premier mois, qui aurait dû être marquée par le retour de la menstruation, les vomissements prirent un caractère d'acuité de plus en plus grave, pour devenir franchement *incoercibles*, vers la 5ème ou 6ème semaine. Dès ce moment l'ingestion de la moindre quantité de liquide excitait des spasmes très douloureux, étendus en apparence à tout l'abdomen, et suivis au bout de quelques minutes de vomissements pénibles. La constipation devint très opiniâtre ; la malade n'eut plus de sommeil, et perdit rapidement ses forces.

Ce fut à la dixième journée de cette crise que je fus appelé auprès de cette malade par mon confrère M. le Dr Larochelle. Elle présentait alors les signes d'une grande prostration physique et morale ; la soif était très ardente, la langue sèche et rouge, les urines rares ; l'intolérance de l'estomac était absolue, et les derniers vomissements trahissaient déjà une odeur fétide : aucune évacuation intestinale ne s'était produite depuis huit jours.

La plupart des moyens thérapeutiques dont on peut soupçonner l'utilité avaient été mis à l'épreuve par mon savant confrère, mais sans aucun résultat appréciable, comme il arrive souvent dans ces cas. Les douleurs qui précédaient les vomissements, étaient très vives et très étendues. La malade n'ayant eu aucun repos, depuis plusieurs jours, nous prescrivons, pour cette nuit, une injection hypodermique de morphine et d'atropine, un sachet de glace sur le creux épigastrique et quelques tablettes de cocaïne.

Le lendemain matin aucune amélioration appréciable ne s'était produite, à part les 3 ou 4 heures d'apaisement des douleurs qui avaient suivi l'injection hypodermique de morphine. Je conseillai de recourir de nouveau à l'oxalate de cerium en y associant l'ingluvine en cachets, et, dans le cas d'insuccès je proposai à mon confrère de recourir aux procédés de l'électrothérapie.

Les cachets d'ingluvine et d'oxalate de cerium n'eurent pas de meilleurs effets que les autres moyens déjà tentés ; la malade se plaignait amèrement de l'arrière goût très désagréable que lui laissaient les vomissements qui suivaient l'administration de ces médicaments. Les forces paraissaient s'épuiser rapidement.

Le soir du même jour, on m'appela pour appliquer le traitement électrique. Je trouvai la malade dans un état de très grande agitation nerveuse.

A l'examen des organes, le col de l'utérus ne présentait aucun signe de lésions antérieures, mais le corps était particulièrement sensible au toucher. Pour les commémoratifs on rappelle que la patiente a toujours été sujette aux vomissements, depuis l'établissement de sa puberté, à chacune de ses époques menstruelles, toujours un peu douloureuses, et à l'occasion de saisissements ou d'émotions morales vives.

Comme les conditions pathogéniques, dans ce cas, me paraissaient plutôt l'irritabilité de l'utérus et l'excitabilité de tout le système nerveux, je fis le choix du procédé de la *faradisation sédatrice* : électrode de Goëlet dans le canal cervical de l'utérus, pôle positif, et une plaque, au creux épigastrique comme pôle négatif ; courants faibles et graduellement augmentés jusqu'à intensité moyenne ; durée 10 minutes. Cette électrisation fût très bien supportée, sans exciter la moindre réaction de douleur ou de contractilité du côté de l'utérus. Je terminai la séance par la faradisation extérieure de l'estomac et de la moëlle épinière pendant 10 minutes également.

Je ne puis passer sous silence un léger incident qui s'est produit au milieu de cette opération, et qui corrobore les propriétés sédatives de la faradisation, tel que le Dr Apostoli l'a nettement démontré dans ses applications à la gynécologie.

L'électrode positive que je maintenais dans le canal cervical de l'utérus, par son manche dépassant la vulve, me parut tout à coup s'échapper de sa position ; en introduisant le doigt dans le vagin, je fus quelque peu surpris de constater que loin de s'être échappée, l'électrode s'était enfoncée de toute sa longueur, et qu'elle avait, par conséquent, franchi spontanément l'os interne, au risque de décoller quelque peu les membranes de l'œuf.

Je dois rappeler ici, que ce relâchement spontané de l'os interne au contact d'une électrode, avec courants électriques d'intensité faible ou moyenne, est un fait pour ainsi dire habituel dans ces opérations gynécologiques, qui a été bien mis en lumière par le Dr. Apostoli, et que l'on met à profit dans les cas de sténose ou d'irritabilité du col qui entrent pour une large part, dans la pathogénie des troubles de la menstruation.

Cette première application d'électrothérapie fut suivie d'un calme parfait pendant quatre heures : ce qui fit naître en l'esprit de la patiente la suggestion d'une guérison complète. Elle ne tarda pas cependant à subir la déception de voir les vomissements recommencer avec la même acuité, vers le matin.

Malheureusement, mes occupations et l'éloignement de cette malade m'empêchèrent de me rendre auprès d'elle, ce matin, pour faire une nouvelle application dans le temps voulu. A ce défaut, et malgré sa répugnance, on put lui faire accepter deux autres cachets d'ingluline et d'oxalate de cerium, qui ne firent qu'augmenter davantage les efforts de vomissements, par suite du dégoût qu'elle en éprouvait. Les liquides rejetés par l'estomac devenaient de plus en plus fétides, et, vers la fin de la journée, ils présentèrent tout à fait l'apparence de mélange avec des résidus fécaloïdes. La malade manifestait des idées délirantes et se plaignait, par intervalles, d'obnubilation complète de la vue.

En présence de ces signes d'obstruction intestinale aiguë ou de renversement des mouvements péristaltiques de l'intestin, qui me paraissaient une des causes de l'aggravation rapide de l'état général, je crus devoir recourir, en premier lieu, aux lavements électriques

de Boudet pour rétablir le mouvement péristaltique dans le sens normal, et vaincre les spasmes réflexes de l'excitabilité nerveuse.

Ce procédé d'électrisation fut supporté avec peine, mais les bons résultats ne se firent pas attendre : il se produisit, séance tenante, deux selles avec évacuation de gaz ; les vomissements devinrent moins fréquents, et, chose à remarquer, ils n'offrirent plus d'odeur fétide ni aucun résidu d'apparence fécaloïde, jusqu'au lendemain soir. L'estomac tolérait plus longtemps la glace et l'eau froide ingérée, pendant une heure et quelquefois deux heures.

Malheureusement encore, ici, le même contre-temps, m'empêcha de me rendre, le lendemain matin, pour faire une nouvelle séance d'électrisation, comme les exigences du traitement l'eussent indiqué ; ce qui fut remis forcément à l'après-midi ou au soir.

Vers la fin de la journée les vomissements reprirent leur caractère d'acuité, et les résidus trahissaient de nouveau une odeur fétide ou fécaloïde. Nous aurions cru utile de renouveler le lavement électrique ; mais la patiente, qui avait conservé un meilleur souvenir de la première séance de la faradisation, supportée sans douleur et suivie d'un calme parfait refusa de se soumettre à une nouvelle épreuve du lavement, et voulut que l'on en revint au premier procédé.

Je crus devoir tenter cette fois la galvanisation : le pôle positif calmant, au col de l'utérus et le pôle négatif alternativement sur le creux épigastrique et sur un point opposé du rachis, afin de comprendre dans le circuit électrique tout l'enchaînement de l'arc diastaltique réflexe-utérus, la moëlle épinière et l'innervation de l'estomac.

Les courants de faible intensité furent supportés sans réaction du côté de l'utérus ; les courants de moyenne intensité au contraire semblaient, au bout d'une minute ou deux, réveiller de légères contractions utérines, qui obligeaient à en diminuer l'intensité et même à les interrompre. Durée 10 minutes avec deux ou trois interruptions de repos pour ne pas courir le risque de troubler trop profondément la circulation de l'œuf ou de réveiller la contractilité de l'organe en état de gestation.

Je fis suivre cette galvanisation directe de l'utérus par une application de courants plus énergiques et même à effet révulsif, sur le creux épigastrique et sur le rachis, afin de modifier d'une manière plus directe et plus profonde le centre spinal et le plexus solaire.

Cette séance d'électrisation ne fut pas sans donner un peu de fatigue momentanée à la malade déjà épuisée à l'extrême ; mais, par contre la plupart des symptômes commencèrent à s'amender graduellement ; l'estomac devint de plus en plus tolérant à la suite ; les douleurs qui précédaient les vomissements s'apaisèrent peu à peu ; et, vers le matin, la malade ressentit les premiers signes de l'appétence. L'eau froide et la glace étant bien supportées, l'on crut devoir permettre quelques cuillérées de lait et d'eau de chaux, et un peu de bouillon. Dès lors, les vomissements cessèrent complètement, l'appétit se réveilla avec énergie, et le soir du même jour les membres de la famille enhardis, cédèrent aux sollicitations de la patiente et firent le risque de lui donner un peu de nourriture solide, contrairement aux ordonnances du médecin.

Lorsque le soir, l'on vint me faire part de ce changement favorable, qui s'était opéré, depuis la dernière application d'électricité, je crus pouvoir me permettre de tenter de nouveau l'épreuve de l'administration des cachets d'oxalate de cerium et d'ingluline que la ma-

lade avait refusées depuis l'avant dernière nuit et pour lesquels l'estomac avait manifesté une intolérance si particulière ; et cela, non plus dans un but curatif, mais simplement pour mieux établir par une contre-épreuve, la part que l'on pouvait rationnellement accorder à l'électrothérapie dans ces résultats thérapeutiques.

J'ordonnai, en conséquence, de faire prendre l'un de ces cachets, le soir au coucher. Mais, une demi-heure après son administration, les nausées furent ressenties et les vomissements amenèrent l'expulsion des médicaments en provoquant la même répulsion qu'auparavant. La malade fut laissée à elle-même tout en surveillant son régime ; elle n'éprouva plus aucun vomissement et les fonctions de l'estomac et les forces générales se rétablirent promptement. Quatre jours après elle pouvait se lever et marcher et dès le huitième jour elle pouvait reprendre les soins de sa maison. La grossesse qui date maintenant de quatre mois a continué son cours le plus normal.

Je n'ai d'autres conclusions à tirer de cette étude et de cette observation que les suivantes :

1° L'électricité, par ses propriétés physiologiques complexes, permettant de modifier profondément l'excitabilité des éléments nerveux des organes qui forment la chaîne du phénomène réflexe des vomissements de la grossesse, (utérus, moëlle épinière, estomac), mérite une place prépondérante dans la thérapeutique de ces vomissements.

2° L'électricité peut être appliquée directement à l'utérus en état de gestation, dans un but curatif des vomissements incoercibles, sans risque de provoquer l'expulsion de l'œuf, si l'on se borne aux procédés de *sédation* et si l'on évite les courants de *quantité* et de *haute intensité*.

3° L'électricité, sous forme de lavements électriques, ayant pour effet de rétablir à l'état normal et de rendre plus énergiques les contractions musculaires des intestins, peut être appliquée très avantageusement et sans danger dans les cas de vomissements incoercibles de la grossesse, lorsque ceux-ci se compliquent des signes non équivoques, du renversement de ces mouvements péristaltiques ou des signes de l'obstruction intestinale.

J'ajouterai enfin, comme dernier mot, que cette ressource de l'électrothérapie, trop peu appréciée ou trop ignorée, dans la pratique générale, acquiert une importance spéciale pour les médecins de notre croyance, qui n'admettent pas la légitimité de provoquer l'avortement, ou de déterminer directement la mort du fœtus, comme dernière ressource du traitement des vomissements incoercibles chez les femmes enceintes.

## REPRODUCTION

### Traitement de la tuberculose péritonéale par les lavements créosotés

M. le Dr. Thomas, dans la tuberculose péritonéale, a essayé les lavements créosotés, employés concurremment avec la révulsion locale faite avec le collodion iodé ou iodoformé et avec l'ichtyol. Cette thérapeutique lui aurait donné 5 succès dans 5 cas graves.

Voici le *modus operandi*.

Notre confrère donnait chaque soir un lavement de 100 à 150 grammes d'huile de foie de morue émulsionnée contenant de 0 gr. 50 à 2 gr. de créosote suivant l'âge. Cette dernière dose n'a jamais été dépassée. Quelques gouttes de laudanum suffisent pour assurer la tolérance de l'intestin.

(Journal de méd. de Paris)

### Du camphre comme antigalactologue

(Herrgott).—On sait combien par fois il est difficile de tarir la sécrétion lactée, quand, pour une cause ou pour une autre, le médecin est obligé de supprimer l'allaitement.

Il y a quelques années, en 1890, Pyan Tennisson publiait, dans le numéro du 18 octobre du *British medical Journal*, les bons effets obtenus avec l'antipyrine comme antigalactologue. Malheureusement les résultats obtenus par d'autres expérimentateurs n'ont pas toujours été aussi satisfaisants. M. A. Herrgott a employé plusieurs fois l'antipyrine comme moyen antigalactologue sans parvenir à tarir la sécrétion du lait.

Pour arriver au but proposé on a été obligé d'augmenter notablement les doses d'antipyrine ; il y avait alors une transpiration abondante de nature à diminuer la quantité du lait. Mais l'antipyrine ainsi employée à fortes doses n'est pas sans présenter de véritables dangers ; aussi le professeur Herrgott y a-t-il renoncé comme antigalactologue.

Le médicament que M. A. Herrgott emploie est le camphre ; et les résultats obtenus sont tout à fait de nature à en recommander l'usage.—*Ibid.*

## FORMULAIRE

### Traitement de la cystite blennorrhagique aigue

M. Balzer prescrit fréquemment le biborate de soude (thèse de Marco-Charalambief).

Biborate de soude..... 30 grammes.

Bicarbonate de soude..... 10 —

Deux cuillerées à café à prendre dans la journée dans un litre de limonade au citron. Il faut savoir que les urines prennent souvent à la suite une coloration légèrement jaune verdâtre.

Le salicylate de soude réussit bien quand la cystite est compliquée de rhumatisme.

Salicylate de soude..... 4 à 6 grammes

Sirop de limons..... } à à 60 grammes

Eau de menthe..... }

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

Ou bien :

Bicarbonate de soude..... 30 grammes.

Salicylate de soude..... 10 —

Deux cuillerées à café dans les vingt-quatre heures dans un litre de limonade au citron.

### Pommade contre les crevasses des mains.—(M. STEFFEN)

Menthol..... 0 gr. 75 cgr.

Salol..... } à à 1—50 cgr.

Huile d'olive..... }

Lanoline..... 45 grammes

Mélez.—Usage externe.

Cette pommade doit être appliquée deux fois par jour.

### Solution contre le prurigo.—(M. TAYLOR)

Feuilles de belladone..... } à à 7 grammes.

— jusquiame..... }

— d'aconit..... 1—80

Acide acétique..... 30 grammes

Eau..... 350 grammes

F. S. A.

Employer deux fois par jour soir et matin. Dans l'intervalle saupoudrer avec :

Poudre d'amidon..... 50 grammes

Sous-nitrate de bismuth..... 8 —

Acide salicylique..... 0,50 cgr.

Ces saupoudrages seront pratiqués largement et doucement.

**Topique pour brûlures.**—(M. Championnière)

Retinol ou vaseline.....	100 grammes.
Essence de thym.....	} aa 0 gr. 25
Essence d'origan.....	
Essence de verveine.....	
Essence de géranium.....	
Naphtel de soude (microcidine)	1 à 3 grammes.

**Interets professionnels**

**Questions d'actualité**

Nous assistions dernièrement, à une discussion, aussi instructive qu'intéressante, sur les questions à l'ordre du jour, dans le monde médical. Nous croyons devoir en retracer les grandes lignes pour les lecteurs de *La Revue Médicale*.

—Eh bien ! où en êtes-vous rendus avec votre lutte contre le Bureau ?

—Nous sommes sur le chemin de la Victoire.

—Vous croyez ?

—“*Je crois, je vois*”, pour parodier le mot célèbre de Ls. Veullot.

—Sérieusement, la publication de la circulaire du Comité de réélection du Bureau, n'a-t-elle pas paralysé vos efforts ?

—Au contraire, cette production facilite énormément notre travail, car elle démontre une fois de plus le manque de sincérité de ses auteurs, leur peu de respect pour l'intelligence du corps médical, et le sans-gêne avec lequel on veut l'induire en erreur.

—Vous êtes sévère ! Docteur !

—Avec raison, mon cher, tenez, un exemple. Je lis dans la circulaire Beausoleil : “Depuis plus de vingt ans, à chaque assemblée générale du Collège des Médecins, des voix autorisées s'élevèrent pour réclamer la fondation d'une bibliothèque médicale provinciale etc.” Or voici les rapports des assemblées de 1887 et 1892, publiés par la *Gazette médicale*, l'organe du Dr Beausoleil, cherchez et vous... ne trouverez aucune mention des voix autorisées qui ont réclamé cette fondation. En 1895, vous étiez à Québec et savez-vous qu'on n'a pas même fait allusion au projet.

—Vous avez raison, mais c'est là question de détails.

—Détails, si vous l'aimez ; depuis quand est il nécessaire d'avoir recours au mensonge pour faire triompher une bonne cause ?

—Au moins, vous ne nierez pas l'existence du “*Grave péri*” signalé par le Bureau ?

—Vous admettez la possibilité de ce danger ?

—Sans doute !

Votre crédulité est digne d'admiration. A qui la faute si les libertés professionnelles sont aujourd'hui, en danger, comme vous le prétendez ?

—Pas aux membres du Bureau, toujours !

—Oui, aux membres du Bureau qui en nous refusant le vote par District et l'abolition du vote par procurations ont laissé subsister la *machine à broyer* la volonté populaire ; aux membres du Bureau qui en donnant deux gouverneurs additionnels à la cité de Montréal, lui ont assuré, pratiquement, la majorité du Bureau. Il faut avoir de l'aplomb pour affirmer que les inconvénients du système actuel n'ont pas été montrés. D'ailleurs, avec cette expérience, cet esprit d'observation, cette habileté, cette clairvoyance, dont ils réclament le monopole, nos grands administrateurs n'auraient-ils pu prévoir ce danger ? Prévoir : n'est-ce pas la qualité essentielle d'un homme d'état ?

—Tout doux, vos amis de l'opposition n'auraient pas fait mieux !

—Pardou, mon cher docteur, il a déjà été proposé de fermer l'entrée du Bureau aux professeurs autres que les représentants attitrés des Universités. Devinez quel était l'auteur de cette proposition, je vous le donne en cent ?

—Je veux pas y perdre mon latin, dites ?

—E. P. Lachapelle, ce même Lachapelle qu'on vous représente aujourd'hui comme le pire ennemi de la profession, comme un autocrate rêvant l'asservissement des membres du Collège.

—Vous voulez vous moquer de moi !

—Mon cher ami, le Dr. Beausoleil se moque assez de vous, pour me dispenser d'ajouter à votre supplice. Voici le *Bill* de 1888, communément appelé *bill* Lachapelle, j'y lis : clause VII, section IV :

“*Aucun professeur, lecteur ou officier des dites universités ou écoles de médecine ne pourra former partie du conseil, excepté comme représentant de la faculté ou école à laquelle il appartient.*”

Est-ce clair ? Cependant vos grands protecteurs des intérêts du corps médical, ceux-là même qui poussent des cris de paons, le Dr. J. M. Beausoleil en tête, ont fait une guerre de corsaire à ce projet de loi.

—Il était si défectueux !

—Admettons ses défauts, alors il fallait simplement l'amender ou intercaler ses bonnes dispositions dans une loi subséquente. Car le *Bill*, malgré ses imperfections décrétait : 1° le vote par district.— 2° la création d'un Bureau central d'examineurs ; mesure restreignant les privilèges du corps enseignant—3° la création d'un conseil de discipline. Dix ans, plus tard, les dénonciateurs d'autrefois, se sont vus dans l'obligation de copier, sauf de lignes variantes, le bill de 1888, pour l'établissement de leur conseil de discipline. Preuve, que les *antibillieux* de 1888 ont raison de voir si jaune aujourd'hui.

—Le *Bill* de 1892, décrétait ainsi l'établissement d'un Bureau central d'Examineurs !

—C'est vrai ! aussi vrai que ce projet de loi ne contenait aucune clause relative au changement du mode de votation, si ardemment promis en 1889, et consacrait les immunités populaires en étendant à cinq ans, le terme d'office des gouverneurs. C'est si fatigant, voyez-vous, de faire la chasse aux procurations, après trois courtes années de *dola far niente*.

—Vous êtes injuste, confrère, depuis neuf ans le Bureau a fait de grandes choses.

—Ne vous mettez pas en frais de les énumérer, Docteur, la vie est trop courte. Lisons plutôt le programme du Dr Beausoleil, dans la *Gazette Médicale* de Mai 1889, P. 228 :

“Nouvelle législation pour couvrir les points suivants :

“Réformer le mode d'examen d'admission à l'étude de la médecine.

“Compléter le cadre des cours de médecine, par exemple : histologie normale, etc., etc.

“Division de la province en districts ayant droit de nommer un délégué du Bureau médical, sans intervention de la part des autres districts de la province.

“Surveillance active de l'exercice illégal de la médecine, dans chaque district.

“Le patronage du Bureau sera réservé aux médecins licenciés ; ainsi le collège aura à nommer un successeur à M. Lamirande, résignataire, pourquoi un médecin ne serait-il pas investi de cette charge, etc., etc. ?

“Si ce programme n'est pas suffisant, présentez vos suggestions.

“Avec de l'entente du travail et de l'organisation, un comité de législation, nommé le 10 juillet serait en état de faire rapport à l'assemblée d'octobre, qui en saisirait la législature à sa prochaine réunion. Avant un an révolu la profession médicale de cette province sentirait les bienfaits des réformes qu'elle demande depuis des années”.

Depuis neuf ans M. le Dr. Beausoleil a été le *deus ex machina*, a fait la pluie et le beau temps dans le Bureau, et à part l'extension du cadre des études médicales — cadre que Laval avait déjà — ayez la

complaisance de me dire quel article de ce programme a été mis à exécution, non pas en douze mois mais en neuf fois douze mois ?

—Diantre ! vous m'embêtez !

—Bien d'autres l'ont été avant vous et le seront encore pour se laisser guider par les phrases creuses des circulaires électorales. Le programme d'aujourd'hui n'est-il pas la seconde édition du programme de 1889 ?

—Je m'incline devant l'évidence, mais revenons au Dr. Lachapelle, n'est-il pas le champion des cours de six mois ?

—Vous avez le Dr Lachapelle *on the brain*, et vous lui faites un joli compliment sans le vouloir, car le Bureau actuel a respecté les cours de 6 mois, les statuts du collège le prouvent. Comme diversion, renouons connaissance avec deux lettres fort épicées, échangées par les Drs. Marcil et Beausoleil en 1888.

A une assemblée du Bureau, le Dr. Marcil avait proposé, secondé par le Dr Simard. " Que l'examen à l'étude et à la pratique de la médecine ait lieu le 1er mercredi de juillet chaque année. " Le Dr Beausoleil accusa alors le " *Vieux lion du Nord* " de vouloir favoriser une douzaine de confrères de Laval au détriment de ceux de McGill, Bishop et de l'Ecole de Médecine. (G. M. Nov. 1887).

Le Dr Marsil lui écrivit :

" *Comment aurais-je pu favoriser mes confrères de Laval qui ne voulaient point de faveur de ce genre, puisque tous, tant de Québec que de Montréal, ont voté pour les cours de six mois* ".....  
 "..... Aussi, ajoute-t-il, plus loin, veuillez relire le compte rendu de notre dernière assemblée et il vous sera facile de constater que pas un seul professeur de Laval, de Québec ou de Montréal, ne s'est opposé aux cours de six mois ".

—Quels étaient alors les représentants de Laval ?

—Les Drs. Lemieux et Simard. La réponse du Dr Beausoleil est à citer en entier. Je vous signalerai simplement le passage où il affirme que l'Art. XXV du Bill Lachapelle est une manière déguisée d'arriver à faire établir les cours de neuf mois. (*Gaz. méd.* janv. 1888 P. 38-47.)

—Laissons là l'histoire ancienne, et parlons de l'amendement LaRue-Pérodeau, présenté au Conseil Législatif, lors de la deuxième lecture du Bill médical de la dernière session, n'était-ce pas là une tentative de défranchiser les 4/5 des médecins de la campagne ?

—Mais vous commettez une absurdité en faisant cette affirmation. Voyons : Vous prétendez que les professeurs de Montréal veulent s'emparer du contrôle du Bureau, or ne trouvez-vous pas singulier que, pour atteindre leur but, ils aient commencé par demander à la législature, (appuyés par les médecins les plus éminents de Québec) de laisser à chaque district le soin d'élire son gouverneur ? Car qu'elle était la teneur de cet amendement. Vous en parlez peut-être, sans en rien connaître ! Voici : en résumé : D'abord aux quatre districts électoraux actuels, il demandait d'en substituer dix-neuf, soit un par chaque district judiciaire, en sorte que les districts, aujourd'hui, pratiquement défranchisés pour n'avoir pas de représentants, v.g. Montmagny, Arthabaska, Chicoutimi, Gaspé, auraient eu leur part de représentation. On donnait, par là même, le coup de mort aux tendances centralisatrices du système actuel. Ensuite l'amendement disait : " Le temps de l'élection arrivé, le Régistrateur transmettra au Shérif de chaque District la liste des membres en règle avec le Bureau et après avis donnés, ces derniers se réuniront, au chef-lieu, pour élire le ou les gouverneurs de leur choix. " N'était-ce pas là restituer à la profession sa complète autonomie ? On objecte : les médecins ne pouvant se rendre au chef-lieu se trouveraient alors défranchisés ! Ce serait une excellente chose pour les médecins de se rencontrer une fois tous les trois ans, et ils peuvent fort bien se payer le luxe d'un petit congé triennal. Les notaires ont adopté ce système pour leurs élections, et la meilleure preuve, me disait un des officiers de la Chambre des N. P., qu'il donne satisfaction c'est que presque tous les confrères se font un devoir d'aller voter. Sommes-nous

moins soucieux de nos intérêts que les notaires ? Puis, pour les élections du Barreau, les avocats de Mégantic et Drummond ne vont-ils pas voter à Arthabaskaville ? Ceux de Richmond à Sherbrooke etc. ? et les entendez-vous se plaindre ? Non, c'est une nouvelle dose de poudre aux yeux qu'on nous sert sous cette forme. Enfin, mon cher confrère, une question ! Le Bureau actuel inscrit dans son programme, " Division de la Province en districts électoraux. " Pouvez-vous me dire comment il s'y prendra pour permettre à tous les médecins de voter ? S'il veut adopter le système d'Ontario, pourquoi ne pas le dire ? Réverait-on, par hasard, l'invention de quelque machine à contrôler la volonté populaire ? " *Timeo Danaos et dona ferentes* ".

—Je l'avoue, le programme n'est pas très-explicite. Cependant, je me réjouirai de la décentralisation de l'agence pour l'exercice illégal de la médecine. Il est temps de nous débarrasser de tous ces charlatans, rebouteurs, etc., qui.....

—Chut ! Votre ami, le Dr. Beausoleil, n'a-t-il pas dit que l'ignorance des médecins est la cause du charlatanisme ? Laisant de côté, la question du capital requis pour sustenter cette nuée d'officiers, l'expérience nous prouve leur inefficacité. Ainsi en 1891, le Bureau avait quatre agents à son service, et leur accordait \$20 dans tous les cas où il réussissait, sans parler de *bonus*. Cet essai a si peu réussi que les agents sont allés où vont les promesses du grand protecteur du corps médical, et, aujourd'hui non pas un médecin, mais un libraire du nom peu canadien de Déom, cumule les fonctions de bibliothécaire, député-régistrateur, agent collecteur, etc., etc., tout comme aux beaux jours de M. Lamirande.

—Restons-en là, je vois que vous n'avez aucune confiance dans les promesses du Bureau.

Aucune ! Si le Bureau, c'est-à-dire, ceux qui le contrôlent n'ont pas eu assez de neuf ans pour remplir leurs promesses, exécuter leurs engagements et racheter leur parole, il est permis d'entretenir des soupçons sur leur bonne volonté et leurs capacités administratives. Laissons à d'autres d'inaugurer les réformes demandées par la profession.

" It is time for a change ".

Pour copie conforme.

L. J. O. SIROIS M. D.

St-Ferdinand d'Halifax.

## CORRESPONDANCES

M. LE DIRECTEUR de *La Revue Médicale*,

Vous avez publié dans le numéro du 30 mars de votre *Revue* une lettre du Dr. Simard (Arthur) qui nous offre un bel exemple des moyens malveillants auxquels on peut avoir recours pour défendre une cause qui n'est pas bonne. Au moment où toute la profession s'organise en vue des élections prochaines, où le sentiment général s'accroît de plus en plus en faveur des élections par districts, où la nécessité s'impose, pour obtenir cette réforme, de remplacer quelques-uns des gouverneurs actuels, votre correspondant essaie de donner le change en détournant la discussion, et en s'attaquant personnellement à quelques-uns de ceux qui travaillent en faveur du mouvement de réforme, afin de les déprécier dans l'esprit du public et de donner de leur caractère une impression fautive. On ne saurait protester trop fortement contre cette manière de faire la lutte, qui est on ne peut plus déloyale.

Il y a deux ans, je profitai d'un voyage à Québec, pour aller voir le président du Collège, M. le Dr Simard, père, et le prévenir de la polémique que je devais commencer sous peu dans l'*Union Médicale*. Je lui en dis les raisons, et je lui parlai longuement du Dr. Beausoleil, de son voyage à Paris, de sa manière d'administrer les fonds du Bureau, etc... Ce que j'ai dit à cette époque au Dr Simard, père, je l'ai écrit depuis maintes et maintes fois dans l'*Union*, sauf certains détails qu'il serait difficile de publier. Le

Dr. Simard, père, m'engagea à ne pas faire de polémique, mais plutôt à signer une demande d'enquête, qu'il transmettrait au Bureau des Gouverneurs. Je refusai carrément en disant au président : "Votre Bureau est trop partial, le Dr. Beausoleil le contrôle trop complètement, pour qu'une démarche de ce genre puisse aboutir à quelque chose. Si la polémique que je vais faire n'est pas suffisante et qu'il faille aller plus loin, je m'adresserai à un autre tribunal que celui du Bureau." C'est encore aujourd'hui mon opinion, je n'ai agi en tout ceci, M. le directeur, que d'une manière honnête, je crois.

Si vous relisez la lettre du Dr. Simard (Arthur), vous verrez comme ma conduite se trouve représentée sous un autre jour. D'après cette lettre, j'aurais fait exprès le voyage à Québec pour porter au président des accusations graves contre un confrère, et j'aurais ensuite refusé de prendre la responsabilité de mon action. Ce qui n'était, de ma part, qu'un acte de déférence envers le président du Bureau est devenu sous la plume du Dr. Simard (Arthur), un acte de lâcheté. On ne saurait plus odieusement mentir envers un confrère, et plus malicieusement tâcher de lui porter atteinte dans son honneur. C'est sur cette belle action que le Dr. Simard (Arthur) s'appuie pour ne pas me répondre. Si c'est là ce qu'il appelle de la bravoure je ne pourrais certainement pas l'en féliciter.

La réputation du Dr E. P. Lachapelle, qui fut le promoteur (le mot *champion*, cher au Dr Simard (Arthur), ferait ici très bien) de l'établissement de l'Université Laval, à Montréal, qui fonda l'hôpital Notre-Dame et créa le Conseil Provincial d'Hygiène, empêche le Dr Simard (Arthur) de dormir. Il voudrait, lui, le jeune homme loyal et véridique, prouver à la Province, par l'entremise de votre *Revue*, que le Dr E. P. Lachapelle est un homme ignorant, hostile à tout progrès, le "champion des cours de six mois et des examens faciles." Et pour arriver à son but, il base son argument sur des demi vérités et des insinuations, prenant d'un fait le côté qui lui est favorable, et laissant l'autre partie dans l'ombre. C'est la méthode Beausoleil, que tout le monde connaît.

Vouloir rendre le Dr Lachapelle seul responsable de la décision d'un comité ou sous-comité, et se baser là-dessus pour en faire un champion, c'est plus que naïf. Mais il y a plus que de la naïveté dans la lettre du Dr Simard ; il y a aussi le mensonge.

Posons les faits ! un comité demande, en 1886, d'ajouter les matières suivantes au programme des examens préliminaires : philosophie morale et intellectuelle, physique, minéralogie, géologie, astronomie et botanique. En 1889, le Dr Lachapelle présente un bill à la législature de Québec, au nom du Bureau des Gouverneurs, et ce bill est rejeté.

"Le bill Lachapelle, dit le Dr Simard, contenait-il la clause demandée par le comité de 1886 et par la profession toute entière, à l'effet de rendre plus sévère l'examen pour l'admission à l'étude ? Pas du tout, etc..." Le Dr. Simard affirme la chose, mais il se garde bien de citer le bill. Réparons cet oubli.

Voici l'article 27 du bill Lachapelle : "Nul n'est admis à l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique, à moins qu'il ne prouve à la satisfaction des examinateurs qu'il est de bonnes mœurs et réputations, qu'il a reçu une éducation libérale et classique, et qu'il ne subisse à leur satisfaction un examen écrit et oral sur le français, l'anglais, le latin, la géographie, l'histoire, les belles-lettres, l'arithmétique, l'algèbre, la géométrie, les éléments de la physique et de la chimie et la philosophie intellectuelle et morale."

Le bill Lachapelle ajoutait donc aux matières de l'examen, qui devait être écrit et oral, la philosophie intellectuelle et morale, et, la botanique faisant partie du programme des examens d'admission à la pratique, ne laissait de côté que la minéralogie, la géologie et l'astronomie. On n'avait pas cru qu'il était nécessaire (*wise*) pour faire un bon médecin d'étudier les cailloux et les phases de la lune.

Le Bureau qui remplaça celui de 1889, qui est le Bureau actuel

si cher au cœur du Dr. Simard, dût sans doute s'empresser de réparer cette grave erreur. Les règlements du Bureau actuel disent, page 84, que chaque candidat à l'étude de la médecine "devra passer un examen satisfaisant (on supprime l'examen oral) sur les matières suivantes : français et anglais, latin, géographie, histoire, arithmétique, algèbre, géométrie, belles-lettres, botanique, chimie, physique élémentaire, philosophie intellectuelle." Ces règlements ne sont évidemment qu'une copie du bill Lachapelle, sauf qu'on a supprimé la philosophie morale et ajouté la botanique, car je ne vois ni la minéralogie, ni la géologie, ni l'astronomie, demandées avec tant d'instance par le fameux comité de 1886. Est-ce que ceci serait aussi la faute du docteur Lachapelle, et le Bureau actuel doit-il passer pour le champion des examens difficiles, lui qui supprime l'examen oral demandé par le bill Lachapelle, et le remplace par la botanique, enlevée au programme des examens d'admission à la pratique.

Après une argumentation aussi forte de la part du Dr Simard (Arthur), et si bien contredite par les faits, trouver que le Dr Lachapelle est aussi le champion des cours de six mois n'était pour lui qu'un jeu d'enfant. Je ne rappellerai pas ici les vieilles luttes de Victoria-Laval, dans lesquelles plusieurs éléments entrèrent en jeu. Je dirai seulement que Laval ne mit ses cours à six mois que lorsqu'elle y vit un moyen de hâter la fin de la lutte. Le Dr Lachapelle était si peu résolu alors à abandonner ses principes que, voyant un état de choses qui ne devait être, dans sa pensée, que temporaire, devenu définitif par l'union, il préféra résigner et abandonner le bénéfice de douze années de lutte continue plutôt que d'abandonner ses principes. Voilà comment a agi celui que l'on veut faire passer comme un homme hostile au progrès. Où le Dr Simard (Arthur) prend-il l'aplomb nécessaire pour affirmer une chose pareille : dans sa jeunesse, son inconscience, ou son désir de diminuer une réputation ? Le Dr Lachapelle s'est fait des ennemis irréconciliables pour avoir tenu jusqu'au bout une attitude conforme à ses principes et à ses idées. Est-ce parce que le Dr Beausoleil, le Dr. Noir, fut le plus violent et le plus malhonnête de ces ennemis, que le Dr Simard (Arthur) voudrait de nouveau aujourd'hui calomnier la réputation du Dr. Lachapelle ?

En fin de compte, M. le directeur, quel est le but de cette polémique ridicule ? La lutte électorale actuelle ne se fait pas sur les mérites respectifs du Dr. Lachapelle, ou du Dr. Simard père, ou de tout autre. Elle se fait sur le programme suivant : "Nous voulons les élections par districts, que le Bureau actuel nous a refusées, nous voulons une administration honnête des argents du Bureau, nous voulons une surveillance plus rigoureuse de l'octroi des licences et des brevets, nous voulons la protection contre les charlatans." Inutile d'essayer de sortir de là, de faire dévier la discussion sur les choses universitaires. Ce ne sont pas les universités qui sont en jeu, ce sont les intérêts de la profession médicale de toute la province de Québec.

Si le Dr. Simard (Arthur) prétend que le Dr Lachapelle était le chef de l'ancien Bureau, celui d'avant 1889, et que comme tel il est responsable de tout ce qui se faisait alors, qu'il veuille bien se rappeler ceci, ce n'est que depuis 1889, depuis la venue au pouvoir du Bureau actuel, depuis la nomination comme registraire du Dr. Beausoleil, que circulent dans la province ces histoires de trafic de licences et de brevets, de voyages merveilleux à Paris, de spéculations hasardeuses, etc... et ces histoires là seront tirées au clair d'ici au mois de juillet prochain. Et ce ne sera pas le président du Bureau, le Dr. Simard, père, qui sera juge.

Quand viendra l'assemblée du 13 juillet prochain, la profession aura bien des questions à poser aux gouverneurs. En voici deux : il faudra qu'elle sache pourquoi, au printemps de 1896, un rapport des auditeurs constatant un déficit dans la caisse du Bureau est resté dans la poche du président, et par quel concours de circonstances le Dr. Dagenais, que l'on accusait, après sa mort, de devoir \$300

au Bureau, après tout ne devait rien. Que d'autres choses encore qui demandent explication, et que l'on ne réussira pas à cacher à la profession, en s'en prenant au Dr. Lachapelle, qui ne fait pas partie du Bureau.

Le Dr Lachapelle n'a pas besoin du vote des médecins ; s'il veut être gouverneur, il pourra être facilement élu par l'Université. Alors à quoi bon lui faire une lutte personnelle, espérant ainsi détourner l'attention des médecins de questions beaucoup plus graves.

Cette méthode d'insinuations trompeuses semble être très appréciée de certains membres du Bureau actuel ; elle pourrait bien tourner contre eux malgré les efforts du jeune Dr Simard, qui ferait bien mieux de répondre, par exemple, à la lettre du Dr Sirois, et s'il ne peut y réussir, d'appeler à son secours son maître, le Dr Beausoleil. Il est vrai que ce dernier, dont le caractère ferrailleux ne le cède à personne, garde depuis quelques mois un prudent silence, et ne répond pas aux accusations sérieuses portées contre lui dans l'*Union Médicale* et ailleurs. Je sais qu'il a pour cela de bonnes raisons : on verra un peu plus tard.

Un point important du bill Lachapelle, que le Dr Simard (Arthur) s'est bien gardé de signaler, c'est qu'il abolissait le vote par procurations, afin d'empêcher tout contrôle du Bureau, de sorte que ce que le Bureau actuel nous promet depuis neuf ans, tout en s'y opposant à la législature de Québec, le Bureau d'avant 1889 l'avait mis dans sa loi. Le contraste est piquant et offre beaucoup d'intérêt.

A propos des élections par districts, à la fois combattues et promises par le Bureau actuel, il se passe dans le district de Montréal de bien drôles de choses. Ainsi le Dr Gauthier, de St-Ephrem, qui se rendit à Québec au mois de décembre, avec le Dr Beausoleil, son ami, pour combattre l'amendement que nous présentions au Conseil Législatif demandant les élections par districts, aujourd'hui adopté par nécessité notre programme, et surprend ainsi la bonne foi des médecins de son district qui sont en faveur de la réforme, et ne voudraient cependant pour rien au monde endosser les actes du Dr Beausoleil ou de ses amis. Parmi les médecins de St-Hyacinthe, par exemple, qui ont signé sa circulaire, parce qu'ils sont en faveur des élections par districts, les deux tiers ont refusé de lui donner leur procuration. Comment se fait-il, en outre, que des médecins vivant aux Etats-Unis, tels que les deux docteurs Migneault fils, apparaissent sur la circulaire comme représentant St-Hyacinthe et St-Simon ? Toujours la fermeté, toujours le mensonge. Il y a plus, le Dr Gauthier n'hésite pas, lui, le professeur de l'Université Laval, dont il s'est vanté de faire partie dans un discours politique à Bagot, à accuser cette Université de vouloir dominer les médecins des campagnes chose impossible avec les élections par districts. On ne saurait plus ouvertement fouler aux pieds la vérité et les principes, quand l'intérêt est en jeu.

Tout ceci, heureusement, aura une fin au 13 de juillet. J'engage fortement le Dr Simard (Arthur) d'assister à l'assemblée triennale. Il aura peut-être moins d'aise à calomnier des hommes honorables, dont la réputation est intacte, mais il pourra aussi se rendre compte que l'on ne remporte pas des élections avec des calomnies, et que ce que la profession veut, avant tout, c'est de connaître la vérité. Il y aura là des hommes qui la lui feront connaître.

Avec mes remerciements, M. le Directeur, je demeure  
Votre tout dévoué,

E. P. BENOIT, M. D.

Montréal, 6 avril 1898.

M. LE DIRECTEUR,

M. le Dr. Arthur Simard revient à la charge dans votre *Revue* du 30 mars dernier, et prétend prouver qu'il a eu raison d'affirmer que je suis "le champion des examens faciles et des cours de six mois". Voici comment il s'y prend ; je résume :

"Le Dr. E. P. Lachapelle était, en 1886, membre d'un sous-comité, nommé par un comité des gouverneurs, pour s'occuper des amendements à faire à la loi médicale. Au nombre des amendements suggérés par le comité, se trouvait l'addition des matières suivantes au programme des examens préliminaires : philosophie morale et intellectuelle, physique, minéralogie, géologie, astronomie et botanique. Or, le rapport présenté par le sous-comité concluait à l'inopportunité d'ajouter ces matières au programme des examens. Donc, le Dr. E. P. Lachapelle est le champion des examens faciles".

Ça n'est pas plus difficile que ça, quand on ne tient ni à être véridique, ni à être logique.

Pour mieux faire sentir au Dr. Arthur Simard toute l'absurdité d'un tel raisonnement, retournons l'argument contre son père. Le Dr. Simard, père, était membre du Bureau des gouverneurs en 1886, il l'a toujours été depuis, l'est encore aujourd'hui et, de plus, il est président du Collège des Médecins depuis trois ans ; c'est dire qu'il doit y jouir d'une influence considérable. Or, le programme actuel des examens préliminaires, règlements du Collège, page 84, ne contient ni philosophie morale, ni minéralogie, ni géologie, ni astronomie. Donc, le Dr. Simard père, est le champion des examens faciles.

J'entends le Dr Arthur Simard se récrier et dire : "mais c'est illogique, c'est absurde, c'est malhonnête. Vous n'avez pas le droit d'accuser ainsi mon père d'être le champion des examens faciles. Il a pu se laisser convaincre, par de bonnes raisons, qu'il était inopportun (*unwise*) d'ajouter ces matières au programme des examens, ou encore, il a pu avoir à se soumettre à la majorité qui le voulait ainsi. Mon père n'a jamais rien dit, ni rien fait pour atténuer la sévérité des examens, et toute sa carrière est là pour attester qu'il est en faveur du progrès dans l'enseignement médical".

Le Dr Arthur Simard aurait raison de me répondre ainsi. Seulement, il ne faut pas qu'il oublie que ce qui est juste pour son père l'est également pour les autres et que la règle doit-être la même pour tous.

Passons maintenant à l'autre point. Le Dr Arthur Simard voulant prouver son assertion que je suis "le champion des cours de six mois", ne se contente pas d'invoquer le fait que j'ai demandé au Conseil Universitaire, en 1888, de permettre à la Faculté de Montréal, de donner des cours de six mois au lieu de neuf. Pour donner à ce fait, une valeur en faveur de sa prétention, qu'il n'aurait pas sans cela, il me prête des motifs et des arguments que je n'ai jamais eus, ni employés. Je regrette d'avoir à le dire, mais, cette tactique est déloyale et malhonnête. Décidément, son union anormale avec le Dr J. M. Beausoleil est pernicieuse au Dr Arthur Simard.

En effet, au lieu de me faire penser et dire des choses que je n'ai jamais pensées, ni dites, si le Dr Arthur Simard se fût préoccupé de la vérité autant que de l'intérêt de sa cause, il n'aurait eu qu'à s'adresser à Mgr Hamel ou à mes collègues de la Faculté. Il aurait appris que cette permission demandée, n'était que temporaire, c'est-à-dire, que pour jusqu'à ce que la lutte fût terminée entre notre Faculté et l'Ecole de Médecine. Il aurait appris que le seul motif invoqué était : que notre Faculté se trouvait sur un pied de lutte inférieur aux trois autres facultés rivales de Montréal, qui ne donnaient alors que des cours de six mois et offraient ainsi aux élèves un attrait considérable, surtout au point de vue de l'économie. Tous lui auraient dit que je demandais cette concession temporaire, comme un moyen efficace de hâter la fin de nos luttes, afin de pouvoir ensuite conserver toutes nos énergies aux réformes de l'enseignement médical et à l'application du programme de l'Université Laval.

E. P. LACHAPELLE.

Montréal, 10 avril 1898.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## De l'électricité statique en médecine

Par le Dr. CHARLES VERGE, de Québec,

(Travail lu devant la Société médicale de Québec à sa séance du 24 mars 1898)

Messieurs,

L'électricité médicale est loin d'être aussi répandue que pourraient le faire croire les succès éclatants dont elle s'est enrichie pendant ces dernières années. Cela tient suivant nous à deux causes :

1° A l'éducation même du médecin ;

2° A l'indifférence raisonnée de celui-ci ; soit qu'il ait pris l'habitude de considérer ces applications comme des passe-temps sans conséquence, soit que des auteurs trop transcendants, trop techniques, trop mathématiques et surtout trop exclusifs, l'aient découragé dans cette étude, les uns n'attribuant d'effets heureux qu'à la franclinisation, d'autres qu'à la galvanisation, à la faradisation, etc. La vérité est dans l'éclectisme, la combinaison, l'emploi simultané ou successif des diverses modalités électriques. Cet exclusivisme de certains auteurs pour l'électrothérapie elle-même en général fait que beaucoup de médecins considèrent encore celle-ci comme une *spécialité*, alors qu'elle mérite certainement de prendre place, et une grande place, dans l'arsenal thérapeutique de tout praticien. Il arrive donc assez souvent que, pour les deux raisons déjà mentionnées, les nécessités journalières l'emportant sur une conviction à peine assise, le médecin néglige l'électricité, l'oublie, arrive même à la déconseiller, parce qu'il ne peut se mettre dans le cas désagréable d'être obligé d'appliquer un remède dont il ne connaît que vaguement la théorie et la pratique.

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous tiendrions à mettre en regard les divers générateurs d'électricité et dire un mot de leurs réactions physiologiques respectives. Ces appareils se divisent en 4 classes :

1° *Les thermo-électriques*. Nous ne mentionnons ceux-ci que pour les nommer, car leur faible intensité et leur force électromotrice presque insignifiante les excluent des applications courantes. Les physiologistes ne les emploient que dans des cas extrêmement rares, le plus souvent pour connaître la température des couches profondes de l'économie.

2° *Les piles hydro-électriques*, ou électro-générateurs à liquide. Dans ceux-ci, c'est l'action chimique qui développe le courant ; la pile d'ailleurs est une machine qui sert à transformer l'énergie chimique en énergie électrique. Leur qualité indispensable en médecine est la constance. Ces appareils débitent donc directement ce qu'on appelle le courant *constant et continu*, ou en un mot le courant *galvanique* dont le caractère spécial consiste en beaucoup d'intensité (on emploie thérapeutiquement jusqu'à 250 milliampères et plus) et peu de tension ; il peut être également obtenu au moyen des accumulateurs et par l'emploi des machines dynamos. Appliqué au malade ce courant ne produit ni choc, ni douleur, à moins qu'on ne l'interrompte artificiellement au moyen d'un rhéotome ou du manche interrupteur ; si le courant est faible le patient ressent à peine quelque chose, s'il est fort il se traduit alors par une sensation de brûlure. Cette modalité électrique de la galvanisation, si puissante en

elle-même, donne les effets les plus marqués, mais il n'entre pas dans le cadre de ce travail de faire la description de ceux-ci. Les piles ou réunions de piles (batteries) les plus employées en électrothérapie sont celles au sulfate de cuivre, au bichromate de potasse, au chlorhydrate d'ammoniaque, au bi-sulfate de mercure et enfin au chlorure d'argent ; le nom de *piles sèches* que l'on donne couramment à ces dernières n'est justifié qu'en ce sens que le composé chimique est hermétiquement renfermé dans une boîte métallique (élément) facilement démontable et transportable. Leur important avantage est de s'améliorer avec le temps comme aussi d'être à l'abri de la corrosion et de toute perte du liquide. Voici un de ces blocs hermétiques.



Fig. 1

Batterie à combinaison (galvanique et faradique avec milliampèremètre et rhéostat. — 25 éléments galvaniques, à chlorure d'argent. Force électromotrice de la partie galvanique 25 volts, intensité jusqu'à 250 milliampères.

3° *Les machines d'induction*. Celles-ci réunissant quelquefois la force électromotrice des machines statiques à une intensité souvent supérieure à celle des piles à liquide, l'énergie électrique qu'elles engendrent est considérable. Les appareils d'induction sont nombreux mais peuvent se classer tous dans les 3 groupes suivants :

a) *Appareils volta-faradiques* ; type bobine de Rhumkorff et la plupart des batteries faradiques. Les courants faradiques sont ainsi nommés parce qu'ils sont dus à des phénomènes d'induction découverts par Faraday en 1831 ; ils sont de fait alternatifs. La source d'électricité galvanique (dans la classe des volta faradiques) est la pile qui envoie dans la bobine (ou transformateur) ce qui s'appelle le *courant primaire* ; le courant induit que l'on recueille s'appelle le *courant secondaire* et les bobines correspondantes portent les mêmes noms. Pour interrompre périodiquement le courant fourni au primaire, les appareils employés pour la faradisation portent le plus souvent un trembleur dont la forme peut être quelconque ; celui-ci effectue en moyenne de 60 à 80 vibrations par seconde. La propriété physiologique caractéristique des courants faradiques est donc de produire brusquement et par saccades les différentes excitations, motrices et sensitives ; leur tension étant souvent très haute, ils se rapprochent ainsi plutôt de l'électricité franklinienne que du galvanis-

me et leurs effets électrolytiques sont naturellement presque nuls. Voici deux types très en vogue de machines de ce premier groupe : dans la première (fig. 2),

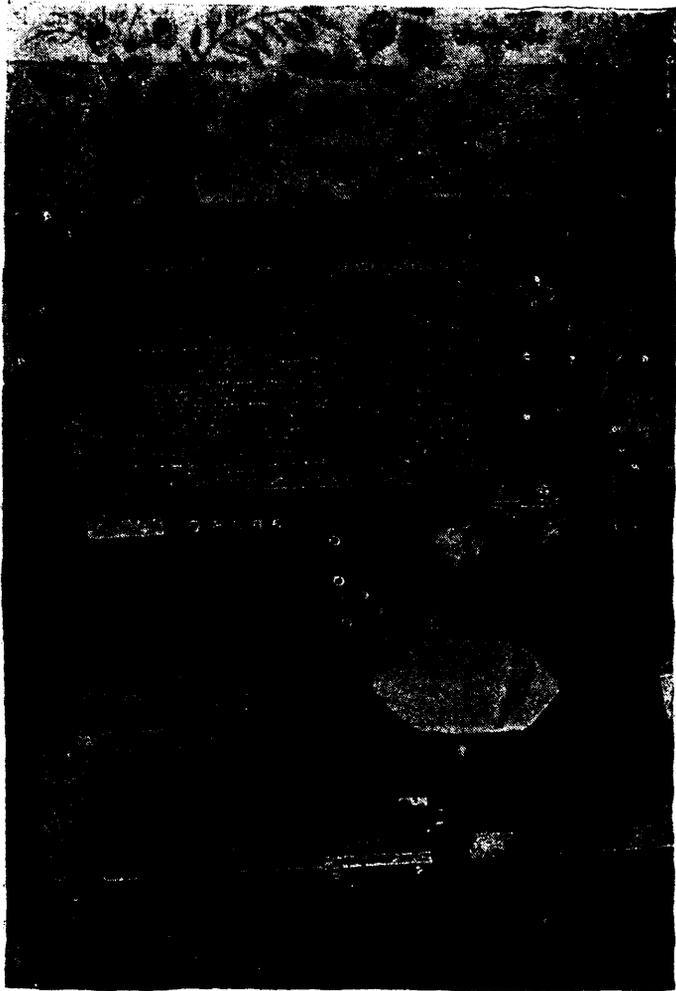


Fig. 2  
Batterie faradique à 1 élément.  
F-E-M — 1 volt

qui est très portable comme vous voyez, un seul élément (à chlorure d'argent) de la force électro-motrice de 1 volt développe le courant d'induction dans la bobine ; pour établir celui-ci on n'a qu'à faire le contact du bloc chimique avec les armatures que voici et qui communiquent avec la bobine, le trembleur est mis en action par le même mouvement. L'autre appareil (fig. 3)

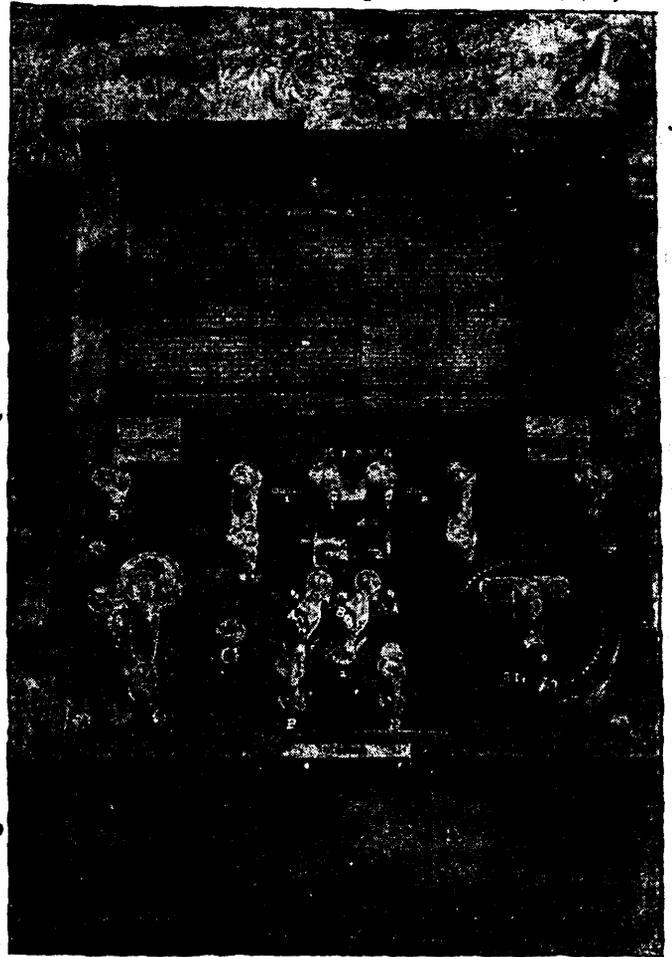


Fig. 3  
Batterie faradique à 2 éléments, avec rhéostat  
F-E-M — 2 volts

est à deux éléments et possède en outre un rhéostat ou contrôleur du courant, qui permet de graduer celui-ci suivant la susceptibilité sensitive du sujet. Des commutateurs spéciaux amènent à volonté le courant primaire ou le courant induit ou les deux réunis. Au point de vue tant de l'économie que de la commodité ces instruments méritent considération, car chaque élément individuellement vit cent heures et peut être facilement échangé par la malle, pour un prix modique.

(b) *Appareils magnéto-faradiques*, dans lesquels l'induction est développée à l'aide d'aimants permanents. Les courants induits de cette famille possèdent une tension et une intensité moyennes. Ils sont d'ailleurs continus ou alternatifs selon les dispositions adoptées par le fabricant. C'est le type des machines faradiques à manivelle.

Les appareils faradiques sont les plus répandus généralement parmi les médecins ; ce sont aussi ceux dont on se sert le plus in-tempestivement et sans connaissances électrologiques suffisantes.

(c) *Appareils dynamo-électriques*. Ils diffèrent des magnéto en ce que les inducteurs, au lieu d'être constitués par des aimants permanents le sont par des électro-aimants.

Ces caractères différentiels et ces préliminaires étant posés, abordons maintenant l'étude

4° *des machines électro-statiques*. Elles fournissent peu d'intensité ou "ampérage" mais jouissent en revanche d'une haute force électromotrice, 50,000, 60,000 volts, etc. On appelle franklinisation

l'application de l'électricité statique, prise sous une forme quelconque, au corps de l'homme dans un but thérapeutique. Comme son nom l'indique, c'est en souvenir de celui qui a, l'un des premiers, étudié ces phénomènes que cette méthode a été nommée ainsi. C'est la forme de l'énergie électrique qui, la première, a été connue et qui, par conséquent, a été essayée sur le corps humain. Elle fut tour à tour employée comme panacée universelle, puis délaissée ; actuellement elle semble devoir prendre en thérapeutique, la place légitime, dépouillée de toute exagération, qui lui convient. Il ne faut pas remonter à plus de 150 ans pour trouver les premiers essais en électrothérapie statique ; on ne connaissait du reste à cette époque que l'électricité obtenue par le frottement. Nous ne ferons pas l'historique fastidieux de cette question, qu'il nous suffise de dire que ce mode de traitement a surtout été remis en honneur par les belles expériences et les heureux résultats obtenus à la Salpêtrière, à Paris, par l'élève de Charcot, le Dr. Vigouroux. Nous mentionnerons, à titre de souvenir, les machines de Ramsden, de Nairne, etc., qui peuplent encore les cabinets de physique mais qui ne sont guère susceptibles d'aucun usage médical ; celles de Holtz et de Carré offrent beaucoup plus d'avantages à ce dernier point de vue, cependant, de toutes, c'est la machine Wimshurst qui est aujourd'hui incontestablement reconnue comme la meilleure, en électrothérapie du moins.

## DESCRIPTION DES APPAREILS

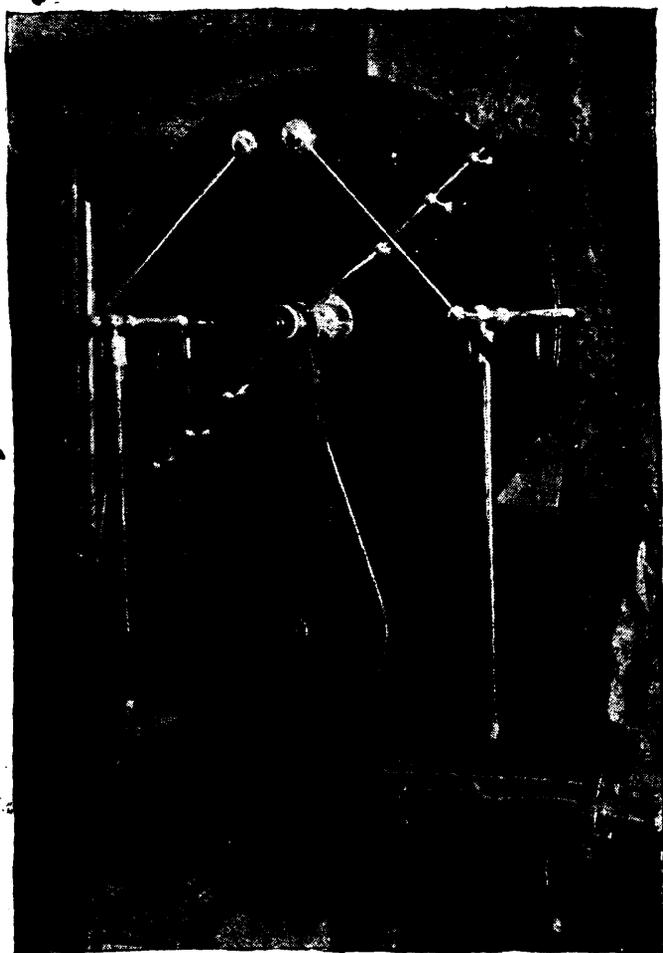


Fig. 4

Machine de Wimshurst modifiée par Bonetti  
Modèle No 6, Rodiguet—Longueur diamétrale des plateaux.—Om. 55

En frottant un bâton de verre ou de cire, on ne peut produire que de très petites quantités d'électricité, et les phénomènes auxquels donne lieu celle-ci, développée de cette manière, ne se manifestent qu'à un faible degré. Pour obtenir des effets plus puissants on se sert de machines dites à *frottement* dont le type est celle de Ramsden bien connue. Dans la machine de Holtz l'induction seule intervient, il n'y a pas de frottement proprement dit, celle de Wimshurst fonctionne aussi par des effets d'influence. Il faut généralement *amorcer* la plupart des modèles de ces appareils pour obtenir leur fonctionnement, c'est-à-dire leur communiquer un commencement de charge que le mouvement développe et amplifie par des actions inductrices qui se succèdent et s'ajoutent : ce sont les machines dites à *influence* c'est-à-dire où il y a création d'un champ électrique et où les phénomènes d'influence servent à faire la transformation de l'énergie mécanique en énergie électrique. La machine à secteurs métalliques s'amorce toutefois d'elle-même après quelques tours.

La machine Wimshurst modifiée se compose essentiellement de deux plateaux, en ébonite ou en verre, sur la surface extérieure desquels sont placés des balais frotteurs multiples (qui remplacent avantageusement les secteurs d'étain de l'avant dernier modèle, comme nous le verrons plus loin), au lieu d'un seul, attachés à chaque conducteur diamétral. Ces deux plateaux sont animés, l'un par rapport à l'autre, d'un mouvement de rotation en sens inverse ; dans ce mouvement ceux-ci sont amenés en contact avec les balais frotteurs qui sont supportés par une tige appelée conducteur diamétral ou porte-balais, puis ils passent en regard des *peignes* (tige recourbée en U que vous voyez) dont les dents sont ici remplacées par deux petites lames de clinquant. Les peignes constituent avec les excitateurs, et les condensateurs qui peuvent y être adjoints, les conducteurs ou pôles de la machine ; ils sont soutenus par deux manches isolants en verre adaptés au socle de l'appareil. La position des balais est importante : ils doivent être placés de façon que le sens de rotation des plateaux aille du peigne au balai qui est le plus rapproché de lui ; le conducteur diamétral doit être incliné de manière que sa partie supérieure se trouve placée à gauche, en regardant séparément les faces extérieures des plateaux.

Maintenant quelles sont les conditions que doit remplir une bonne machine statique médicale ? les voici : 1° elle doit pouvoir fonctionner à tout moment, elle ne doit donc pas être sensible aux variations de l'état hygrométrique de l'air ambiant ; 2° elle ne doit pas exiger une forte dépense d'énergie mécanique ; 3° elle doit avoir un grand débit et porter ses conducteurs à un haut potentiel. Il ne faut jamais non plus perdre de vue que les effets thérapeutiques produits par la franklinisation dépendent de la quantité d'énergie électrique appliquée au malade. On doit donc chercher à augmenter le débit autant que possible et à obtenir des étincelles qui, quoique longues, ne soient pas microscopiques comme épaisseur, la machine n'étant pas pourvue de ses condensateurs. C'est pour cette raison que la machine Wimshurst modifiée par Bonetti, modèle que vous voyez ce soir, mérite la préférence. Cette modification consiste à supprimer les secteurs d'étain et à mettre des balais frotteurs multiples à chaque conducteur diamétral, au lieu d'un seul ; dans ces conditions, dit M. d'Arsonval en présentant la machine ainsi transformée à la Société française de physique (février 1894), le débit de la machine et son potentiel sont augmentés. Si l'on prend, en effet,

deux machines semblables, une avec secteurs, l'autre sans secteurs, on constate à la bouteille électrométrique de Lane que le débit de la machine sans secteurs est de deux à quatre fois plus fort que celui de la machine primitive. De plus, le renversement de la polarité en marche n'est pas à craindre avec ce dispositif. La machine ne s'amorce pas seule, mais c'est là un avantage qui permet de changer sa polarité. Pour l'amorcer, en effet, quand elle est en mouvement, il suffit de placer le doigt à la partie supérieure d'un des plateaux ; si l'on veut renverser instantanément la polarité de la machine, il suffit de placer le doigt au même endroit sur le plateau opposé. "Cette propriété, dit encore M. d'Arsonval, offre donc un grand avantage en électrothérapie car elle permet de changer la polarité, en marche, sans avoir rien à changer dans les connexions reliant le malade à la machine."

Cherchons maintenant à connaître la forme du courant dans la franklinisation. Deux cas sont à considérer : celui où la décharge d'un conducteur isolé relié à l'un des pôles d'une machine statique est bruyante, et celui où elle est presque silencieuse ; en d'autres termes il y a à examiner : 1° le cas où la décharge a lieu par étincelles, 2° celui où elle a lieu par aigrette ou par souffle.

1° *Décharge par étincelles.* Lorsque deux conducteurs sont à des potentiels très élevés et très différents, par exemple les deux boules polaires d'une machine statique en marche, il tend à se faire entre eux un équilibre de potentiel ; celui-ci aura lieu lorsque la différence de potentiel sera assez grande ou la distance des deux conducteurs assez faible pour que la résistance de l'air interposé puisse être vaincue. A ce moment se produit une étincelle qui jaillit entre les deux conducteurs avec un bruit éclatant ; elle est le résultat de la décharge disruptive et sa trajectoire représente le circuit qu'a suivi le courant entre les deux corps, ce courant est un *courant instantané*.

2° *Décharge par aigrette.* L'équilibre électrique entre deux conducteurs électrisés peut aussi se faire moins bruyamment ; il suffit pour cela d'armer l'un d'eux de pointes plus ou moins aiguës. Il n'y aura plus alors d'étincelle, mais bien un bruissement particulier que l'on nomme l'aigrette électrique. La décharge n'est plus brusque : elle se fait d'une façon continue et le conducteur, terminé en pointe, présente une lueur violacée. La forme du courant de cette décharge disruptive diffère donc de celle du courant produit par l'étincelle en ce que le temps est beaucoup plus grand : le courant n'est plus instantané. C'est en réalité une variation de l'étincelle affectant la forme d'un jet de flamme violacé, avec des ramifications multiples ; comme elle part du pôle positif on favorise sa production en adaptant à la boule de l'excitateur de ce signe une pointe métallique, si on adapte celle-ci, au contraire, au pôle négatif, on n'aperçoit qu'un petit point lumineux à l'extrémité de la pointe. C'est l'aigrette que les marins désignent sous le nom de feu *Saint-Elme* lorsqu'elle se manifeste à l'extrémité des mâts des navires, à la fin d'un orage, on la remarque également au bout de la pointe du paratonnerre.

Quant à la détermination du signe des pôles d'une machine statique, les deux moyens les plus pratiques que nous connaissions sont les suivants : 1° Relier à l'un des pôles un conducteur terminé en pointe et isolé ; si ce pôle est positif on voit une aigrette violacée prolonger le conducteur, tandis qu'avec le pôle négatif la pointe est

terminée par un simple point brillant. 2° Approcher de l'un des pôles une flamme, celle-ci est attirée par le pôle négatif et repoussée par le positif.

Dans les machines avec condensateurs, pour réaliser l'expérience des étincelles, on réunit les armatures extérieures de ceux-ci au moyen de chaînes de cuivre, on écarte les boules des excitateurs de 2 à 3 centimètres seulement, puis on fait mouvoir l'appareil en augmentant peu à peu l'écartement des boules ; des étincelles d'une longueur presque égale au rayon des disques peuvent être ainsi facilement obtenues. Ceci constitue l'étincelle simple. L'étincelle mixte se produit en séparant les chaînes des deux armatures des condensateurs ; une partie éclate alors entre les chaînes et l'autre entre les deux boules des excitateurs.

La machine petit modèle, munie de ses condensateurs, donne des étincelles de 15 à 17 centimètres : quand les condensateurs sont enlevés les étincelles ne dépassent pas 4 à 5 centimètres, mais elles se succèdent avec rapidité. Pour obtenir des étincelles courtes, nourries et rapides, on place les balais en croix les uns par rapport aux autres, et à 45° relativement aux peignes. Pour tirer de l'appareil la plus grande longueur d'étincelles, les balais doivent être placés de façon qu'ils soient le plus près possible de la ligne verticale du centre du plateau, sans que ceux d'en bas touchent la corde de la poulie près de laquelle ils sont posés ; on met ensuite les excitateurs sous un angle voulu (90° environ) soit d'un côté, soit de l'autre. Les étincelles se succèdent alors moins rapidement, elles affectent la forme d'un sillon lumineux brisé en zigzags et qui rappelle en petit la forme de certains éclairs. Quand l'étincelle est courte (en l'absence de condensateurs) elle prend la forme rectiligne.

La théorie de la machine Winshurst, comme celle de la machine de Holtz du reste, est très complexe. De l'aveu même de ceux qui ont cherché à l'établir, il n'est pas certain qu'elle ait été déterminée exactement.

(A suivre)

## REPRODUCTION

### La dyspepsie nerveuse et son régime alimentaire

Par M. le Dr. LANCEREAUX.

Dans une curieuse conférence clinique que reproduit le *Journal de médecine interne*, M. le Dr Lancereaux, après avoir fait la critique des théories chimiques concernant la classification des dyspepsies, se base sur l'étiologie pour diviser celles-ci en trois catégories.

- 1° *Dyspepsies traumatiques* ou *ab ingestis* ;
- 2° *Dyspepsie* de chacune des maladies aiguës ;
- 3° *Dyspepsie* de chacune des maladies chroniques.

Dans ces trois classes, il existe des types nombreux. Parmi ceux-ci, M. Lancereaux examine la dyspepsie liée à l'état constitutionnel appelé herpétisme par les uns, neuro-arthritis par les autres. Il l'appelle indifféremment dyspepsie herpétique ou dyspepsie nerveuse.

La dyspepsie nerveuse est fréquente, dit-il, comme l'herpétisme lui-même. En clientèle, la majeure partie des malades qui viendront vous consulter dans votre cabinet seront des dyspeptiques de cette sorte. Huit fois sur dix ils se plaindront à vous de tout autre chose que de leur estomac.

"Docteur, vous diront-ils, je vous demande d'être franc avec moi ; je sais que j'ai une maladie de cœur...". Souvenez-vous de ceci : Quand un client vient vous parler de ses palpitations et de ses douleurs au cœur, pensez tout de suite à la dyspepsie.

D'autres fois, c'est une maladie du poumon, parce qu'il a de l'oppression, une maladie du cerveau parce qu'il a des vertiges, une maladie de la moëlle épinière parce qu'il se sent avachi et les jambes molles.

C'est la syphilis aussi qui leur donne leurs malaises. Ah ! que de syphilophobes parmi les dyspeptiques !

Le début est tellement insidieux que le malade s'y trompe presque constamment, même s'il est médecin. Quand vous lui parlez estomac, il vous répond foie ou cœur, et vous affirme qu'il digérerait des cailloux. Cependant, vous apprenez qu'il a de la sensibilité, de la gêne, de la pesanteur à l'épigastre, du ballonnement après les repas, des éructations, des bâillements. Mais les malades ont trouvé tout naturel de bâiller, de roter, d'avoir un poids sur l'estomac quand ils ont mangé, et d'être forcés de se déboutonner après les repas. En revanche, le glou-glou, les borborygmes et surtout le pyrosis (*le brûlant, le brûlecou*, disent les malades), dirigent assez souvent leurs soupçons vers leur estomac.

Avant de les examiner, interrogez-les encore. Prenez la main de votre client que vous trouverez souvent froide, souvent aussi cyanosée (nouvelle preuve pour le malade que son cœur est atteint, et que "la circulation ne se fait pas").

Demandez, et il vous dira qu'il a toujours les pieds gelés. Informez-vous s'il dort, et vous saurez qu'il se réveille la nuit.

Je reviendrai tout à l'heure sur cette insomnie si spéciale de la dyspepsie nerveuse. Rappelez-vous dès maintenant ce trio de signes présomptifs ; le refroidissement des extrémités, l'insomnie du milieu de la nuit et la fatigue du réveil. Les malades se réveillent fatigués, éreintés avant d'avoir travaillé, "comme s'ils avaient fait la noce la veille". Cette dernière phrase se retrouve à chaque instant sur les lèvres des malades.

Maintenant, examinez votre malade, faites-le déshabiller et coucher sur un lit ou sur le divan de votre cabinet, les épaules reposant sur le plan du lit, les bras en résolution et allongés le long du corps, les genoux soulevés et écartés.

Avant de palper, regardez. L'épigastre est ballonné, si le malade vient de manger. Sinon, la région sus-ombilicale est plutôt aplatie, tandis qu'au-dessous le ventre s'arrondit en un petit bedon. Les choses sont ainsi du moins quand le trouble nerveux a provoqué l'atonie des muscles viscéraux en même temps que le désordre sécrétoire de l'estomac.

Si vous palpez l'estomac, si avec la main mise à plat vous déprimez la paroi épigastrique, vous éveillez souvent de la sensibilité. Souvent votre main est soulevée par des battements aussi forts que ceux d'un anévrisme, et qui sont des pulsations particulièrement fortes de l'aorte abdominale.

En palpant plus longuement, en exerçant avec la main une sorte de massage, vous n'arriverez jamais à provoquer des contractions vermiculaires de l'estomac. Dans la dilatation simple de l'estomac, dans l'atonie névropathique, l'excitation produite par le palper ne fait pas contracter la tunique musculaire. Ce phénomène n'appartient qu'aux cas où il y a un rétrécissement fibreux pylorique.

La percussion fait reconnaître si l'estomac est ectasié. Pendant la digestion, la partie déclive est mate, la partie supérieure est remplie de gaz. Après la digestion vous percevez partout du bruit hydroaérique, signe d'un mélange de liquide et de gaz. S'il n'y a pas de diarrhée et que le bruit hydroaérique se rencontre jusqu'au pubis, c'est que l'estomac descend jusqu'au pubis.

Vous avez assez entendu parler du bruit de clapotement pour que je m'abstienne de vous en entretenir ici. Permettez-moi pourtant de vous dire que, malgré les caractères distinctifs qu'on a essayé de donner, il est souvent difficile de distinguer le clapotement colique du clapotement stomacal.

A côté des signes propres à l'estomac, il y a des symptômes réactionnels du côté des autres organes.

Le cœur est l'organe qui réagit le plus expressivement. Le malade a des battements du cœur et des artères. C'est une sensation très pénible. On l'éprouve dans les artères du cou ; ce sont des secousses autant que des battements. Le cœur s'arrête, puis se remet à battre violemment, pour la plus grande angoisse du patient. L'arythmie est constituée par des pauses suivies de palpitation. A 17 ans, j'étais malade ; ma mère me mena consulter une célébrité médicale. Le docteur dit que j'avais le cœur gros, il disait vrai, il ajoutait *hypertrophie*, il avait tort. Il était parésié, dilaté comme mon estomac, avec un léger souffle à la base. Le médecin trouvait un fort rétrécissement à l'orifice aortique, un cœur hypertrophié et enfin de l'emphysème (à cause de la dyspnée que j'éprouvais). Il m'ordonna de la teinture de digitale dont la saveur m'était bien désagréable et une saignée tous les mois. Le garde-champêtre trouva, au contraire, qu'il valait mieux me donner du sang que de m'en ôter.

Outre les palpitations et l'arythmie, déjà si pénibles, on éprouve des pincements, des déchirements dans la région du cœur, sous le tétou. On a des crises sternalgiques ressemblant à celles de l'angine de poitrine, 4 heures, 5 heures après le repas et s'accompagnant de fourmillements dans le bras gauche. J'ai vu chez moi un malade à moitié mort de frayeur parce qu'on lui avait dit qu'il avait des crises d'angine de poitrine.

Les malades s'effraient déjà bien assez, sans qu'on aille leur dire de telles paroles. Ils font réveiller le médecin au milieu de la nuit. On les trouve angoissés, assis sur leur lit, et vous disant : "j'ai cru que j'allais mourir". La meilleure façon de les rassurer, c'est peut-être, quand on sait bien que c'est d'un dyspeptique qu'il s'agit, de refuser d'aller les voir. Il faut compatir aux souffrances de ces malades, qui sont très réelles, qui sont affreuses souvent et pires que celles engendrées par des lésions matérielles : il faut les défendre contre les personnes de leur entourage qui les appellent malades imaginaires ; mais il faut leur montrer quelquefois qu'on n'a pas peur de leur maladie, et opposer le plus grand sang-froid à leurs alarmes.

Comment s'engendre cette douleur ? sans doute par un acte réflexe à point de départ gastrique.

Les cardialgies des dyspeptiques se reproduisent un nombre incroyable de fois chez ceux d'entre eux qui ne sont pas sages, et qui ne suivent pas un régime convenable. Elles sont sans danger, et à ce point de vue ne méritent aucunement le nom d'angine de poitrine.

Cependant, il faut se souvenir que les dyspeptiques âgés, qui ont de mauvaises artères, font parfois des lipothymies, des syncopes mortelles. J'en ai vu se produire ainsi au moment de la digestion. Ce sont des cas foudroyants. C'est le même mécanisme que celui de la mort subite dans la fièvre typhoïde.

Un groupe de symptômes d'apparence pulmonaire, la dyspnée, l'essoufflement dans la marche, la difficulté à courir ou à monter les escaliers, ajoutent encore à l'illusion d'une maladie cardio-pulmonaire. Mais on voit les mêmes malades qui étouffaient, il y a deux heures, monter quatre à quatre les escaliers quand leur estomac est vide.

On peut tenter aussi de donner l'explication de cette dyspnée. L'estomac est distendu par des gaz ; il refoule le diaphragme et le cœur. Mais à côté de cette action mécanique, il faut donner une part plus grande à une influence nerveuse réflexe. N'allez pas croire en tous cas qu'il s'agisse là d'une dyspnée toxique provoquée par les fermentations anormales de ce laboratoire de poisons qui est l'estomac. Le rôle de l'auto-intoxication a été amplifié au détriment de l'influence nerveuse réflexe, pour rendre compte de la pathogénie des accidents dyspeptiques.

Dans le cortège de ces accidents vont souvent au premier plan les phénomènes encéphaliques. Le malade éprouve une céphalée frontale caractérisée par une pesanteur qui n'est pas très doulou-

reuse. Il est moins apte au travail. Les vertiges sont très communs (*vertigo a stomacho laeso*) de Trousseau. Ils se montrent un certain temps après le repas, vers la fin de la digestion. Ils apparaissent ou sont plus pénibles quand le malade lève les yeux pour regarder un objet en haut.

M. Lancereaux cite encore de nombreux phénomènes morbides qui se rencontrent dans la dyspepsie nerveuse : l'aphasie transitoire, l'hémiplégie transitoire, le vertige, les éblouissements, la polyurie, etc. Il passe ensuite à l'examen du diagnostic de l'affection.

Le *Diagnostic* de la dyspepsie nerveuse, dit-il, n'est pas toujours chose aisée. Rappelez-vous à ce que je vous disais au début de cette leçon. Souvenez-vous que rarement le malade attirera votre attention sur son estomac : que son appétit est le plus souvent conservé, qu'il peut même être exagéré, boulimique, et que le malade qui ne souffre pas de l'estomac reste incrédule quand vous lui affirmez l'origine gastrique de sa "maladie de cœur" ou de sa "maladie nerveuse". Prenez en considération un ensemble de petits symptômes : l'expression inquiète du visage, le refroidissement des extrémités, l'insomnie particulière, la fatigue du matin, les palpitations, la douleur sternale, la douleur intercostale gauche qui est également très fréquente. L'examen négatif des autres organes vous fera enquêter plus soigneusement du côté de l'estomac. Les poumons sont sains, le cœur sain, le foie et la rate sont normaux, les urines sont normales. Apprenez à bien palper l'abdomen, recherchez le bruit de clapotement, la coprostase, le rein flottant, phénomène névropathique si fréquemment associé à la dyspepsie des héréditaires. Percutez soigneusement l'estomac, en cherchant d'abord au niveau des côtes la limite supérieure de son tympanisme, puis en procédant de bas en haut, du pubis vers l'ombilic pour saisir la différence entre la sonorité intestinale et le bruit stomacal. Faites, si vous y tenez, ou faites faire l'analyse chimique du suc gastrique. Mais rappelez-vous toujours que c'est le système nerveux qui est en cause, et que c'est lui qui vous fournira les meilleures indications diagnostiques en même temps que les plus précieuses indications thérapeutiques. De système nerveux à estomac, d'estomac à système nerveux, il y a échange de mauvais procédés, cercle vicieux de causes et d'effets. Mais c'est la névropathie qui a commencé ; c'est la névropathie héréditaire qui crée la prédisposition morbide ; c'est un choc nerveux, une perturbation quelconque du système nerveux qui conditionne l'apparition de la maladie ; et celle-ci, à son tour devient le point de départ d'accidents nerveux secondaires.

Pour ma part, je ne crois ni à l'origine auto-toxique des accidents secondaires de la dyspepsie, ni à la dyscrasie causée par une chloropectonisation défectueuse ; je crois à la seule, à la constante influence du système nerveux, et à la nature réflexe des troubles secondaires.

Le pronostic n'est pas grave en général, mais l'affection réclame un régime sévère. M. Lancereaux prescrit trois repas par jour. Le matin, café, ou thé, ou lait, avec une croûte de pain, du beurre très frais, un œuf mollet ou du fromage de Brie. A midi, des viandes faites, grillées ou rôties, sans sauce, jambon maigre, langue fumée, huîtres, poissons blancs bouillis au sel ou à la sauce blanche, œufs frais, légumes verts, pommes de terre bouillies. Le soir, même régime à peu près. Comme boisson, de l'eau ou un peu de bière légère, amère.

Défendez absolument le vin, dit le Dr. Lancereaux, surtout le Bourgogne. Il ajoute qu'on aura beaucoup de peine à faire observer ces prescriptions. Nous n'en doutons pas, surtout dans notre Wallonni !

Dr. L. MERVEILLE.  
(Gazette Méd. de Liège)

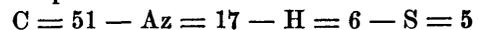
### Nouveau traitement de la syphilis

Tous les praticiens nous sauront gré de leur mettre entre les mains une arme nouvelle pouvant leur servir contre l'un des adversaires qu'ils ont le plus souvent à combattre, la syphilis.

Dans une communication, où j'ai donné les résultats généraux de mes expériences, j'ai fait connaître à la Société de biologie l'emploi d'un agent thérapeutique, qui m'a paru capable de rendre, dans le traitement de la syphilis, de grands services. Je me propose ici d'insister sur quelques points, en particulier, sur le côté pratique : préparation du médicament, son mode d'emploi, durée du traitement, afin que tout praticien, désireux d'expérimenter la méthode, puisse préparer le médicament et contrôler lui-même les résultats que j'en ai obtenus.

\* \* \*

Le médicament résulte, en principe, de l'action prolongée du chlorure de sodium sur une matière organique riche en kératine. On sait que la kératine forme la masse principale des cellules superficielles de l'épiderme, des ongles, des cornes des ruminants, des cheveux et des poils. On la prépare, en général, avec la corne : sa formule en carbone, hydrogène, azote et soufre, est à peu près la suivante, d'après le professeur A. Gauthier :



La kératine retirée de la corne des ruminants est plus riche en soufre que les autres.

Le corps choisi comme devant fournir la kératine a été pris sur le veau : cet animal présente, en effet, au moment où on le sacrifie pour la boucherie, des rudiments de corne de 2 à 3 centimètres, contenant des cellules kératiniques, en pleine voie de formation et d'accroissement.

Cette matière cornée est recueillie aussitôt après la mort de l'animal et immédiatement pulvérisée ; la poudre est mise à macérer dans une solution de chlorure de sodium, dans les proportions suivantes :

Poudre de corne.....	60 grammes.
Chlorure de sodium.....	10 —
Eau distillée.....	1,000 —

Le bocal où se fait la macération est placé dans un endroit où la température reste constamment de 25° à 30° ; le liquide en est agité deux à trois fois par jour, pour que l'imbibition de la matière première soit parfaite, et cela pendant un mois. Laisser ensuite reposer, sans remuer, en chambre noire, à la même température, pendant quatre mois ; décanter au siphon et mettre pendant une demi-heure en vase clos, solidement fermé, à la température de 90°. Découvrir le vase après refroidissement complet : le liquide est alors prêt à être employé.

Il se présente sous la forme d'un liquide jaune clair, limpide, d'une odeur rappelant celle de la corne brûlée, d'une saveur salée ; il se conserve parfaitement à l'abri de la lumière. A l'analyse, il contient les principes suivants pour un litre :

Gélatine.....	5 gr. 30
Phosphate de chaux.....	0 gr. 30
Sulfate de chaux.....	0 gr. 03
Sulfate de potassium.....	Traces.
Chlorure de sodium.....	8 gr. 37

C'est ce liquide que j'ai employé depuis deux ans pour le traitement de la syphilis, et les résultats que j'en ai obtenus m'ont paru assez satisfaisants pour être portés à la connaissance du public médical.

\* \* \*

Le médicament en question a été mis en usage contre des accidents syphilitiques de toute nature, et, bien qu'il se soit montré plus actif à la première et à la seconde période de la maladie, surtout dans les cas où aucune autre thérapeutique n'était intervenue antérieurement, son action a été sensible dans des cas même où la médication mixte n'avait pas donné de résultats appréciables.

Les observations des différents cas traités soit dans ma clientèle, soit dans le service de M. de Beurmann, à Broca, peuvent se répartir comme suit :

Hommes.....	{ Adultes..... 11 }	} 13
	{ Enfants..... 2 }	
Femmes.....	(Adultes).....	17
Syphilis traitées dès l'accident primitif.....		9
Syphilis traitées à la période secondaire.....		19
Syphilis traitées à la période tertiaire.....		2
Syphilis déjà traitées par le mercure.....		10
Syphilis non encore traitées.....		20

\*\*\*

Indiquons maintenant le mode d'emploi du liquide thérapeutique en question et ses effets.

Ce liquide s'introduit dans l'organisme par voie hypodermique : les injections sont de 1 à 3 centimètres cubes. Elles sont pratiquées de préférence au niveau de la fosse sus-épineuse ou à la région lombaire, et répétées tous les huit jours, tous les deux jours, ou même tous les jours, suivant les cas. Leur technique ne comporte rien de spécial. L'asepsie doit être rigoureuse, mais l'emploi des antiseptiques violents est à éviter.

Les phénomènes qui se produisent à la suite de l'injection sont de deux sortes : 1° ceux qui suivent immédiatement la piqûre, et qui sont des phénomènes de réaction ; 2° ceux qui se produisent lentement et progressivement, et qui sont les effets curatifs.

*Effets de réaction.*—Les premières injections sont suivies d'une douleur locale de quelques minutes, qui devient à peu près nulle dès la troisième piqûre. Le liquide est rapidement absorbé. Trois heures environ après l'injection, on constate une élévation de la température ne dépassant pas quelques dixièmes de degré, un peu de somnolence et quelquefois un peu d'exagération de la diaphorèse. L'urine rendue dans la journée n'est pas augmentée en quantité : je n'y ai jamais trouvé d'albumine ; dans plusieurs cas, le taux de l'urée était légèrement supérieur à la normale.

Tous les phénomènes que nous venons d'indiquer disparaissent rapidement, et le malade accuse constamment une sensation de bien-être toute particulière.

*Effets curatifs.*—L'amélioration survient d'ordinaire dès la troisième injection, et les accidents régressent dès lors progressivement : les lésions muqueuses s'affaissent et se dessèchent ; pour les lésions cutanées, les syphilides érythémateuses et papuleuses présentent, au bout de quelques jours, une teinte cuivrée et disparaissent ; les syphilides ulcéreuses se dessèchent et les croûtes, de moins en moins adhérentes, se détachent en laissant une cicatrice souple et lisse. Le traitement local doit se borner à des lavages à l'eau bouillie ou à la solution boriquée, et, s'il y a lieu, à quelques cautérisations au nitrate d'argent des plaques hypertrophiques les plus développées.

J'ai toujours obtenu la disparition complète des accidents, au bout d'un nombre d'injections variable de dix à trente au maximum. Depuis la cessation du traitement, aucune poussée nouvelle ne s'est produite chez mes malades, dont l'observation pour quelques-uns se poursuit depuis deux ans.

Tels sont les faits que j'ai cru devoir, dès aujourd'hui publier ; j'espère, grâce à quelques modifications de détail, qui vont être introduites dans la préparation du médicament, arriver sous peu à en augmenter encore l'activité, et par suite, à diminuer peut-être le nombre des injections nécessaires.

\*\*\*

Il serait sans doute prématuré de porter un jugement sur cette méthode nouvelle ; il importe toutefois de remarquer que, chez les malades dont les accidents ont disparu grâce à son emploi, aucune récidive n'est jusqu'à présent survenue. Ce fait ne permet pas d'affirmer, chez un syphilitique, la guérison, autant que cette guérison peut s'obtenir, mais il doit pourtant être noté.

Je ne veux pas essayer ici une théorie de l'action du médicament, mais il me semble que les connaissances que nous avons aujourd'hui en sérothérapie et en opothérapie peuvent servir à éclairer son rôle physiologique.

N'y aurait-il pas là, d'une part, l'action remontante, dynamogénique, de toute injection de sérum, et, d'autre part, une action sélective opothérapique de la kératine, élément ectodermique agissant sur les tissus similaires (surface cutanée et muqueuses) et les aidant à lutter contre les déterminations de la syphilis ?

J'ajouterai qu'aucun trouble sérieux ne peut être mis sur le compte de cette méthode de traitement ; car, à la suite des nombreuses injections que j'ai pratiquées, je n'ai jamais observé d'accidents locaux ni de réaction générale inquiétante.

Dr LALANDE (de Lyon).

(La Presse méd.)

#### Traitement de la constipation chez les nourrissons

Voici d'après M. le Dr. Comby la marche à suivre dans le traitement de la constipation des nourrissons (*Traité de thérap. appliquée*). On commencera d'abord par employer les moyens mécaniques et hygiéniques. Un nouveau-né n'a pas rendu son méconium ou reste deux ou trois jours sans aller à la garde-robe, on n'a qu'à prendre qu'une sonde molle de Nélaton, enduite de vaseline et on l'introduit dans le rectum ; le contact de ce corps étranger déterminera souvent la contraction de l'intestin et l'expulsion des matières. A défaut de sonde, on se servira de suppositoires simples ou glycerinés, en même temps qu'on rectifiera le régime alimentaire du nourrisson.

Si on donne des lavements, ils seront très petits (40 à 50 grammes dans une poire de caoutchouc), ils seront faits avec de l'eau bouillie, de la décoction de guimauve, de graines de lin auxquelles on incorporera des purgatifs suivant une des formules suivantes :

1° Eau bouillie.....	50 grammes
Miel de mercuriale.....	10 —
2° Décoction d'orge.....	50 —
Glycérine.....	5 —
3° Eau de guimauve.....	50 —
Sulfate de soude.....	5 —
4° Eau bouillante.....	50 —
Follicules de sené.....	4 —

Il vaut mieux préférer aux lavements des suppositoires creux glycerinés ou des ovules de glycérine solidifiée, mais ils ont un inconvénient, c'est de devenir insuffisants au bout d'un certain temps ; on les remplacera alors par des petits lavements de glycérine pure donnés à l'aide d'une seringue urétrale à bout en gutta percha. On introduit chaque fois 4 à 5 grammes de glycérine dans le rectum, ou plus simplement, une cuillerée à café.

Les purgatifs donnés par la bouche seront peu irritants ; on aura recours au sirop de chicorée, de fleurs de pêcher, à l'huile d'amandes douces, donnés par cuillerées à café. Le calomel s'administrera aussi.

Calomel à la vapeur.....	0 gramme 05
Sucre de lait.....	0 gramme 50

à prendre le matin à jeun dans une cuillerée à café de lait.

Ou :

Calomel à la vapeur.....	0 gramme 005
Sucre de lait.....	0 gramme 25

pour 1 paquet, 4 ou 5 semblables dans la journée.

La magnésie se formule ainsi :

Magnésie calcinée.....	0 gramme 05
Sucre en poudre.....	1 gramme.

3 ou 4 paquets semblables par jour dans une cuillerée à café de lait.

La manne est d'un emploi courant :

Mannite cristallisée.....	5 grammes
Eau distillée.....	100 —

Monti préfère la formule suivante :

Mannes en larmes.....	15 grammes
Lait tiède.....	150 —

Une cuillerée à café par heure, jusqu'à effet.—M. D.  
(*Journal des Praticiens.*)

#### Le Protargol dans le traitement de l'urétrite.

Le protargol est une poudre, très fine, d'un jaune clair, facilement soluble dans l'eau. Ses solutions ne se troublent jamais, même sous l'influence de la chaleur ; mais elles peuvent, lorsqu'elles ont été longtemps maintenues à une température élevée, prendre une coloration plus foncée, brunâtre, sans subir, d'ailleurs, aucune altération qualitative.

Ce sel est remarquable par sa grande stabilité : il n'est décomposé ni par les acides, ni par les bases ; sa réaction est neutre. Sa teneur en argent métallique, qui est de 8,3 pour 100, est donc supérieure à celle de l'argentine (4,2 pour 100) et à celle de l'argentamine (6,3 pour 100).

L'usage du protargol a été surtout préconisé par le professeur Neisser (de Breslau) pour le traitement de l'urétrite blennorrhagique chez l'homme et chez la femme ; cet auteur le place au premier rang des nombreux remèdes qui ont été vantés pour combattre cette affection.

Le protargol s'emploie en injections intra-urétrales ; destinées à laver le canal de l'urètre, à le purifier de toute souillure gonococcique. Il sera prudent de commencer ces lavages en utilisant des injections à  $\frac{1}{4}$  pour 100, pour augmenter ensuite le titre de ces solutions et arriver progressivement à 1 pour 100 et même à 1 et  $\frac{1}{2}$  pour 100. Dans certains cas rebelles, on pourra, sans aucun danger employer des doses beaucoup plus élevées, 5 et même 10 pour 100 (Eichengrün).

Malgré ses propriétés puissamment antiseptiques, le protargol n'aurait jamais donné lieu à des accidents appréciables.

(*La Presse Méd.*)

#### Nouvelle technique de drainage de la cavité péritonéale (1)

M. le Dr Henri Delagènière (du Mans).—Les conclusions de cette communication sont les suivantes :

Le drainage du péritoine, qui a subi une transformation considérable depuis l'apparition du tamponnement de Mickulicz, est cependant encore défectueux, malgré tous les moyens dont on dispose. Nous avons cherché mieux et nous croyons avoir trouvé. Nous drainons le péritoine comme le réceptacle d'une lampe à alcool, au moyen de *mèches stériles*, contenues dans des tubes métalliques stérilisables. Nous ne trouvons, comme contre-indication à cette manière de faire en faveur du drainage capillaire, inventé par Mickulicz, que les cas où un foyer considérable doit être tenu isolé de la grande cavité abdominale ; et encore dans ces cas aurait-on avantage à employer deux de nos tubes à mèches stériles, l'un rentrant par la plaie, l'autre par une contre-ouverture.

Les tubes métalliques employés sont percés de trous dans la moitié inférieure. L'orifice supérieur destiné à rester sur la peau est muni d'un rebord plat, pour empêcher l'appareil de disparaître dans le ventre. Ce tube a de 8 à 12 centimètres de long ; son diamètre varie de 15 à 20 millimètres. Il reçoit dans son intérieur une mèche de coton hydrophile, qui s'épanouit à ses deux extrémités dans le ventre sur la peau. La mèche peut être changée au cours de pansements ultérieurs ; elle est quelquefois difficile à décoller. Mais, grâce à certaines précautions, on parvient à la retirer sans inconvénient. Ce mode nouveau de drainage a donné d'excellents résultats pratiques.

(1) Service de la Presse Scientifique Internationale, 98 Boulevard Saint Germain.

## FORMULAIRE

#### Du traitement des cas graves de coqueluche (GUNDRUM)

Calomel à la vapeur.....	} à 0 gr. 06 centigr.
Ipéca pulvérisé.....	
Sucre de lait.....	1 — 20 —

Mélez et divisez en huit paquets. Donner un paquet toutes les deux heures jusqu'à ce que les huit paquets soient pris, puis administrer de l'huile de ricin.

Le lendemain, on prescrit une potion ainsi composée :

Bromure de sodium.....	8 grammes.
Sulfate d'atropine.....	$\frac{1}{2}$ milligr. à 1 centigr.
Sirop d'écorce d'oranges amères.	90 grammes.

F. S. A.—A prendre par cuillerées à café toutes les trois heures.

En même temps, on administre des doses de 0 gr. 10 centigr. de quinine, répétées également toutes les trois heures et qu'on fait alterner avec la potion bromurée et atropinée.

Cette médication est continuée aussi longtemps qu'il est nécessaire pour que les quintes s'atténuent d'une façon notable, et dans ce but on est parfois obligé de la prolonger jusqu'à ce qu'il se produise de la mydriase et des tintements d'oreilles.

(*Semaine Médicale*)

#### Lavement alimentaire dans le cancer de l'estomac (JACCOUD)

Jaune d'œuf.....	n° 2.
Peptone sèche.....	4 à 20 grammes.
Vin.....	120 —
Bouillon.....	250 —

Pour lavements, dans le cancer de l'estomac, avec oblitération du cardia ou du pylore.

#### Un désodorisant de l'iodoforme

L'eau de fleurs d'oranger enlève rapidement l'odeur de l'iodoforme. Il suffit, d'après Constan, de se laver les mains avec cette substance pour en faire disparaître l'odeur.

(*Lyon méd.*)

#### Succédanés de l'huile de foie de morue dans le traitement de la scrofule chez les enfants

##### a) Vin arsenical.

Vin phosphaté.....	} à 150 grammes.
Glycérine médicinale.....	
Arséniate de soude.....	0 grammes 05

Une à deux cuillerées à dessert par jour (aux grands repas).

Réduire la dose en cas de diarrhée.

##### b) Cachets.

Iodoforme déodorisé.....	0 grammé 05
Poudre de café.....	0 gramme 20

Pour un cachet, f. s. Cachet n° 16.

#### Furoncles.—(M. BURLUREAUX)

Inciser le furoncle et, le bourbillon enlevé, introduire dans la cavité la poudre suivante :

Chaux vive.....	} à 5 grammes
Carbonate de soude.....	
Alun.....	

Cette poudre tue les microcoques pathogènes et cicatrise vite.

#### Acétallinide

C'est un algésique et antithermique qui s'emploie à la dose de 0,20 centigrammes à 2 grammes. Ce médicament se présente sous forme de poudre blanche cristalline peu soluble.

(*L'Indépendance Méd.*)

## TRAVAUX ORIGINAUX

## De l'électricité statique en médecine

Par le Dr. CHARLES VERGE, de Québec,

(Travail lu devant la Société médicale de Québec à sa séance du 24 mars 1898)

(Suite)

## TECHNIQUE DE LA FRANKLINISATION

Celle-ci comprend plusieurs modes d'application qui jouissent de propriétés physiologiques et thérapeutiques bien distinctes. Il faut d'abord commencer par isoler le malade, en supprimant le plus complètement possible toute connexion électrique entre lui et le sol. On y arrive à l'aide d'un tabouret dont les pieds sont en verre, c'est-à-dire très mauvais conducteurs, qui soutient une chaise bonne conductrice, par exemple recouverte de feuilles d'or, et reliée à l'un des pôles de la machine par une tige métallique. *Excitateurs*: Les étincelles peuvent être appliquées d'une manière *immédiate* ou *médiate* d'où deux sortes d'excitateurs: les excitateurs immédiats et les excitateurs médiats. Ces derniers servent à appliquer l'étincelle d'une façon indirecte: celle-ci ne jaillit plus entre la peau et une boule comme dans les suivants, mais bien entre deux boules placées en tension sur l'un des conducteurs; une boule ou une masse métallique de forme donnée est appliquée sur la région à exciter et joue absolument le rôle d'un électrode ordinaire. Ces excitateurs sont en général peu pratiques et très peu usités. Les excitateurs *immédiats* ou ordinaires sont formés d'une boule sphérique portée par un manche isolant en ébonite ou en verre; à cette boule est fixée une chaîne qui passe par un second manche isolant que le médecin tient, comme le premier, entre ses mains. L'extrémité de la chaîne est reliée soit au sol, soit à un pôle de la machine (le malade étant relié à l'autre). Les excitateurs destinés à produire le *souffle* sont constitués par des tiges métalliques terminées en pointe. Il peut être appliqué soit avec une seule pointe, soit avec plusieurs implantées dans le même support, suivant l'effet à obtenir. Le souffle est la sensation de vent éprouvée alors sur la peau du sujet. Chez les personnes délicates, nerveuses ou hypersensitives, on se sert avec avantage de pointes en bois qui rendent un souffle beaucoup moins prononcé, c'est-à-dire beaucoup plus doux. On peut appliquer l'*aigrette* en remplaçant la sphère métallique de l'excitateur à étincelles par une sphère de bois. La *douche statique* est une modification du souffle; elle est appliquée à l'aide d'un excitateur composé de plusieurs pointes implantées dans le même support.

Les principaux modes d'application du courant franklinien sont:

- a) L'étincelle statique.
- b) Le souffle.
- c) La friction électrique.
- d) Le bain statique.

a) Les *étincelles* produites par une bonne machine, bien disposée pour le traitement médical, ne déterminent qu'une légère sensation de piquê et de chaleur et la contraction des muscles électrisés. Lorsqu'elles sont énergiques, elles laissent sur la peau de petits points rouges qui persistent pendant plusieurs heures, mais dans aucun cas, elles ne produisent de vésications ou de brûlures. Ce mode d'électrisation produit une accélération du pouls, il facilite la respiration et

la diaphorèse. Le traitement par étincelles convient parfaitement pour certaines formes de paralysie, de parésie, d'atrophie musculaire, d'atonie en général et comme dissolvant de certains engorgements. On est parfois obligé d'y avoir recours dans les névroses et les névralgies quand elles ont résisté au souffle et aux courants. Fig. 5

b) Pour la production du *souffle* la pointe est placée à distance du sujet et en face de la région à effluer. L'effluve statique possède une action sédative qui est mise à profit, soit dans le traitement de certaines douleurs neurasthéniques, ou encore et surtout dans celui de la migraine. Le souffle négatif produit un abaissement de la température locale cutanée plus grand que le souffle positif; de plus l'abaissement thermométrique continue après l'arrêt du souffle et la température ne reprend sa valeur initiale que très lentement. Des



Fig. 5

Application de l'étincelle statique.

actions vaso-motrices importantes ont donc lieu sous son influence, Il faut noter encore que la région soumise au souffle conserve pendant plusieurs heures l'odeur d'ozone. En mesurant, avec une sorte d'anémomètre, l'intensité de ce vent on a pu établir que le vent négatif *souffle* plus fortement que le vent positif. La surface impressionnée par le souffle est aussi d'autant plus grande que l'angle de la pointe est plus grand: c'est avec un angle de 90°, ou même un peu plus grand, que l'effet est *optimum*. Lorsque, le malade étant assis sur le tabouret, on descend au-dessus de sa tête un disque armé de pointes, le souffle auquel il est soumis prend le nom de *douche statique*. Ce disque est relié à une chaîne qui permet de le placer à une distance plus ou moins grande de la tête du sujet. Fig. 6.

c) La *friction électrique* consiste à produire de petites étincelles entre la peau du sujet et un excitateur sphérique, à travers une ou plusieurs couches de laine ou de drap. La boule de l'excitateur est appuyée sur l'étoffe et la longueur des étincelles est égale à l'épaisseur de celle-ci. Dans ces conditions, des étincelles multiples (une pluie d'étincelles) jaillissent en produisant une sensation désagréable de piqûres multiples. La friction électrique exerce, d'après Vigouroux, une action locale excitante et des actions éloignées ou réflexes, dont l'effet total est sédatif. Elle stimule la sensibilité cutanée et est indiquée dans l'anesthésie en plaques.

d) Pour le *bain statique*, le sujet, placé sur le tabouret isolant et mis en communication avec l'un des pôles est porté au même potentiel que la machine elle-même; l'électricité s'échappant par toutes les aspérités du corps, celui-ci est parcouru par un courant de

augmentée ainsi que la force dynamométrique du sujet après chaque séance, la capacité respiratoire du sang monte de 1/8 à 1/6; il est probable que cet accroissement des combustions est dû à l'ozone qui se produit en grande quantité pendant le bain, l'oxygène ozonisé ou condensé se fixe en effet plus facilement sur les globules sanguins que l'oxygène ordinaire. La sécrétion des glandes sudoripares est aussi notablement augmentée; les fonctions digestives sont accélérées et l'appétit s'améliore considérablement. On a obtenu fréquemment la guérison de femmes et de jeunes filles, très délicates, anémiques, par le bain statique, alors que les préparations ferrugineuses et autres n'avaient rien fait. Enfin, comme effets généraux, le bain produit un sentiment de calme et de bien être qui se traduit souvent par un besoin de dormir irrésistible. Il agit, d'après Boudet, de Paris, sur les nerfs cutanés et en particulier sur les nerfs vaso-mo-

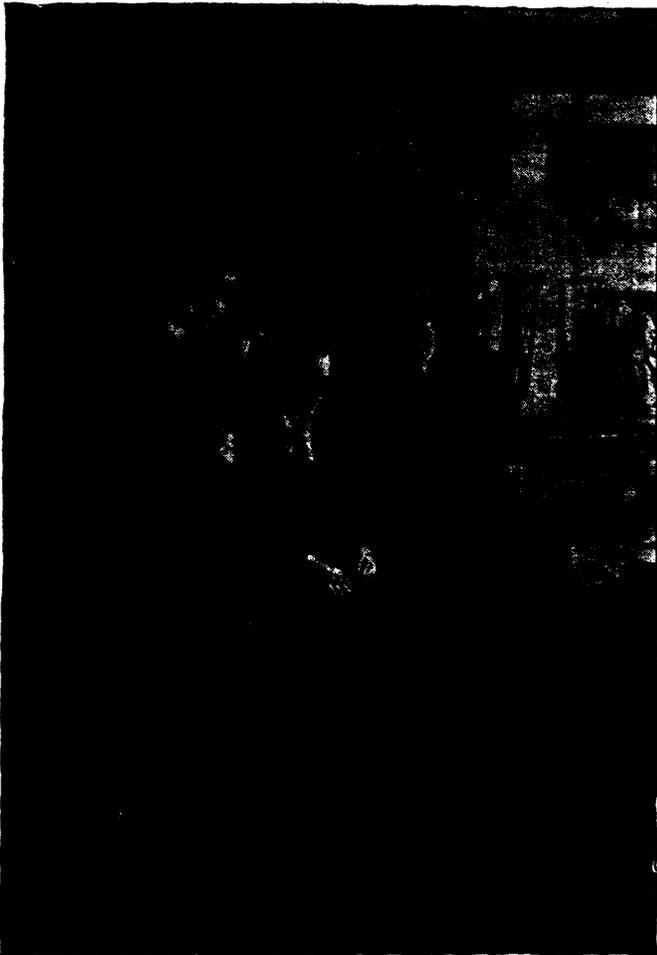


Fig. 6  
Application du souffle.

haute tension dont il est en quelque sorte saturé. La sensation éprouvée n'est pas désagréable, on ressent, lorsqu'on s'observe avec soin, une impression comparable à celle d'un voile de gaze qui vous frôlerait la figure; en même temps une sensation de chaleur apparaît souvent. L'action du bain statique est manifeste, même sur les sujets sains. Les effets physiologiques de ce mode d'électrisation ont été étudiés avec beaucoup de soins durant ces dernières années: le pouls devient d'abord plus fréquent, l'augmentation peut atteindre 20 p. 100; si, après avoir soumis un sujet à une série de bains statiques, on vient à les suspendre, la fréquence du pouls se maintient à la valeur atteinte pendant les premières applications, pour ne redevenir normale qu'une huitaine de jours plus tard. La tension artérielle est



Fig. 7  
Application du bain statique.

teurs. Ses effets paraissent être les mêmes quelque soit le pôle auquel est relié le malade; pour certains auteurs, cependant, le bain positif aurait une action calmante et le bain négatif une action excitante. Fig. 7.

Les machines électrostatiques et surtout la machine Wimshurst, produisent lorsqu'elles sont en marche, une grande quantité d'ozone ou oxygène électrisé; celui-ci a une odeur caractéristique. Plusieurs médecins utilisent aujourd'hui les propriétés éminemment antiseptiques de l'ozone et le fait que l'oxygène s'y trouve pour ainsi dire sous pression, dans le traitement de certaines affections des voies respiratoires.

Mentionnons en passant la méthode d'électrisation qui a été

imaginée par William J. Morton, de New-York, en 1881, et qui porte le nom de *courants de Morton* ou *courants statiques induits*. Voici comment on les produit : on adapte à la machine statique deux condensateurs ordinaires dont les armatures externes sont, l'une en communication avec le sol, l'autre avec un excitateur, au moyen de chaînes ou fils conducteurs. Le malade, non isolé, est placé près de ceux-ci ; les boules polaires sont alors rapprochées l'une de l'autre de façon à ce que les étincelles puissent jaillir entre elles. Si l'excitateur est alors placé sur le malade le circuit dont il fait partie est traversé par un courant oscillatoire dont le nombre de périodes peut être considérable par seconde, cette grande fréquence étant due à la décharge oscillante de la bouteille de Leyde. Ces courants sont donc à haute tension et à fréquence très grande mais ils correspondent à une faible quantité d'électricité : les médecins électriciens américains ont eu raison de les appeler courants statiques. L'électrisation peut se faire, avec ces courants, de trois façons : 1° En plaçant le sujet dans le champ électrique oscillant, 2° à distance, par étincelles, 3° avec contact de l'électrode et de la peau. Ces courants statiques induits peuvent rendre de grands services en électrothérapie ; ils provoquent des contractions musculaires énergiques.

(A suivre)

## Société médicale de Québec

Séance du 21 Avril 1898.

Sur proposition du Dr. Clark, secondé par le Dr. A. Morrissette, M. le professeur L. Catellier prend le fauteuil présidentiel.

Les membres présents sont Mrs. les prof. L. Catellier, M. D. Brochu, A. Marois, R. Fortier, A. Rousseau, et les Drs. A. Morrissette, Ste Hénédine ; A. Clark, Chs. Verge, J. O. Caron, A. Lessard, P. V. Faucher, Québec ; J. Constantin, Roberval.

M. le Président et M. le Dr. Brochu font rapport d'un cas d'obstruction intestinale traitée avec succès par un lavement électrique.

M. le Dr. A. Rousseau relate un cas de fièvres typhoïdes sous traitement par les bains froids. Il préconise ce mode thérapeutique et en démontre les avantages et les succès.

Après quelques remarques sur les fièvres par quelques membres la séance est ajournée au 19 mai 1898.

P. V. FAUCHER,  
Sec.-Conj.

## IX<sup>e</sup> Congrès International d'hygiène et de démographie (Madrid 10-17 Avril 1898) (1)

*Moyens pratiques d'améliorer les petits logements.*

Par M. BAUDRAN, Secrétaire du Conseil Central d'hygiène de l'Oise au Congrès de Madrid.—Les améliorations qu'on peut apporter aux petits logements ouvriers ou agricoles peuvent être ainsi formulées :

1° Suppression de l'entrée directe de la rue dans les pièces. Etablissement d'un couloir, d'un tambour ou d'un vestibule.—2° Contre l'humidité, reprendre les murs en sous-œuvre et faire des chaînes de briques bien cuites, jointes au portland et reposant sur une couche isolante d'ardoises pilées.—3° Carreler la cuisine et la peindre à l'huile.—4° Fermer les escaliers intérieurs pour éviter le transport des émanations de la cuisine à l'étage supérieur.—5° Placer en hiver le poêle dans la salle à manger, la cuisine servant de débarras. Tout

le rez-de-chaussée se trouve ainsi chauffé.—6° Recueillir les eaux ménagères dans un seau et les répandre loin des sources ; les ordures dans un récipient que l'on videra sur la fosse à fumier étanche placée loin de l'habitation.—7° Pour les vidanges, employer les fosses mobiles désinfectées avec des cendres ou du charbon.—8° a) EAU. Sur les plateaux, se servir de deux sortes d'eau : l'eau de pluie pour les usages domestiques ; celles des sources pour l'alimentation. Pour y arriver, recréuser les puits jusqu'à une nappe constante et pure ; les cimenter jusqu'à une certaine profondeur. La distribution peut s'en faire soit avec le concours des usiniers, soit par des moteurs. En cas d'absolue nécessité, créer des sources artificielles. Pour l'alimentation des bestiaux seuls, créer des mares entourées de murs et d'arbres à haute venue. Les nettoyer lorsque la vase aura atteint le tiers ou la moitié de la profondeur. Y interdire formellement le lavage du linge. b) Dans les vallées, amener l'eau par des béliers hydrauliques ou les pentes naturelles dans une canalisation convenable, ou encore forer des puits artésiens. Eviter de puiser dans le voisinage d'un lavoir ou d'un abreuvoir.—9° Eloigner les animaux de la demeure. Faire coucher les valets à proximité des bestiaux, mais dans un endroit distinct. Les étables, écuries devront être plus vastes, mieux aérées, cimentées. Les produits liquides seront évacués à la fosse étanche et la litière changée souvent.—10° entretenir tous les bois des bâtiments d'exploitation avec du carbonyle. — 11° Lessiver et sécher en dehors de la maison. — 12° Eviter de conserver les débris du travail, d'accoler les lapinières, poulaillers aux murs de la maison. — 13° Propreté partout et toujours.

*Application de l'ozone à l'hygiène publique et à l'hygiène de l'alimentation à l'aide de procédés spéciaux.*

Par le Dr. L.-R. REGNIER, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité, et Marius Otto, docteur ès sciences.

De nombreuses recherches ont, depuis la découverte de l'ozone par Von Marius et Schönbein, établi les propriétés oxydantes, stérilisantes et antiseptiques de ce corps.

Des études et observations également nombreuses ont démontré son action bienfaisante dans le traitement des maladies des voies respiratoires, de l'anémie, etc.

On a donc cherché, avec des ozonateurs artificiels, à faire bénéficier les malades des bienfaits de l'ozone.

Mais les appareils actuels ne donnent qu'un débit insuffisant et irrégulier.

Pour donner à chaque malade l'atmosphère qui lui convient, il faut pouvoir doser exactement l'ozone qu'on y introduit.

C'est ce qu'on peut réaliser à l'aide de l'enregistreur et du titreur mélangeur, imaginés par le Dr. Otto.

Ses ozonateurs, sans diélectriques, permettent également de fournir régulièrement des quantités quelconques d'ozone.

C'est la fabrication industrielle de l'ozone résolue, c'est-à-dire l'emploi de l'antiseptique idéal rendu pratique.

Nous pouvons, grâce à ces appareils, faire des atmosphères artificielles constantes dans leur composition au sein des villes. Nous pouvons stériliser les eaux de table, les eaux d'alimentation, les produits alimentaires, et nous étudions la stérilisation des eaux résiduaires des villes, faisant ainsi réaliser à la science sanitaire un de ses plus utiles progrès.

(1) Service spécial de l'Agence Centrale de la Presse Scientifique Internationale, 22, Boulevard Saint-Germain, Paris.

## Congrès français de médecine (1)

MONTPELLIER, 12 AU 17 AVRIL 1898

*Ataxie locomotrice et Lamalou,*

Par le Pr DONADIEU (Léon), médecin consultant à Lamalou.

Les opinions les plus diverses et les plus contradictoires règnent dans le monde médical sur l'efficacité des eaux de Lamalou dans le tabes. Malgré le scepticisme d'un grand nombre de médecins, les consultations de nos malades sont signées par les plus grandes illustrations médicales de la France et de l'Europe.

Ce travail a pour but d'établir sur des bases solides : 1° l'efficacité certaine des eaux de Lamalou dans le tabes ; 2° l'opportunité de cette eau ; 3° d'établir enfin les cas réfractaires ou aggravés par la cure thermale.

1° *Cas de guérisons ou de rémissions jugés par des médecins étrangers à la station*

Le Pr Rauzier, dans son travail sur "le traitement de l'ataxie locomotrice (*Traité de Therapeutique* du Pr Robin, 1896), affirme que, sans avoir été témoin de guérisons complètes, il a pu néanmoins constater la diminution rapide et quelquefois la disparition des douleurs fulgurantes, l'atténuation ou la suppression des crises gastriques et des troubles sphinctériens ; de plus la marche de la maladie a paru, à cet observateur, *enrayée* ou *ralentie* par une saison annuelle ou même bisannuelle.

M. le Pr Grasset cite deux observations remarquables, contrôlées par deux médecins de la région. Dans la première observation le diagnostic du tabes est indiscutable. L'amélioration s'affirme après la cure thermale et la guérison ou rémission persiste durant *sept ans*. Dans la deuxième observation, le diagnostic du tabes est aussi incontestable. La maladie qui a débuté en 1891, est *enrayée* par le traitement thermal et anti-syphilitique, et en 1894 ce malade *paraît guéri* ; il chasse des journées entières et fait 18 et 20 kilom. dans la journée.

La qualité et l'honorabilité des observateurs étrangers à la station sont des garanties incontestables au point de vue du diagnostic et des résultats.

*Opinions des médecins de la station*

Tous les médecins qui ont exercé dans la station depuis un demi-siècle, ont constaté des rémissions, sinon des guérisons qui s'étendent sur une période de 5, 10, 15 et 25 ans. 1° Ces rémissions ou arrêts de la maladie n'ont pu être obtenus que par une ténacité persistante dans le traitement balnéaire ; 2° Ces rémissions ou arrêts de la maladie se manifestent surtout dans l'ataxie au début ; 3° Ces rémissions ou améliorations faciles à obtenir durant la période préataxique deviennent plus difficiles encore dans les périodes ultimes avec incoordination motrice intense.

*Analyse de l'action thermale sur les symptômes du tabes*

*Première période, ou période des douleurs fulgurantes.* — Les troubles sensitifs passagers (douleurs fulgurantes, crises gastriques, etc.) sont ordinairement apaisés ou guéris après une ou plusieurs cures.

Les troubles sensitifs permanents sont plus tenaces (douleurs en ceinture, engourdissement cubital, douleurs constrictives, hyperesthésie par plaques, etc.) Des observations nombreuses viennent démontrer aussi que les rémissions de 3, 5, 7 ans et plus, se manifestent surtout nombreuses dans la période préataxique ou dans les périodes prémonitoires du tabes.

*Deuxième période ou période d'ataxie confirmée.* — Les troubles moteurs caractérisent ce groupe. C'est l'incoordination motrice, la perte de l'équilibration ayant pour base la perte du sens musculaire qui spécialise l'ataxie vrai. La démarche de ce malade est signi-

ficative. Durant cette période, les rémissions de 3, 5, 7 ans et plus ne sont pas rares, mais déjà le nombre de rémissions de restreint et le symptôme *trouble moteur* devient un bloc de plus en plus résistant à l'action thermale. Les troubles sensitifs sont presque toujours améliorés ou apaisés comme dans la première période.

*Troisième période ou période d'incoordination motrice intense.* — Dans ce groupe, les arrêts ou rémissions deviennent de plus en plus rares, et nous n'obtenons plus que des améliorations de détail (apaisement de la douleur, remontement, marche un peu plus assurée). Les troubles moteurs deviennent de plus en plus irréductibles et l'évolution de la maladie poursuit sa marche progressive.

*Indications*

De ce travail il ressort clairement ce principe qu'un *diagnostic précoce* et un *envoi précoce* à Lamalou s'impose.

Quand l'incoordination motrice est intense et que le malade est parvenu aux périodes ultimes de la maladie, l'action thermale est nulle et impuissante. L'anémie mercurielle ou thérapeutique (traitement antisiphilitique), la dégradation organique par les excès vénériens, le surmenage, etc., l'arthritisme, sont autant d'indications formelles de nos eaux reconstituantes et toniques. Le traitement hydro-thermal est un adjuvant précieux du traitement antisiphilitique qui peut être administré durant la cure ou dans l'intervalle.

*Contre-indications*

L'évolution rapide du tabes (tabes malin), l'état inflammatoire, ou l'apparition rapide et violente de la fièvre durant la cure, sont autant de contre-indications. Il faut se méfier des tabétiques qui, brisés par la cure thermale, n'éprouvent pas de sédation post-thermale. Il faut se méfier des tabes sensitifs qui durant la cure deviennent hyperesthésiques au possible et voient éclater sous la poussée thermale un véritable feu d'artifice douloureux avec fièvre, prostration, etc., sans sédation, sans apaisement progressif. Enfin les tabétiques dont la syphilis survit encore à la cure (apparition de plaques muqueuses, etc.) ou a été mal traitée.

*Traitement médical des pyélites par les bains de vapeurs résineuses sèches, de copeaux frais de pin mugho*

Par le Dr BENOIT (du Martouret).

Messieurs,

J'ai l'honneur de déposer sur le bureau du Congrès une brochure sur le traitement médical des *pyélites*, par les bains de vapeurs résineuses, sèches, de copeaux frais de pin Mugho.

L'espace de temps, imparti à chaque communication, ne me permettant pas d'en donner lecture en entier, je me bornerai à indiquer brièvement l'origine et la nature du traitement employé à l'*Établissement Thermo-Résineux et Hydrothérapique du Martouret, à Die (Drôme)*, ainsi que les principaux résultats obtenus.

L'origine du traitement par les vapeurs résineuses du *pin Mugho* est fort ancienne et la découverte de l'action salutaire de ses vapeurs est due à des bûcherons qui exploitaient sur le mont *Glandaz*, dans la Drôme, des forêts de pins Mugho, pour la fabrication de la poix.

La nature des maladies traitées a été d'abord les *maladies arthritiques* ; et, depuis 1847, la goutte, le rhumatisme, les névralgies, les sciatices, etc., sont traitées avec le plus grand succès par cette méthode.

Dans ces dernières années, j'ai été amené à étendre ce traitement aux affections des reins : *néphrites et pyélo-néphrites chroniques*. Je ne puis pas encore fixer d'une façon définitive les conditions et le mode suivant lequel agit le traitement thermo-résineux ; mais, d'après une série d'observations que je publierai prochainement, les résultats obtenus sont assez satisfaisants pour marcher résolument dans cette nouvelle voie, puissamment secondé par le perfectionnement de notre appareil balnéaire à chaleur et à vapeur graduées, décrit d'autre part.

(1) Service spécial de l'Agence Centrale de la Presse Scientifique Internationale, 93 Boulevard Saint Germain, Paris.

Les résultats du traitement sont les suivants :

1° Une modification dans la composition des urines, qui se traduit par une augmentation de l'acide urique, modification qui se montre dès les premiers jours du traitement et continue longtemps après.

2° L'albumine diminue ou disparaît. Cet effet peut ne se produire qu'à la fin du traitement et même après le retour du malade à la maison. Si l'albumine réapparaissait pendant la saison humide, une autre cure rendrait définitive la disparition de ce symptôme.

3° Corrélativement à ces changements d'ordre chimique, ont lieu les modifications qui signalent le retour vers l'état normal de la sécrétion urinaire et de son organe.

En définitive, les maladies justiciables du traitement thermo-résineux du Martouret sont : la goutte et le rhumatisme sous toutes leurs formes, les névralgies, les sciaticques, les cystites, les néphrites et les pyérites chroniques.

A dire vrai, je suis embarrassé pour donner l'explication théorique des résultats obtenus. Sans doute, l'état hygrométrique remarquablement sec de la station du Martouret, l'altitude élevée, la brise des Alpes, le climat privilégié de nos montagnes, la pureté des eaux peuvent entrer pour une part dans les effets curatifs qu'on y constate, mais l'agent principal est le traitement thermo-résineux, tel que nous le pratiquons.

Ce traitement agit sans doute d'une façon multiple :

1° Il excite et rétablit la fonction de la peau, dont l'état a, comme on le sait, un rétroissement énorme sur les affections des reins.

2° Il introduit dans le sang des substances balsamiques ayant sur les reins eux-mêmes un effet topique et salutaire.

3° Il modifie dans un sens favorable la composition des urines, d'où des effets incontestables dans le traitement des affections des voies génito-urinaires.

Ces trois actions réunies concourent effectivement au traitement des pyérites et des pyélo-néphrites ; et nous affirmons que leur amélioration est constante et que leur guérison intégrale est possible.

#### De quelques névropathies et de leurs rapports avec les lésions congénitales et héréditaires du cœur

M. le Dr. RIBEROLLES (de Saint-Sauves).—La littérature médicale ne nous avait pas démontré jusqu'à présent que les cliniciens eussent déposé des conclusions formelles au sujet du rapport des névropathies avec la pathologie du système circulatoire. Toutefois, après l'observation approfondie d'un très grand nombre de sujets atteints de maladies nerveuses, M. Riberolles a été amené à rejeter l'hypothèse de la pure coïncidence, hypothèse qui avait été assez généralement admise jusqu'à maintenant.

En effet, les divers troubles nerveux, dont il s'agit, ne sont presque jamais en rapport avec une lésion anatomique bien déterminée des centres nerveux ; dans les cas où les lésions anatomiques existent, elles sont loin d'être caractéristiques, la cause primordiale de la névropathie restant sous la dépendance de l'hérédité dite neuro-arthritique ; enfin, bon nombre d'auteurs ont admis qu'un ralentissement ou une accélération de la circulation dans les centres nerveux pouvaient provoquer des phénomènes convulsifs : ce que, d'ailleurs, les expériences sur les animaux ont suffisamment démontré.

La conclusion qui découle des données qui précèdent, c'est qu'il existe une hérédité cardio-vasculaire, en rapport avec une anomalie du système circulatoire, laquelle fait que le sujet qui en est atteint pourra, suivant les circonstances de la vie, présenter des troubles névropathiques généralement passagers ou intermittents, mais susceptibles par leur fréquence ou leur persistance d'entraîner à leur suite des lésions définitives du système nerveux, surtout s'il y a association de la syphilis ou de l'alcoolisme.

## REPRODUCTION

De l'absorption diadermique des médicaments et notamment du fer au moyen de l'électricité (1)

Par le Docteur GILLES

L'idée de l'absorption diadermique des médicaments est assez ancienne ; les travaux de MM. Labattut, Porte et Jourdanet de Grenoble, ceux de M. Destot de Lyon lui ont donné une importance et une actualité justifiée par des succès cliniques (2).

Il résulte de ces mémoires que diverses substances peuvent être introduites dans l'organisme en vue d'un résultat thérapeutique : y a-t-il cataphorèse c'est-à-dire transport mécanique ou électrolyse, échange chimique ? C'est là un point que l'expérimentation n'a pas complètement élucidé bien que l'assimilation ait été constatée aux deux pôles ; comme conséquence pratique de ces recherches on sait que les corps électro-positifs tels que le lithium doivent être administrés au pôle positif tandis que les corps électro-négatifs, tels que l'iode seraient mieux absorbés au pôle négatif : nous avons cependant constaté d'une façon certaine l'absorption de l'iode au pôle positif.

La technique préconisée à Grenoble ayant donné des résultats heureux chez les malades que nous connaissons, nous l'avons pratiquée en essayant d'en généraliser l'emploi et le moment nous paraît venu de donner le résumé de nos observations.

L'électrolyte doit être en solution peu concentrée et offrir le meilleur contact possible avec la partie malade. La surface de contact sera étendue pour diminuer la densité du courant et permettre l'usage d'intensités aussi élevées que possible. Le pôle indifférent sera selon les circonstances un pédiluve ou un maniluve d'eau salée ; un bain local constituera le pôle actif, si c'est possible ; dans les cas contraire on couvrira la partie malade d'une épaisse couche de ouate hydrophile imbibée de la solution voulue ; le courant sera distribué par une plaque d'étain de dimensions appropriées, aussi étendue que possible. On pourra user pour le genou et le coude du procédé suivant que nous avons appris à Grenoble : un cylindre de bois de hauteur égale à la région articulaire est fermé à ses deux cercles extrêmes comme un tambour par des lames de caoutchouc ; une ouverture percée au centre des lames permet au membre de traverser le tambour ; le membre mis en place, on remplit l'appareil de liquide et on y amène le courant par une borne spéciale reliée à un crayon de charbon ou mieux à une lame d'étain appliquée à la surface interne du tambour.

Nous usons d'un courant fourni par cinquante piles Leclanché et rhéosté de façon à laisser passer une intensité aussi forte que permet de le faire la sensibilité du malade.

Cette intensité maxima varie avec les sujets, les pôles et les électrolytes de 10 à 50 millia. ; les séances sont bi ou trihebdomadaires, et leur durée est d'une demi-heure ; si la peau du malade présente quelques fissures, nous les isolons en les couvrant de trois couches de collodion.

Il est très important, en cas de maniluve, de faire enlever les bagues qui donnent très facilement lieu à la production d'eschares.

Nos essais thérapeutiques ont porté sur le chlorure de lithium, l'iodure et le bromure de potassium ; les effets de l'absorption du fer seront étudiés à la fin de cette note.

Les maladies traitées ont été : la goutte, le rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme d'Heberden, le rhumatisme chronique, certaines arthrites fongueuses de cause douteuse, la périarthrite, l'entorse et les fractures.

Le résultat a été excellent dans quatre cas de goutte aiguë ; l'intervention a eu lieu dès le début de la période de déclin et la con-

(1) Communication faite au Comité Médical des Bouches-du-Rhône.

(2) V. Arch. d'Electricité médicale. 15 Février, 15 Novembre et 15 Décembre 1895.

vaiescence a été presque nulle en égard aux convalescences des crises antérieures ; dans deux autres cas, il n'y a pas eu de résultat apparent, mais l'attaque eut peut-être été plus prolongée sans le traitement que les précédentes selon la règle.

Nous avons traité sans résultat un cas de goutte chronique ; chez deux autres malades la résolution totale ou partielle de petits tophus a été obtenue ; chez un malade un accès de goutte est survenu au cours d'une cure où la haute fréquence était employée concurremment avec le traitement lithiné.

Le rhumatisme articulaire aigu n'est heureusement influencé par le traitement lithiné que pendant la convalescence ; dans deux cas d'ankylose du poignet datant d'un mois environ, nous avons obtenu une mobilisation rapide et complète ; nous avons pu de même mobiliser de petites articulations, divers tendons, et améliorer considérablement deux hanches.

Un seul sujet atteint de rhumatisme d'Heberden n'a bénéficié en aucune façon du traitement.

Dans le rhumatisme chronique les résultats articulaires ont, sauf dans un cas, été toujours positifs quoique incomplets ; les résultats musculaires ont été toujours bons qu'il s'agisse de localisation diathésique ou de dégénérescence secondaire.

Le traitement calme les douleurs au moins d'une façon temporaire.

Certaines arthrites fongueuses du genou et de l'épaule, attribuées à la tuberculose, bénéficient d'une manière si heureuse et si complète d'un traitement suivi, composé de massage et d'électrisation que nous estimons la question du diagnostic étiologique douteuse et devant être remise à l'étude ; quoi qu'il en soit, dans des cas de ce genre, l'absorption électrique de la lithine est plus efficace que celle de l'iode, surtout au point de vue de la solution de l'ankylose.

Le courant continu simple ou rythmiquement interrompu paraît donner dans la périarthrite de l'épaule des résultats semblables à ceux de l'absorption lithinée ; bien que le traitement électrique convenablement dirigé (la faradisation exclue), nous semble un élément puissant de la cure, nous donnons la première place aux manœuvres kinésithérapiques qui seules peuvent donner des résultats complets.

On obtiendra surtout un résultat anesthésique dans le traitement lithiné des entorses et des fractures ; la guérison paraît d'ailleurs plus rapide dans ces conditions.

L'absorption électrique du bromure de potassium au pôle négatif et même au pôle positif ne nous a donné aucun résultat jusqu'ici.

Les effets thérapeutiques positifs et incontestables de l'absorption diadermique de la lithine nous ont déterminé à tenter l'absorption du fer en suivant la même technique ; le sel de fer choisi a été le sulfate, maintenu au minimum par l'addition d'une petite quantité d'acide tartrique dans la solution.

L'intensité employée dans la moyenne des cas n'a pu dépasser vingt milliampères.

On ne peut user que du pied pour l'absorption d'un pareil médicament, car le tégument prend une teinte jaune ocre très variable en intensité avec les sujets ; cette teinte atteint son maximum le lendemain de l'opération et peut persister pendant plusieurs mois.

Dans deux cas où les pieds avaient des excoriations nous avons usé du sulfate de manganèse appliqué en maniluve ; les résultats ont été bons mais nous ont paru inférieurs à ceux du fer.

Nous avons traité par ce procédé la chloro-anémie, l'hystérie, l'hystéro-neurasthénie et certaines hémorrhagies.

Dans la chloro-anémie et l'anémie simple le résultat est très bon il se traduit presque immédiatement par l'amélioration des troubles gastriques et de l'état général ; dans l'hystérie et l'hystéro-neurasthénie, les résultats ont été semblables à ceux des autres applications électriques, quelquefois bons, mais peu sûrs.

L'action du fer a paru heureuse dans les hémorrhagies ; nous l'avons expérimentée notamment chez une jeune fille de quatorze ans souffrant d'une arthrite chronique avec laxité ligamentuse au genou ; le sujet avait plusieurs fois par semaine des épitaxis abondants, il était peu mais normalement réglé. Nous avons ainsi ordonné le traitement : maniluve au pôle négatif et ouate trempée dans la solution de sulfate de fer au genou ; trois séances ont suffi et non seulement elles ont arrêté net les épitaxis qui ne se sont reproduits que trois mois après et à de rares intervalles, mais elles ont complètement supprimé l'époque menstruelle suivante. Nous avons alors employé le courant descendant avec l'iodure de potassium au pôle négatif appliqué au genou de la même façon : les règles suivantes ont été normales.

Ces résultats ont besoin d'être étayés sur un nombre plus grand d'observations ; ils sont assez positifs pour nous autoriser à engager nos confrères dans une voie d'essais thérapeutiques qui amèneront de grands progrès en facilitant l'introduction dans l'organisme de certains médicaments, en localisant l'absorption et en éliminant les réactions inévitables auxquelles ces substances sont sujettes dans le tube digestif.

(Marseille Médical)

#### Traitement de la coqueluche

D'après M. MARFAN.

Dans le traitement de la coqueluche il y a deux indications principales : diminuer le nombre et l'intensité des quintes, prévenir et combattre l'infection bronchique secondaire.

La première est obtenue par la belladone, l'antipyrine et le bromoforme.

M. Marfan prescrit ainsi la belladone.

Sirop de belladone.....	20 grammes
Sirop de tolu.....	100 —

On donne de la naissance à deux ans, une ou deux cuillerées à café par jour, trois de 2 à 5 ans, et cinq après cinq ans.

Ce sont là des doses d'essai, mais que l'on doit dépasser si on n'arrive pas à une sédation notable des quintes ; on ne doit s'arrêter que devant les phénomènes d'intolérance : sécheresse de la bouche, de la gorge, dilatation de la pupille.

Ces accidents d'intoxication n'étant pas à craindre avec l'antipyrine, ce médicament, très bien toléré par l'enfant, tend à détrôner la belladone. Voici la formule que M. Marfan prescrit ordinairement.

Antipyrine.....	3 grammes
Sirop de fleurs d'oranger.....	20 —
Eau distillée.....	100 —

Une cuillerée à café représente 10 centigr. d'antipyrine.

— à dessert —	20	—
— à soupe —	40	—

Chez les enfants de moins de 2 ans, de 0 gr. 20 à 1 gramme.

Après 2 ans : dose initiale 1 gramme, dose maxima 3 grammes.

Il faut toujours commencer par la dose minima, mais ne pas craindre d'augmenter.

On réussit très bien aussi en donnant l'antipyrine par la voie rectale ; mais la solution d'antipyrine doit être faite dans très peu d'eau : 0 gr. 20 dans 40 grammes d'eau par exemple. Dans ce cas, il faut employer une seringue en caoutchouc durci, à canule assez longue, et donner deux lavements par jour.

Le bromoforme aurait, en dehors de son action sédative sur le nombre et l'intensité des quintes, le pouvoir de prévenir une infection secondaire et d'abrèger la maladie. M. Marfan le prescrit ainsi :

Bromoforme.....	48 gouttes
Huiles d'amandes douces.....	15 grammes

Ajouter :

Gomme arabique.....	15 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères...	15 grammes
Eau distillée q. s. pour faire.....	120 cc.

Lorsque la solution est bien faite, une cuillerée à café renferme 2 gouttes de bromoforme.

Au-dessous de 6 ans, donner autant de fois 4 gouttes que l'enfant a d'années.

Avant l'âge de 6 mois, commencer par une goutte.

De 6 mois à 1 an, 1 à 2 gouttes.

Après 6 ans, 20 gouttes.

Augmenter ensuite de 2 gouttes par jour.

Dans les deux ou trois premiers jours, il arrive quelquefois que le nombre des quintes semble augmenter et qu'elles deviennent plus violentes ; mais le troisième ou le quatrième jour, on constate une diminution et une atténuation qui vont en s'accroissant.

On ne réussit pas toujours avec le bromoforme ; quelquefois même, l'insuccès est complet ; il faut alors revenir à l'antipyrine.

Il est aussi des cas où belladone, antipyrine, bromoforme échouent également ; alors, l'antipyrine associée à la belladone réussit quelquefois.

On peut employer la formule suivante :

Antipyrine.....	3 grammes
Sirop de belladone.....	20 grammes
Eau distillée.....	100 grammes

En résumé M. Marfan commence le traitement par le bromoforme, puis si ce médicament échoue, il recourt successivement à l'antipyrine, à la belladone et enfin à l'association de ces deux derniers médicaments.

Quant à la seconde indication, qui consiste à prévenir et combattre l'infection secondaires des bronches, laquelle se développe soit par auto-infection, soit par contagion, on y arrive souvent en faisant l'antisepsie des premières voies : fosses nasales, pharynx et bouche, sitôt qu'apparaissent des traces d'infection ; il faut employer la vaseline résorcinée, l'huile au menthol, etc., et si on voit des ulcérations sur les lèvres, les joues, faire des attouchements avec un topique assez fort.

(Gaz. Hebd. de méd. et de chir.)

**Sur une cause d'erreur dans le diagnostic des fractures du péroné**

Par M. A. BEST de Lyon

Chez l'individu sain, si l'on explore du doigt, et de bas en haut l'extrémité inférieure tangible du péroné, en exerçant une légère pression, on peut aisément se convaincre que l'on détermine, chez tous les malades sans exception, une douleur nettement localisée, analogue à celle que provoque l'exploration d'une solution de continuité osseuse. Ce point douloureux correspond à la dépression du bord antérieur du péroné que l'auteur appelle encoche sus-malléolaire. Son siège est, par conséquent, variable par rapport à la pointe de la malléole (de 11 à 6 c. m.) Quant à la douleur, elle est déterminée par la compression de la peau au niveau de l'encoche ; elle sera d'autant plus facile à provoquer que l'encoche sus-malléolaire sera plus accentuée.

Celle-ci peut être, dans certains cas, difficile à apprécier, soit que l'on ait à faire à un sujet à tissu cellulo-adipeux abondant, soit à un sujet à musculature faible et à crêtes osseuses par conséquent peu développées.

A côté de ces deux symptômes ; douleur en un point fixe et sensation d'encoche, il convient d'en signaler un troisième sur lequel Richet a insisté : c'est la brusque disparition de la diaphyse péronière, au niveau du point où les tendons péroniers la croisent. " A ce niveau, dit Richet, le péroné paraît comme enfoncé du côté du tibia ; cette particularité doit être bien connue du chirurgien qui ex-

plore l'extrémité inférieure de la jambe. Car elle peut en imposer pour une fracture."

En résumé, il est curieux de constater que l'on retrouve chez l'individu à péroné absolument intact, trois symptômes importants de fracture, à savoir :

- 1° Douleur à la pression en un point fixe :
- 2° Sensation de dépression du bord antérieur de l'os ;
- 3° Disparition brusque de la diaphyse au-dessus du point douloureux.

Il est donc utile d'être prévenu de ces causes d'erreur lorsqu'on se trouve en présence d'un malade ayant subi un traumatisme de la jambe, et qu'il s'agit de déterminer si le squelette est ou n'est pas lésé. La possibilité de l'erreur étant connue, il reste à envisager les moyens de l'éviter.

Ces moyens sont des plus simples. Si l'on se trouve en présence d'un individu indemne de tout traumatisme, l'erreur n'est pas possible, il suffit d'être prévenu. Dans le cas contraire, on s'appuiera, pour affirmer l'intégrité du péroné au niveau de l'encoche sus-malléolaire, sur le fait que les mouvements d'abduction et d'adduction du pied n'y déterminent aucune douleur. Quant au point douloureux que l'on rencontre dans les fractures malléolaires, il siège plus bas que le point douloureux déterminé par la pression au niveau de l'encoche. Enfin, et dans tous les cas, la comparaison du membre malade avec le membre sain dissipera les derniers doutes qui pourraient subsister.

(La Province médicale, 26 mars 1898)

**Traitement du goître exophtalmique par l'électrolyse**

Par le Dr. G. VANDRY

L'auteur déduit les conclusions suivantes dans un intéressant travail publié dans le *Marseil Médical* :

1°—En face du traitement médical du goître exophtalmique qui ne donne que des résultats incertains, et du traitement chirurgical qui, dangereux par lui-même, expose le malade, dans les cas les plus heureux, à une récurrence ou à une difformité, l'électrolyse du goître doit être tentée.

2°—L'Electrolyse du goître exophtalmique doit être positive.

3°—L'Electrolyse amène l'atrophie glandulaire par ischémie, en oblitérant les vaisseaux et en formant consécutivement du tissu inodulaire rétractile qui étouffe les éléments cellulaires (sclérogènes) et supprime de ce fait leurs sécrétions toxiques.

4°—La diminution ou la disparition des symptômes généraux du goître exophtalmique à la suite de son électrolyse vient confirmer la théorie glandulaire ou par intoxication thyroïdienne.

**Injectons rectales d'arsenic**

M. le Prof. Renaut (de Lyon) envoie à la Société de thérapeutique un travail sur les injections rectales arsénicales telle que les pratique M. le docteur Vinay ; il donne une, deux ou trois fois par jour le lavement suivant.

Eau distillée.....	56 grammes.
Liqueur de Fowler.....	4 —

au moyen de la canule de Condamin. On peut continuer cette médication qui est parfaitement tolérée avec des intervalles de repos. M. Renaut a expérimenté avec succès ce procédé thérapeutique dans la tuberculose et il établit le principe que l'injection rectale d'arsenic réalise le traitement de choix dans l'anémie ou pour mieux dire dans la dyscrasie consomptive pré-tuberculeuse. Le même traitement dans la diabète amène le recul parallèle et progressif de la polyurie, de la glycosurie, l'albuminurie, la phosphaturie et la déminéralisation. Dans la maladie de Basedow on obtiendrait encore d'excellents résultats du traitement arsenical préconisé par M. Renaut. (Soc. de théér.)

(Progrès Médical)

## BIBLIOGRAPHIE

## Chirurgie du cou

Par M. Félix Terrier, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, A. G. Guillemain, chirurgien des hôpitaux de Paris, A. Malherbe, ancien interne des hôpitaux de Paris. (1 vol. in-12 de la *Collection médicale*, avec 101 gravures dans le texte, cart. à l'anglaise, 4 fr.—Félix Alcan éditeur, Paris.)

Ce volume est la continuation des monographies publiées par M. le professeur Terrier et ses élèves, d'après son cours de *médecine opératoire* de la Faculté de Médecine de Paris.

Le volume est divisé en quatre parties ; dans la première consacrée à la *Chirurgie des voies aériennes*, les auteurs étudient la laryngoscopie, le cathétérisme et la dilatation des voies aériennes, le traitement endo-laryngé et extra-laryngé des polypes et tumeurs du larynx, les laryngotomies, les laryngectomies, la trachéotomie. Dans la deuxième partie est étudiée la *Chirurgie du corps thyroïde* : thyroïdectomie, exothyropexie, indications thérapeutiques du goître. La troisième partie comprend la *Chirurgie de l'œsophage*, et la quatrième la *Chirurgie des vaisseaux, des ganglions lymphatiques des muscles et nerfs du cou* : ligature des artères, anévrysmes, torticolis, etc.

En vente chez DÉOM FRÈRES, 292 rue St-Denis, Montréal. Prix 90 cts franco.

Nos remerciements à MM. Boivin Wilson & Cie, de Montréal, pour l'envoi du *FORMULAIRE PRATIQUE DE THÉRAPEUTIQUE DE PHARMACOLOGIE* de Dujardin-Beaumetz.

## FORMULAIRE

## Mixture contre le favus ungueal

Le Dr Leistikow arrose d'abord les ongles avec une solution éthérée de pyrogallol, puis les brosse avec la mixture suivante :

Pyrogallol.....	3 parties
Naphtol.....	4 parties
Précipité blanc.....	2 parties
Teinture de gaïac.....	60 parties

M.

(Therapeutische Wochens.)

Formule pour éviter l'iodysmie lorsque l'on donne de l'iodure de potassium. (SPENCER)

Iodure de potassium.....	30 grammes
Ferro-citrate d'ammoniaque.....	4 grammes
Teinture de noix vomique.....	8 grammes
Eau distillée (?).....	30 grammes
Teinture de quinquina.....	60 grammes

Une cuiller à thé dans  $\frac{1}{2}$  verre d'eau après chaque repas.  
(Med. Record.)

## Laxatifs pour des sujets hépatiques. (VALENTIN)

Aloès socotrin.....	0 gr. 105
Extrait de rhubarbe.....	} 50 gr. 002
Extrait de cascara.....	
Podophylle.....	
Extrait de jusquiame.....	} 50 gr. 01
Extrait de belladone.....	

Pour une pilule à prendre au commencement du repas du soir.

## Contre l'acné. (HIDDLE)

Soufre précipité.....	5 gr.
Sulfate de zinc.....	3 gr.
Sulfate de potasse.....	} 50 gr.
Sulfure de potassium.....	
Eau de rose.....	80 gr.

Pour lotionner d'abord deux fois par jour, puis une fois, puis de plus en plus rarement.

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)

## De l'emploi du lycétol dans le traitement de la goutte, la gravelle et les coliques néphrétiques

Lycétol.....	1 gramme
Eau de Vittel, Evian, etc.....	$\frac{1}{2}$ bouteille.

Répéter deux fois par jour, matin, huit heures ; soir, quatre heures.

(Gaz. des Hôpitaux)

## CORRESPONDANCES

M. LE RÉDACTEUR,

Je n'ai nullement l'intention de répondre aux nombreuses balivernes et aux erreurs... colossales dont M. E. P. Benoît s'est plu à émailler son article à mon adresse, dans l'avant-dernier numéro de la *Revue* :

Vous savez, on ne répond pas à M. le Dr E. P. Benoît.

Il a pleine liberté de feindre la plus pure indignation, de prendre le ciel, voire même son entourage, à témoin de l'éclat éblouissant de son innocence, cela ne change rien de rien à sa position.

Il peut aussi, si cela lui est agréable, se servir du vocabulaire usité aux halles à mon adresse, il ne fera qu'établir une fois de plus que le style c'est l'Homme.

Qu'il fasse imprimer, s'il croit en tirer un certain bénéfice, un joli petit discours, rempli de mots à effet, de phrases bien senties jadis prononcées au président du bureau, cela ne regarde que lui seul. Seulement, il y a une toute petite difficulté, ça n'a jamais existé que dans son imagination méridionale surchauffée.

Mettons, M. le Rédacteur, que c'est du mirage... dû à une imagination fongeuse et servie par une mémoire terriblement ingrate et à lacunes inconscientes.

D'ailleurs, il ne faut pas trop lui en vouloir, c'est dans l'ordre.

On ne se rappelle jamais les petites vilénies qu'on a faites.

On les oublie aussi facilement que le bien qu'on a reçu.

En cela, M. le Dr E. P. Benoît se trouve confondu dans une bonne moyenne.

Mais brisons là, je maintiens ce que j'ai dit et si M. le Dr Benoît veut se rafraîchir la mémoire réellement fort mauvaise et me faire passer pour un Monsieur de son acabit, qu'il prenne donc la peine de faire corroborer son dire par le président du bureau, il aura aussi une chance exceptionnelle de faire redorer son blason quelque peu depoli.

En attendant je garde mes positions.

Je comprends que M. E. P. Benoît soit ennuyé de ce qui lui arrive, ça lui apprendra pour l'avenir à ne se mêler que de ce qui le regarde strictement et à écrire en gentilhomme.

M. le Dr E. P. Lachapelle n'est pas convaincu du tout de s'être avancé quelque peu à la légère en me mettant au défi de trouver dans toute sa carrière "un acte, une ligne, etc." qui puisse justifier ma prétention. Le contraire m'aurait jeté, je vous l'assure, dans un étonnement profond.

Pensez-donc, un médecin de son importance obligé de descendre devant ce qu'il fait appeler par son charmant neveu un jeune inconscient, est ce que cela se conçoit facilement ? C'est beaucoup plus convenable pour un grand homme de jouer de la pitié et de donner paternellement de sages conseils à un jeune ..... si inexpérimenté.

Tout se réduit maintenant à une question d'intention, et il est fort naturel que des choses qui se sont passées et qui ont été dites il y a déjà assez longtemps, se soient effacées de sa mémoire, et je ne le chicanerai pas sur ce point.

D'ailleurs je n'ai aucune intention de le suivre sur ce terrain sur lequel nous ne pouvons pas nous rencontrer et convaincu d'avoir rempli ce que je crois être mon devoir je rentre sous ma tente en conservant intactes mes positions de combat.

Dr. ARTHUR SIMARD.

10 Rue du Parloir, 25 avril 1898.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## De l'électricité statique en médecine

Par le Dr. CHARLES VERGE, de Québec,

*(Travail lu devant la Société médicale de Québec à sa séance du 24 mars 1898)**(Suite et fin)*

## ELECTROTHÉRAPIE STATIQUE PROPREMENT DITE

Nous avons pensé qu'il serait plus pratique de réunir en un seul chapitre les maladies particulières justiciables du mode de traitement qui nous occupe. Nous avons évité avec soin d'indiquer les affections dans lesquelles ce traitement n'a pas suffisamment fait ses preuves.

*Anémie, Chlorose.*—Comme nous l'avons déjà fait remarquer, le bain franklinien a une heureuse influence sur la nutrition générale et, partant, sur ces maladies. Après quelques séances les frictions et l'étincelle peuvent être employées avec avantage, concurremment avec le bain. Les séances doivent être quotidiennes et durer en moyenne dix minutes.

*Aménorrhée, Dysménorrhée.* — L'action de l'électricité statique dans ces cas est des plus manifestes. Les étincelles tirées de la colonne vertébrale, des régions lombaire et pelvienne ramènent ou régularisent la menstruation au bout de quelques séances. Cette action emménagogue est tellement marquée qu'un médecin ayant à traiter une femme par l'électricité statique, devra toujours s'enquérir, quelle que soit l'affection pour laquelle il lui donnera des soins, si elle est à son époque cataméniale ou si elle est enceinte. Dans ces cas l'abstention est une règle absolue, car si l'on employait l'électricité statique, on amènerait des pertes ou un avortement.

*Néuralgies.* — Le traitement électrique des néuralgies est l'un des plus favorables pour l'électrothérapeute. Dans la néuralgie sciatique on a recours aux étincelles tirées sur tout le trajet du nerf ; les séances doivent être faites tous les jours pendant 5 minutes. Dans la néuralgie du trijumeau (tic douloureux) l'application locale du souffle, et même des étincelles dans les cas rebelles, est indiquée. La chose qu'il importe de savoir dans le traitement des néuralgies en général, c'est la cause de celles-ci. En effet l'état douloureux d'un nerf peut reconnaître des causes nombreuses : il peut être occasionné par une névrite, une névrose ou une compression ; on conçoit que dans ce dernier cas tous les moyens électrothérapeutiques échouent, mais dans les autres cas il est excessivement rare que le traitement statique ait été suivi d'insuccès. Nous disions plus haut que dans l'anémie ce traitement était le tonique par excellence ; il n'est pas douteux en effet que la chlorose se complique souvent de néuralgies atroces et diverses que l'on explique en disant que l'hypoglobulie ayant pour conséquence d'apporter un trouble dans la nutrition générale, ce désordre s'étend aux éléments nerveux. Or il est manifeste que l'électricité fait cesser l'état chlorotique ainsi que les phénomènes névralgiques ; elle agit donc en rendant au sang ses propriétés nutritives, propriétés dont la perte avait eu pour conséquence l'apparition de la néuralgie elle-même. Le bain statique sera donc tout indiqué ici.

*Migraine.*—Cet état constitutionnel est toujours la manifestation d'un état général. Quoique la pathogénie en soit encore obscure, la franklinisation convenablement appliquée, est, on peut l'affirmer,

l'un des meilleurs et des plus efficaces modes de traitement. On emploie à la fois le bain et le souffle. Les effets vaso-constricteurs plus intenses avec le souffle négatif. Une pointe à angle légèrement obtus ou tout au moins égal à 90°, est dirigée vers le point indiqué par le malade comme étant le plus douloureux. Les séances, faites tous les jours en commençant, durent 10 à 15 minutes.

*Chorée.*—On soumet d'abord le malade à la simple action du bain statique pendant 10 minutes, puis on fait une rapide friction électrique sur toutes les parties où se manifestent les mouvements choréiques. D'excellents résultats thérapeutiques ont été recueillis par cette méthode. Habituellement, il faut compter sur 15 à 20 séances de traitement électrostatique.

*Crampe des écrivains, des télégraphistes, etc.* — Cette affection a certainement des rapports intimes avec la neurasthénie et, en réalité on y trouve une faiblesse irritable, localisée par des efforts excessifs sur des parties déterminées : cette faiblesse doit être placée dans le système nerveux central. La franklinisation permet d'obtenir un effet sur tout l'organisme et son action est suivie de succès. Le Dr Monell, de New-York, a fait connaître dernièrement l'observation d'une jeune fille télégraphiste, atteinte de la crampe des télégraphistes, qu'il guérit assez rapidement par la franklinisation. Le traitement est le même que pour la chorée. Les séances dans le cas de Monell en particulier, étaient faites tous les jours pendant 15 minutes ; après 15 jours une amélioration très sensible se manifesta et la malade pouvait se servir de son bras et "envoyer" autant de mots, avec la clé de Morse, que ses camarades, et sans souffrir.

*Hystérie.*—Les succès sont ici quelquefois difficiles à mettre sur le compte de l'action curative propre de l'électricité ; il est certain que l'action psychique est assez souvent la principale cause du résultat obtenu, surtout lorsque la guérison arrive rapidement. Mais il y a des cas où le traitement doit être suivi pendant longtemps pour produire une amélioration sensible que l'on peut alors, sans crainte d'erreur, mettre sur le compte de l'électricité elle-même. C'est à la franklinisation que l'on doit s'adresser le plus souvent pour traiter les diverses manifestations de l'hystérie, comme l'ont bien mis en évidence Charcot et Vigouroux à la Salpêtrière. Le bain statique suffira, la plupart du temps, pour presque tous les symptômes. La première séance sera de 5 minutes, les suivantes de 15 à 20 minutes.

*Neurasthénie.* — Il faut placer ici en tête de tout traitement la franklinisation dont les effets curatifs ont été encore bien mis en évidence par M. Vigouroux. C'est au bain électrostatique que l'on doit s'adresser en premier lieu. On se ferait une très fausse idée de l'action physiologique, et surtout de l'action thérapeutique du bain statique, si on voulait l'apprécier en l'essayant sur des sujets sains. Chez les névropathes celui-ci est réellement sédatif souvent dès la première séance ; il est la base du traitement de la neurasthénie et peut même le constituer en entier. Cependant, habituellement, on lui associe l'action du souffle ; c'est le souffle positif qui est indiqué ici, car il agit moins fortement que le souffle négatif, et, en outre, il est plus éparpillé. Son efficacité est des plus remarquables. Dans les cas de dépression nerveuse, post-grippale surtout ou consécutive à des maladies infectieuses quelconques, rien ne saurait égaler comme curatif quelques séances du bain électrostatique. Dirigé sur la tête sous forme de douche statique, le souffle fera disparaître chez les neurasthéniques le sentiment habituel d'embarras, de lourdeur, de

pression, de tension douloureuse, en un mot le *casque*. La friction électrique exerce aussi, dans la neurasthénie une action locale excitante et des actions réflexes dont l'effet est sédatif ; elle stimule la sensibilité cutanée. Pratiquée sur une grande étendue de la surface du corps, elle produit une stimulation générale. Lorsqu'on soumet à la friction électrique la moitié inférieure du corps, on peut voir s'atténuer les symptômes de congestion spinale, tels que spasmes, exagération des réflexes, spermatorrhée, etc. Son emploi doit donc être fréquent dans les différentes formes de la neurasthénie.

*Lumbago*.—On fait subir au malade une séance d'étincelles pendant 10 à 15 minutes ; la machine doit être réduite à la plus petite capacité possible (on enlève les condensateurs). Une heure après, on fait une nouvelle application d'étincelles sur la région douloureuse pendant 5 à 10 minutes. Le plus souvent le malade est guéri après ces deux applications statiques ; en tout cas il est très amélioré et, s'il n'a obtenu que ce résultat, une ou deux séances, faites le lendemain, suffiront pour le guérir tout-à-fait.

*Prurits cutanés*.—L'électricité possède une action curative très manifeste sur les prurits cutanés ; il y a peu de temps qu'elle a été essayée contre ce symptôme pénible, rebelle et parfois très grave. C'est à MM. Leloir et Doumer, de Lille, et au Dr Monell, de New-York, que revient l'honneur de l'introduction de la méthode électrothérapeutique des prurits. C'est le souffle électrique qui doit être employé, les autres modes d'électrisation, galvanisation, faradisation, n'agissant pas, de beaucoup, aussi efficacement. Voici d'ailleurs ce qu'on dit M. Leloir : "Depuis deux ans, j'ai employé avec des résultats les plus inattendus, l'effluve électrique dans environ 25 cas de prurit localisé, ou généralisé, des plus tenaces, ayant résisté à tout traitement. L'état eczémateux ou lichénoïde consécutif au prurit a aussi disparu sous la même influence." La pointe doit être promenée lentement sur toute la région malade ; la durée de l'application doit être d'environ 12 à 15 minutes, rarement plus.

Enfin, le Dr Monell, de New-York, a appliqué le traitement statique à

*l'Eczéma*.—Les résultats annoncés ont depuis été confirmés un peu partout. Sur 50 cas traités par la franklinisation par le Dr Doumer, de Lille, 48 ont guéri. Ces 50 cas étaient très variées, aux divers points de vue de l'acuité, de la forme, du type et du siège de la maladie : eczemas aigus datant de 24 heures seulement, eczemas chroniques remontant à plus de 20 ans, eczemas en placards nombreux et disséminés, ou en placard large, unique, nettement localisé. De son côté, Monell a guéri également des eczemas datant de 15 ans et plus, de formes les plus variées. Le traitement consiste simplement à diriger sur les placards eczémateux une pointe à effluve. Le débit de la machine doit être aussi grand que possible, pour assurer le succès ; avec une machine à faible débit il ne faudrait pas s'attendre à obtenir des guérisons bien rapides. La durée de chaque séance est de 10 minutes et le malade est traité tous les jours.

La durée des séances de franklinisation en général devra varier suivant la nature de la maladie, l'âge et la constitution du sujet. Une séance de 3 à 5 minutes est suffisante pour un enfant ; 10 à 15 minutes sont une bonne moyenne pour un adulte. La prolongation au-delà de cette dernière limite ne produit aucun avantage.

Parlons en terminant de l'emploi de la machine statique dans les expériences de radiographie et de radioscopie.

Les services extrêmement étendus que la chirurgie et la médecine peuvent espérer de la découverte du professeur Roentgen se trouvaient assez restreints par le prix, la complication et la fragilité du matériel à employer. On a pensé avec raison qu'il y aurait un immense avantage, un intérêt pratique évident à remplacer les bobines du Rhumkoff (dont la disparition dispenserait par conséquent de la source d'électricité) par les machines statiques, puisqu'un seul appareil, et d'un prix comparativement peu élevé, servant en même temps directement au praticien pour l'électrothérapie, lui fournirait le moyen de produire à volonté les rayons X. On a réussi parfaitement à utiliser, et on utilise déjà de fait couramment, la machine Wimshurst pour l'alimentation de l'ampoule de Crookes. C'est ainsi qu'on a pu obtenir d'excellents effets *radiographiques* avec une machine à plateaux d'ébonite de Om. 55 de diamètre, semblable à celle-ci, mais pourvue de condensateurs ; une machine plus petite encore, à deux plateaux de Om. 46 a fourni les mêmes résultats qu'une bobine d'induction donnant une étincelle de Om. 45 de longueur. En suspendant à chaque pôle une bouteille de Leyde, dont l'armature externe doit être pourvue d'une chaîne traînant sur la table en bois de l'appareil, on peut donc animer les tubes de Crookes et radiographier presque toutes les parties du corps avec les plus petites machines électrostatiques. Toutefois l'énergie électrique fournie ainsi par la décharge est si minime qu'on n'a guère pu tirer jusqu'ici des effets utilisables, *pratiques*, d'un tel matériel ; cela tient non seulement au faible débit, mais aussi à ce que la différence de potentiel sous laquelle s'effectue la décharge se trouve limitée par la résistance du tube ; on obvie facilement à ces inconvénients en intercalant le condensateur lui-même dans le circuit du tube de Crookes, grâce à cette disposition on peut augmenter l'énergie de chaque décharge en augmentant la capacité des condensateurs et l'on peut ainsi arriver à accroître la différence de potentiel jusqu'au maximum que peut donner la machine. C'est ce dispositif qui permet surtout d'employer pour la radiographie toutes les machines statiques. Les résultats *radiographiques* sont cependant imparfaits, les images sont souvent recouvertes comme d'un nuage ; cette imperfection tient à ce que le courant dans le tube est *alternatif*, les armatures externes des bouteilles de Leyde devant nécessairement se charger et se décharger par le tube. On reconnaît facilement d'ailleurs que les décharges dans le tube sont alternatives à l'aide du fluoroscope ou de l'écran fluorescent qui montrent certaines décharges illuminant bien l'écran, d'autres le laissant presque obscur. Voici maintenant le procédé employé pour obtenir des épreuves nettes. Il s'agit de faire passer dans le tube un courant de *sens constant*, dirigé de l'anode vers la cathode ; mais comment y parvient-on ? C'est en établissant entre les armatures des condensateurs une dérivation de grande résistance, en laissant traîner, par exemple, sur la table de la machine des chaînes fixées aux armatures externes ; cette dérivation est donc constituée par les deux chaînes et la planche formant la table de la machine, dès qu'elle est établie on constate que le courant dans le tube a un sens constant, à ce que les résultats sont très différents suivant l'orientation du tube de Crookes ; si le pôle négatif de celui-ci est uni à l'armature externe du condensateur en rapport avec le pôle positif de la machine, l'anode étant unie à l'armature externe de l'autre condensateur, on obtient alors des radiographies très nettes et l'écran lui-même est beaucoup mieux éclairé ; dans le cas

opposé (renversement de ces signes) la décharge s'effectuant de la cathode vers l'anode, les effets sont presque nuls.

S'il s'agit maintenant de *radioscopie* on obtient la plupart du temps sur l'écran des scintillations qui fatiguent les yeux. En 1896, pour remédier à cet inconvénient, un médecin français, le Dr Destot, disposa dans le circuit de la machine un interrupteur formé de deux boules placées en regard ; ces boules avaient une certaine capacité, il se produisait entre elles une décharge discontinue et très rapide. Cette disposition donna de très heureux résultats : le tube s'illumine vivement et l'éclat obtenu reste presque fixe. M. Bonetti, de Paris, adoptant le même principe, vient tout récemment de construire l'appareil spécial que voici et qui permettra désormais à tout médecin possesseur d'une machine Wimshurst (avec ce dispositif les condensateurs sont inutiles) d'obtenir des rayons X avec radiographie et radioscopie tout aussi bonnes l'une que l'autre. Fig. 8

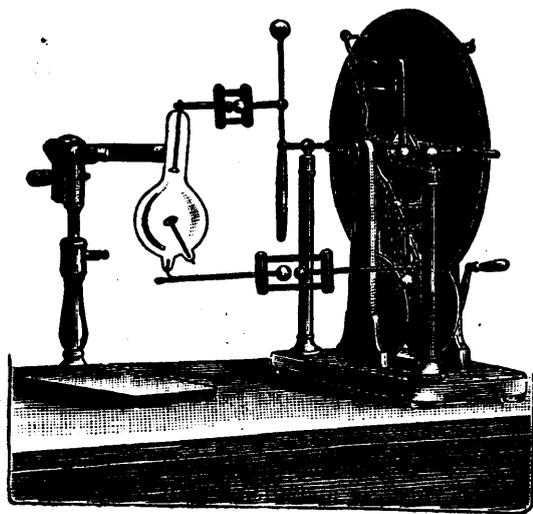


Fig. 8

Emploi de la machine Wimshurst (sans condensateurs) dans les expériences radiographiques au moyen du dispositif de M. Bonetti.

Dans un châssis isolant en ébonite, coulisent deux tiges métalliques terminées chacune par des boules. Une tige est reliée à un des pôles de la machine et l'autre communique au tube. Des expériences ont été effectuées avec un certain nombre de tubes, les meilleurs résultats ont été fournis par le tube à foyer bi-anodique (de Séguy) ; ce tube possède, comme son nom l'indique, deux pôles positifs. On peut facilement régler à volonté la décharge en faisant varier l'écartement des boules.

Entr'autres avantages des machines statiques sur les bobines, dont on doit tenir compte, c'est qu'à part la perfection au moins égale que celles-là donnent, elles ménagent beaucoup mieux les tubes et surtout évitent, c'est un fait constaté, les accidents d'érythèmes, de brûlures, etc., imputables jusqu'à présent aux rayons X.

58, rue Ste-Ursule, Québec, 22 mars 1898.

Congrès français de médecine (1)  
MONTPELLIER, 12 AU 17 AVRIL 1898

*De l'emploi, par usage externe, du salicylate de méthyle, dans la colique hépatique*

M. le Dr Chambard-Hénon (de Lyon).—Après avoir esquissé l'historique de la question depuis 1877 et jusqu'à nos jours, l'auteur présente trois observations très détaillées de malades ayant de la li-

thiase biliaire incontestable, toutes trois ayant fait des saisons à Vichy,—ayant montré de la poussière lithiasique ou de petits calculs dans leurs selles, et ayant souvent des crises de coliques hépatiques. Jamais l'action bienfaisante du salicylate de soude n'a manqué de se produire. Dès que les premiers prodromes de la crise se faisaient sentir, vite on administrait 0 gr. 50 centigr de salicylate de soude de quatre heures en quatre heures et la diète lactée. Au bout de trois jours, toute menace avait disparu. Dans le cas d'une crise hépatique très violente, survenue chez une malade âgée de 78 ans, M. Chambard-Hénon a pratiqué l'application du salicylate de méthyle sur la peau. L'état de la malade s'était amélioré d'une façon inespérée. Ce résultat, qui l'avait frappé, amena tout naturellement l'auteur à appliquer ce traitement aux trois malades dont les observations sont données par l'auteur avec forces détails. Il résulte de l'étude que M. Chambard-Hénon a faite sur l'action du salicylate de méthyle que :

1° Pour bien réussir, il faut appliquer le remède le plus tôt possible, dès que le patient déclare qu'il sent une certaine pesanteur dans l'hypocondre droit, dès que l'on constate du gonflement du foie et la région de la vésicule un peu douloureuse ;

2° On peut sans inconvénient appliquer des doses de 6 à 8 grammes en 24 heures. On badigeonne et l'on applique par dessus une large feuille de gutta-percha laminée ;

3° Le soulagement commence à se faire sentir une demi-heure après le début de l'application ; il est très marqué au bout d'une heure.

4° Cette médication n'a pas les inconvénients de la piqûre de morphine, le salicylate de méthyle ne fatigue pas les malades, comme le salicylate de soude ;

5° Les cas observés et traités par l'auteur lui paraissent encourageants ; il se propose donc d'appliquer cette méthode de préférence au salicylate de soude, sauf, en cas d'insuccès, à revenir au vieux traitement (piqûre de morphine, chloral, inhalations de chloroforme).

*Méthode Brown-Séguard ou Séquardothérapie. — Application à la vieillesse. — Prolongation de la vie.*

M. le Dr Marmisse (de Bordeaux).—L'auteur commence par donner une notice biographique sur Brown-Séguard, ce savant qui provoqua une transformation radicale dans la thérapeutique. Né en 1817 à l'île Maurice, il vint faire ses études médicales à Paris, études qu'il termina d'une façon brillante par une thèse remarquable sur un sujet appartenant au système nerveux. Il s'adonna alors à ses travaux spéciaux qui lui créèrent des relations et des collaborations les plus flatteuses, et lui permirent de coudoyer constamment sur sa route les illustrations scientifiques de Paris : Claude-Bernard, Vulpian, Charcot, etc. Il mourut en 1895, en laissant une œuvre capitale, à laquelle collabora le Dr d'Arsonval qui lui succéda au Collège de France.

La nouvelle thérapie de Brown-Séguard fut d'abord accueillie avec un enthousiasme où entraînait certainement de la curiosité. Puis l'engouement subit une véritable détente. Mais la Séquardothérapie est enfin entrée dans la science officielle ; et ce qui le prouve, c'est que M. le Pr Landouzy, professeur de thérapeutique à la Faculté de Paris, a donné à la méthode la dénomination d'opothérapie et lui a fait les honneurs de ses leçons ; c'est que l'Académie de Médecine a créé une commission spéciale dite des extraits organiques, chargée d'étudier les préparations séquardiennes, parallèlement aux préparations pasteurienues ; et c'est enfin la session du quatrième Congrès français de Médecine qui se réunira le 12 avril 1898 à Montpellier et qui a complété le rapprochement entre ces méthodes.

L'auteur termine ensuite en déclarant que la Séquardothérapie est entrée définitivement dans les sentiers de la science et qu'elle

(1) Service spécial de l'Agence centrale de la Presse Scientifique Internationale, 98, Boulevard St-Germain, Paris

peut désormais dédaigner les septiques, les moqueurs ou les indifférents. Il renvoie le lecteur à un tableau synoptique dans lequel il étudie la partie dogmatique et la partie clinique de l'œuvre, en s'appuyant sur 9 annexes et 18 observations.

#### Congrès des sociétés savantes (1)

PARIS : 12-16 AVRIL 1898.

#### *Conséquences qu'ont sur les organismes les inoculations préventives ou curatives en général et les inoculations vaccinales en particulier.*

M. le Dr Boucher, de la Société d'Epidémiologie (St-Servan).—Après avoir constaté le crédit véritablement considérable dont jouissent les diverses inoculations dites préventives, l'auteur se demande, avec d'Arsonval, ce que vaudra la descendance d'une génération inoculée de tous ces virus atténués ; et s'il n'y a pas lieu de craindre qu'une race ainsi traitée ne soit vouée à une dégénérescence plus ou moins rapide. Pour éclairer la question, il commence par faire ressortir que les virus microbiens, se comportent vis-à-vis de la cellule organique comme des ferments, qu'ils y déterminent une sorte de décomposition chimique du protoplasma semblable aux décompositions analogues des substances organiques dans les fermentations étudiées en chimie (Exp. de Bard, de Lyon). De ces prémisses développées il tire les conclusions suivantes. Les inoculations des virus atténués quels qu'ils soient, bien qu'insuffisantes dans la plupart des cas pour déterminer immédiatement cette fermentation des protoplasmas, mettent cependant les économies en un état d'infectiosité latente : c'est-à-dire qu'elles exagèrent considérablement l'impressionnabilité de l'organisme vis-à-vis des causes extérieures qui agissent sur lui. Dans le but d'appuyer cette première proposition, le Dr Boucher étudie les effets de la vaccine. Il choisit cet exemple car, dit-il, l'inoculation vaccinale étant usitée depuis un siècle, rendue obligatoire depuis un demi-siècle, devenue intensive depuis vingt ans environ, a dû, dans un sens ou dans un autre, donner des résultats palpables et tout à fait décisifs.

A son avis, l'atténuation considérable présentée par la variole, correspond à une exagération plus considérable encore des autres termes de la série infectieuse. Et la grippe qui promène chaque année ses ravages en tous les coins de l'Europe, et la tuberculose qui va croissant toujours, et la lèpre qui a fait sa réapparition, et la peste qui sévit aux Indes inondées par les virus vaccinaux, sont les expressions évidentes des nuisances accumulées en les organismes par tout un siècle de vaccinations et transmises par l'hérédité. C'est cet état d'infectiosité latente dont il parle plus haut, qui se révèle, qui décidément se manifeste sous l'influence des inoculations devenues intensives.

La médecine, en injectant dans les économies humaines ses virus tirés de l'animalité, a donc non seulement exagéré les formes infectieuses que nous connaissions, mais elle a rouvert le cycle des épouvantables fléaux disparus.

Et cette manière de voir s'impose, ajoute l'auteur, si l'on veut bien considérer que les différentes formes infectieuses ne sont pas ainsi que le croit la bactériologie des entités, mais au contraire qu'elles représentent seulement les différents degrés d'évolution d'un seul et même principe infectieux fourni par l'organisme (Décomposition des protoplasmas). Ce principe infectieux, subissant une évolution parallèle à l'évolution physique de l'être, donne dans ses manifestations primitives les oreillons, les rougeoles, les diphtéries, etc., accidents du 1er degré s'observant surtout dans l'enfance ; dans ses manifestations secondaires, les rhumatismes, les varioles, les typhoïdes, accidents du 2e degré s'observant surtout dans l'adolescence ; dans ses manifestations ultimes : les tuberculoses et les cancers, accidents du 3e degré s'observant dans l'âge mûr et la vieillesse. Dans

ces conditions, le rôle des virus vaccinal apparaît dans toute sa simplicité : il supprime un des termes secondaires ; mais le même principe qui produisait les varioles, les typhoïdes, les tuberculoses n'ayant pas cessé d'exister, c'est sur les autres termes qu'il se pourra manifester.

Avec les inoculations intensives qui se pratiquent dans l'armée, nous passons des accidents du deuxième degré aux accidents du troisième et ainsi se trouve expliqué le chiffre effrayant de 316 décès par tuberculose sur un total de 495, dans une population choisie. Ainsi se trouve expliquée cette augmentation considérable de la tuberculose dans la population civile et la réapparition de la lèpre, une des formes de cette maladie. Après avoir développé cette théorie, le Dr Boucher conclut ainsi :

Les virus atténués ou non sont des germes infectieux semés dans l'organisme, ils déterminent la déchéance de l'être et de sa descendance, et si l'obligation de la vaccine est une violation de la liberté individuelle, elle est bien plus encore une atteinte portée à l'avenir de l'humanité.

#### *Sur la contagion réduite à ses limites véritablement scientifiques et sur les conséquences hygiéniques qui en découlent.*

M. le Dr Boucher, de la Société française d'Hygiène (St-Servan) Après avoir constaté que l'hypothèse de la contagion microbienne n'a fait faire aucun pas à la science au point de vue des étiologies morbides, l'auteur démontre, par l'observation attentive des faits, que rien ne vient la légitimer. Dans les casernes, où les épidémies se peuvent étudier dans toutes leurs phases d'une façon parfaite, jamais on ne peut constater de suite, dans les atteintes, de contiguïté dans l'apparition des cas ; et cependant l'idée de contagion entraîne fatalement avec elle l'idée de contiguïté. D'où peut donc provenir cette antinomie existant entre les données théoriques et les faits réels ? Suivant M. Boucher, elle résulte de ce que la contagion microbienne se trouve être, pour les besoins de la cause, considérablement exagérée. Et en effet, dit-il, la maladie ne provient pas du microbe, mais bien des différentes variations que subit le milieu atmosphérique.

Sous leur influence et par le fait des exagérations ou des dépressions magnéto-électriques, la cellule vivante trouvant en trop ou ne trouvant plus dans l'ambiance, les quantités d'énergies vitales qui lui sont justement nécessaires, est troublée dans son fonctionnement normal, et les sécrétions toxiques signalées par Bard d'abord, par Hallopeau et par Gauthier, apparaissent, déterminant l'état infectieux de l'organisme. Cette théorie se trouve vérifiée par Foveau de Courmelles qui, le premier, a révélé le rôle important que joue l'ozone dans le phénomène épidémique. Qu'est-ce que l'ozone ? De l'oxygène électrisé.

Les bactériologues ont donc mis dans l'intérêt de leurs microbes, sur le compte de la contagion, ce qui en réalité ne provenait que du milieu. Cependant, ajoute l'auteur, la contagion existe. Par quel mécanisme ? Quelles en sont ses limites ? C'est ce qu'il va étudier. Et tout d'abord, M. Boucher fait ressortir que le microbe n'est pour rien dans l'affaire, car les névroses et la folie sont, elles aussi, contagieuses au même titre que les maladies infectieuses, et il n'y a pas de microbes. Il faut donc que l'explication, pour être rationnelle, puisse s'appliquer aux unes aussi bien qu'aux autres.

S'appuyant sur les expériences de Lugs et de Baraduc, sur les indications fournies par le biomètre de Fortin, sur ce fait observé par lui-même qu'un cocon de soie suspendu à un fil présente des oscillations lorsqu'on vient à en approcher la pulpe des doigts réunis ; il en conclut, conformément aux lois physiques, que les êtres animés rayonnent un fluide, une énergie spéciale normale lorsque l'être est à l'état normal, anormal, pathogène, lorsque l'être est en état de maladie. Il s'en suit que quand deux êtres, l'un malade l'autre bien portant, se trouvent en contact prolongé, les deux forces émises vont réagir l'une contre l'autre, et que leur résultante prendra

(1) Service spécial de l'Agence Centrale de la Presse Scientifique Internationale, 93 Boulevard Saint Germain, Paris.

une direction déterminée dans un sens favorable pour celui-ci, défavorable pour celui-là, suivant que le pouvoir émissif de l'un sera supérieur ou inférieur au pouvoir émissif de l'autre. Ce qui se pourrait exprimer aussi par analogie avec les lois physiques. L'influence exercée par les corps animés, les uns sur les autres, est en raison directe de la masse fluïdique qu'ils émettent et en raison inverse du carré de leur distance.

*Conclusion.* — Il est utile d'empêcher entre le malade et l'homme sain un contact immédiat et prolongé. L'isolement absolu est une exagération. Les pulvérisations et autres manœuvres bactériologiques sont tracassières autant qu'illusoire. Elles sont utiles en ce sens qu'elles préparent contre la bactériologie une formidable et très salutaire réaction.

## REPRODUCTION

### Traitement de quelques affections oculaires chez les scrofuleux par les injections intra-musculaires Iodo-Iodurées

Par M. le Dr. TROMBETTA (de Turin).

Dans les cas de kératite parenchymateuse et de kérato conjonctivite phlycténulaire qui surviennent chez les enfants scrofuleux, le traitement général joue un rôle presque aussi considérable que le traitement local. Dans cet ordre d'idées, M. le Dr. Trombetta (de Turin) emploie systématiquement chez ces petits malades l'injection Iodo-Iodurée. Il se sert d'une solution qui contient 5 p. 100 d'iode et une faible quantité d'iodure de potassium. L'injection est faite chaque jour, à la dose d'un centimètre cube, au moyen d'une seringue stérilisable dans les masses musculaires de la région fessière.

(Gaz. Hebd. de méd. et de chir.)

### Les symptômes pseudo-pleurétiques et pseudo-aortiques de la péricardite

Par M. H. HUCHARD

Voici une jeune fille âgée de 16 ans, entrée dans nos salles le 11 juin, et qui a présenté pour nous un grand intérêt. A l'âge de 12 ans, elle a eu déjà un rhumatisme articulaire aigu, et c'est sans doute de cette époque que date la double lésion aortique (rétrécissement et surtout insuffisance) que nous constatons.

Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, elle a été prise d'une nouvelle attaque de rhumatisme polyarticulaire contre laquelle, après dix jours de traitement, le salicylate de soude à la dose de 5 à 6 grammes produisit presque tous ses effets. Mais, après la disparition des douleurs articulaires, la fièvre persistait toujours (38°4 à 39°) malgré la reprise de la médication salicylée, et je vous ai annoncé alors, que nous allions très probablement assister à l'évolution d'un rhumatisme viscéral. C'est là, en effet, une loi clinique dont vous pourrez souvent vérifier l'exactitude :

*Quand sous l'influence de la médication salicylée, les douleurs articulaires persistent à un faible degré ou disparaissent avec la continuation du mouvement fébrile; cherchez et vous trouverez bientôt un rhumatisme viscéral.*

Ces prévisions se sont accomplies, et trois jours après, nous constatons l'existence d'une péricardite sèche d'abord et légèrement liquide ensuite, suivie après six jours, des signes d'un épanchement pleural gauche d'abondance modérée (un litre environ).

Le diagnostic "pleurésie" est bientôt fait, et cependant chez cette malade il s'agissait de savoir si nous n'avions pas affaire à des accidents pseudo-pleurétiques, symptomatiques d'une péricardite. Je m'explique.

Autrefois, Friedreich, dans son traité des maladies du cœur, avait dit que dans les cas de dilatation considérable du péricarde, la compression du poumon en arrière peut donner lieu à une matité plus ou moins accusée à la partie postérieure de la région thoracique, et en même temps à la diminution ou à la suppression du mur-

mure vésiculaire, symptômes — ajoutait-il — qui peuvent "faire croire à la présence d'une pleurésie gauche". Mais, c'est Pins (de Vienne) qui, en 1889, a insisté sur ce "nouveau signe" de la péricardite. Il a été suivi dans cette étude, en France, par Perret et Devic (de Lyon), puis par Marfan (1). Voici en quoi consiste ce phénomène clinique :

Dans les péricardites avec épanchement, la compression de celui-ci sur la partie postérieure du poumon, peut produire presque tous les symptômes d'un épanchement pleural : matité, diminution des vibrations thoraciques, diminution et même disparition du murmure vésiculaire quelquefois égophonie, etc. Ces symptômes, spéciaux surtout aux épanchements moyens du péricarde, se produisent principalement chez les individus jeunes dont les parois thoraciques présentent un peu plus d'élasticité, ou encore chez les malades à grêle corpulence, à thorax étroit et aplati d'avant en arrière, où à parois thoraciques peu épaisses.

Dans ces cas, on pratique une ponction exploratrice de la poitrine et on ne retire pas de liquide. C'est déjà là une indication, mais voici un moyen bien simple de confirmer le diagnostic de pseudo-pleurésie :

Quand le malade est dans la position verticale et surtout horizontale, les phénomènes de compression broncho pulmonaire sont naturellement à leur maximum, ainsi que les symptômes pseudo-pleurétiques. Mais, faites placer le malade sur les coudes et sur les genoux, dans la "position genu pectorale", et alors disparaissent tous les phénomènes de compression et avec eux tous les symptômes pseudo-pleurétiques.

Nous avons pratiqué une ponction exploratrice et nous avons retiré du liquide chez notre malade ; nous l'avons fait placer dans la position genu-pectorale, et les symptômes pseudo-pleurétiques n'ont pas varié, ce qui prouve deux fois que nous avons bien affaire à un véritable épanchement pleural. Sans doute, dans ces conditions, l'observation de notre malade n'a plus autant d'intérêt ; mais j'ai voulu en profiter pour appeler votre attention sur un symptôme encore mal connu de la péricardite avec épanchement. Et ce symptôme nouveau devient encore plus intéressant s'il est vrai, comme l'affirme Marfan sur la foi d'une autopsie, que la péricardite sèche des enfants peut également s'accompagner de signes pseudo-pleurétiques dus à l'atélectasie pulmonaire.

Notre malade a présenté encore d'autres symptômes qui auraient pu faire croire à tort à l'aggravation de la lésion aortique, je veux parler des battements artériels du cou et des battements de toutes les artères sous l'influence de la péricardite. Ceux-ci existaient déjà par le fait de l'insuffisance aortique ; mais nous avons remarqué qu'ils ont considérablement augmenté dès l'apparition de la péricardite de la base, à ce point que les plus petites artérols des extrémités venaient fortement frapper le doigt. Alors, quelques-uns de vous en ont conclu que l'insuffisance aortique avait subi une aggravation nouvelle par le fait de la seconde attaque de rhumatisme polyarticulaire. Cela est possible, vous ai-je dit ; mais, il est également possible que ces battements artériels soient dus à la seule péricardite. Car, il y a longtemps que Stokes a insisté sur l'exagération des battements des artères cervicales sous l'influence de la péricardite de la base, et ce fait a une importance que vous allez comprendre.

Souvent, en effet, quand on voit pour la première fois, un malade atteint de péricardite rhumatismale avec double frottement à la base, on peut croire à tort à l'existence d'un rétrécissement et d'une insuffisance aortiques, et cela surtout lorsque l'on constate ces battements artériels avec pouls vibrant caractéristique de la maladie de Corrigan. L'erreur est possible, et je sais des cas où elle a été commise. Il suffit de la connaître pour pouvoir l'éviter, et chez

(1) Pins. (Wiener medicinsche Wochenschrift 1889 No 38, et Journal des Praticiens 4898) Perret et Devic (Province médicale, 15 et 22 juin 1890) — Marfan (Bull. méd. 1893

notre malade, je vous ai démontré par la diminution de ces symptômes artériels coïncidant avec la disparition de la péricardite, que c'était à cette dernière, et non à l'aggravation de la lésion aortique qu'il fallait rapporter l'augmentation des symptômes observés.

Voilà des exemples suffisants qui vous démontrent l'importance des signes pseudo-pleurétiques et pseudo-aortiques de la péricardite aiguë

(Journal des Praticiens.)

#### La question des boissons pendant les repas

Par M. R. ROMME, préparateur à la Faculté de Médecine de Paris.

«Doit-on boire pendant les repas?» Telle est la question que se pose le professeur C. Ewald, dans un travail qu'il a publié récemment, sous ce titre, dans le *Centralblatt f. Therapic*. La question n'est pas oiseuse, et son importance pratique n'échappe à personne si l'on songe à cette levée de boucliers contre les liquides à laquelle nous assistons depuis plusieurs années. On a commencé par «le régime sec» dans certaines dyspepsies, dilatations et atonies de l'estomac, ce qui n'était que très rationnel; mais on a fini par voir dans l'ingestion de liquides la cause principale, primordiale, on pourrait même dire unique, des dyspepsies.

Aujourd'hui, la première chose que fait le médecin en présence d'un malade se plaignant de troubles gastro-intestinaux, d'un état dyspeptique si léger qu'il soit, c'est de prescrire le régime sec plus ou moins rigoureux, de réglementer, en tout cas, la façon de boire du patient.

C'est contre ces excès que le professeur Ewald tient à protester. Sans nier les inconvénients qui peuvent résulter de l'ingestion immodérée de liquides pendant les repas et en dehors des repas, sans mettre en doute les services que le régime sec rend dans certains états pathologiques du tube digestif, il pense, néanmoins, que la soupe, au début du repas, est une bonne chose, et que la gorgée de vin ou de bière absorbée entre les morceaux qu'on avale ne rend pas l'homme dyspeptique. Les raisons que le professeur Ewald invoque en faveur de sa thèse méritent d'être prises en considération.

\* \* \*

Le principal reproche qu'on adresse à l'ingestion de liquides pendant les repas, c'est de diluer le suc gastrique et d'abaisser le taux d'HCl libre qui, normalement, doit être de 0,2 à 0,3 pour 100. Plus on boit aux repas, plus l'estomac doit verser de suc gastrique, afin de maintenir le taux normal d'HCl, et il n'y parvient que grâce à une exagération de la sécrétion de son appareil glandulaire. Mais l'estomac ne peut fournir indéfiniment ce surcroît de sécrétion; à la longue, celle-ci finit par s'affaiblir, par s'épuiser, et la dyspepsie est constituée.

Théoriquement, c'est très vrai; mais, en réalité, les choses se passent un peu autrement. M. Ewald fait notamment observer, en s'appuyant sur les recherches très précises de Moritz et von Mering, que l'intelligent pyllore est là pour neutraliser les effets nuisibles de l'ingestion d'une trop grande quantité de liquides. Quand ceux-ci arrivent trop abondants dans l'estomac, le pyllore s'ouvre et leur donne issue dans l'intestin, en retenant dans l'estomac les aliments solides ou demi-solides.

Ce mode de fonctionnement tout particulier du pyllore, joint à l'absorption de liquides qui se fait à la surface de la muqueuse stomacale, empêche, d'après M. Ewald, les liquides introduits en trop grande quantité de séjourner longtemps dans l'estomac, de le distendre et de troubler son chimisme.

Mais, au repas, on ne boit pas que de l'eau ou des infusions; ce qu'on boit surtout, c'est du vin, du cidre, de la bière, c'est-à-dire une boisson contenant de l'alcool. Or, on n'a qu'à se reporter aux discussions récentes à l'Académie de Médecine, pour savoir que, pour un bon nombre de médecins, boisson alcoolisée veut dire fermentations

anormales, ralentissement de la digestion, irritation de la muqueuse du tube gastro-intestinal, cirrhose en perspective.....

M. Ewald ne croit pas à tous ces dangers, du moins pour les personnes qui boivent avec modération, comme on le fait dans la majorité des cas. Il ne croit pas non plus à l'action nuisible de l'alcool sur la digestion, surtout, après les récentes recherches de Chittenden, qui a montré, qu'à petite dose, l'alcool, loin d'exercer une action nuisible sur la digestion stomacale et pancréatique, semble, au contraire, favoriser les phénomènes de protéolyse. Il pense encore qu'on a considérablement exagéré les inconvénients qui résultent du refroidissement de la muqueuse stomacale provoqué par l'ingestion de boissons froides. Le danger d'une inflammation réactionnelle de cette membrane existe réellement si l'estomac se trouve surchargé d'une grande quantité de liquides glacés; mais, à table, les boissons d'un usage courant sont simplement fraîches, et la différence de température du liquide ingéré et du milieu gastrique est rapidement, et sans aucune sorte de trouble, annulée par la provision de chaleur qui se trouve dans les organes voisins, cœur, foie, reins, poumon, etc.

Avec Munk (1), le professeur Ewald arrive donc à conclure que «des quantités modérées de vin, prises au cours des repas, sont loin d'être nuisibles, elles sont peut-être mêmes utiles en stimulant la sécrétion gastrique ainsi que le péristaltisme.» Ces auteurs vont même plus loin et tendent à réhabiliter la soupe, le classique potage. «L'appétit, disent-ils, est stimulé et les aliments sont mieux digérés, lorsque, avant le repas proprement dit, on prend un potage, ce qui s'explique sans doute par la stimulation qu'il exerce sur la sécrétion gastrique.»

\* \* \*

Quand on est bien portant, on ne s'expose donc à aucun inconvénient en arrosant modérément les aliments d'un peu de vin, de bière ou de cidre; le tout, c'est de ne pas dépasser la mesure, de savoir se maintenir dans certaines limites, variables, du reste, avec les individus et les habitudes. Mais lorsque l'estomac est malade ou lorsque ses fonctions se trouvent momentanément troublées par une maladie générale ou par l'affection d'un autre organe, la question change de face. Dans ces nouvelles conditions, il va de soi qu'on ne peut laisser le malade juge de la quantité de liquides qu'il doit absorber.

D'une façon générale, même chez les dyspeptiques, à moins qu'il ne s'agisse d'une dilatation gastrique considérable, il n'y a aucune raison de proscrire les boissons aux repas. Même quand l'indication du régime sec est formelle, il est préférable de permettre aux malades un ou deux verres de vin léger par jour, surtout chez les individus qui boivent habituellement pendant les repas. C'est que l'excitation sécrétoire, produite par une boisson à laquelle l'individu est habitué, constitue un phénomène trop important en l'espèce, pour qu'on ne passe pas sur les inconvénients qui peuvent résulter de la dilution du chyme, de la surcharge de l'estomac, de l'abaissement de sa température, etc., en supposant que tous ces symptômes soient réellement provoqués par l'ingestion de quelques gorgées de liquides. La façon de prendre la petite quantité permise de vin, avant, pendant ou après le repas, doit être laissée, d'après M. Ewald, à la discrétion du malade, à moins qu'on veuille faire, à cette occasion, de la thérapeutique par suggestion, fort utile dans certains cas.

La boisson permise sera celle que le malade a l'habitude de prendre. Il va de soi que, dans certains états pathologiques (ulcère de l'estomac, inflammations récentes du tube digestif, néoplasmes en voie de désagrégation, etc.) dans lesquels l'alcool agit d'une façon directement irritante, on proscriera d'une façon absolue les boissons alcoolisées. Du reste, presque toujours, les malades renoncent d'eux-mêmes à ces boissons qui provoquent chez eux une sensation très pénible de brûlure et même de véritables douleurs.

(1) J. Munk et C. A. Ewald. — *Traité de diététique à l'usage des médecins*, o. 342. Trad. française, Paris, 1897, G. Carré et C. Naud, édit.

L'indication de limiter notablement la quantité de liquide est formelle dans nombre d'affections chroniques ou aigus, fébriles en apyrétiques dans lesquelles, sans parler du diabète, la sensation de soif est exagérée d'une façon exceptionnelle. Chez tous ces malades, la soif tient à ce que chez eux l'absorption se fait mal, et la grande quantité de liquides ne sert qu'à surcharger leur estomac ; en effet dans ces cas, l'estomac n'est plus celui d'un individu bien portant, c'est un estomac profondément atteint de son chimisme et dans sa motilité, un estomac qui ne réagit plus. Chez tous ces malades, surtout chez ceux qui présentent en même temps un certain degré de dilatation, on arrive à calmer la soif en leur donnant fréquemment de petites quantités de liquide. On sait, du reste, que l'élément psychique joue un rôle considérable dans la sensation de la soif, et que, souvent, on peut faire passer celle-ci en se gargarisant la gorge avec un peu d'eau sans l'avaler.

(*La Presse méd.*)

#### A quel moment doit-on considérer un blennorrhagique comme guéri ?

Cette question est de la plus haute importance, et cela pour deux raisons ; la première est que l'abstention du coït que l'on recommande en cours de traitement lui pèsera rapidement, la seconde, plus grave, est que si l'on autorise les rapports prématurément, on court au devant d'une contamination possible des organes génitaux de la femme. Comment donc se comporter en pareil cas ? La solution ne laisse pas que d'être très difficile. On a recommandé, pour s'assurer de la nature de l'écoulement, d'avoir recours à ce qu'on appelle "la réaction de Neisser", qui consiste à produire une irritation artificielle de l'urèthre en injectant dans le canal quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent ; il se produit infailliblement une sécrétion, et l'absence du gonocoques dans l'écoulement autoriserait à conclure à la bénignité de l'affection. Dans le même but, on recommande au malade l'usage de la bière, on introduit des sondes à boule, etc. Or, il faut savoir que rien n'est moins infaillible que quelques-uns de ces procédés, et M. le Dr Delefosse, qui vient de publier sur la blennorrhagie un volume très documenté, affirme d'une façon catégorique, que ces réactions non seulement n'ont aucune valeur, mais encore qu'elles sont dangereuses et risquent de produire des complications graves, telles qu'uréthro-cystite ou orchite. "En thèse générale, dit-il, voici comment je me comporte en pareille circonstance : aucun coït n'est permis, tant qu'il reste des filaments dans l'urine en assez grande quantité ; que ces filaments sont longs et descendent rapidement au fond du vase, lors même qu'après plusieurs examens, je n'ai pas découvert de gonocoques dans ces filaments ni de microbes pyogènes et très peu de cellules de pus.

"Quand les filaments sont courts, en petit nombre, légers, surnageant, j'engage le malade à venir un matin, dès la première heure sans avoir uriné depuis la veille, et ayant beaucoup fatigué dans la journée précédente ; le doigt introduit dans le rectum, je presse sur la prostate dans tous les sens, puis l'index est ramené le long du canal, extérieurement, en appuyant fortement ; on peut même, si l'on veut, pour plus de sécurité, introduire d'avance une sonde, ce qui permet d'avoir un plan résistant pour la pression. Je recueille au méat le liquide ainsi obtenu et l'examen microscopique en est de suite fait ; enfin le canal est râclé à une profondeur de 5 à 6 centimètres, d'arrière en avant, puis le produit du râclage est examiné au microscope,

"Si ces deux examens sont négatifs, j'engage le malade à boire, pendant la semaine qui suit, de la bière, du champagne, à faire du vélo, des marches forcées ; puis nouvel examen matinal. S'il est négatif, j'autorise le malade à coïter quinze jours après.

"Avec ce procédé, il n'y a pas de certitude complète, il y a au moins de grandes chances d'éviter la contamination."

(*Journal des Praticiens*)

#### Traitement de l'ongle incarné par le nitrate de plomb

Le Dr Tardif, de Longué, préconise dans l'*Anjou Médical* le mode suivant de traitement de l'ongle incarné, qui donne de tels succès que le Dr Montprofit l'a adopté et abandonné l'intervention chirurgicale pour guérir cette infirmité.

Voici la technique recommandée par le Dr Tardif :

1° Avec une spatule très plate, ou un vulgaire bout d'allumette, glissez entre l'ongle ou le bourrelet fongueux, jusqu'à ce que vous soyez sûr d'avoir atteint la gouttière péri-unguéal, une mince couche d'ouate suffisamment longue pour que son autre partie libre se trouve à recouvrir toute la partie saine de l'ongle ;

2° Préparez une petite mèche d'ouate que vous roulez entre les doigts et placez-la longitudinalement, c'est-à-dire parallèlement à la gouttière unguéal, à la limite où vous jugez les chairs saines ;

3° Dans l'espèce de rainure ainsi formé et où vous n'apercevez que le bourrelet sanieux, mettez le nitrate de plomb régulièrement tassé, rabattez l'ouate qui recouvre l'ongle sur la mèche ci-dessus ajoutez encore un peu d'ouate et placez une bande de gaz mouillée.

Le lendemain, enlevez ce pansement. Au lieu de chairs sanieuses et suppurantes, vous êtes le plus souvent tout surpris de trouver des tissus rosés et de bon aspect. Remplacez un pansement comme ci-dessus, et ainsi de suite jusqu'à ce que toutes les parties sanieuses soient supprimées, c'est-à-dire jusqu'à ce que vous puissiez nettement voir le bord incarné de l'ongle. Trois ou quatre pansements sont généralement suffisants.

Changez alors de tactique. Patiemment, en un ou deux séances, relevez ce bord avec un peu d'ouate que vous glissez dessous, cessez l'emploi du nitrate de plomb, à moins que vous ne jugiez, par hasard, les chairs encore insuffisamment détruites, faites un pansement sec, dites au malade de continuer ainsi, et c'est tout. L'ongle croîtra par dessus les chairs qui, loin d'être molles, sont maintenant comme tannées et parcheminées ; il aura repris son chemin normal, votre malade sera guéri.

Il n'y a pas un ongle incarné vulgaire dont on ne vienne à bout avec ce traitement patiemment suivi. S'il se reproduit (c'est assez rare), on recommence le traitement dès le début, et le patient ne s'aperçoit pour ainsi dire pas de son ennui. (*L'Abeille Méd.*)

#### Traitement de la pleurésie

D'après M. le Dr F. H. JAMES

Dans la période aiguë, on associe l'acétate de potasse, l'alcoolature de racines d'aconit et le sulfate de codéine à l'esprit de Mindererus réunie en une potion administrée à intervalles réguliers, toutes les trois heures environ. Lorsque la pleurésie est du type rhumatismal, on ajoute à la potion du salicylate de soude. Pour faciliter la résorption de l'épanchement, donner aussi peu de liquide que possible et faire prendre des purgatifs salins et très diurétiques ; le sang étant ainsi privé de ses éléments aqueux, soustraira souvent une partie de la sérosité pleurale. Si ce résultat n'est pas obtenu, on fera la ponction aspiratrice et on se contentera de retirer 300 à 400 grammes de liquide ; le surplus se résorbe en général rapidement.

Les caractères du liquide pleural pourront être aisément déterminés par une ponction exploratrice avec la seringue hypodermique. Lorsqu'on trouve du pus, on ne se servira pas de l'aspirateur, mais on fait délibérément l'incision aseptique de séreuse dans le septième ou huitième espace intercostal, le long de la ligne axillaire ; le pus et les caillots fibrineux seront ainsi facilement évacués, après quoi un tube à drainage retenu par une épingle de sûreté sera introduit et un pansement à la gaze stérilisée et au coton appliqué. Le tube sera raccourci de temps en temps et, lorsque le liquide sera devenu clair, retiré. Une rigoureuse asepsie est nécessaire. Si l'incision ne suffit pas on résèque une ou plusieurs côtes.

Le lavage de la plèvre est nuisible ; il est irritant, et empêche la formation des adhérences et, par suite, l'accolement des feuillettes.

(*Gaz. Hebdomadaire de Méd. et de Chir.*)

**Nouveau traitement abortif de l'érysipèle**

M. Lobit (de Biarritz), propose un nouveau traitement abortif de l'érysipèle, qui lui a donné, dit-il, d'excellents résultats dans vingt-cinq cas d'érysipèle facial et dans de nombreux cas de lymphangite. La guérison était obtenue en trois ou quatre jours au maximum.

Ce traitement consiste à badigeonner la plaque avec du collodion iodoformé ou iodolé au 1/10, en couche épaisse sur toute la surface de l'érysipèle. Il ne faut pas hésiter à raser le cuir chevelu dans les cas graves, au moins chez les hommes.

Les malades accusent un soulagement immédiat et l'évolution morbide est rendue à la fois plus bénigne et plus rapide; les bons effets obtenus tiennent sans doute: 1° à une action antiseptique directe (d'ailleurs le médicament est absorbé car on retrouve de l'iode dans les urines); 2° une action mécanique de constriction.

(Abeille Méd.)

**Effets favorables de l'ingestion d'ovarine**

D'après M. le Dr BODON (de New York).

M. le Dr Bodon (de New-York), rapporte 3 cas dans lesquels il a employé les tablettes d'ovarine.

Le premier fait concerne une nullipare qui avait subi une ovariectomie double 6 mois auparavant. Pas de menstruation depuis lors et depuis 4 mois elle souffre d'insomnie, d'inappétence, de vomissements, de céphalalgie et de vertiges. On lui donna d'abord une tablette, puis 2 le lendemain, et ensuite 6 par jour. L'amélioration apparut dès le second jour et en deux semaines elle était guérie.

Le second cas est celui d'une nullipare arrivée à la ménopause 2 mois auparavant. Elle avait des symptômes nerveux inquiétants. Elle fut rapidement guérie par 4 tablettes quotidiennes.

Le troisième cas est celui d'une jeune fille de 18 ans qui présentait de l'épilepsie depuis l'établissement de ses règles et qui suivait un traitement depuis des années. Elle commença par prendre une tablette par jour et augmenta jusqu'à 10. Pendant plusieurs mois elle n'eut pas d'accès. L'interruption du traitement fut suivie de nouvelles attaques que sa reprise fit disparaître.

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)

**FORMULAIRE****Formulaire de la Paraldehyde**

La paraldehyde est un corps solide, cristallisé, constitué par la réunion de 3 atomes d'aldéhyde, fondant au-dessus de 10°. Quand la paraldehyde est liquide au-dessous de cette température, c'est qu'elle est impure. Elle est soluble dans l'eau et l'alcool, dans la proportion de 1 pour 10. Elle possède une odeur désagréable toute spéciale qui rappelle l'haleine des buveurs.

C'est un très bon hypnotique,

**Doses.**—On doit donner 2 à 3 grammes de paraldehyde d'un seul coup pour obtenir l'effet désiré.

**Mode d'administration.**—Les meilleurs correctifs pour masquer l'odeur de la paraldehyde sont les liqueurs alcooliques. Aussi le Dr Dujardin-Baumetz conseille d'administrer ce médicament de la manière suivante :

*Solution*

Paraldehyde..... 15 grammes  
Eau distillée..... 250 —

Chaque cuillerée à bouche contient 1 gramme.

On fera prendre, par conséquent, deux à trois cuillerées à bouche de cette solution dans un grog au rhum ou mieux au kirsch.

On peut aussi employer la voie rectale, particulièrement chez les aliénés. Keraval et Nerkam prétendent que ces lavements sont supérieurs à ceux de chloral et que la dose de paraldehyde

doit être moitié moindre que par la voie gastrique. Ils proscrivent la formule suivante :

*Lavement :*

Paraldehyde..... 2 grammes  
Jaune d'œuf..... n° 1.  
Eau de guimauve..... 120 grammes

*Solution pour injections hypodermiques :*

Paraldehyde..... 5 grammes  
Eau de laurier cerise..... 5 —  
Eau distillée..... 15 —

Une seringue de Pravaz contient 20 centigrammes de paraldehyde. M. Dujardin-Beaumetz a constaté que ces injections étaient très douloureuses, qu'elles déterminaient des indurations et des abcès, aussi conseille-t-il d'y renoncer.

**Action physiologique.**—La paraldehyde produit un sommeil calme et convient surtout chez les aliénés.

(Journal de méd. de Paris)

**Moyen d'administrer le cascara sagrada. (PRUYS)**

Extrait de cascara sagrada..... 2 gr.  
Extrait de frangula..... 1 gr.  
Poudre d'aloès..... } à 4 gr.  
Poudre de gentiane..... }  
Savon médicinal q. s. pour 1 pilule n° 80.

1-1 pilule le soir.

(Pharmaceutische Zeitung.)

**Traitement du goitre**

L. Frey recommande les injections parenchymateuses de la solution suivante :

Iodoforme..... 1 gr.  
Ether sulfurique..... 5 gr.  
Huile d'amandes douces..... 10 gr.

Injecter dans le parenchyme de la glande une à deux seringues de Pravaz.

(Therapeut. Woch.,)

**CORRESPONDANCES**

MONSIEUR LE DIRECTEUR,

Le Dr Simard (Arthur) publie dans votre dernier numéro (27 avril) une courte lettre pour annoncer à vos lecteurs que, satisfait du combat, il rentre sous sa tente en conservant intactes ses positions. Cette annonce est précédée, cela va de soi, d'une colonne de sottises à l'adresse du Dr E. P. Lachapelle et à mon adresse. Le Dr Simard (Arthur) est un déserteur triomphant, qui se sauve du champ de bataille en criant victoire. Sa fuite est tellement précipitée qu'il oublie de répondre à un seul des arguments portés contre lui : il se contente de proclamer que lui seul a dit vrai, et que les autres sont des menteurs.

Voilà comment le Dr Simard (Arthur) fait de la polémique.

Mis en face d'arguments sérieux, qu'il a provoqués par ses lettres mêmes, et ne sachant comment y répondre, le Dr Simard (Arthur) croit se tirer d'affaire en disant : "j'ai gagné, je ne joue plus". Oubliant que les lecteurs de la *Revue* sont seuls juges de la polémique, il se décerne à lui-même la victoire et se retire satisfait.

Nous ne sommes pas aussi enfantin que le jeune docteur Simard, et nous nous en remettons avec confiance au jugement de vos lecteurs.

Avec mes remerciements, je demeure

Votre tout dévoué,

E. P. BENOIT, M.-D.

Montréal, 2 mai 1898.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Observation d'un cas de blessure de la verge et du scrotum, Autoplastie

Par Mr. le Dr. J. F. DUSSAULT, St-David de l'Auberivière.

Je suis appelé le 6 septembre 1897 pour M. N. X. cultivateur, âgé de 40 ans, qui, occupé à travailler dans son champ a été attaqué à l'improviste par un taureau furieux. Le boeuf l'a saisi avec ses cornes entre les jambes et l'a lancé à plusieurs pieds de distance le laissant inanimé sur le sol.

En examinant le blessé, je constate qu'il y a arrachement étendu des téguments de la verge et du scrotum ne causant toutefois qu'une hémorrhagie peu considérable. Le prépuce, le frein et la peau de la verge sont entièrement sectionnés et emportés par les cornes. La verge dépouillée n'est recouverte que de sa membrane fibreuse. Les organes érectiles ne présentent aucune lésion. L'ouverture, qui s'étend depuis la partie supérieure du pénis jusqu'à la partie inférieure et postérieure du scrotum, laisse voir les tuniques internes. Celles-ci, cependant, ne sont pas atteintes.

Après avoir fait une antiseptie aussi rigoureuse que les circonstances le permettent, je m'efforce de recouvrir la verge aux dépens des tissus voisins. Je pratique une incision oblique de haut en bas sur la peau des bourses pour avoir un lambeau de forme triangulaire dont je fixe le sommet, près du gland, à la membrane fibreuse par plusieurs points de suture. Je fais ensuite converger les bords du lambeau sur le dos de la verge dans le but de reconstituer un nouveau fourreau. Je les rapproche par un grand nombre de points de suture afin d'éviter la rétractilité des téguments et je les réunis seulement à la racine du membre de sorte que l'espace non recouvert à la forme d'un V allongé, le sommet dirigé vers le pubis. Quelques points à la soie me permettent de juxtaposer parfaitement les surfaces saignantes du scrotum fortement retractées par le darto. Le peu de douleur me dispense de l'emploi d'un anesthésique. La plaie est pansée à la vaseline iodoformée, recouverte de gaze antiseptique ; une légère compression est exercée au moyen d'un bandage.

Le 7 septembre, le malade se plaint d'un peu de douleur en urinant et d'une sensation de chaleur aux organes.

Le 9 septembre, le malade est gai et dispos. Les douleurs sont disparues.

J'enlève le pansement, je lave la plaie avec une solution d'acide borique 4 o/o. Je remarque une double ligne rouge, lisse, s'avancant l'une vers l'autre et adhérente à la membrane fibreuse. Pour conserver mes points de suture je fais appliquer des compresses d'eau froide et prescrist le Bromure.

Le 14 septembre, l'espace est recouvert par une membrane lisse d'une teinte rosée, le lambeau est moins mobile, il n'y a aucune trace d'inflammation. J'enlève les points de suture.

Le 20 septembre, la guérison est complète, la verge reprend peu à peu son apparence primitive et ne semble nullement gênée par le tissu cicatriciel.

Quelques semaines plus tard, je revois mon malade qui n'éprouve plus aucun inconvénient de cet accident.

## REPRODUCTION

### La valeur réelle de la méthode de Brand (bains froids) dans le traitement des fièvres typhoïdes

Ce mode de traitement habilement présenté à la discussion devant la Société Médicale de Québec, à sa dernière séance, par notre ami M. le Dr A. Rousseau, et aujourd'hui en si grande faveur universellement mérite bien qu'on s'y arrête, et je me fais un devoir d'offrir aux lecteurs de *La Revue* un résumé d'un article élaboré et bien fait que nous lisons dans le *Therapeutic Gazette* du 15 mars dernier et présenté par les docteurs H. A. Hare et C. Adams Holder, Philadelphie :

« Nous désirons tout d'abord, disent les auteurs, avouer que nous reconnaissons pleinement la grande utilité du bain froid de Brand, quoique dans le cours de ce travail nous puissions paraître essayer à jeter du discrédit sur ce traitement. Au contraire, nous désirons avant tout déterminer sa valeur actuelle, et ensuite rechercher si son usage coutinier est sage.

On ne doit pas compter beaucoup sur les premières statistiques publiées, car leur mortalité allant jusqu'à 25 o/o est exagérée, vu qu'alors on ne rattachait pas aux fièvres typhoïdes ces nombreuses attaques légères et frustres. De plus le traitement par la saignée, les cathartiques et l'usage exagéré du mercure, ainsi que l'absence d'hôpitaux propices et d'hygiène efficace n'étaient pas propres à faire baisser le chiffre de la mortalité.

Pour ces raisons nous mettrons de côté les statistiques de 1840, 1850 et 1860, et nous nous arrêterons aux statistiques plus récentes.

Depuis que cette maladie est mieux connue, que le traitement en est plus rationnel et que l'hygiène est devenue plus efficace, on voit la mortalité décroître dans tout l'univers.

En admettant que la mortalité ordinaire de la fièvre typhoïde soit à présent d'environ quinze par cent, on doit se demander, quelle part dans cette réduction doit être attribuée au bain froid, part que les préconisateurs du traitement réclament comme ayant baissé le chiffre de 7 ou 8 pour cent ? Il est bon ici de nous rappeler qu'une maladie qui ne peut être avortée et qui suit un cours défini jusqu'à sa fin causera moins de dommage au malade si le cas est guidé pendant cet orage de façon à ce que les procédés de la nature ne soient pas pervertis, que si par un traitement intelligent ou absolument nuisible ses organes, supportant déjà le poids de la maladie, sont en outre surchargés de remèdes inutiles et forcés de les absorber et de les éliminer.

Le meilleur traitement des fièvres typhoïdes est de laisser les remèdes de côté autant que possible. Il est évident, toutefois, que si on suit une marche donnée qui n'est pas manifestement incorrecte dans ses détails fondamentaux, on obtiendra de meilleurs résultats que si chaque médecin traîne son malade sous un traitement de son propre choix, qui peut être non seulement inutile mais actuellement dangereux.

Les auteurs de l'article prouvent par des statistiques cette vérité importante qu'on a mieux réussi avec un traitement spécifique qu'avec des mesures générales non définies.

Les tableaux suivants sont des statistiques bien intéressantes :

Places	No. de cas	Traitement	Mortalité p.c.
Basel (Liebermeister)	223	Calomel	11.7
Basel (Liebermeister)	239	Iode.	14.6
Maidstone, England.	1885	Général.	7.5
Boston (Mason)	676	Général.	10.4
Homerton (Collie)	677	Général.	9.5
Glasgow (Collie)	618	Général.	8.2
Jaccoud.	665	Général.	10.4
Riess.	900	Bains tièdes.	7.5
Boston (Shattuck)	237	Médecine expectante et éponges froides.	9.8
Germany (?) Brand	19,017	Toutes espèces de bains froids.	7.8
Basel (1873)	163	Bains.	10.4
Glasgow (1873)	275	Général.	9.4
Homerton (1873)	305	Général.	9.5
Basel (1874)	200	Bains.	10.5
Glasgow (1874)	343	Général.	7.0
Homerton (1874)	372	Général.	9.6

On voit que les bains froids ne gagnent pas à la comparaison dans ces dernières statistiques, et qu'elles leur sont favorables dans le premier tableau, mais ici les cas ont été réunis un peu de partout par Brand lui-même, le préconisateur de la méthode.

Si on met en regard les statistiques des hôpitaux où l'on a traité les malades rigoureusement par les bains froids et celles des malades qui ont suivi tout autre traitement ou même aucun traitement, on voit que les premières n'offrent encore qu'une différence de 5.7 par cent en moins de mortalités, et encore faut-il ne pas oublier qu'un grand nombre de cas ne sont pas rapportés dans la pratique privée.

Il est encore assez curieux de voir le fait que pendant que la mortalité générale de Philadelphie diminuait progressivement en 1890, 1891, 1892, 1893 et 1894 de 20.3 à 15.7 par cent les statistiques de Wilson (bains froids) offrent une augmentation de 1.8 en 1890 à 11.1 par cent en 1894 jusqu'en 1896.

A l'Hôpital de Philadelphie la pratique des bains froids ne fut commencée qu'en 1892. Avec quelle rigueur elle a été appliquée nous n'avons pu le déterminer, mais il est évident que la mortalité n'a pas été matériellement influencée par cette méthode. Aussi les années 1888, 1889 et 1890 offrent sans ces bains une mortalité identique à celle que l'on trouve après que ce bain eut été mis en usage en 1895, 1896 et 1897 ; et celles de 1888, 1889 et 1890 sont inférieures à celles de 1892 et 1893 alors qu'on se servait de bains froids. Nous pensons toutefois qu'on peut considérer comme prouvé qu'on doit accorder un grand crédit à d'autres causes qu'aux bains de Brand, et ceci est vrai non seulement pour ce pays mais aussi partout, car la plupart des cas rapportés par Brand sont pris dans les hôpitaux militaires allemands, en temps de paix, alors que tout tend à rendre la maladie moins terrible.

Les lois militaires concernant la santé, la garde suivie de chaque malade, le fait qu'on ne perd pas un instant de traitement si le malade prend le lit de bonne heure, tout porte à rendre la maladie bénigne et invite les malades à se traiter dès le commencement. En outre, les malades sont en grande majorité très jeunes, à peine touchant la vingtaine. Il est évident ainsi que le bain froid n'est pas aussi utile qu'il paraît l'être à première vue.

En outre on rencontre certaines objections qu'on doit parfois respecter.

La répugnance du malade n'en est peut-être pas la moindre.

Prendre un malade trop faible pour porter sa main à sa tête et le mettre dans un bain d'eau à 35° plus froide que son corps, qui s'est accoutumé à la chaleur de son lit, semble héroïque, et le transport ainsi que la manipulation doivent nécessairement produire quelque perte d'une force bien nécessaire.

Et puis, le choc d'une immersion soudaine et complète peut être ou n'être pas nuisible suivant les opinions, mais le réveil nerveux si c'est réellement une chose désirable, peut difficilement être considéré sans nous rappeler que l'énergie nerveuse dépensée est nécessairement grande, et que rien ne peut être absolument gagné par cette dépense de forces.

Le choc et la circulation ainsi altérée sont déjà un coup suffisant sur les vaisseaux sanguins sans y ajouter un changement de position et un effort fatigant.

Voici ce que dit Liebermeister, quoiqu'un partisan ardent des bains froids : "Il est possible que le reflux du sang aux organes internes, causé par l'abstraction de la chaleur, peut augmenter la tendance à l'hémorrhagie ; et à tout événement, les mouvements du corps, qu'ils soient actifs ou passifs, ajoutés au fait de prendre un bain froid, sont dangereux. La même chose, sans doute, est vraie et à plus forte raison, dans la perforation de l'intestin..."

P. V. F.

(A suivre)

### De l'exploration externe en obstétrique

Par M. A. SCHWAB, ancien interne des Hôpitaux.

La question de l'exploration externe en obstétrique est une question toute d'actualité, puisque, depuis ces dernières années, en Allemagne particulièrement, ce mode d'examen obstétrical semble devoir détrôner complètement l'exploration interne, c'est-à-dire le toucher vaginal.

Léopold, de Dresde, qui s'est fait surtout le champion de l'exploration externe, qui a cherché à en étendre de plus en plus les applications, en réduisant au minimum l'usage du toucher, Léopold, disons-nous, fut un des rapporteurs de la question au Congrès de Moscou. L'auteur allemand, moins intransigeant dans son rapport que dans ses travaux antérieurs sur la même question, a posé des conclusions marquées au coin d'un sage équilibre ; M. Pinard, qui a été le second rapporteur, sur le même sujet, est arrivé à peu près aux mêmes conclusions que Léopold.

C'est Crédé, le premier, qui a insisté sur l'utilité qu'il y aurait à restreindre le plus possible les examens internes. Crédé, en effet, disait : "Il faut proscrire, ou, tout au moins, réduire au minimum les explorations internes chez les parturientes. On peut très bien suppléer à cette réduction, à cette suppression même de l'exploration interne, par l'exploration externe."

Depuis Crédé, Hegar, Müller, Werth, mais surtout Léopold, ont restreint de plus en plus le domaine du toucher vaginal, pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, en accusant ce toucher d'être la cause la plus fréquente de l'infection puerpérale. Suivant Léopold, l'exploration externe suffit à faire le diagnostic et le pronostic pendant la grossesse et l'accouchement.

L'exploration externe, qui comprend l'examen de tout le corps, en particulier des organes génitaux externes, la percussion, la palpation et l'auscultation de l'abdomen, de la matrice et de son contenu, enfin la mensuration du bassin, doit être employée systématiquement, aussi bien pendant l'accouchement que pendant la grossesse. Le toucher vaginal, en effet, est susceptible d'infecter la femme ; il est inutile, nuisible même quand l'exploration externe donne les renseignements attendus ; la désinfection parfaite des mains est toujours laborieuse ; la désinfection rapide surtout est presque impossible.

Le palper abdominal combiné à l'auscultation et à la mensuration externe du bassin, peut donner des renseignements précis sur l'état et la marche de l'accouchement et permet de reconnaître si les conditions de l'accouchement sont normales ou pathologiques. Le palper permet de dire, avec un peu d'habitude, si la présentation est engagée ou non, et quel est le degré de l'engagement. Et Léopold émet cette première proposition :

"Il faut enseigner aux élèves sages-femmes, aux étudiants et médecins, non seulement l'examen interne des femmes enceintes et des parturientes, mais aussi l'exploration externe bien systématisée, méthodique ; et cette dernière, d'une manière assez approfondie pour qu'ils soient capables, en cas de nécessité, de diriger les accouchements *normaux* avec le seul secours de l'exploration externe." Mais il ajoute : "L'exploration interne ne doit être négligée ni dans l'enseignement, ni dans la pratique. Il ne faut pas non plus systématiquement la supprimer dans l'accouchement normal. Mais l'exploration doit être restreinte le plus possible, de façon à faire cesser ces examens internes si fréquents, non méthodiques avec leurs dangers."

Quand il s'agit d'un accouchement anormal, pathologique, au contraire, il faut combiner les deux méthodes d'examen externe et interne.

Il faudra ainsi joindre le toucher au palper abdominal en cas de bassin vicié, d'éclampsie, de présentation vicieuse, de procidence, d'une condition anormale des annexes de l'œuf, membranes, placenta, etc. D'où cette deuxième proposition :

“ Dans toute grossesse, dans tout accouchement s'écartant des conditions normales, il faut procéder aussi bien à l'exploration externe qu'à l'interne. A défaut de quoi, celui qui dirige l'accouchement risquerait de méconnaître des particularités multiples, desquelles il doit pourtant déduire les indications et le moment propice pour telle ou telle intervention.”

D'ailleurs, l'exploration externe bien faite, méthodique, n'a jamais causé aucun accident ni pendant la grossesse, ni pendant l'accouchement. Il faut donc restreindre le plus possible l'exploration interne dans les cas normaux.

Tels sont les sages conseils que donne Léopold : essayer de se passer du toucher vaginal, le plus possible, dans les cas reconnus normaux par l'exploration externe ; le pratiquer méthodiquement, sobrement et proprement, pouvons-nous dire, dès qu'on a reconnu la moindre anomalie du côté de la mère ou du fœtus, soit pendant la grossesse, soit surtout pendant le travail.

Dans une thèse récente (1897), fort bien faite, M. Baumgarten, comparant les deux modes d'investigation, l'exploration externe et le toucher vaginal, avait conclu de façon presque identique.

M. Baumgarten montre, en effet, qu'il est illogique, inutile et dangereux et supprimer complètement le toucher vaginal, pendant la grossesse et l'accouchement, pour le remplacer par la seule exploration externe. Le palper est insuffisant dans un grand nombre de cas, surtout dans les cas anormaux, pathologiques, pour ascoir un diagnostic sûr ou poser des indications opératoires. Le toucher vaginal offre de grands avantages, à condition que l'on s'entoure de toutes les précautions antiseptiques usitées.

L'auteur montre, statistiques en main, que le toucher vaginal bien fait n'infecte pas. “ Les statistiques de mortalité et de morbidité dans les maternités où il est pratiqué couramment mais proprement, comparées à celles des accoucheurs qui repoussent le toucher vaginal en sont la meilleure preuve.”

Deux auteurs allemands, Riess et Krönig, obsédés par l'idée des dangers résultant du toucher vaginal, ont songé à remplacer ce dernier par une autre méthode de diagnostic obstétrical basée sur le *toucher rectal*. Mais, il nous semble difficile de faire, par ce procédé, les différents diagnostics qu'on peut être appelé à poser pendant l'accouchement. D'autre part, son emploi n'est pas sans dangers au point de vue de l'infection, surtout par le *bactérium coli*. Nous ne croyons donc pas que le toucher rectal puisse jamais remplacer le toucher vaginal en obstétrique.

(*La Presse méd.*)

#### Traitement de l'urétrite blennorrhagique chronique par les instillations d'acide picrique.

L'urétrite blennorrhagique chronique se localise le plus souvent dans le cul-de-sac du bulbe (urétrite antérieure); plus rarement elle s'étend au delà du sphincter membraneux (urétrite postérieure); mais tandis que l'urétrite antérieure peut exister seule l'urétrite postérieure au contraire est inséparable de la première.

Dans quelques cas aussi, on a pu trouver un foyer d'urétrite chronique tout en arrière de la fosse naviculaire (Desnos); enfin, dans certains urètres rétrécis il peut exister autant de foyers que de rétrécissements.

L'anatomie pathologique de ces lésions est très importante à connaître, au point de vue qui nous occupe; nous allons brièvement la résumer.

Le muqueuse peut être seule atteinte; elle présente alors de la congestion, de la desquamation épithéliale; il peut même y avoir exulcération. Dans l'urétrite antérieure, ces lésions peuvent s'étendre à 4 ou 5 centimètres en avant du cul-de-sac du bulbe.

A un degré plus avancé, les érosions de la muqueuse se recouvrent de fines granulations.

Dans d'autres cas, l'inflammation dépasse la muqueuse elle-même;

il y a infiltration du tissu sous-muqueux; de plus, les glandules situées dans la couche musculaire sous-jacente peuvent être intéressées (Guiard, Desnos).

Au point de vue bactériologique enfin, le pus de l'urétrite chronique ne contient que rarement le gonocoque; quand ce microbe existe, il est peu abondant et de faible virulence. Ce sont les microbes vulgaires de la suppuration qui d'habitude sont seuls en cause, et l'on a d'autant plus de chances de ne pas trouver de gonocoques que l'on est plus éloigné de la période aiguë de la maladie.

De ce qui précède, il résulte qu'en présence d'un malade atteint d'urétrite chronique, il faut avant tout traitement pouvoir répondre à trois questions:

Quel est le foyer, ou quels sont les foyers d'urétrite? Dans quel état se trouvent la muqueuse et les tissus sous-jacents?

Quels sont les microbes du pus?

Reprenons rapidement chacun de ces trois points.

L'urétrite chronique dans tous les cas se montre bien localisée et, pour ne pas risquer d'agrandir les lésions ou même de les propager à une région saine, il faut un traitement également bien local. L'instillation intra-urétrale, telle que la pratique le professeur Guyon, seul moyen répondant vraiment à ce desideratum, ne peut être pratiquée qu'en toute connaissance de cause.

Il faut savoir également quelles sont les lésions de la muqueuse et s'il en existe, quelles sont aussi celles des tissus sous-jacents, pour choisir le titre voulu de la solution que l'on décide d'instiller.

Enfin, un même moyen réussit rarement dans tous les cas, et pour savoir à quel médicament on doit donner la préférence, il faut être éclairé sur la nature exacte de la maladie que l'on veut combattre.

Un examen clinique minutieux aidé d'antécédents précis fera reconnaître le siège des lésions et renseignera déjà sur leur nature; mais, ces renseignements devront être contrôlés et complétés par le microscope, indispensable en tous cas pour fixer sur la nature des microbes du pus.

Pour notre compte, voici quelle est actuellement notre ligne de conduite.

Si le pus ne contient pas de gonocoques et peu d'éléments figurés (leucocytes et cellules), nous pratiquons des instillations avec la solution aqueuse saturée d'acide picrique (environ 1 p. 100).

Si, en l'absence de tout gonocoque, les éléments figurés sont nombreux, nous avons recours tout d'abord à la solution à 1 p. 200, pour arriver, à la deuxième instillation, à la solution saturée.

Le microscope nous fait-il reconnaître la présence du gonocoque, nous pratiquons alors tout d'abord une instillation de nitrate d'argent à 1 p. 50 ou 1 p. 30; le lendemain, nous instillons une solution d'acide picrique à 1 p. 200, et les jours suivants nous passons à la solution saturée.

Nous agissons de même si le talon de la boule olivaire de l'instillateur ramène un pus mêlé de sang, indice fréquent de granulations; de même encore, si l'instillateur ramène du pus après lavage de l'urètre, car ce pus peut venir, dans ce cas, des glandules qui se vident ainsi, grâce à la compression exercée par la sonde.

Les instillations d'acide picrique, même en solution à saturation, ont l'avantage d'être peu ou pas douloureuses, et de donner une réaction peu intense, souvent même presque nulle. Nous les pratiquons en général tous les 2 jours, d'après le manuel opératoire ordinaire.

Dans tous les cas où le gonocoque était absent (12 fois), nous avons toujours obtenu une guérison complète et rapide avec 4 à 6 instillations; dans un cas seulement, il nous a fallu en pratiquer 8.

Si le pus contient le gonocoque, ou bien s'il existe des granulations ou des lésions glandulaires, le traitement est beaucoup plus long, si l'on n'emploie que les instillations d'acide picrique; mais en pratiquant au début une instillation au nitrate d'argent, ou même en pratiquant deux ou trois, en les alternant avec d'autres à l'acide picrique, l'amélioration est plus rapide et la guérison peut être

obtenue avec 8 ou 10 instillations (4 cas). La cautérisation agit sans doute, ici, en permettant à l'acide picrique une action plus profonde.

Nous avons aussi employé les solutions d'acide picrique dans la blennorrhagie aiguë, mais ici notre expérience est encore insuffisante pour nous permettre d'en tirer des conclusions fermes. Toutefois, nous croyons volontiers aux bons effets signalés par MM. Chéron, Papazoglou et Vigneron. Dans deux cas que nous avons pu suivre de près, nous avons obtenu la guérison en 10 et 12 jours, avec 3 injections par jour de solution à 1 p. 100 pendant les 3 ou 4 premiers jours et de solution saturée pendant le reste du traitement.

Ces blennorrhagies dataient de 24 et 48 heures, et par suite étaient vierges de toute médication.

En employant la solution saturée dès le début, ce qui est parfaitement possible, on obtiendrait sans doute des résultats meilleurs encore.

L'acide picrique n'a contre lui que la ténacité de l'acoloration qu'il donne aux tissus.

Quand il s'agit d'instillations, cet inconvénient n'existe pas, car il est facile d'éviter tout contact avec le liquide.

Pour les injections il n'en est plus de même; les doigts sont presque forcément tachés.

Nous obviions à cet inconvénient en ajoutant à la solution d'acide picrique, 0 gr. 25 p. 100 de borate de soude. La coloration de la peau est alors bien moins intense et moins tenace; un micro-borate de soude à pouvoir colorant moins intense que celui de l'acide picrique lui-même et dont l'action nous a paru cependant à peu près égale.

DR ROCHON.

(Médecine moderne.)

#### Les acnés

**CLASSIFICATION.** — On divise généralement les acnés en deux groupes : 1° acnés inflammatoires (acné inflammatoire proprement dite, acné rosacée, acné hypertrophique, acné atrophique, acné chéloïdienne); 2° acnés non inflammatoires (acné ponctuée, acné cornée, acné miliaire).

**ACNÉ INFLAMMATOIRE.** — Cette affection lente et qui frappe particulièrement les jeunes gens et les jeunes filles, siégeant le plus souvent au front et aux tempes, nécessite un traitement délicat et souvent fort difficile. S'il existe un état diathésique ou constitutionnel, comme l'arthritisme, l'anémie, etc., il faut y parer en employant les médicaments usités dans chaque cas particulier. Il faut aussi songer aux diverses affections du tube digestif qui peuvent provoquer l'acné et les soigner si elles existent. Il faut naturellement recommander d'éviter les écarts de régime et tout particulièrement l'usage de l'alcool.

Comme médicaments internes on recommande : l'arsenic, le perchlorure de fer, la teinture d'hamamélis et d'autres encore. Leur efficacité est à peu près nulle. Pourtant Unna assure obtenir des résultats en faisant prendre à ses malades, matin et soir, dans un peu d'eau, 15 à 50 gouttes de la solution suivante :

Ichthyol 4 à 8 grammes.  
Eau distillée 20 grammes.

Comme traitement local un des procédés les plus efficaces et les plus faciles consiste en lotions très chaudes avec de l'eau additionnée d'eau de cologne ou d'alcool camphré ou mieux avec une solution de sublimé à 1/500, Brocq conseille des lotions avec le mélange suivant :

Sublimé..... 1 gramme.  
Chlorhydrate d'ammoniaque..... 2 à 5 —  
Alcool à 90°..... 100 —  
Eau distillée..... 400 —

On peut aussi employer les lavages au savon noir chez les individus dont la peau n'est pas trop irritable.

Chatelain conseille des lotions bi-quotidiennes avec de l'eau très chaude additionnée, pour un verre, de deux ou trois cuillerées à soupe du mélange suivant :

Sulfure sec de potassium..... } àà 5 grammes.  
Teinture de benjoin..... }  
Eau distillée..... 300 grammes.

Frs. Payne emploie la lotion que voici :

Soufre précipité..... 1 gramme.  
Glycérine..... 12 grammes.  
Eau de chaux..... 18 grammes.  
Alcool camphré..... 5 gouttes.

Hébra fait appliquer pendant la nuit, avec un pinceau, une couche d'une pâte ainsi composée :

Lait de soufre..... 10 grammes.  
Carbonate de potasse..... 5 —  
Extrait de savon de potasse..... 10 —  
Glycérine..... } àà 50 —  
Huile de caryophyllée..... }  
Huile de menthe..... } àà 1 —  
Huile de romarin..... }

On peut faire deux fois par jour des onctions avec une pommade à la lanoline que Hébra formule ainsi.

Iodure de soufre..... 0.60 grammes  
Lanoline..... 30 —

et Chatelain autrement :

Soufre..... 4 grammes.  
Acide salicylique..... 0.25 —  
Teinture de benjoin..... 15 gouttes.  
Vaseline..... } àà 20 grammes.  
Lanoline..... }

Les badigeonnages à l'ichthyol sont généralement bien supportés, de même que les applications de pommade au naphthol à 10 pour 100.

Besnier emploie pendant la nuit la pommade suivante :

Résorcine..... 4 grammes.  
Poudre d'amidon..... } àà 5 —  
Oxyde de zinc..... }  
Vaseline..... 15 —

Pour calmer l'irritation quand elle devient trop intense, Chatelain a recours à la préparation suivante :

Oxyde de zinc..... } àà 3 grammes.  
Sous-nitrate de bismuth..... }  
Vaseline..... 40 —

En dehors du grattage et de la scarification des points malades, de la cautérisation des pustules acnéiques avec le thermo-cautère ou l'électro-cautère, on peut encore employer, mais avec une extrême prudence, les applications tout-à-fait locales de teintures d'iode, d'acide phénique, de nitrate d'argent.

**ACNÉ ROSACÉE.** — En dehors des scarifications linéaires quadrilées, il n'existe aucun traitement.

**ACNÉ HYPERTROPHIQUE.** — Le traitement est exclusivement chirurgical : cautérisations avec le thermo ou le galvano-cautère, scarifications, abrasion.

**ACNÉ ATROPHIQUE.** — La thérapeutique est à peu près impuissante. Pourtant on recommande les alcalins et l'iodure de potassium, les cautérisations avec les caustiques (nitrate acide de mercure) ou l'électro-cautère.

**ACNÉ CHÉLOÏDIENNE.** — On a conseillé la compression permanente, les emplâtres résorcinés à 10 ou 20 p. 100, les cautérisations linéaires profondes.

**ACNÉ PONCTUÉE.** — Siégeant ordinairement à la face, elle est caractérisée par un semis de points noirs, rappelant l'aspect de grains de poudre enchassés dans la peau, et laissant sortir par pression un petit filament d'un blanc grisâtre appelé comédon.

Le traitement doit d'abord provoquer par pression localisée l'issue des comédons, puis on fait un lavage alcoolique pour dissoudre les substances grasses; on peut faire ensuite des lotions alcalines. Hardy recommande la suivante :

Borate de soude..... 10 à 15 grammes.  
Eau..... 300 —  
Unna recommande de faire des onctions matin et soir avec une des pommades suivantes :

- 1° Kaolin..... 4 grammes.  
Glycérine..... 3 —  
Acide acétique..... 2 —  
(Fermer les yeux pendant l'application.)  
2° Lanoline..... }  
Onguent simple..... } à 10 grammes.  
Chlorure de calcium liquide..... }  
Eau oxygénée..... }  
Soufre précipité..... 4 grammes.  
3° Eau oxygénée..... 20 à 40 —  
Vaseline..... 20 —  
Lanoline..... 10 —

Cette dernière préparation amène une décoloration rapide des comédons.

ACNÉ CORNÉE.—Chatelain conseille d'avoir recours à l'une ou à l'autre des pommades suivantes employées en onctions très localisées :

- 1° Acide salicylique..... 1 gramme.  
Vaseline..... 30 —  
2° Acide tartrique..... 1 —  
Vaseline..... 40 —  
3° Acide tartrique..... 1 —  
Glycérine..... 30 —

ACNÉ MILIAIRE.—Chatelain conseille d'énucléer chaque élément après avoir ouvert sa loge avec la pointe d'un bistouri fin ou d'un scarificateur ; on peut ensuite cautériser la poche avec une solution d'acide chromique ou de la teinture d'iode.

(L'Indépendance Méd.)

**L'allaitement chez les femmes enceintes**

Le Dr Poux a publié dans le *Languedoc Médico-chirurgical* un mémoire sur cette question, fortement documenté, et qui lui a permis de conclure en ces termes :

1° Le lait d'une femme enceinte n'est nullement un poison pour son enfant, comme le veut encore le public.

2° La simple apparition d'une grossesse chez une femme qui allaite, (surtout si cette femme est la mère) ne sera pas une cause absolue de sevrage ou de changement de lait.

3° Lorsqu'il y aura une indication quelconque à continuer l'allaitement maternel, maladie fébrile du nouveau-né, évolution dentaire, diarrhée, jeune âge de nourrisson, chaleurs de l'été, etc., la mère devra poursuivre l'allaitement malgré une grossesse de 4, 5, 6 mois, et même plus, s'il n'y a pas d'autre contre-indication.

La seule réserve qui doit être faite, c'est la diminution du lait chez quelques femmes lors du début d'une nouvelle grossesse, mais on sait aujourd'hui, que tout allaitement bien dirigé, doit être surveillé "la balance à la main" on s'apercevra ainsi rapidement, de l'insuffisance du lait de la mère et on y remédiera par le lait stérilisé. Grâce à ce moyen on pourra éviter le biberon à nombre d'enfant (14,0/0 d'après M. Sutils), on diminuera donc d'autant la mortalité infantile qui, bien qu'atténuée par l'emploi du lait stérilisé, reste encore élevée.

(Abeille Méd.)

**Un nouveau cas de menstruation précoce**

M. le Dr Plumb, de Nebraska, rapporte dans le *New York Med. Journ.* un cas curieux de menstruation précoce. Il s'agit d'une enfant actuellement âgée de dix mois, qui eut pour la première fois ses règles à six mois ; depuis lors, l'écoulement sanguin s'est reproduit pendant deux jours toutes les six semaines.

Quand cette enfant vint au monde elle pesait neuf livres. Ses organes génitaux externes avaient la dimension de ceux d'une fillette de huit ou neuf ans, et leur forme et leur développement rappelaient ceux d'une jeune femme de quinze ans ; ils étaient recouverts d'une abondante végétation de poils frisés de couleur châtain foncé.

Le clitoris était plus grand que celui de la plupart des femmes, il avait environ 1 pouce  $\frac{1}{4}$  de long et 3 lignes d'épaisseur, et était enveloppé d'un capuchon qui s'étendait sur le tiers de l'organe. Sur la tête, les cheveux châtain atteignaient une longueur de trois ou quatre pouces. Les mamelles avaient un diamètre de 1 pouce  $\frac{1}{2}$  et faisaient une saillie d'un  $\frac{1}{2}$  pouce ; en leur centre elles portaient un mamelon rose d'une longueur d'un  $\frac{1}{4}$  de pouce. L'expression du visage de l'enfant était nettement féminine et semblait celle d'une fillette délicate de douze ans.—(Ibid.)

**De l'iodure d'arsenic chez les enfants lymphatiques ou scrofuleux (1)**

Par enfants lymphatiques ou scrofuleux M. Rousseau-Saint-Philippe, de Bordeaux, entend non pas des enfants atteints de tuberculose osseuse ou ganglionnaire, mais des enfants simplement strumeux, ayant une tendance diathésique aux impétigos à répétition, aux eczémas chroniques, aux stomatites, aux perlèches, aux ophtalmies, aux bronchites chroniques avec bronchorrée, aux entérites chroniques avec gros ventre, hypercrinie gastro-intestinale, oxyures.

La résistance des lésions locales aux traitements par les topiques montre bien que chez ces malades c'est l'état général qu'il faut traiter ; si l'on se contente de traiter localement les lésions, elles récidivent avec une ténacité désespérante, soit ailleurs, soit *in situ*.

L'iode est depuis longtemps employé, dans ces cas, contre l'état général ; mais l'iode métallique, l'iodure de potassium sont difficilement tolérés par les enfants ; l'iodure de fer n'est pas assez riche en iode. Notre confrère a eu l'idée d'employer l'iodure d'arsenic. Les résultats ont été très satisfaisants. Pour pouvoir efficacement les apprécier, il a supprimé, chez les enfants traités, tout traitement local autre que les lavages à l'eau bouillie, et cependant leurs dermatoses guérissaient. Il emploie l'iodure d'arsenic en solution dans l'eau ; cette solution doit être faite à froid pour éviter la décomposition partielle du produit. On donne par jour de 1 à 20 gouttes de la solution à 1 0/0 selon l'âge du petit malade, en commençant par de petites doses produisant des phénomènes d'intolérance tels que diarrhée, inappétence, insomnie, agitation ; il suffit alors d'interrompre la médication quelques jours et de la reprendre ensuite. Les résultats sont parfois merveilleux.

**Traitement de la pyosalpingite par la ponction aspiratrice et l'usage interne du sublime**

M. Morre Madden, de Dublin, se loue beaucoup, dans les cas de pyosalpingite chronique de l'aspiration du pus à travers le cul-de-sac postérieur du vagin. Voici du reste sa technique, d'après la *Semaine médicale*.

La femme ayant été endormie et placée sur le flanc gauche, on pratique d'abord le toucher rectal pendant qu'un aide abaisse l'utérus en comprimant l'abdomen au dessus de la symphyse pubienne. De cette façon on parvient à sentir nettement les ovaires et les trompes et à constater l'existence d'une collection tubaire en forme de boudin pouvant s'étendre latéralement dans le sens des ligaments larges, ou bien se diriger en arrière, vers le cul-de-sac de Douglas. Après avoir déterminé ainsi la position exacte du foyer tubaire, on le ponctionne. Pour cela, on introduit dans le vagin, en se guidant sur l'index de la main gauche, une longue aiguille creuse reliée à un aspirateur ; cette aiguille pénètre, à travers le cul-de sac postérieur du vagin, dans l'arrière cavité du Douglas. L'index étant ensuite in-

(1) Communication à l'Académie Médecine de Paris.

troduit dans le rectum, on s'en sert pour diriger l'aiguille vers la partie la plus saillante du kyste, au niveau de laquelle on produit la ponction. On aspire le pus, on lave la poche avec une solution antiseptique, on retire l'aiguille, et on insuffle de l'iodoforme dans le vagin.

Consécutivement on pratique des injections vaginales d'eau phéniquée chaude.

M. Morre Madden prescrit aussi à titre d'antiseptique interne et d'altérant la formule suivante :

Sublimé..... 0 gr. 05 centigr.  
Teinture de quinquina composée... 25 grammes.

F. S. A.—A prendre : dix gouttes dans de l'eau après chaque repas.

Si la poche se remplit de nouveau, on fait une seconde ponction aspiratrice et on répète cette opération jusqu'à ce que la trompe soit complètement revenue à ses dimensions normales.

(Gazette de Gynécologie)

#### Traitement de la coqueluche par la resorcine

Par le DR LEURIAUX.

D'après l'auteur, le traitement de la " coqueluche " doit être purement " local " et antiparasitaire et consister en insufflations intranasales, d'une poudre composée dont voici la formule: sulfate de quinine, 4 grammes; résorcine, 1 gramme; sucre blanc pulvérisé, 25 grammes. Cette poudre doit être impalpable et conservée à l'abri de l'air, car elle s'altère rapidement.

Ces insufflations, renouvelées cinq ou six fois par jour, doivent être faites prudemment et seulement " après une quinte ".

L'auteur du traitement insiste sur ces points: " avec prudence " parce qu'une insufflation de force détermine généralement un accès de toux et le rejet, par conséquent, de la poudre insufflée; " après une quinte ", parce qu'alors les fosses nasales étant libres, les surfaces sont débarrassées de leur sécrétion.

Ce traitement est, en même temps, " préventif ", car on peut éviter toute contamination, si l'on a la précaution de recourir à ces insufflations, aux enfants encore indemnes, mais souvent en contact avec d'autres atteints de la coqueluche.

Quant aux autres affections considérées comme la complication ou la conséquence de la coqueluche, on doit les traiter par les procédés ordinaires recommandés par tous les praticiens.

(Gazette Méd. de Liège)

#### Traitement de l'embaras gastrique fébrile des enfants

On désigne aujourd'hui cet état sous le nom de *fièvre de digestion*. Voici comment il est décrit et traité par M. Comby.

Les accès peuvent revenir tous les soirs ou seulement de temps à autre, avec des écarts plus ou moins longs, qui varient de quelques jours à une, deux, trois, quatre semaines et davantage.

Le plus souvent la fièvre est modérée; le thermomètre marque 38° ou 38°5, quelquefois cependant l'accès est très fort (40°, 41°) et prolongé; au lieu de quelques heures, il dure un, deux ou trois jours, les grands accès ne se voient que dans les formes à retours éloignés.

Quand on a étudié les enfants qui présentent ces accès fébriles, on voit qu'ils n'ont rien du côté du foie et de la rate, qu'ils ne sont pas sous le coup de l'infection palustre.

Mais leurs digestions laissent à désirer; il y a de la constipation habituelle, de l'anorexie plus souvent que de la boulimie, de la polydipsie presque toujours, quelquefois des selles fétides. La langue est généralement saburrale.

Contre cet état, ce qu'il faut avant tout, c'est instituer un régime régulier, dans lequel les aliments seront choisis avec soin et les boissons peu abondantes. Ces enfants étant toujours constipés, pour

compléter l'effet du régime, on donnera, pendant plusieurs jours, une petite dose de magnésie ou de rhubarbe associée à quelques substances antiseptiques. M. Comby prescrit fréquemment, pendant 8 ou 10 jours consécutifs, des cachets ou des paquets contenant :

Bicarbonate de soude..... 0 gr. 30 centigr.  
Magnésie calcinée..... 0 gr. 25  
Benzo-naphtol..... 0 gr. 20  
Pepsine..... 0 gr. 10  
Poudre de noix vomique..... 0 gr. 02 à 0,03 cent

Pour un paquet : en prendre deux par jour, avant le repas, dans une cuillerée à café de lait ou d'eau sucrée.

Autre formule :

Bicarbonate de soude..... 0 gr. 20 centigr.  
Magnésie calcinée..... } à 0 gr. 15  
Rhubarbe..... }  
Pancréatine..... 0 gr. 05  
Poudre de noix vomique..... 0 gr. 02 centigr.

Même mode d'administration.

S'il y a de la diarrhée, on remplace, dans ces formules la magnésie et la rhubarbe par le *salcylate de bismuth*.

Quand l'enfant a la langue saburrale, on lui donne le calomel à doses fractionnées ;

Calomel à la vapeur..... 0.01 à 0,02 centigr.  
Sucre de lait..... 0,50 centigr.

pour un paquet, en prendre 4 ou 5 dans la journée (un toutes les 2 heures), pendant 3 ou 4 jours.

Quand la constipation persiste, on donne des suppositoires creux au beurre de cacao, contenant 1 gramme de glycérine, ou des suppositoires en glycérine solidifiée.

Comme moyen plus sûr, on peut recommander l'usage des petits lavements de *glycérine pure*, une cuillerée à café dans une seringue urétrale à monture en caoutchouc durci.

(Journal de Méd. de Paris)

#### Les bains sinapisés dans la broncho-pneumonie des enfants

M. Desmons (de Ronchin) est un adepte fervent de l'emploi des bains chauds dans la bronchopneumonie des enfants et les résultats obtenus lui ont permis d'acclimater cette pratique dans une clientèle de campagne, où cependant les préjugés contre l'emploi de l'eau sont souvent fort grands. Dans un cas d'une gravité toute spéciale il a abandonné les bains chauds pour les bains sinapisés, et n'a eu qu'à s'en louer. Voici, du reste, le résumé de l'observation.

Une enfant, âgée de quatre ans et demi, habitant un village où sévissait une grave épidémie de rougeole, est prise de cette affection. Tout paraissait se comporter d'une façon ordinaire quand le 5, dans la soirée, la température s'éleva à 39° et la respiration devint plus rapide. La situation s'aggrava dans la nuit et vers 3 heures du matin, la petite malade était dans un état absolument désespéré: température 41°6, respiration très rapide, délire, face cyanosée, impossibilité absolue de rien faire absorber.

A 4 heures on donne un bain à 35° avec 250 gr. de farine de moutarde et on le prolonge pendant dix minutes. Après ce premier bain il semble que l'état général est un peu meilleur, la température a baissé un peu, mais, rapidement, les symptômes alarmants reparaisent. A 5 heures, c'est-à-dire une heure après le premier bain, on en donne un deuxième pareil au premier: nouvelle amélioration, on peut faire boire la petite malade. A 6 heures, un troisième bain semblable: l'amélioration s'accroît. A 7 heures, quatrième bain après lequel la respiration se ralentit, le délire cesse, la petite malade reconnaît les personnes qui l'entourent et boit bien, le thermomètre marque 39°4, il avait donc baissé de plus de deux degrés en trois heures. Les bains sont continués avec un intervalle de deux heures; dans l'après-midi, la température était de 38°5, la respiration plus facile, l'état général bon; en un mot, la petite malade était sauvée grâce aux bains tièdes sinapisés fréquemment répétés.

A la suite de ces bains, l'amélioration s'est maintenue et deux jours après l'enfant était tout à fait en convalescence. (Bull. méd.)

**Traitement des metrorrhagies par l'acétate d'alumine**

On sait depuis longtemps que l'acétate d'alumine est doué de propriétés antiseptiques et qu'il est dépourvu de toxicité ; mais son seul emploi, encore très restreint, s'était borné au pansement des plaies et blessures. Un auteur allemand, Halenscher, a eu l'idée de l'employer en thérapeutique gynécologique, sous forme d'injections intra-utérines.

L'acétate d'alumine posséderait une action astringente telle qu'aussitôt après son introduction dans la cavité utérine, celle-ci se contracte très énergiquement, au point de gêner le retour de la canule et que le vagin lui-même devient difficilement perméable au doigt.

Quatre ou cinq injections seraient suffisantes, pour avoir raison des hémorrhagies les plus rebelles. On se servira de la seringue de Bram où d'une seringue ordinaire, à laquelle on adaptera un tube de caoutchouc très aseptique et qu'on guidera dans la cavité utérine. On injecte environ 30 à 40 centimètres cubes. L'auteur a eu recours à cette méthode de traitement un assez grand nombre de fois et n'a jamais eu à enregistrer d'accidents.

(Journal des Praticiens)

**Symptômes premonitoires de l'osteomalacie**

D'après M. le Dr RISSMANN (du Hanovre)

M. Rissmann décrit 3 groupes de symptômes qui peuvent permettre le diagnostic précoce de l'ostéomalacie avant que le ramollissement des os soit sensible. Ce sont :

- 1° La sensibilité des os à la pression, surtout de la colonne vertébrale au voisinage de la région lombaire ;
- 2° Les phénomènes parétiques portant sur différents muscles du bassin et de la cuisse et qui, à un degré plus prononcé, se traduisent par la démarche vacillante du malade, "comme une oie";
- 3° Les douleurs subjectives spéciales, de nature ostalgique ou névralgique.

L'exagération des réflexes tendineux signalée dans l'ostéomalacie est peu importante et inconstante ainsi que la contracture du releveur de l'anus et des adducteurs. Le phosphore a donné des résultats complets et l'auteur croit que le traitement appliqué énergiquement et à temps peut éviter cette grave affection.

(Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.)

**FORMULAIRE**

**Collutoires contre les aphtes des enfants**

On touchera les ulcérations quatre ou cinq fois par jour avec un pinceau trempé dans l'un des collutoires suivants :

Borate de soude.....	4 grammes.
Teinture de myrrhe.....	8 —
Sirop de mûres.....	60 —

ou :

Borax.....	4 —
Teinture de benjoin.....	2 —
Eau distillée.....	10 —
Sirop de miel.....	20 —

ou :

Chlorure de chaux.....	3 —
Miel.....	20 —

**Formulaire du trional**

On peut commencer, le premier soir seulement, par une dose plus massive : 1 gr. 50, réduire dès le lendemain à 1 gr. Continuer cette dose, chez les maniaques aliénés, la dose ordinaire est 2 gr.

Faire prendre le *Trional* en cachets, en même temps qu'une tasse de liquide aussi chaud que possible,  $\frac{1}{2}$  d'heure avant de se coucher. Si la médication se prolonge, prescrire au cours de la journée une bouteille d'eau gazeuse, et suspendre le traitement un jour ou deux par semaine.

Dans les insomnies provoquées par douleur intense, associer le *Trional* à la Morphine, Codéine, Phénacétine, etc.

Trional.....	1 gramme.
Morphine.....	0 — 01

ou :

Trional.....	1 gramme.
Codéine.....	0 — 025

ou :

Trional.....	1 gramme.
Phénacétine.....	0 — 50

Le *Trional* a été employé avec succès pour combattre la morphinomanie (Krafft-Ebing) et les terreurs nocturnes des enfants (Claus).

**Traitement du nez rouge**

Pratiquer des lotions chaudes au savon à l'ichthyol.

Pour la nuit, appliquer ; soit une pommade à l'ichthyol à 10 ou 20 p. c., soit la pommade suivante :

Lanoline.....	15 grammes.
Vaseline.....	6 —
Oxyde de zinc.....	5 —
Soufre précipité.....	2 —

**Solution pour désinfecter les locaux**

Solution de formol à 40 p. 100.....	40 grammes.
Créosote de hêtre.....	10 —
Essence de térébentine.....	25 —
Menthol.....	4 —

M. S. A.

Verser de XX à XXX gouttes de ce mélange sur une pelle préalablement chauffée.

(Journal de méd. de Paris)

**Interets professionnels**

**Laboratoire du Collège des médecins**

Nous lisons ce qui suit dans la *Presse* du deux mai dernier :

" M. Minier, chimiste et pharmacien de la marine française s'est embarqué, au Havre, samedi dernier, pour revenir au Canada, et y demeurer.

" M. Minier nous revient, après avoir passé un an à Paris, où il s'est mis pleinement au courant des dernières données de la science de la chimie et de l'art pharmaceutique. Il sera ici le directeur du Laboratoire du Collège des Médecins. Et cette nouvelle œuvre de préparation scientifique à la pratique de la médecine, due à l'initiative de l'un de nos médecins les plus éminents, le docteur J. M. Beausoleil, touche à sa réalisation.

" Il y a longtemps que les membres du Collège des Médecins de la province de Québec désiraient, préconisaient, l'installation sous leurs auspices, d'un laboratoire qui eût compris un outillage suffisamment complet pour donner aux différents cours de physique et de chimie toute la portée pratique et manipulative que doivent comporter ces sciences. Ce désir sera accompli, pour le plus grand bien des étudiants qui trouveront, à ce laboratoire, outre des cours très-pratiques de chimie, physique, éléments de bactériologie, etc., les appareils les plus récents nécessaires à leurs études.

" Quant à M. L. Minier, c'est un ancien pharmacien de la marine française, beau-frère du marquis de Moüy, conseiller d'Etat, fils de l'ambassadeur du même nom, et du prince Lougounine, le savant et millionnaire chimiste russe.

" Il se trouve plus que personne, qualifié, pour la direction d'une semblable entreprise."

D'ordinaire, les journaux politiques s'occupent fort peu des affaires du Collège des Médecins, aussi vu la nature, l'allure et le ton de l'information ci-dessus, est-il permis de croire "qu'un de nos médecins les plus éminents" n'est pas étranger à sa rédaction.

Comme ballon d'essai ou engin d'élection, cet entrefilet serait d'un comique fort réussi : un vicomte en quête de dot américaine ne

saurait rêver réclame plus alléchante. Pensez donc si on doit être savant et "plus que personne, qualifié, pour la direction d'une semblable entreprise" quand on compte dans sa famille, des princes, des marquis, des ambassadeurs et même... des millionnaires.

Cependant, la nouvelle que M. Minier sera ici le Directeur du Laboratoire du Collège des Médecins nous rend sérieux !

Où est-il établi ce laboratoire ?

Quand a-t-il été fondé ?

Par quelle autorisation ?

Autant de questions auxquelles les rapports officiels du Bureau ne sauraient donner de réponses.

Aurions-nous bientôt une seconde édition de la fameuse histoire de la Bibliothèque ?

Le Bureau du Collège a toujours été considéré comme un *corps administratif*, chargé de surveiller les intérêts généraux de la profession, mais nous ignorions qu'il fut aussi un *corps enseignant*. Ignorance justifiable, après tout, les statuts, règles et règlements du Collège, ne mentionnant pas ce pouvoir de faire concurrence aux Séminaires et aux Universités.

Remarquons le bien, il ne s'agit pas ici de fonder un laboratoire d'analyses chimiques et de recherches bactériologiques, mais de faire donner aux étudiants, sous les auspices du collège, des *cours de physique*, matière des cours classique, de chimie et de bactériologie, sciences enseignées dans les Universités. Sera-ce aux dépens du Bureau ? on se garde bien de jeter aucune lumière sur ce point important. Et pour cause : qu'arriverait-il si les étudiants de Québec réclamaient les mêmes avantages que ceux de Montréal, et les étudiants anglais un professeur parlant leur langue ? Une fois lancé dans cette voie pourquoi ne pas enseigner l'anatomie, la botanique, l'histoire sainte et la géographie ?

Nos gouvernants, espérons-le, n'outrepasseront pas leurs pouvoirs de cette façon. Dix-sept collèges classiques et quatre écoles de médecine répondant amplement aux besoins des étudiants.

La fondation d'un laboratoire à l'usage des membres du Collège serait chose utile, tous l'admettent ; serait-elle opportune ? C'est une question à discuter. Aujourd'hui, plusieurs de nos hôpitaux ont des laboratoires, suffisamment outillés pour répondre aux exigences de la profession. Ici, à Québec, Laval vient d'ouvrir un laboratoire, sous la direction de l'abbé Filion et du Dr Rousseau qui ont passé plus d'un an à Paris pour se mettre au courant des dernières données de la science.

Au moyen d'une légère subvention annuelle, le Collège pourrait peut-être assurer à ses membres les services de ces institutions scientifiques, et rendre, pour les médecins éloignés de Montréal, les examens requis plus expéditifs, ce qu'il importe de ne pas perdre de vue si on vise à des résultats pratiques.

Dans deux mois, nous aurons l'assemblée triennale, ce sera alors le temps de considérer et étudier le projet. L'opinion des administrés doit compter pour quelque chose aux yeux des administrateurs, et le Bureau ne saurait prendre, déceimment, de décision avant d'avoir entendu les intéressés.

Un point sur lequel tout le monde sera d'accord est le suivant : Si le Collège fonde un laboratoire son Directeur devra être un *médecin canadien* !

Quand nous avons parmi nous une pléiade de jeunes gens, formés à l'école des Virchow, des Cornil, des Pasteur, des Roux, etc., il serait injuste, inconséquent et antipatriotique de leur préférer des étrangers qui semblent compter sur la hauteur de leur arbre généalogique pour s'implanter dans le pays et se tailler des rentes au détriment des nôtres.

Les pharmaciens avec les pharmaciens !

Les médecins avec les médecins !

L. J. O. SIBOIS, M.-D.

St-Ferdinand d'Halifax, 9 mai 1898.

### La prochaine Election et le registraire du Collège des Médecins et Chirurgiens de Québec

(Du *Montreal Medical Journal*)

L'agitation en faveur de réforme dans le mode de représentation du Collège augmente continuellement, et maintenant il n'y a aucun doute que si l'intérêt qu'on a pris à cette question continue, l'assemblée des membres en juillet en arrivera à un changement complet et radical dans la manière de conduire les affaires ; mais il faut travailler jusqu'au dernier moment, et, en autant que, suivant les méthodes actuelles, les procurations des membres absents de l'assemblée peuvent jouer un rôle aussi important, il est absolument nécessaire de ne pas manquer de vigilance, et les membres doivent s'assurer si leurs procurations sont entre des mains sûres. C'est là, il nous semble le côté le plus sérieux du problème des procurations. A tout point de vue, c'est une question qui demande réforme, ce pouvoir par lequel le Régistraire du Collège entre les mains de qui toutes les procurations doivent passer pour l'enregistrement, doive lui-même, quoique étant un officier payé du Bureau des gouverneurs, être de ceux dont l'élection dépend du vote requis aux élections. Cet état de choses place cet officier dans une position des plus défavorables, car s'il arrive qu'au jour de l'élection on trouve les procurations invalides, soit en raison de paiements non complets ou d'autres causes, cela ouvre une voie à accusation contre lui, à savoir qu'il a, pour des raisons personnelles, négligé de donner aux membres avis de leur état de compte, et qu'il se trouve ainsi à manquer aux privilèges des membres. C'est là la plus petite charge qu'on pourrait faire contre un officier ainsi payé, dont la position dépend du système actuel de votation, et nous nous proposons dans un numéro subséquent de toucher aux autres points de cette source de dangers.

Somme toute, le principe de faire choix d'un Régistraire comme il se pratique aujourd'hui est absolument défectueux ; comme dans la Mère Patrie, le Régistraire dans cette Province devrait être un officier permanent dont la position serait en aucune manière affectée par le vote des membres ; sans doute, il n'est pas nécessaire que cet officier soit un membre de la profession, car sa position est strictement celle de *SECRETARE ACTIF* ou *RECORDEUR* des minutes du Collège. En tout cas, il serait mieux qu'il n'eût aucun vote dans le Bureau. On peut certainement dire avec vérité que le discrédit avec lequel la profession voit actuellement le Collège et la présente agitation pour des réformes, ont été entièrement amenés par cette première pièce de législation erronée, par laquelle le Régistraire payé travaille pour sa réélection tous les trois ans, et est lui-même un membre actif du Bureau.

Nous voudrions fortement démontrer aux membres de la profession dans cette Province, l'opportunité d'introduire d'autres réformes à la prochaine assemblée de juillet, et de modifier la position du Régistraire.

P. V. F.

(Du *British Medical Journal*)

Il se fait actuellement une agitation active contre la constitution présente du Collège des Médecins et Chirurgiens de Québec, l'autorité dirigeante et qui a le contrôle des licences de cette province. Sous la constitution présente le Collège est formé de représentants élus par vote, et ce vote peut être donné par procuration, de telle façon que jusqu'ici il a été possible de réunir des procurations en blanc, portant tout simplement la signature du membre, et de remplir ensuite ces procurations pour contrôler ainsi les élections.

Pour prévenir un tel abus dans l'avenir, on propose maintenant que la Province soit divisée en districts électoraux, chaque district élisant ses propres représentants, au lieu de voir la profession entière voter sur un seul "ticket".

Il faut espérer que l'agitation réussira, car il n'est pas au bon crédit de la profession qu'il puisse se rencontrer quelques prises à des actes douteux en rapport avec la position de son corps gouvernant.

P. V. F.

**La valeur réelle de la méthode de Brand (bains froids) dans le traitement des fièvres typhoïdes**

(Suite et fin)

Voyons maintenant les proportions des accidents qu'on rencontre dans cette maladie avec et sans les bains froids.

**HÉMORRAGIE.**—Variable selon les épidémies.

Le tableau suivant résume bien la fréquence de cet accident :

SANS BAINS FROIDS			
	Cas	Hémorragies	Par cent
Liebermeister	861	72	8.4
Griesinger	600	32	5.3
Wunderlich, jr.	98	2	.2
<b>Total</b>	<b>1559</b>	<b>106</b>	<b>5.2</b>

AVEC BAINS FROIDS			
	Cas	Hémorragies	Par cent
Liebermeister	882	55	6.2
Immermann	146	6	4.1
Wunderlich, jr.	155	16	10.3
<b>Total</b>	<b>1183</b>	<b>77</b>	<b>6.8</b>

On peut ajouter les statistiques suivantes, d'Amérique : Wilson, avec les bains froids, compte 10 hémorragies sur 140 cas, c'est-à-dire sept par cent ; et Osler en rencontre 12 cas sur 299 malades. Il est cependant juste de rappeler que Goltdammer d'après 20,000 observations conclure que le bain froid n'augmente pas le nombre des hémorragies. Brand prétend qu'elles sont moins fréquentes, ainsi que Tripier et Bouveret ; mais Roland Oj. Curtin nous dit que d'après des recherches il a trouvé que depuis que le traitement par les bains froids a été institué le nombre des cas d'hémorragie a augmenté considérablement, suivant les tableaux fournis par les hôpitaux, et en outre la mortalité dans ces cas a été grandement augmentée.

**RECHUTES.** — Il est admis même parmi les partisans de la méthode de Brand que les rechutes sont plus communes sous ce traitement que sans lui, quoique les statistiques de ces cas soient bien changeantes.

Liebermeister dit : "Dans Basel, avant l'introduction de ce traitement, 861 malades des fièvres typhoïdes nous donnèrent 64 rechutes, ou 7.4 par cent, dont deux furent fatals ; après l'institution du traitement, sur 882 malades il y eut 86 rechutes, ou 9.8 par cent, parmi lesquels 10 moururent. " Il me semble, cependant, que la "proportion des rechutes et le nombre des morts sont tous deux "augmentés avec l'usage des bains froids.

Biermer a trouvé lui aussi les rechutes plus fréquentes depuis l'introduction des bains froids.

**PERFORATION.** — Presque tous les auteurs s'accordent à reconnaître un pourcentage à peu près égal de cette complication, avec ou sans le bain froid.

**DURÉE DE LA MALADIE.**—L'influence du bain froid sur la durée de la maladie semble être de la prolonger, telles que le prouvent les statistiques de Liebermeister, Murchison, Flint et Gilman Thompson.

Pour résumé, nous trouvons que de nos jours la mortalité pour la fièvre typhoïde dans tout l'univers, excepté pour des épidémies exceptionnellement malignes, ne dépasse pas 15 par cent, et si les malades reçoivent une nourriture appropriée et un traitement inoffensif, elle est d'environ 10 par cent.

Que cette méthode de Brand ne raccourcit pas l'attaque mais probablement la prolonge.

Que les rechutes sont beaucoup plus fréquentes sous ce traitement.

Que les hémorragies sont plus fréquentes, quand en réalité la modification de tous les symptômes par les bains froids nous porterait à espérer une diminution dans leur fréquence.

Que le nombre des perforations n'est pas diminué.

La méthode de Brand toutefois a un effet favorable sur le système nerveux, sur la circulation, la respiration et sur la toxémie. Mais quels sont ses défauts.

" Tout d'abord il me semblerait que ce soit un temps opportun pour protester contre l'application presque universelle du bain froid à cette maladie.

Il est, ou il devrait y avoir, une règle fondamentale de thérapeutique, à savoir qu'il n'y a pas de traitement par des lois sévères et promptes à appliquer par routine.

La recommandation que tous les cas de fièvre typhoïde avec une température de 102° à 102.5° F doivent être placés dans un bain d'eau à 65° ou 70° F est une injure à cette règle. Tant que tous les êtres humains ne seront pas exactement semblables dans chaque attribut et dans leurs caractères, tant que tous les micro-organismes ne posséderont pas une égale virulence, un même pouvoir de multiplication, d'accroissement, chaque cas de maladie infectieuse vu par le médecin demandera une étude attentive s'il veut obtenir les meilleurs résultats.

Que dire du bain appliqué quand la température est élevée, quand il y a grande faiblesse ou grande sensibilité, quand il fait naître des douleurs rhumatismales dans les membres, quand il y a otite, ou néphrite, ou affection laryngienne, ou une faiblesse cardiaque ?

Enfin le Dr Hare a fait usage d'éponges froides sous une forme plus ou moins stricte pendant ces dix dernières années dans ses salles d'hôpital chaque fois que c'était nécessaire, et a rarement, si jamais fait usage du bain froid. Ses résultats aux hôpitaux Ste-Agnès et Jefferson suggèrent les règles suivantes à établir pour le traitement des fièvres typhoïdes :

1. Quand le malade est admis au commencement avec constipation ou une diarrhée modérée, le médecin doit donner une bonne dose de calomel à doses fractionnées pour stimuler le foie et aseptiser l'intestin avec la bile.

2. Contrôlez la fièvre quand elle atteint 102° F par les éponges froides. Après avoir glissé le malade sur un drap imperméable, on doit l'éponger avec de l'eau à température convenable pour ses besoins, et on doit se rappeler que l'application rapide d'une température basse est plus rafraîchissante que l'application prolongée d'une température plus élevée. Le principal avantage de l'éponge froide est le choc et la réaction.

3. Il est à conseiller non-seulement de faire usage de friction sous une forme légère, mais aussi d'un massage modérément actif avec les mêmes objets en vue que lorsqu'on entreprend la cure par le repos. Nous sommes fermement convaincus que par ces moyens les plaies de lit, les congestions et les effusions locales, les gonflements oedémateux, les douleurs des nerfs périphériques et la faiblesse musculaire seront grandement diminuées et Pospische a démontré que l'irritation mécanique de la peau est capable d'augmenter la déperdition de la chaleur de 95 o/o.

4. Dans presque tous les cas donnez plus de nourriture que le malade des fièvres typhoïdes en a eu d'ordinaire dans le passé. A l'exception des bouillons (qui sont des milieux de culture pour le bacille de la fièvre typhoïde) et des viandes presque tout article de digestion facile devrait être permis, tel qu'un ou deux ou plus d'œufs légèrement bouillis, amidon, arrowroot, etc.

5. Donnez des stimulants à doses soigneusement graduées cha-

que fois que la circulation le demande, en particulier l'alcool. Même les partisans enthousiastes du bain froid donnent le whiskey pour vaincre la dépression qu'il produit souvent. En dehors de ces directions chaque cas devrait être traité pour les symptômes qui surviennent de temps en temps. Que le médecin soit constamment un surveillant et un thérapeute ou un hydrothérapeute seulement à mesure que la nécessité le demande." P. V. F.

#### Petite Chirurgie

Par M. A. TROUSSEAU, Médecin en chef de la clinique des Quinze-Vingts, Paris.

Dans la pratique de l'ophtalmologie; à côté des grandes opérations que, seul, le spécialiste est à même de pratiquer, il est différentes manœuvres que doit savoir exécuter le praticien un peu exercé, et soucieux d'apporter une assistance éclairée aux malades atteints des maladies des yeux les plus fréquentes.

Avant d'aborder toute intervention, le médecin doit posséder l'instrumentation nécessaire et bien en connaître le maniement; il doit savoir aussi pratiquer l'anesthésie oculaire, et faire rigoureusement l'asepsie et les pansements spéciaux.

Je me propose aujourd'hui de lui donner à ces divers points de vue, les indications nécessaires.

#### INSTRUMENTS.

Voici d'abord quels sont les instruments dont tout médecin devrait être muni.

Les boîtes fournies par les marchands d'instruments de chirurgie contiennent un grand nombre d'outils inutiles, que les spécialistes eux-mêmes n'ont que rarement l'occasion d'employer. Les objets indispensables sont assez peu nombreux, et d'un prix modeste; en voici la liste:

- 1° Deux petits bassins, dont un en forme de rein destiné à être placé dans l'oreille du sujet, et à recueillir les liquides qui s'échappent après lavages des paupières, ou des culs-de-sac conjonctivaux;
- 2° Un laveur des culs-de-sac conjonctivaux. Je recommande l'emploi d'un bock en verre ou émaillé, de 2 litres, auquel s'adapte un tuyau de caoutchouc terminé par une canule en verre, qu'on pourra remplacer pour les grandes irrigations des culs-de-sac, par un entonnoir-laveur de Kalt, très analogue à un spéculum. Ce laveur consiste en un tube d'ébonite de la grosseur d'un porte-plume, terminé par un pavillon à angle droit, dont le diamètre varie suivant l'âge du sujet (11 millimètres de diamètre pour les nouveaux nés).
- 3° Cinq ou six petits pinceaux blaireaux destinés à une cautérisation de la conjonctive;
- 4° Deux ou trois releveurs des paupières: un pour les adultes, un ou deux pour les enfants;
- 5° Un blépharostat externe;
- 6° Une pince à disséquer;
- 7° Un ou deux petits bistouris droits;
- 8° Une plaque en corne destinée à protéger le globe, en cas d'opération sur la paupière et sur laquelle celle-ci peut être étalée. Par une pression suffisante exercée par la plaque sur la paupière, on peut éviter les hémorragies si abondantes, qui gênent l'opérateur dans les interventions sur cette région.
- 9° Une pince de Desmarres pour l'enlèvement des chalazions;
- 10° Deux paires de ciseaux courbes et droits;
- 11° Une seringue de Strauss, pour les injections de cocaïne;
- 12° Des fils de soie plate bien désinfectés et cinq à six aiguilles courbes;
- 13° Une pince à épiler les cils;
- 14° Un scarificateur de Desmarres;
- 15° Deux à trois pinces hémostatiques à forci-pression;
- 16° Une pince à fixer le globe oculaire avec mors en caoutchouc, pour ne pas déchirer la conjonctive, et sans arrêt afin de pouvoir être rapidement enlevée;

17° Un couteau lancéolaire coudé à arrêt, de moyenne dimension;

18° Deux aiguilles, une curette fine pour l'enlèvement des corps étrangers de la cornée;

19° Une pointe fine spécialement construite pour la petite chirurgie oculaire à ajouter au thermocautère;

20° Un stylet droit conique très pointu pour dilater les points et les canalicules lacrymaux, et six à huit stylets, sondes de Galezowski pour le cathétérisme des voies lacrymales nos 3 et 4;

21° Une sonde creuse no 4 pour injections dans les voies lacrymales, et une seringue en verre et caoutchouc s'y adaptant;

22° Un couteau de Weber pour incision des points lacrymaux;

23° Un couteau de Stilling pour incision du sac lacrymal;

24° Deux curettes fines et une moyenne pour le curettage du sac lacrymal.

#### ASEPSIE. PANSEMENTS.

Qu'il s'agisse d'une simple lésion oculaire, d'une plaie traumatique ou opératoire, on ne devra appliquer aucun pansement sans avoir préalablement procédé à la désinfection des paupières, des bords ciliaires et des culs-de-sac conjonctivaux; ceux-ci seront soumis à un lavage et même à un frottage méthodique.

I.—Un tampon de coton hydrophile, trempé dans une solution de cyanure de mercure, servira à frotter la peau des paupières et les bords ciliaires.

Pour l'asepsie des culs-de-sac conjonctivaux, on pourra se servir de l'entonnoir de Kalt.

Pour cela, on introduira entre les paupières le pavillon de l'entonnoir-laveur, qui tient d'autant mieux que le sujet serre davantage. L'autre bout du laveur est relié par un tube de caoutchouc au bock à irrigation, de la capacité de deux litres, qui sert pour toutes les accouchées. Le bock ayant été préalablement rempli de liquide, il suffira que le niveau de ce liquide dépasse de 30 centimètres le niveau de l'œil, pour qu'un énergique circuit d'eau se précipite entre le globe, déplisse et distende en forme de boudin le cul-de-sac postérieur, et s'échappe par la fente palpébrale en entraînant toutes les sécrétions. A cette pression de 50 centimètres, qu'il ne faut pas dépasser, l'écoulement des deux litres se fait en sept à huit minutes. Pour empêcher l'entrée du liquide dans le nez et la bouche, s'il s'agit d'un enfant, celui-ci sera tenu sur les genoux d'un aide, les pieds un peu plus élevés que la tête et la face tournée en haut; sur le parquet, on disposera un vase à bords larges, un seau ou une cuvette.

Mais, on n'aura pas toujours sous la main un appareil dont l'emploi n'est justifié que dans les cas où la conjonctive est pathologiquement injectée; on devra donc, la plupart du temps, se contenter de pratiquer une simple irrigation oculaire de la façon suivante:

On renverse en arrière la tête du patient, l'inclinant du côté malade, et, écartant les deux paupières avec le pouce et l'index de la main gauche, on fait couler entre elles, au niveau de l'angle interne, un long filet de liquide obtenu en pressant de la main droite un tampon d'ouate hydrophile largement imbibé; le liquide, après avoir balayé la conjonctive et le globe oculaire, s'écoulera par l'angle externe, et pourra être reçu dans un bassin approprié. Après quoi, il serait bon de retourner les paupières et de frotter légèrement, avec un nouveau tampon mouillé, la face interne de la muqueuse ainsi mise au jour.

On se servira, pour les lavages, de la solution:

Eau..... 1,000 grammes.

Cyanure d'hydrargyre..... 0,15 à 0,20 centigr.

Cette solution est rarement irritante; mais, chez quelques sujets très susceptibles, elle peut être remplacée par celle que voici:

Eau..... 1,000 grammes.

Acide borique..... 40 —

II.—Le lavage, le nettoyage faits, les paupières seront soigneusement séchées avec un tampon de coton, avec l'application d'un

pansement sec que je recommande à l'exclusion de tout pansement humide. On devra aussi s'abstenir d'appliquer sur l'œil une pommade quelconque, la simple vaseline étant souvent mal supportée, ou de se servir de poudre, telles que le salol, l'iodoforme, etc., dont l'utilité est plus que contestable et qui peuvent jouer, en pénétrant entre les paupières, le rôle des corps étrangers que nous savons si douloureux pour l'œil.

On placera directement sur les paupières fermées d'arrière en avant : 1° une rondelle de lint boraté ou un tampon de gaze purement stérilisée ; 2° un tampon d'ouate hydrophile ; 3° une bande de crêpe Velpeau, de 5 centimètres de large sur 3 mètres de long.

Les pièces de pansement doivent avoir été préalablement stérilisées à l'autoclave ; les instruments employés auront été soumis à l'ébullition, puis à l'immersion dans une solution de cyanure à 1 gramme pour 1,000, ou dans l'alcool pur à 96°.

#### ANESTHÉSIE.

Depuis la découverte de la cocaïne, toutes les opérations de petite chirurgie oculaire peuvent se faire sans qu'on ait recours à l'anesthésie chloroformique.

Une injection de cocaïne à 1 pour 100, faite suivant la méthode si bien indiquée par Reclus, avec une seringue de Strauss, à aiguille flambée, et après lavage méthodique du champ opératoire, n'amènera jamais d'accidents et suffira pour obtenir une anesthésie des paupières parfaitement bien précieuse quand il s'agit de l'enlèvement des chalazions, kystos ou petites tumeurs de la région.

On attendra cinq à six minutes après l'injection avant de procéder à l'opération.

Pour l'anesthésie du globe oculaire et de la conjonctive, on se servira de la solution suivante :

Eau.....	5 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0,25 centigrammes

dont on instillera, à trois reprises et à deux minutes d'intervalle, à l'aide d'un compte-gouttes, deux à trois gouttes directement sur la cornée ou simplement dans le cul-de-sac conjonctival.

On a dernièrement vanté les bons effets de l'holocaïne, comme succédanée de la cocaïne. L'holocaïne agit mieux sur les yeux enflammés, ne dilate pas la pupille, ne diminue pas la tension intra-oculaire et ne dessèche pas l'épithélium cornéen. On peut employer une solution à 1 pour 100, ou, comme le conseille Lagrange, associer la cocaïne et l'holocaïne dans les proportions suivantes :

Chlorhydrate d'holocaïne.....	0,05 centigrammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0,10 —
Eau distillée.....	10 grammes.

L'holocaïne jouirait d'un pouvoir antiseptique réel.

(La Presse méd.)

#### Des médications dangereuses dans le traitement des maladies de l'oreille

La thérapeutique des maladies de l'oreille, comme celle de tous les organes, comprend un certain nombre de moyens de traitement qui, suivant la façon dont ils sont appliqués, peuvent donner de bons ou de mauvais résultats ; laissant de côté les opérations chirurgicales, nous nous bornerons à signaler quelques points de pratique qui ont une grande importance dans leur application immédiate.

Une médication peut devenir dangereuse par insuffisance par excès ou par mauvais choix de l'agent thérapeutique.

Le bouchon de cérumen qui résulte de l'accumulation de la sécrétion exagérée du cérumen ne prouve pas toujours une insuffisance des soins de propreté, car on l'observe chez des gens très soigneux ; le curage fréquent du conduit, par le malade, n'est pas à conseiller, car il peut déterminer des émanations, point de départ d'abcès ou furoncles du conduit ; il est si facile d'expulser l'amas cérumineux avec des injections d'eau chaude pure ou abalène qu'il n'y a pas lieu d'insister,

C'est surtout dans les otites suppurées que l'injection est souvent insuffisante. Le malade, armé d'une petite seringue de verre, fait consciencieusement plusieurs injections par jour, sans parvenir à nettoyer le conduit auditif, du pus consistant, visqueux ou granuleux qui le remplit.

À chaque examen on trouve, malgré l'injection récente, le conduit littéralement rempli de la sécrétion pathologique ou bien le fond tapissé de pus caséux, des otites chroniques à faible écoulement.

Une injection, même bien faite, peut être insuffisante à chasser le pus de la caisse, lorsque le tympan ne présente qu'une petite perforation ; il faut, pour faire sortir le pus de la cavité tympanique, ou bien l'attirer au dehors par la raréfaction de l'air dans le conduit avec le speculum de Siegle ou encore mieux faire le lavage de la caisse avec la sonde d'Hartmann ou la nôtre, qui est d'un mouvement plus facile et moins dangereux.

Le danger d'une injection insuffisante résulte de l'accumulation du pus dans le conduit ou la caisse, de la fausse sécurité que donne au malade l'arrêt de l'écoulement, qui n'est qu'apparent ; enfin, du danger de la stagnation et de la décomposition du pus dans l'oreille moyenne qui produit souvent la fétidité de la sécrétion.

Il ne faut donc pas s'en tenir aux assertions du malade et négliger d'inspecter soigneusement l'oreille pour s'assurer que la muqueuse est rose, pâle et sèche.

L'excès des injections n'est pas non plus sans inconvénients ; trop de liquide ou trop de pression détermine une irritation, une congestion de la muqueuse qui favorise la suppuration.

Il est superflu, il est même dangereux d'employer de grandes quantités de liquides,  $\frac{1}{2}$  litre ou 1 litre de solution à chaque lavage ; une pleine seringue de la contenance de 40 à 50 centimètres est très suffisante pour nettoyer complètement la région, si le jet est bien dirigé.

Nuisible aussi est, pour les mêmes raisons, la trop grande fréquence des lavages ; 2, 3 ou 4 au plus par jour, peuvent suffire, à moins d'indications spéciales ; l'injection doit être faite avec une pression modérée, sous peine de provoquer des vertiges pénibles.

Nous ne ferons que signaler le danger du curage du conduit avec des corps rugueux ; c'est ainsi que nous avons observé une malade qui avait trouvé le moyen de s'excorier avec une tête d'épingle un peu longue, la paroi postérieure du conduit auditif, tout près de la membrane du tympan.

Le mauvais choix du remède n'est que relatif ; pour être plus exact il faudrait dire indication erronée du remède ; il en est cependant un certain nombre qui sont nuisibles par eux-mêmes mais que les malades s'appliquent de leur propre autorité ou sur les conseils du pharmacien.

C'est ainsi qu'un badigeonnage du conduit avec de la teinture d'iode avait produit une inflammation très vive de ce canal ; nous n'avons observé qu'un exemple de cet ordre.

Ce qui est fréquent, c'est l'introduction inconsidérée de baume tranquille ou de laudanum pour calmer les douleurs de dents avec irradiations dans l'oreille.

Il faut se souvenir que les médicaments huileux, tels que le baume tranquille, l'huile d'amande douce, très employée aussi dans la médecine populaire, altèrent considérablement l'épiderme du conduit et du tympan. Ce dernier prend une teinte laiteuse, perd son poli, devient chagriné, le manche du marteau est injecté, en un mot, l'aspect pourrait en imposer pour une inflammation vive de l'oreille moyenne, si on n'était prévenu que cela peut être produit par les instillations huileuses.

Le remède peut être mauvais parce qu'il est mal préparé ; c'est ainsi que la glycérine phéniquée au 1/20e ou 1/30e peut être douloureuse parce qu'on n'emploie pas de l'acide phénique pur ou de la glycérine neutre,

Les médicaments qui peuvent devenir dangereux par le fait seul de leur emploi sont tous ceux qui coagulent avec le pus ou qui forment avec lui une masse consistante.

Parmi les premiers, nous signalerons les solutions d'alun, de tannin, de nitrate d'argent, de sulfate de zinc, le perchlorure de fer, pour ne parler que des plus usuels.

On prescrit au malade d'instiller quelques gouttes de ces solutions et à la grande joie du malade et du médecin on voit l'écoulement cesser en peu de temps ; mais la satisfaction est de courte durée, car des douleurs vives dans l'oreille, rappellent que le malade n'est pas guéri. Si on examine l'oreille, à ce moment, on constate la présence de grumeaux de pus, durs, volumineux, qui s'opposent à la sortie du pus liquide qui a continué à se former; on a mis un barrage au libre écoulement du pus, d'où rétention de celui-ci et réveil des douleurs.

Il ne faut donc jamais prescrire un liquide coagulant le pus quand le malade ne peut être surveillé et examiné tous les 2 ou 3 jours, afin que le médecin puisse pratiquer lui-même un nettoyage complet de la région malade.

Les poudres d'acide borique et d'iodoforme en insufflations dans l'oreille, sont passibles du même reproche; elles forment avec le pus une masse dure, compacte, véritable mortier qui constitue une barrière infranchissable pour le pus sécrété dans la caisse.

Nous ne croyons pas, comme l'ont avancé certains auteurs, que leur usage se complique fréquemment d'abcès du conduit; leur emploi doit être limité aux cas où existe une grande perforation du tympan, où la sécrétion est peu abondante et lorsque le malade peut être examiné au moins une fois par semaine; il sera prudent d'ailleurs de ne pas laisser plus de 3 ou 4 jours la même poudre en place et de l'expulser avec des injections avant d'en mettre à nouveau.

(Journal des Praticiens).

#### Réparation d'un muscle par des fils métalliques

FIXÉS PAR UN AUTRE FIL MÉTALLIQUE PLACÉ PERPENDICULAIREMENT  
DANS LE CORPS DU MUSCLE

Par M. CHAMPIONNIÈRE, chirurgien des hôpitaux.

L'observation ci-dessous montre l'application d'un principe tout nouveau en chirurgie, principe appelé à jouer un rôle important dans la réparation des muscles.

Ce principe est le suivant. Il est possible de loger dans la substance d'un muscle et de laisser en permanence un groupe de fils métalliques formant barrière et pouvant servir de point d'appui à des fils perpendiculaires aux premiers.

Les fils métalliques auxquels on donne un point d'appui sur les os et un point d'appui intramusculaire peuvent constituer sans transition une réparation du muscle dont la tonicité et la nutrition se sont ainsi rétablies immédiatement et complètement.

Au-dessous de ces fils, tous les groupes musculaires peuvent se réparer complètement et les fils métalliques enfouis dans les tissus s'associent à la réparation et assurent les fonctions du membre.

Le fait est le suivant : un homme s'est rompu le tendon du triceps au-dessus de la rotule. Tendon et muscle sont si rétractés qu'il est impossible de songer à rapprocher les parties pour les réunir directement.

Une première opération de suture directe sur le muscle n'a donné qu'un résultat incomplet, et l'échec a été dû probablement à ce que l'on n'a pu faire sur les parties, sans point d'appui solide du côté du muscle, de traction suffisante.

M. Championnière place dans le triceps, au-dessus de la rupture, un gros fil d'argent double faufilé dans le muscle au-dessus du tendon et perpendiculairement aux fibres musculaires. Cela constitue une sorte de barrière fixe intra-musculaire,

Deux gros fils d'argent parallèles sont passés dans la rotule et vont tourner, dans le muscle, autour de cette barrière.

Puis ces deux fils sont bien serrés et tendus d'un point fixe osseux, la rotule, au point fixe musculaire (*la barrière d'argent*).

Dans l'intervalle des fils métalliques tous les débris tendineux et musculaires sont réunis entre eux par des catguts placés avec soin. Ces parties ne subissent point de traction. L'opéré est placé dans une gouttière sans appareil d'immobilisation. Le quatrième jour au premier pansement le membre est mobilisé. Ce sujet a quitté l'hôpital au bout d'un mois.

Il est revu et soumis à la radiographie au bout de sept mois passés.

La réparation musculaire est parfaite. Il marche sans boiterie sur un membre parfaitement puissant ; et tous les mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse s'accomplissent aussi complètement qu'on puisse le souhaiter.

La radiographie nous apprend que la réparation musculaire a été bien complète et que la fonction de résistance qui, au début, appartenait aux fils d'argent ne leur appartient plus. Les fils ont bien séjourné dans les tissus sans inconvénient aucun. Mais ces fils présentent l'un deux et l'autre trois ruptures.

Ces ruptures sont probablement de date assez récente. Elles ne résultent pas de l'effet des tractions, sans cela une seule rupture se serait produite. Elles résultent probablement du séjour prolongé du fil d'argent dans les tissus et de leur altération par les liquides de l'économie.

Cette observation montre que les fils ont persisté pendant une période parfaitement suffisante pour assurer la réparation des muscles. Mais si on voulait assurer la permanence des fils, il ne suffirait pas d'employer, comme M. Championnière l'a toujours fait, des fils d'argent très gros, il faudrait employer des fils de résistance plus grande, comme les fils de platine. Dans le cas actuel, du reste, le fil de platine avait été préparé et aurait dû être passé.

Le fait n'en est pas moins curieux et probant.

Il montre la tolérance des tissus pour un fil métallique subissant dans un muscle des tractions constantes et très énergiques. En nombre de circonstances, on trouvera à les éléments d'une réparation à distance qui, jusqu'ici, a été assez vainement recherchée par les chirurgiens. Le fil de platine indestructible s'associera dans la substance des tissus aux faisceaux musculaires, comme le fait le fil d'argent, pour un temps, et comme il a paru le faire définitivement chez beaucoup de sujets.

L'observation actuelle n'est que la suite de nombreuses opérations tendineuses et musculaires que M. Championnière a accomplies avec le gros fil d'argent :

Charnières métalliques établies entre deux fragments rotuliens impossibles à rapprocher et fonctionnant pendant des années ;

Tendon sous-rotulien remplacé par deux fils métalliques parallèles et permettant, depuis plusieurs années, au sujet, de faire un travail des plus pénibles ;

Réunion directe des tendons tricipitaux au-dessus des deux genoux, chez un sujet qui marche admirablement depuis quatre années ;

Enfin, placement d'un tendon rotulien temporaire chez un jeune sujet pour permettre la réunion du tendon rotulien arraché en totalité sur l'os.

Ces opérations, jointes à une centaine de cas de suture osseuse perdue avaient assez montré la tolérance des tissus pour le fil métallique ; la restitution immédiate des fonctions des muscles réunis par les fils métalliques avait montré le parti que l'on en peut tirer pour la mobilisation immédiate des membres, sans laquelle le retour des fonctions musculaires et articulaires reste toujours problématique.

Les fils placés dans un muscle et tirant sur un point d'appui métallique pris dans le muscle constituent une opération nouvelle.

(Gaz. des Hôpitaux)

### Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire en particulier chez les chlorotiques

Cette question est tellement délicate et d'une telle importance pratique que nous ne négligeons jamais les travaux qui pourraient l'éclaircir. M. le Dr Papillon (*Thèse, Paris 1898*), et son maître, M. le professeur Potain, viennent d'ajouter quelques nouveaux symptômes à ceux déjà connus.

On connaît les difficultés de toutes sortes qui se présentent au clinicien lorsqu'il a à se prononcer sur l'existence des tubercules à la période de germination. C'est ainsi que F. Franck et Fredet ont signalé chez les arthritiques des bruits de froissements musculaires dans les muscles de l'épaule, froissements pouvant être pris pour des bruits pleuraux ou pulmonaires. D'autre part, M. Potain a attiré l'attention, sur l'apparition possible, chez des femmes neuro-arthritiques, de congestions pulmonaires, habituellement pleuro-pulmonaires, survenant le plus souvent à l'époque menstruelle, et presque toujours dans le poumon du même côté qu'un ovaire ou qu'une trompe plus ou moins malades. En 1893, Heitler (*Revue de la tuberculose*) faisait remarquer que dans les mouvements respiratoires ordinaires, le poumon peut ne pas entrer en jeu dans toute son étendue : il peut en résulter un certain degré d'atélectasie dans les parties du poumon dont l'incursion est très peu étendue, par exemple dans les sommets, d'où, certain degré de matité à la percussion, et parfois, à l'auscultation, quelques râles de crépitation fine quand on fait faire au malade une inspiration profonde.

Donc, les signes d'auscultation et de percussion peuvent induire en erreur ; le diagnostic bactériologique n'est pas assez précoce, la réaction de la tuberculine et de ses succédanés, outre qu'elle n'est pas exempte de dangers, n'est pas, tant s'en faut, toujours exacte, les antécédents héréditaires n'ont que peu de valeur, ce n'est qu'un seul signe de présomption. Aussi, doit-on accumuler les symptômes et tenir compte de tous les renseignements fournis par l'examen clinique. C'est ce que du moins nous démontre le Dr Papillon, qui ajoute de nouveaux symptômes aux signes classiques.

Rappelons pour mémoire ces derniers : au début, à la période de germination, la tuberculose se caractérise par une inspiration profonde, rude et basse. Cette rudesse inspiratoire remplace le ton normal du murmure respiratoire, semblable "au bruit doux et moelleux des feuilles dans une forêt." De plus, l'expiration s'allonge et devient aussi longue, même plus, que l'inspiration. N. Gueneau de Mussy et Larcher ont insisté sur la valeur de la transsonance thoracique. Ce procédé consiste à percuter les apophyses épineuses de la colonne dorsale pendant qu'on ausculte comparativement les fosses sus et sous claviculaires des deux côtés et à percuter, soit le sternum, soit les clavicules, pendant qu'on ausculte les régions scapulaires. Les moindres densités des poumons sont révélées par les différences dans l'intensité et le timbre du bruit transmis.

D'après M. le Dr Papillon, il est possible, chez les chloroanémiques de diagnostiquer la tuberculose pulmonaire avant l'apparition de tout signe stéthoscopique. Ce diagnostic repose sur l'habitus externe, sur la capacité respiratoire et surtout, sur les caractères du pouls et de la pression artérielle.

Le teint des chloroanémiques proctuberculeux est jaunâtre, d'un jaune spécial, jaune de vessie de Constantin Paul. Presque toujours, on observe d'anciens signes de scrofule, bouche lippue, gros nez, et quelquefois des cicatrices d'anciennes adénites ; les souffles des vaisseaux du cou sont peu intenses, la malade est amaigrie, mais quelquefois cependant l'amaigrissement peut être masqué par la bouffissure et les œdèmes ; aussi est-il urgent de peser ses malades. Une chlorotique qui maigrit, sans cause alimentaire, physiologique ou morale appréciable doit être considérée comme suspecte.

Poids

D'autre part, si l'on considère le rapport  $\frac{\text{Poids}}{\text{Hauteur}}$  c'est-à-dire la

corpulence, on voit, d'après les travaux de M. Bouchard, qu'elle est égale chez la femme normale à 3,9 environ. Chez l'anémique tuberculeuse, elle est inférieure à 3.

Boulland (de Limoges), a appelé l'attention sur l'inclinaison de l'omoplate ; du côté malade, il se produit une atrophie du trapèze ayant pour effet le déjettement en dehors de l'angle inférieur de l'omoplate qui vient faire saillie dans l'aisselle.

Ce phénomène s'observe assez fréquemment chez les bacillaires. Il est d'ailleurs un peu en rapport avec les signes fournis par la mensuration du périmètre thoracique. D'après Papillon, ce périmètre doit, chez la jeune fille saine être supérieur à la demi-taille ; chez les tuberculeuses au début, il est inférieur.

La spirométrie donnant la mesure de la capacité respiratoire, peut encore, d'après Papillon, donner d'utiles renseignements et : doit être considérée comme en voie, ou tout au moins, en imminence de tuberculisation toute chloroanémique dont la capacité respiratoire est inférieure à 3 litres pour un sujet de taille moyenne, à 2 litres  $\frac{1}{2}$  pour un sujet de petite taille. Les caractères du pouls dans la période de germination de la tuberculose ont été bien étudiés par Wells (de Chicago). Chez les malades proctuberculeux, les changements de position influent peu sur le rythme du pouls, le nombre des pulsations est le même, que le malade soit examiné horizontalement ou en position debout. Le pouls, d'autre part, présente quelque chose de hâtif, de tressautant "hurried" des anglais.

Quand la pression artérielle radiale est inférieure à 13 cm. de mercure, sans qu'on puisse trouver une autre explication suffisante de ce phénomène, il faut toujours penser à l'évolution d'une bacilliose ; mais il ne faut pas oublier que la recherche de la pression artérielle, pour avoir une valeur diagnostique, doit être faite en dehors de tout état fébrile ou infectieux : beaucoup d'infections, surtout les infections à point de départ intestinal produisent un abaissement momentané de la pression artérielle, et il ne faut pas oublier ce fait pour éviter l'erreur. Cet abaissement de la pression artérielle, d'après le Dr Papillon, semble si bien être dû à l'infection bacillaire, qu'il peut disparaître, quand l'infection bacillaire a cessé.

(*Journal des Praticiens*)

### Traitement médical des fibromes utérins

Quelquefois les fibromes sont *indifférents*, c'est-à-dire qu'ils ne se révèlent par aucun symptôme. Mais le plus souvent ils se manifestent soit par des douleurs plus ou moins vives soit par des hémorragies, quelquefois concurremment par ces deux accidents. M. TOUVENAINT pense que dans ces cas on doit opérer ; mais si, pour une raison quelconque, l'intervention chirurgicale ne peut avoir lieu, on ne doit pas abandonner la malade à son malheureux sort, et on peut lui prescrire un traitement "médical" qu'il décrit ainsi dans la *Revue internationale de médecine et de chirurgie*.

Le traitement se divise en traitement local et en traitement général.

*Traitement local.*— Il consiste en douches vaginales, en bains de siège et en pansements décongestionnants,

A. Les injections seront prises avec de l'eau à la température de 42° à 45° et dans la position horizontale ; elles doivent être abondantes (deux litres au minimum) et l'eau doit s'écouler lentement, afin que chaque injection dure de cinq à dix minutes environ.

B. Les bains de siège sont très recommandables et les malades en éprouvent un grand soulagement. Ils seront pris quotidiennement et leur durée sera de quinze à vingt minutes.

L'eau sera additionnée de sel gris de cuisine ou mieux de sel de Salies-de-Béarn. La température de l'eau, qui doit être au début de 30° à 35°, sera successivement élevée, pendant que la malade est dans le bain-de-siège, par l'addition d'eau bouillante et la chaleur sera portée aussi haut que la malade pourra supporter.

C. On se trouvera bien de pratiquer une ou deux fois par se-

maine des pansements décongestionnants; l'ichthyol est le meilleur agent à employer dans ce but; on l'incorpore dans la glycérine à raison de 5 à 10 grammes pour 100, et on introduit jusque dans les culs-de-sac vaginaux un ou deux tampons d'ouate bien imbibée de cette glycérine ichthyolée. Ces tampons sont laissés en place 24 heures au moins et provoquent un abondant écoulement dont il est utile de prévenir la femme, véritable saignée blanche dont les effets sont ordinairement salutaires.

**Traitement général.**— Dans le traitement médicamenteux des fibromes utérins, l'arsenic joue un rôle assez important. On le donnera sous forme de liqueur de Fowler en commençant par deux gouttes par jour et augmentant progressivement jusqu'à dix gouttes, soit cinq avant le déjeuner et cinq avant le dîner.

Contre les douleurs, souvent si intenses qu'éprouvent les malades atteintes de tumeurs fibreuses, on emploiera les sédatifs usuels: soit les bromures qu'on peut associer par exemple de la façon suivante:

Bromure de sodium.....	} 5 grammes.
Bromure d'ammonium.....	
Bromure de strontium.....	
Eau distillée.....	250 —

Deux ou trois cuillerées à soupe par jour.

Soit le chloral, à la dose de 2 grammes, sous forme de lavement de préférence; soit l'opium sous forme de suppositoires; soit encore la teinture de chanvre indien à la dose de 10 gouttes par jour, cette dernière de préférence au moment des règles.

S'il s'agit de combattre des hémorragies, comme cela s'observe fréquemment, on ordonnera le repos au lit et on aura recours au tamponnement en cas de nécessité. On prescrira en outre l'*hydrastis canadensis*, qui est un bon astringent et un bon hémostatique; il agit comme vaso-constricteur des vaisseaux utérins. On l'administrera sous forme d'extrait fluide à la dose de 40 à 100 gouttes prises en 4 fois, ou bien encore associé à l'ergotine de la façon suivante :

Extrait sec d' <i>hydrastis canadensis</i> .....	} 50 centigrammes
Ergotine.....	

pour une pilule.— 2 à 4 par jour.

Contre la constipation si fréquente chez ces malades, on ordonnera toute la gamme des laxatifs ordinaires, en ayant soin de les varier; il est indispensable, en effet, d'obtenir une garde-robe quotidienne, c'est une recommandation fort utile à faire et sur laquelle il ne faut pas craindre d'insister.

(Abeille Méd.)

#### Etude clinique sur le typhisme, sur la fièvre continue paludéenne et sur la fièvre typho-malarienne

Par les Drs JEAN KARDAMATIS et SPIRIDION CANELIS (d'Athènes)

**CONCLUSIONS** — En récapitulant nous pouvons formuler nos opinions sur cette étude clinique, dans les lignes suivantes :

1° Dans les maladies paludéennes, nous pouvons avoir fréquemment le typhisme, que nous prenons à tort comme une véritable fièvre typho-malarienne, sans qu'il y ait aucune relation ou combinaison de l'hématozoaire avec le bacille typhique, attendu que la cause en est due aux transformations chimiques et biologiques du sang, à la suite de l'absorption des matières septiques par le tube digestif, avec une fonction défectueuse des viscères et particulièrement du foie.

2° Il n'y a aucun antagonisme entre la malaria et la fièvre typhoïde; au contraire, de l'expérience nous déduisons la combinaison de ces deux agents, combinaison qui, quoique rare, a lieu d'une telle façon, que tantôt l'un d'eux reste localisé dans l'organisme sous la forme d'une vie non pas purement latente, mais cachée, sans exercer aucune action sur les sécrétions et les produits morbides de l'autre. Tantôt on trouve, plus rarement, ces deux agents morbifiques, qui agissent d'une manière parallèle, chacun pour soi, sous une influence mutuelle d'antagonisme, mais avec une action qui accable l'organisme à cause de la combinaison de la promiscuité microbienne.

3° La fièvre palustre continue et la fièvre typhoïde sont deux entités morbides complètement distinctes entre elles, et qui peuvent coexister toutes les deux, plus rarement qu'on n'en pense, dans un même organisme, sans que l'une exerce sur l'autre une immunité, si ce n'est que, tant que l'une domine; l'autre ne se manifeste à l'extérieur d'une façon plus sensible et plus prononcée que la première; ce n'est que dans peu de circonstances qu'elles se développent simultanément et parallèlement, lorsque les phénomènes symptomatiques manifestes peuvent amener la plupart la mort.

4° La forme dans laquelle ces deux infections se combinent et que tantôt l'une, tantôt l'autre d'elles domine est plus fréquente que l'autre forme dans laquelle les deux agents se développent parallèlement, ayant tous les deux la même intensité au point de vue symptomatologique.

5° La transformation de la fièvre palustre continue en une fièvre typhoïde est une vraie utopie.

(Progrès Médical)

#### Traitement des hémorragies de la délivrance.

Si la délivrance n'est pas effectuée et qu'il survienne une hémorragie, l'accoucheur, les soins antiseptiques habituels étant pris, de sa main gauche frictionne et masse l'utérus à travers la paroi abdominale pendant qu'il fait pénétrer sa main droite dans le vagin. Si l'arrière-faix est libre, il l'entraîne de suite; s'il est incomplètement décollé, il pratique la délivrance artificielle. Une fois faite, l'extraction de l'arrière-faix et des caillots, l'hémorragie s'arrête presque toujours. Elle peut persister. La main droite, toujours dans la cavité utérine, frictionne doucement les parois de l'organe, pendant qu'on prépare une injection intra utérine très chaude que l'accoucheur administre. Il ne retire sa main que quand il sent l'organe se rétracter.

L'hémorragie arrêtée peut se produire de nouveau ou apparaître pour la première fois après la délivrance. Dans ces cas, il faut porter la main sur l'utérus, le vider par expression des caillots qui s'y sont formés, les frictionner à travers la paroi abdominale. Cela ne suffit pas; l'accoucheur aseptise ses mains et ses avant-bras, fait une injection intra-utérine d'eau bouillie à 45°. Il est souvent utile d'introduire la main dans la cavité utérine, afin d'en chasser les caillots et d'exciter le muscle par des frictions légères. En même temps, on fait comprimer l'aorte et pratiquer une injection d'ergotine. Pour avoir été employé mal à propos et causé de nombreux accidents, l'ergot de seigle est tombé aujourd'hui dans le discrédit. Il mérite cependant d'être employé quand l'utérus vide reste inerte. Je connais des médecins de campagne qui, empêchés par les exigences de leur clientèle de demeurer longtemps auprès de leurs accouchées, leur administrent préventivement, après la délivrance, de l'ergot de seigle; je ne saurais pour ma part blâmer cette pratique. Si l'hémorragie persiste, il ne faut pas prolonger les frictions, répéter les injections chaudes; il faut de suite, sans perdre de temps, avec de la gaze légèrement iodoformée, pratiquer le tamponnement intra-utérin, en ayant soin de porter la gaze tout au fond de l'organe et de l'y bien tasser.

Il ne suffit pas d'arrêter l'hémorragie; il faut combattre l'état syncopal auquel les malades sont en proie. On mettra la malade sur un plan incliné, la tête basse; on continuera la compression de l'aorte; on emploiera sans retard les injections sous-cutanées d'éther, l'alcool à l'intérieur, les inhalations d'oxygène, l'enveloppement avec des linges chauds, les frictions, les sinapismes aux membres, etc... et surtout le sérum dont on injectera un litre immédiatement dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les veines (en cas de péril imminent). Les injections de sérum ont pris la place de la transfusion qui n'est plus guère employée et à laquelle on a dû autrefois quelques succès.

(Normandie méd.)

**Effets psychiques de la faim**

par M. le Docteur WEYGANDT (de Heidelberg).

On sait que la suppression de nourriture et de la nutrition jouent un grand rôle dans l'anamnèse des aliénés. Il était donc important d'étudier par voie d'expérience les effets psychiques de la faim. On ne s'en était guère occupé encore. On a pu constater que les jeûneurs Succi et Merlati étaient des individus psychopathiques. On peut en dire autant des ascètes qui s'exposent à la faim pour des motifs religieux. Parmi les romanciers qui ont fait une description de l'état des gens succombant à la faim, Zola, Flaubert et Knur Ham-sun méritent d'être remarqués par leur perspicacité dans l'observation de l'état psychique produit par la faim.

L'auteur, après avoir exposé ces faits, passe à la description des observations qu'il a faites sur plusieurs individus qui ont bien voulu se prêter à ses expériences. Comme effet le plus marquant, il a constaté l'affaiblissement de la mémoire. La diminution de cette faculté se produit en raison directe de la durée de l'abstention de nourriture. En général, il a remarqué que dans les premières 24 ou 36 heures il y avait une légère irritabilité et de l'inquiétude, mais qui cèdent ensuite pour faire place à un état de légère apathie. La sensation de la faim était très vive pendant le premier jour; au bout des 60 heures il y avait des douleurs lancinantes. Il se produisait ensuite une certaine paresse à penser et un manque de décision. Le sommeil était agité par des rêves dans lesquels il était toujours question de repas.

En somme, on peut dire que la perception ne s'est pas montrée affaiblie tandis que la faculté d'association a subi une baisse qualitative et que les réactions de choix ont montré un léger ralentissement. La mémoire a subi une baisse considérable; la faculté d'attention était aussi diminuée.

L'état de faim offre donc une grande analogie avec certains états toxiques.

Quant à dire quel est le tableau psychopathique qui répond le mieux à l'état psychique produit par la faim, on peut admettre que c'est la psychose d'épuisement de Meynert, avec cette différence que dans la faim il n'a pas cette confusion mentale qui constitue le caractère principal de la maladie de Meynert.

(Münch. med. Woch.,) et Gaz. Méd. de Liège.

**De la circoncision.**

Par le Dr SAMUEL BERNHEIM.

RÉFLEXIONS. — Je tiens à dire qu'aucun procédé approximatif ne peut remplacer la circoncision. La section dorsale du prépuce laisse derrière elle deux oreilles de chien de chasse fort disgracieuses et souvent très gênantes. La dilatation du prépuce, si préconisée autrefois par de St-Germain, est également suivie de résultats incertains, car, après la cicatrisation des ruptures produites par la pince dilatrice, il se produit fréquemment un nouveau phymosis cicatriciel fort gênant et nécessitant presque toujours la péritomie ultérieure.

La circoncision bien faite, par un opérateur adroit, qui a soin de laisser subsister la portion nécessaire de prépuce, ne gêne en rien le fonctionnement de l'organe et ne diminue pas la satisfaction procurée par le membre viril. C'est une constatation que j'ai pu faire en recueillant les confidences d'un grand nombre d'adultes, que j'ai opérés, et qui m'ont fait des déclarations très nettes sur ce point. La circoncision est et restera donc une intervention des plus utiles et qui trouverait de très fréquentes indications si les médecins voulaient bien se rendre compte plus souvent de l'état du pénis des nouveaux-nés et des adultes.

(L'Indépendance Médicale)

**La Prophylaxie de la tuberculose.**

M. GRANCHER rapporteur, lit au nom de la Commission, un éloquent

rapport sur la prophylaxie de la tuberculose dont voici les conclusions générales.

La Commission propose à l'Académie le vote de propositions concernant :

1° Les mesures de prophylaxie sur les crachats et l'ébullition du lait dans les familles.

2° La tuberculose devra toujours être révélée au malade et énergiquement attaquée.

3° Pour l'armée, la réforme temporaire des tuberculeux au premier degré et la réforme définitive dès que les crachats contiennent le bacille de Koch.

4° Hygiène de l'école, de l'atelier, du magasin au point de vue de la tuberculose.

5° Dans les hôpitaux, les tuberculeux devront être isolés dans des pavillons ou salles séparées en attendant la création de sanatoria. Une antisepsie parfaite devra être organisée.

6° L'Académie approuve les restrictions de la loi en projet et arrête de nouveaux arrêtés concernant la chair musculaire des animaux tuberculeux.

7° L'Académie crée une nouvelle commission permanente dite *Commission de prophylaxie de la tuberculose*.

**Traitement de l'épilepsie par l'opium et les bromures**

C'est la méthode de Flechsig qui consiste à donner d'abord pendant six semaines, des doses progressives d'opium jusqu'à un gramme par jour, puis à cesser brusquement pour substituer le bromure à haute dose; soit, les premiers 6 mois, 6 à 9 grammes de bromure chez les adultes, pour diminuer peu à peu, de telle sorte qu'après 2 et 3 ans, le malade prenne encore 1 à 2 grammes de sel bromuré par jour. En outre, il faut le repos au lit, même pendant des mois, en même temps que veiller au fonctionnement intestinal ainsi qu'au régime. Avec cette méthode, il faut toujours songer à la possibilité d'intoxication par l'opium ou par abstinence d'opium, de même qu'au bromisme. Chez les enfants il suffit de 12 centigrammes d'opium par jour, et, en cas de troubles par abstinence d'opium, il faut en reprendre l'usage. On ne peut encore dire définitivement, si cette méthode de Flechsig est supérieure aux autres traitements de l'épilepsie.

(Progrès Médical).

**A propos du traitement par le permanganate de potasse et dans l'empoisonnement par l'opium.**

L'action du permanganate de potasse dans l'empoisonnement par l'opium a été confirmée de ces derniers temps de différents côtés.

Reckitt a obtenu la disparition des phénomènes toxiques chez un malade qui avait absorbé 50 grammes de teinture d'opium, en lui faisant prendre 1 gr. 80 de permanganate de potasse en solution, de l'espace de 12 heures, en 5 doses.

Nitch Smith dans un cas semblable, a eu recours avec succès à une dose plus forte. Après avoir essayé inutilement des injections de caféine, il donna 3 gr. 2 de permanganate qui amenèrent rapidement sa guérison.

Le permanganate de potasse d'ailleurs peut recevoir d'utiles adjuvants. C'est ainsi que dans un cas grave d'empoisonnement par la teinture d'opium, Blackburn eut recours aux lavages de l'intestin avec une solution de permanganate à 1/5000. Il compléta le traitement par des inhalations d'oxygène, par la respiration artificielle. Enfin il fit suivre d'une injection d'atropine et pratiqua une saignée qu'il fit suivre d'une injection intra-veineuse de sérum artificiel. Par tous ces moyens il put obtenir la guérison de son malade.

(Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.)

## De l'entéroptose (1)

Dr LANGERHANS (de Leipsig).

Pour le diagnostic de la gastroptose, l'auteur emploie une sonde œsophagienne ordinaire, munie à l'extrémité d'un ballon en gomme molle, qu'il gonfle une fois introduit dans l'estomac avec un double soufflet calibré de façon à savoir la quantité d'air introduite. Dans les cas de gastroptose pure, on voit une saillie circonscrite vers l'ombilic, tantôt à droite, mais le plus souvent sur la ligne médiane ou à gauche. Cette saillie a son grand axe transversal à droite, et à gauche elle suit une ligne perpendiculaire aux côtes et qui disparaît sous l'arc costal.

Les causes de l'entéroptose sont surtout les relâchements, post-puerpéraux de la paroi abdominale (Landau). Il y a aussi des gastro-entéroptoses dues à la chlorose vraie, soit parce que les ligaments insuffisamment nourris cèdent au poids des organes et que les aliments séjournent trop longtemps dans l'estomac, soit pour des causes inconnues (Meinert). Langerhans croit que la dyspepsie nerveuse peut conduire à la gastroptose, et il admet une disposition congénitale et une tare héréditaire. Le corset n'aurait pas pour lui l'action fâcheuse que lui attribue Meinert.

Pour ce qui est de la symptomatologie, l'entéroptose, suite de nombreux accouchements, est presque physiologique et reste latente. La gastro-entéroptose chlorotique de Meinert donne généralement lieu à des signes intenses de dyspepsie (signes subjectifs : pesanteur; signes objectifs : anomalies de la sécrétion et de la motilité). Les conséquences de l'affection sont la pression sur le rein, les tiraillements du mésentère, d'où des troubles du système nerveux central (hystérie ou neurasthénie à symptômes abdominaux, dont l'origine est le plus souvent l'entéroptose).

L'application de ceintures rend service seulement dans l'entéroptose postpuerpérale; on ordonnera aussi les massages du ventre avec des solutions alcooliques. La fixation opératoire ou orthopédique du rein ne réussit que dans un petit nombre de cas, où les autres organes n'ont rien. La faradisation de la paroi abdominale ne donne pas de résultats. On devra préférer la gymnastique, et faire exécuter divers mouvements des lombes. L'huile de sésame est bien supportée et améliore l'état général, en augmentant le poids. Il faut traiter aussi le système nerveux.

(Gazette de Gynécologie)

## Ce qu'il faut se rappeler en formulant

Ne pas mélanger les ferrugineux et le tannin sous peine de formation d'encre; ne pas oublier l'insolubilité du chloroforme dans la glycérine, de la teinture d'iode dans l'eau; calomel et iodure de potassium forment un biiodure caustique; calomel et magnésie calcinée, un oxydure de mercure noir; teinture d'iode et pommade mercurielle appliquées simultanément sur la peau, la cautérisent; constituent des mélanges explosibles le chlorate de potasse et le tannin, ainsi que le permanganate de potasse, le soufre et le charbon.

(Lyon méd.)

## Hydrastis canadensis contre la toux des phthisiques

Par VERSTRÆTEN.

Soit sous la forme d'extrait sec en pilule de 0,05 à 0,10, cinq par jour, soit sous celle d'extrait fluide :

Extrait fluide d'hydrastis canadensis. 20 grammes.  
— de seigle ergoté..... 20 —

Cinq fois par jour 30 à 40 gouttes dans un peu d'eau avant le repas. L'effet sur la toux est rapide; l'expectoration est améliorée. (Ibid.)

(1) Arch. sur Verdunungs Krankh., band III, heft 3. Centralbl.

## FORMULAIRE

## Vernis antiseptique remplaçant le collodion. (NICAISE)

Gomme laque pulvérisée.....	60 grammes.
Baume de tolu.....	5 —
Thymol.....	1 — 50
Alcool à 95°.....	50 —
Ether ordinaire.....	100 —

## Sirop composé contre le hoquet. (A. ROBIN)

Cyanure de potassium.....	0 gramme 05
Sirop de morphine.....	} 25 —
Sirop de fleurs d'orangers.....	

Mélez.—A prendre : une cuillerée à café toutes les heures, sans passer le tiers de la potion dans les vingt-quatre heures.

(Journal de méd. de Paris)

## Oxyures vermiculaires. (COMBY)

1° Prendre, pendant trois jours, le matin à jeun, un des cachets suivants :

Santonine.....	0 gramme 5
Calomel.....	0 — 10

2° Faire, pendant trois jours, le soir, au coucher de l'enfant, des applications intra anales avec la pommade suivante :

Glycérolé d'amidon.....	20 grammes
Onguent napolitain.....	10 —

## Rhumatisme chronique. (MONIN)

1° Prendre, chaque matin, dans une tasse de lait, une cuillerée à café de :

Eau distillée.....	200 grammes.
Chlorure d'or et de sodium.....	0 — 50

2° Avant chaque repas, l'un des cachets :

Soufre lavé pulv.....	0 gramme 20
Acide benzoïque.....	0 — 10
Proto-oxalate de fer.....	0 — 10
Ignatia amara pulv.....	0 — 10

Pour un cachet; faites en 60; 2 par jour.

3° Après chaque repas, dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à café du mélange :

Glycérine pure.....	250 grammes.
Extrait de quinquina.....	10 —
Acide lactique.....	20 —
Essence de badiane.....	XXV gouttes.

4° Prendre tous les jours un grand lavement avec l'infusion chaude d'*uva ursi*, mélangée de 4 à 5 cuillerées à soupe d'huile d'olives (agitez avant l'usage).

5° Matin et soir, frictions sur les points douloureux avec l'alcoolat de Rosen.

6° Dans la journée, faire des frictions locales sur les articulations engorgées avec le mélange suivant, pendant 5 minutes :

Lanoline.....	60 grammes.
Salicylate de méthyle.....	10 —
Teinture d'iode.....	15 —
Iodure de potassium.....	5 —
Gaïacol synthétique.....	4 —
Menthol.....	3 —

## Lavement nutritif. (M. RIEGEL)

Lait.....	250 grammes.
Œufs.....	N° 2
Sel de cuisine.....	5 —
Vin tonique.....	25 —

Pas de peptone en lavement.

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Bains d'Air Chaud Sec

Par M. le Dr P. V. FAUCHER, de Québec.

En offrant cet article nous n'avons pas d'autre ambition que celle de suggérer à nos confrères l'usage d'un genre d'instruments qui ont déjà rendu des services réels et qui devraient rentrer dans la pratique, croyons-nous.

Il est incontestable que de nos jours la médecine tend à s'*extérioriser*, c'est-à-dire qu'elle cherche à s'attaquer aux maladies par les voies externes du corps, laissant de plus en plus en arrière la thérapeutique interne. Aussi cette dernière avec sa longue chaîne de désappointements, d'incertitudes et même de dangers, semble-t-elle céder le pas au traitement externe. Le médecin, comme le chirurgien, sent le besoin de voir ce qu'il fait et de ne plus aller en tâtonnant et à l'aveugle frapper un mal qui lui échappe et avec lequel, contre son gré, sans doute, il fait hélas ! trop souvent cause commune. Vous le voyez recourir aux vésicatoires, aux cautérisations, à l'hydrothérapie, aux applications électriques, etc. Mais il est surtout un fait universellement admis c'est que la chaleur exerce une excellente influence sur la douleur et que par son action diaphorétique elle est peut-être notre plus puissant moyen d'élimination de matière toxiques. Ce modeste appareil est né de cette pensée et a suffisamment répondu à notre attente pour qu'il trouve sa place parmi nos moyens thérapeutiques.

En juillet 1893, un jeune Québécois sous nos soins, nous parle d'une de ses fabrications, "*d'une machine à faire suer*", comme il l'appelle, et nous demande d'en vouloir faire l'essai. Après un examen nous crûmes que cet appareil pourrait nous être utile.

Le 5 septembre de la même année, on nous appelle pour donner nos services à un jeune homme, J...R..., qui souffrait de rhumatisme articulaire aigu aux genoux et aux cous-de-pieds. Il a 16 ans et a toujours joui jusque là d'une santé assez robuste. Nous lui proposons l'essai de cet instrument, ce qu'il refuse. Cependant le 7, voyant ses douleurs augmenter, malgré un traitement général et local que nous avions cru lui être le plus utile, il demande l'application de ce bain local d'air chaud sec. La température du malade est alors de 102°6 F. et le pouls de 104. Les genoux et les cous-de-pieds sont gonflés, rouges, douloureux spontanément et à la pression, ce qui rend impossibles la marche et même la station debout.

Pendant le premier bain local des deux jambes qui dure environ une heure, le pouls du malade monte à 108 et la température à 103.2° F., la transpiration est abondante, et tout le corps participe grandement à cette diaphorèse. Le soir la température est à 101.4° et le pouls à 92 ; les douleurs sont de beaucoup affaiblies, et le malade est content de se dire mieux. Le 8, deuxième bain. Température et nombre de pulsations baissent le soir, les douleurs s'apaisent ; il subsiste une légère sensibilité à la pression.

Troisième bain le 9, tout symptôme tend à disparaître.

Le 10, le malade vient au-devant de nous à notre arrivée ; plus de douleurs, température et pouls à l'état normal. Cependant nous lui donnons un dernier bain. Le lendemain, il nous remercie de nos services et depuis lors il n'a pas eu d'autre attaque.

Chacun de ces bains a été donné à la température 150° à 200° F. Cette première expérience nous parut encourageante, et tout en con-

tinuant nos essais, nous nous mîmes à rechercher les moyens de corriger les défauts de l'appareil et de le rendre moins imparfait.

Aidé de l'esprit ingénieux du propriétaire de l'instrument, nous pûmes obtenir un bain plus imperméable à l'air chaud, plus absorbant de l'humidité de l'air intérieur causée par la transpiration du malade, sans pièce métallique propre à brûler les parties qui pourraient y toucher accidentellement, enfin un bain à température élevée et sans changement brusque, et de plus inoffensif pour les malades.

Mais la grande difficulté était d'avoir une source de chaleur qui put fournir une température élevée et d'une durée assez prolongée au besoin, une heure par exemple. Après des essais continuels et prolongés pendant 7 à 8 mois, non sans avoir pris souvent conseil de notre faible bourse qui commençait à se plaindre des brèches que nous étions forcé de lui faire, nous nous sommes arrêté, à l'appareil suivant : (fig. I.)



Fig. I.

Il se compose de deux parties, une source de chaleur ou poêle, et le bain proprement dit. Le poêle (fig. II, 1) est formé d'une petite chaudière (11) en métal (fonte ou cuivre) remplie aux trois quarts de petites pièces d'étoffe en amiante bien comprimée.

Cette chaudière est entourée d'un cylindre fermé à sa base, (12) dont elle est isolée par un corps mauvais conducteur de la chaleur, tel que de l'amiante. Ce cylindre conduit l'air chaud dans le bain par un tuyau qui en part et vient s'articuler avec le bain proprement dit. (4) Sur le côté du cylindre on voit un petit entonnoir (2) destiné à faire parvenir dans la chaudière l'alcool qui s'infiltré à travers l'amiante. La combustion de l'alcool se fait ainsi à la surface de l'amiante d'une manière plus lente et beaucoup plus économique.

L'air qui doit alimenter le foyer et le bain pénètre dans le poêle par une série de petites ouvertures pratiquées tout autour du cylindre à son extrémité supérieure. Il descend au foyer, sert en partie à la combustion de l'alcool qui donne en brûlant une longue flamme qui monte jusqu'au tuyau en léchant les parois du cylindre ; l'autre partie se réchauffe à cette flamme et remonte dans le bain. Mais comme ce poêle ne donnait pas une température aussi élevée que nous le désirions, nous avons ajouté une autre pièce (8) qui vient s'emboîter sur le poêle vis-à-vis la série des petites ouvertures dont je viens de parler, et qui fait chambre close, moins à sa partie inférieure, qui elle, est coupée en dentelle et offre à l'air une porte d'entrée. L'air en entrant dans cette chambre se réchauffe sur les parois du cylindre et présente déjà une température assez élevée avant de pénétrer à l'intérieur.

J'ai pu obtenir ainsi un instrument donnant pour bains locaux une température dépassant 330° F. Quant au tuyau il porte trois clefs : la plus près du poêle (elle devrait être au No 6 de la fig. 2) sert à diminuer le tirage ; celle qu'on voit à l'extrémité du conduit vertical (7) sert à détourner complètement le courant d'air chaud et à le chasser au dehors ; enfin la troisième clef sur le tuyau horizontal (5) doit régler l'entrée de l'air chaud dans le bain.

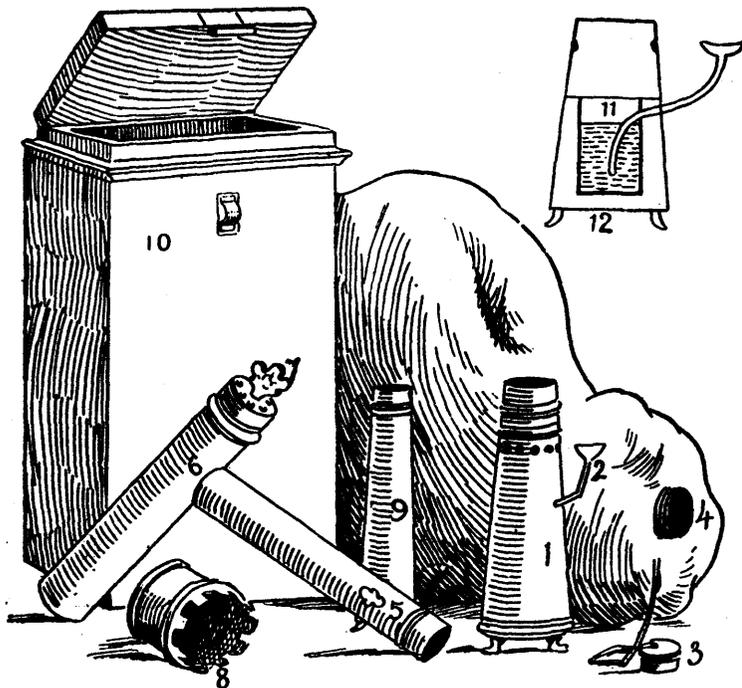


Fig. II.

Le bain est tout simplement un grand manchon ouvert à l'une de ses extrémités pour permettre l'introduction du membre, ou des membres, ou même de tout le corps du malade, s'il y avait indication. L'autre extrémité se termine en tronc de cône dont l'orifice au sommet vient s'adapter au tuyau horizontal du poêle. Le bouchon suspendu à cet orifice (3) sert à fermer le bain pour éviter l'entrée de l'air froid et la sortie de l'air chaud quand après avoir donné un bain on veut enlever le poêle et son tuyau, et laisser refroidir lentement le malade. Le manchon est fait de plusieurs couches de ouate séparées les unes des autres par une étoffe isolante, autant que possible, telle que celle d'amiante. La couche la plus intense est de coton absorbant ou ouate hydrophile qui absorbe l'humidité de l'air.

Trois ou quatre cercles mobiles en fil de fer galvanisé tiennent ce manchon sous la forme d'un cylindre.

Nous n'ignorons pas que cet appareil est imparfait, que depuis 1894, peut-être auparavant, plusieurs autres instruments du même genre ont été mis entre les mains des médecins, lesquels peuvent donner une température de 400° F. et même au-delà. Mais en face de leurs nombreuses qualités se dressent plusieurs inconvénients qui sont parfois très grands.

Celui dont on a peut-être parlé le plus est l'appareil de Tallerman-Sheffield, de Londres, qui peut fournir une très haute température. Cet appareil "composé d'un cylindre en cuivre, de dimensions assez considérables, terminé à l'une de ses extrémités par une toile en caoutchouc en forme de manchon, que l'on attache à l'aide d'un lieu, autour de la racine du membre sur lequel on opère, est chauffé

à l'aide d'une rampe qui se trouve au-dessous du cylindre et que l'on met en communication avec une prise de gaz."

Mais ici la chaleur n'est pas également répartie dans le bain, vu qu'elle se fait par rayonnement et que le membre est chauffé en raison inverse du carré de sa distance du cylindre : ce qui explique très bien comment les auteurs qui s'en servent ont vu des phlyctènes se produire aux orteils et aux parties les plus près du cylindre. De plus pour enlever la vapeur d'eau due à la transpiration, il faut ouvrir cette caisse et exposer ainsi le membre à un refroidissement subit. Puis cet appareil coûte de quatre à cinq cent dollars ; il se limite au traitement d'un seul membre à la fois, il n'est aucunement portatif, sa caisse métallique expose à brûler le malade, pour peu qu'il remue, etc.

Aux Etats-Unis, on se sert actuellement d'un appareil moins coûteux, construit sur le même principe que celui que nous vous présentons, mais le bain de BETZ (c'est le nom de cet appareil) est aussi une caisse métallique pèchant par les mêmes côtés que l'appareil TALLERMAN-SHEFFIELD.

Nous nous sommes servis bien souvent de notre appareil depuis 1893 et jamais avec regret ce que nous ne saurions affirmer de tous nos moyens chirurgicaux et thérapeutiques.

Quelles sont les indications de ces bains d'air chaud sec et quelle expérience en avons-nous jusqu'aujourd'hui ?

Nous nous proposons de vous les résumer et d'y ajouter quelques mots sur l'expérience de voix plus autorisées que la nôtre nous invitant à ne pas dédaigner un de nos bons moyens de traitement.

(A suivre)

## REPRODUCTION

### Traitement du placenta prævia (1)

M. SÉBILLOTTE (de Paris), rapporteur. — Le placenta prævia peut provoquer des accidents au cours de la grossesse, pendant et après le travail d'accouchement. Le plus redoutable de ces accidents est l'hémorragie dont l'importance capitale, pour la mère et pour l'enfant, domine toute la question du placenta prævia et de son traitement.

La conduite à tenir en face de l'hémorragie du placenta prævia est différente suivant l'époque de la grossesse, la variété d'insertion placentaire, l'état de la mère et celui de l'enfant.

\* \* \*

Lorsque les hémorragies liées à l'insertion vicieuse surviennent avant le sixième mois de la grossesse, il est difficile, pour ne pas dire impossible, de diagnostiquer leur véritable cause, la conduite de l'accoucheur ne sera pas différente de celle qu'il tiendrait vis-à-vis d'une menace d'avortement : repos absolu au lit, hémostase et antiseptie par les injections chaudes à 48°, boissons fraîches et acidulées, médication opiacée. Si l'avortement n'a pas lieu, il faut surveiller la grossesse et éviter toute cause de récurrence.

Doit-on temporiser, en arrêtant l'hémorragie, dans les derniers mois de la grossesse ?

Si celle-ci a moins de sept mois, l'enfant a bien peu de chances de vivre ; il faut tout faire pour prolonger la grossesse. Après sept mois, deux cas peuvent se présenter. La perte est médiocre, unique et s'arrête facilement avec les moyens déjà indiqués : rien n'autorise à interrompre la grossesse, mais il faut placer la patiente sous la sur-

(1) Société Obstétricale de France, session d'avril 1898.

veillance étroite et continue d'une personne compétente. On s'assurera d'une présentation longitudinale maintenue au besoin avec une ceinture ou un bandage abdominal. On se tiendra prêt pour une intervention possible; l'antisepsie vaginale sera rigoureuse, l'état général soutenu par les boissons et les médicaments stimulants, et, si je puis m'exprimer ainsi, chaque goutte de sang perdu sera sans retard remplacé par une goutte de sérum.

Avec des hémorragies graves par leur abondance ou leurs répétitions, la temporisation ne saurait être admise. Tous les accoucheurs dans ce cas considèrent que la vie de la femme est en péril, tant qu'elle n'est pas délivrée. L'action s'impose avec un triple but: arrêter le sang, vider l'utérus, combattre l'anémie et relever l'état général. Comme moyens, les accoucheurs ont un certain nombre de méthodes.

*Accouchement forcé.* — L'observation ayant démontré que l'hémorragie cessait le plus souvent après l'accouchement, on devait en toute logique chercher à le terminer le plus rapidement possible. De cette conception à l'accouchement forcé, il n'y avait qu'un pas.

Ambroise Paré le premier recourut à l'accouchement forcé, en allant chercher les pieds pour extraire l'enfant. Tombé dans le discrédit, l'accouchement forcé a été repris cependant sous une forme nouvelle: la dilatation rapide par les moyens mécaniques, surtout par les ballons; mais pour retrouver la dilatation manuelle systématique, il faut venir jusqu'à ces temps derniers.

En 1897, M. Bonnaire décrit une nouvelle technique de l'accouchement forcé celle de l'accouchement méthodiquement rapide, suivant l'expression de Tarnier; elle a été développée par son auteur dans la *Presse Médicale* du 14 août 1897.

Dès que les doigts peuvent amener simultanément les lèvres du col en contact avec les parois opposées du bassin, la dilatation est aussi complète que possible. Le premier temps du travail artificiel est, dès lors, terminé, et il ne reste plus qu'à procéder immédiatement à l'extraction du fœtus. S'agit-il d'une présentation du sommet engagée ou fixée au détroit supérieur en même que l'utérus est très rétracté, on applique le forceps. Dans les cas graves de placenta prævia partiel ou central, comme dans ceux où la présentation fœtale reste élevée, la version s'impose. Si le placenta couvre entièrement l'orifice interne dilaté, le mieux est de le décoller d'un seul côté, en coulant la main au long de la paroi du segment inférieur vers laquelle sont tournés les membres pelviens du fœtus. On rompt les membranes le plus près possible du bord placentaire et on va chercher les pieds de l'enfant. Si celui-ci était de gros volume et si on conservait des doutes sur la dilatabilité complète du col utérin, on pourrait se contenter d'exécuter les deux premiers temps de la version et abandonner l'expulsion du fœtus aux seuls efforts utérins.

La technique de l'accouchement artificiel est la même, qu'il s'agisse d'une femme enceinte ou d'une femme en travail. Comme on le conçoit aisément, c'est chez cette dernière qu'elle offre le moins de difficultés; la nature, en commençant la dilatation du col, a effectué une partie de la besogne, et l'effort des doigts ne s'exerce que sur un simple orifice et non sur un canal, comme dans la grossesse.

Il est assez difficile de fixer le temps moyen que comporte la manœuvre de l'accouchement méthodiquement rapide; trop d'éléments peuvent en faire varier la durée: celui qui joue le rôle capital est l'état de primiparité ou de multiparité de la femme. Dans les cas de M. Bonnaire, la durée totale de l'intervention n'a pas dépassé un quart d'heure.

L'accouchement rapide mérite de fixer l'attention, ayant pour premier mérite de n'exiger aucune instrumentation; il est à la portée de tous et en tout lieu.

On ne saurait, comme avec l'accouchement forcé, lui reprocher les contusions et les déchirures du col; elles sont évitables par l'application douce et consciente de la pulpe des doigts. Ce procédé a l'avantage d'être pour ainsi dire instantané, et, par suite, donne les

plus grandes chances de salut à la mère, en faisant courir le minimum de dangers à l'enfant.

*Rupture des membranes.* — C'est aussi dans le but d'accélérer le travail, que Puzos érige en méthode la rupture des membranes dans les cas d'hémorragies.

A l'étranger, cette méthode, discutée et acceptée en France, s'applique de différentes manières: tantôt c'est une simple ponction de l'œuf avec le doigt ou avec un perce-membranes, tantôt c'est une large ouverture des membranes, comme le conseille Barnes. M. Pinard se déclare partisan de la rupture des membranes et adversaire du tamponnement.

D'après lui, la conduite à tenir est la suivante:

1° S'assurer que la présentation est celle du sommet ou du siège. Si c'est une présentation du tronc, transformer cette présentation en présentation longitudinale siège ou sommet, suivant la facilité avec laquelle on peut abaisser l'un ou l'autre de ces pôles fœtaux;

2° Déchirer largement les membranes, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas un début de travail.

Deux cas peuvent se présenter: le col est dilaté ou dilatable; M. Pinard termine par l'extraction de l'enfant au moyen du forceps ou de la version; si le col n'est pas dilaté, il faut recourir à l'emploi du ballon de M. Champetier de Ribes.

Un certain nombre de critiques ont été adressées à la rupture prématurée de membranes. Elle a pour effet de rendre la version par manœuvres internes difficile, si cette intervention devient nécessaire. Elle expose à l'infection, surtout si l'enfant succombe; il faudrait dans ce cas terminer l'accouchement le plus rapidement possible.

Dans le cas d'insertions centrales, on augmente les sources et les dangers d'hémorragie en décollant davantage le placenta; en le perforant, on s'expose à déchirer les vaisseaux du cordon et à une hémorragie fœtale.

La critique la plus importante est que la rupture des membranes n'amènerait pas toujours la cessation de l'hémorragie: Baudelocque, sur 30 cas, la trouve infidèle 29 fois, et Simpson 26 fois sur 40. Les partisans de la méthode reconnaissent ce dangereux inconvénient, puisqu'ils recommandent dans cette occurrence la version et l'emploi des ballons pour faire l'hémostase, et terminer promptement l'accouchement.

En définitive, la rupture des membranes, employée par tous les accoucheurs et systématiquement par M. Pinard, donne de très bons résultats dans les cas bénins, quand l'insertion est latérale, avec un col dilaté ou dilatable; elle devient moins sûre et d'une bonne exécution difficile avant tout travail; elle est très délicate dans les insertions centrales, partielles ou complètes.

Dans ces derniers cas, la plupart des accoucheurs modernes et contemporains, tant à l'étranger qu'en France, commencent par appliquer le tampon, sauf, s'il y a lieu, à terminer l'accouchement par une autre méthode.

*Tamponnement.* — C'est à Leroux, de Dijon (1776), que l'on doit la méthode du tamponnement. Il le pratiquait pour toutes les hémorragies utérines, et s'il le plaçait dans le vagin pour combattre les pertes par insertion vicieuse, il le portait jusque dans la cavité intérieure dans le cas d'hémorragie après la délivrance. A l'heure qu'il est, malgré le perfectionnement des autres méthodes, malgré les critiques très vives adressées au tamponnement, il est loin d'être abandonné.

Tarnier était resté convaincu de son efficacité; il la déclare utile et nécessaire. La plupart de nos maîtres et de nos collègues y sont restés fidèles, et l'emploient dans les cas les plus graves de préférence aux autres méthodes. Les praticiens le réclament et ont la conscience des services qu'ils en retirent.

Il faut ajouter que les partisans du tamponnement, et, au pré-

mier rang Tarnier, se montrent très élastiques dans le traitement du placenta prævia. Ce n'est pas une condamnation de la méthode : y en a-t-il une qui pourrait répondre à tous les faits cliniques, car c'est une loi inéluctable de rencontrer des faits disparates avec une physiologie propre, des indications spéciales ? La première qualité d'une thérapeutique est d'être opportune, la méthode préférable est la plus prompte à obtenir les meilleurs résultats.

L'hémorragie arrêtée, le péril est conjuré. Si le col est dilaté, l'on peut terminer l'accouchement ou se tenir sur une expectative armée, et conformer sa conduite aux indications.

Les reproches n'ont pas manqué à la méthode de tamponnement.

Mal appliqué il est insuffisant ; la critique n'atteint que l'opérateur et non la méthode. Sa difficulté d'application n'est pas grande, et il suffit de s'exercer à le bien faire pour n'être pas embarrassé dans la pratique.

Les dangers d'infection du tampon étaient pour lui un reproche avant l'apparition de l'antisepsie. Il a bien perdu de son importance, et il suffit de lire attentivement les observations des malades traitées récemment par d'autres méthodes, pour se convaincre que ce danger existe surtout du fait de l'insertion vicieuse et de l'anémie consécutive.

Si le tampon se laisse parfois traverser par le sang, il faut renouveler et surveiller son application ; le fait est plus rare qu'on ne le dit avec un bon tamponnement, et son application arrête réellement l'hémorragie.

Il est bien certain aujourd'hui que le tampon ne rend pas interne une hémorragie, qui, primitivement, se manifestait au dehors ; il paraît même démontré que l'hémorragie interne n'a pas lieu quand les membranes sont rompues.

Reconnaissons cependant que le tampon est douloureux, qu'il irrite le vagin, et est quelquefois mal supporté. A côté de cela il détermine habituellement les contractions utérines, rend le col souple et dilatable, et permet de terminer l'accouchement par une autre méthode s'il y a lieu.

*Décollement du placenta.* — Le décollement complet du placenta a été préconisé par Simpson ; c'est une conséquence de sa théorie sur le mécanisme de l'hémorragie. Il ne faut pas croire qu'il recommandait son procédé, dans tous les cas ; il l'appliquait surtout dans les accidents graves, lorsque l'enfant était mort ou non viable, lorsque l'hémorragie était dangereuse, que la version était contre-indiquée par suite de l'épuisement de la femme, de la dilatation insuffisante, de la malformation du bassin ou de la rétraction trop forte de l'utérus.

Le décollement du placenta est une opération difficile ; la mort de l'enfant est presque certaine et la terminaison de l'accouchement n'est pas accélérée. Ce procédé est complètement abandonné.

*Version bipolaire.* — La version bipolaire, préconisée par Barnes et surtout par Braxton-Hicks, est plus employée en Allemagne qu'en Angleterre, où souvent elle est précédée, ainsi que le conseille Schröder, du tamponnement vaginal.

Il est incontestable que la version bipolaire donne de bons résultats. En Allemagne et en Amérique, elle aurait fait diminuer beaucoup la mortalité maternelle ; mais il n'en est pas de même pour la mortalité infantile, qui est considérable, cette opération nécessite le tamponnement préalable ; si le col n'est ni dilaté ni dilatable, elle demande une certaine habileté opératoire, et un utérus contracturé, un fœtus volumineux, le rétrécissement du bassin, la perte des eaux, peuvent la rendre impraticable.

Les ballons de Chassagny, de Barnes, de Champetier de Ribes, ont pour but d'accélérer l'accouchement en faisant l'hémostase intra-utérine.

En France, les ballons de Chassagny et de Barnes ont été détrônés par celui de Champetier de Ribes, qui, par sa forme et son volume plus grand, ne nécessite qu'une seule application pour amener une dilatation rapide et suffisante pour terminer l'accouchement.

M. Pinard en a fait le complément de la rupture des membranes lorsque l'écoulement sanguin persiste et qu'il y a lieu d'aller vite.

Quelle que soit la méthode suivie, lorsque la dilatation est complète, il faut faire sans tarder l'extraction de l'enfant, soit par la version ou le forceps, et, dans cas où l'enfant serait mort, par la basiotripsie.

Après l'accouchement, faisons la délivrance avec soin, sans perdre de vue la patiente, combattons l'hémorragie si elle se produit, par les injections chaudes, les injections d'ergotine, au besoin le tamponnement intra-utérin, sans oublier surtout le traitement général, car, à ce moment, tout danger n'a pas disparu.

Les méthodes que nous venons de passer en revue présentent toutes des avantages et des inconvénients. Quelle est leur valeur respective ? Il est très difficile de le dire, et nous nous garderons bien de chercher à conclure d'après les différentes statistiques. Toutes les statistiques, très sincères d'ailleurs, n'ont pas, quant à présent, de valeur réelle pour conclure, parce qu'appliquées pour des faits différents elles ne sont pas comparables.

Mais, un point sur lequel tous les accoucheurs sont d'accord et auquel ils apportent également tous leurs soins, est le traitement général.

Les injections hypodermiques d'éther et de caféine sont des stimulants précieux et efficaces.

On a eu recours à la transfusion du sang. Son application difficile lui a fait préférer les injections de sérum artificiel. C'est le procédé le plus stimulant et le plus rapide que nous possédions maintenant.

Employées d'abord en injections intra-veineuses, à doses répétées et massives, elles ont donné de très-heureux résultats entre les mains de leurs promoteurs, MM. Porak et Maygrier.

Leur technique, un peu délicate en dehors de l'hôpital, leur fait aujourd'hui céder le pas aux injections sous-cutanées.

Si l'on veut se ménager des succès, le traitement général, et même les injections de sérum, devront être faits de bonne heure ; en maintenant les forces de la femme, *en reconstituant pour ainsi dire goutte à goutte le sang perdu*, les menaces seront moins grandes, l'intervention obstétricale moins impérieuse et plus raisonnée : autant de chances de sauver la mère avec l'enfant.

## L'Asthme

**DÉFINITION.** — Névrose consistant en crises de dyspepsie spasmodique, le plus souvent accompagnées de troubles vaso-sécrétoires des muqueuses des voies aériennes. (Brissaud).

**SYMPTÔMES PRINCIPAUX.** — Crises survenant ordinairement la nuit. Oppression brutale et poignante. La crise dure une heure ou deux et se termine par le rejet de crachats perlés et une émission abondante d'urine.

Signe très important et presque pathognomonique : contrairement à ce qui se produit dans la dyspnée due aux affections pulmonaires, l'asthmatique respire avec la plus grande facilité, mais il ne peut, chasser l'air contenu dans ses poumons. Après chaque inspiration les muscles de l'inspiration et particulièrement le diaphragme, sont pris d'une contracture colnique qui rend l'expiration difficile.

**Autres signes importants :** pas de matité à la percussion, et quelquefois exagération de la sonorité ; à l'auscultation, disparition du murmure vésiculaire, respiration à peine perçue, expiration prolongée et durant deux ou trois fois plus longtemps que l'inspiration ; jamais de souffle, mais quelquefois des râles humides.

**DIAGNOSTIC.** — On ne pourrait guère confondre l'asthme qu'avec l'angine de poitrine qui se caractérise par des accès de douleurs paroxystiques qui débent dans la région cardiaque, au niveau de l'extrémité inférieure du sternum, et s'irradient dans les nerfs voisins en provoquant une sensation d'angoisse extrême.

**PRONOSTIC.** — Appelé au milieu de la nuit auprès d'un malade atteint d'une crise d'asthme, le médecin doit lui dire franchement de quoi il s'agit, s'il ne le sait pas encore, le rassurer, lui annoncer que sa crise ne durera que quelques heures. Puis il renseignera l'entourage, annoncera le retour probable de la crise pour les nuits suivantes, et cela pendant dix et jusqu'à vingt nuits consécutives.

**TRAITEMENT.**—*Traitement de l'accès.*—Si on arrive au moment de l'accès, il faut essayer de procurer au malade un soulagement immédiat. On a conseillé de faire des badigeonnages des fosses nasales avec un pinceau imbibé d'une solution de cocaïne à 1/20. On a pu ainsi quelquefois faire avorter la crise, mais il faut arriver tout au début. On peut faire brûler sur une assiette une cuillerée à café de la poudre suivante :

Nitrate de potasse.....	3 grammes.
Poudre de feuilles de datura.....	} àà 5 —
— belladone.....	
— jusquiame....	

On peut recommander des inhalations d'éther, d'oxygène, de chloroforme, d'iode d'éthyle, de pyridine.

Voici la formule d'une bonne potion calmante :

Ether sulfurique.....	1 gramme.
Extrait de belladone.....	0 — 05
Eau de laurier-cerise.....	10 —
Eau distillée.....	} àà 60 —
Sirop d'écorces d'oranges.....	

Une cuillerée à soupe toutes les heures.

La morphine et le chloral en potion sont fréquemment usités.

Les Allemands font prendre, au moment de l'accès, un paquet ainsi composé :

Codéine pure.....	0 gramme 02
Lactose.....	0 — 50

ou bien :

Chlorhydrate de morphine.....	0 gramme 01
Sucre blanc.....	0 — 50

Quand l'accès se prolonge, le mieux est de faire une injection hypodermique de un centigramme de chlorhydrate de morphine.

*Traitement pendant la série d'accès.*—On prescrit avec avantage l'iode de potassium ou l'acétate d'ammoniaque.

Voici une bonne formule recommandée par Huchard :

Eau distillée.....	90 grammes.
Iodure de potassium.....	} àà 10 —
Teinture de lobélie.....	
Teinture de polygala.....	
Extrait thébaïque.....	10 centigr.

1 cuillerée à café, matin et soir, dans une infusion béchique sucrée.

En voici une autre :

Eau de tilleul.....	100 grammes.
Sirop de mélisse.....	50 —
Liqueur d'Hoffmann.....	0 — 50
Espirit de mindererus.....	4 —

par cuillerées, dans les 24 heures.

*Traitement entre les accès.*—Le médecin a le choix entre quatre médicaments : l'iode de potassium, l'arsenic, la belladone, la valériane. Leur efficacité préventive est tout à fait douteuse,

*Traitement hygiénique et prophylactique.* — Pas de surmenage ni d'excès d'aucune sorte. Exercices physiques pondérés. Les repas ne seront pas trop copieux et arrosés d'un peu de vin vieux mais pas trop généreux. Abstention complète de tout alcool. L'asthmatique pourra aller faire une cure en été aux Eaux-Bonnes, à Argelès-Gazost, à Cauterets.

(L'Indépendance Méd.)

BIBLIOGRAPHIE

Les Maladies évitables

*Moyens de s'en préserver et d'en éviter la propagation*, par le Dr BOULOUMIÉ. 1 vol, in-16 avec figures, cartonné, franco, 30 cts.

La Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle s'est de tout temps préoccupée des meilleurs moyens de développer la vulgarisation des pratiques de l'hygiène. Grâce à un généreux docteur, elle a organisé un concours pour la rédaction d'un ouvrage pouvant faire connaître aux familles les procédés à employer pour éviter la propagation des maladies transmissibles. Une commission, composée d'éminents hygiénistes a résumé les résultats de ce concours dans un petit livre, essentiellement pratique, dont le titre, *Les Maladies évitables*, indique bien le caractère et la portée.

Nous souhaitons qu'il soit rapidement mis entre les mains de toutes les personnes intéressées et que, lu par les instituteurs, les pères de famille, les médecins, il réussisse à augmenter encore la diminution si marquée de la mortalité par maladies contagieuses, grâce aux efforts combinés de l'hygiène publique et de l'hygiène privée.

En vente chez DÉOM FRÈRES, 292 rue St Denis, Montréal.

FORMULAIRE

Pilules contre la spermatorrhée. (SINETY)

Extrait de belladone.....	} àà 20 cent.
Poudre de belladone.....	
Consève de rose .....	

pour dix pilules.

Dans la spermatorrhée nocturne, résultant du spasme des vésicules séminales, le malade doit prendre le soir, en se couchant, de 1 à 3 de ces pilules, en ayant soin de les ingérer toutes à la fois ; ou bien il prendra cinq centigrammes de camphre, dix centigr. lupin ou enfin de bromure de potassium à la dose de 1 à 4 grammes par jour.

Si on suppose, au contraire, que la spermatorrhée résulte de l'atonie des vésicules séminales, on administrera des lavements froids, des douches froides en jet de 10 à 20 secondes de durée. On conseille, en outre, matin et soir, au moment du repas, une à deux prises du mélange suivant :

Ergot de seigle récemment pulvérisé.....	10 cent.
Noix vomique en poudre.....	2 cent.

pour une prise.

Traitement du tonia. (E. CHAMBERLIN)

Alcool chloroformé à 10 p. 100.....	8 grammes.
Essence de térébenthine rectifiée.....	} àà 4 —
Extrait éthéré de fougère mâle.....	
Glycérine.....	15 —

Mélez.—A prendre une cuillerée à café d'heure en heure.

Avant de commencer ce traitement, le patient prend de l'huile de ricin ou du sulfate de magnésie et, dès que l'effet purgatif s'est produit, il fait usage de la mixture ci dessus formulée.

Lorsqu'il s'agit de très jeunes sujets, on administre le remède à doses proportionnées à l'âge des petits malades. C'est ainsi qu'à un enfant de 2 ans, par exemple, on prescrira :

Alcool chloroformé à 10 p. 100.....	} àà 2 grammes.
Essence de térébenthine rectifiée.....	
Extrait de fougère mâle.....	
Glycérine.....	15 —

Mélez.—A prendre une cuillerée à café d'heure en heure.

La teinture de myrrhe dans l'angine diphthérique

Ce traitement, conseillé par le Dr Miloslawsky, consiste à badigeonner, cinq ou six fois par jour, la gorge avec de la *teinture de myrrhe pure* et de donner, en outre, toutes les 2 heures, une cuillerée à bouche ou à dessert—suivant l'âge des malades—d'une potion :

Teinture de myrrhe.....	4 grammes.
Glycérine pure.....	8 —
Eau.....	200 —

Enfin, faire de fréquents gargarismes à un pour cent de la susdite teinture.

(Journal de méd. de Paris)

**Gargarisme dans les angines infectieuses, les stomatites et les perlostites alvéolo-dentaires. (DORBONET)**

Liquueur Van Swieten.....	} à 250 grammes
Eau chloroformée.....	
Essence de menthe.....	

Gargariser plusieurs fois par jour.

## Interets professionnels

Montréal, 20 avril 1898.

A M. le Dr J. B. A. LAMARCHE,

Directeur-gérant de "l'Union Médicale du Canada."

Monsieur le Directeur-gérant,

C'est en janvier 1872 que le premier numéro de "l'Union Médicale" a paru après beaucoup de démarches préliminaires, etc., etc. Pour en assurer l'existence et ainsi qu'une bonne direction éditoriale, il avait été nommé un comité de garantie et de surveillance, composé d'une quinzaine de médecins responsables qui devaient fournir des fonds, si besoin, et en surveiller aussi la rédaction.

Les premiers rédacteurs furent les Drs Rottot, A. Dagenais, et L. J. P. Desrosiers.

Le but principal était de propager les connaissances médicales, faire connaître les découvertes nouvelles, et prêcher l'Union tels que le dit le titre même, parmi les médecins de cette Province. Les regrettés Drs George Grenier et E. H. Desrosiers ont succédé aux trois premiers rédacteurs, ils ont travaillé ardemment durant des années et réussi à maintenir "l'Union" dans la bonne voie, et à en faire un journal important. Vous aussi, comme rédacteur et propriétaire, avez su satisfaire et instruire nos lecteurs. Mais laissez-moi vous dire que, depuis que vous avez choisi votre rédacteur actuel, votre journal n'entretient plus "l'Union" parmi les médecins de cette Province, mais y sème trop souvent la discorde et la haine. Il me semble que vous auriez pu mettre un frein à ces accusations fausses et malveillantes que votre rédacteur et un correspondant *ejusdem farinae* répandent à flot dans votre journal depuis des mois.

Permettez-moi aussi de vous dire, M. le Directeur-gérant, à vous qui avez des principes larges et des idées de liberté et de saine tolérance, que vous ne devriez pas laisser attaquer, vilipender des confrères qui ont vieilli sous le harnais et qui jouissent d'une réputation bien péniblement gagnée et bien méritée.

Votre rédacteur est encore trop jeune et peut être de nature trop belliqueuse pour être à la direction d'un journal important comme le vôtre, sans avoir un comité de surveillance, comme il y en avait un les premières années de la publication.

De plus, l'influence que son proche parent, bien connu pour ses dispositions d'empirisme et d'intolérance envers ceux qui ne se soumettent pas sans mot dire à ses désirs et à ses volontés, exerce sur ce jeune rédacteur fait dévier le journal de son prospectus : instruction, union, etc., etc.

Vos plus fidèles amis et abonnés les plus fidèles ne sauraient tolérer ces injures, ces calomnies bien longtemps. Un autre propriétaire de journal a refusé l'insertion de tout écrit sur le sujet des *Elections*, afin de ne pas froisser ses abonnés.

M. le Directeur, je crois de mon devoir pour justifier ma position dans le bureau de faire connaître à vos lecteurs comment j'y suis entré. Il y a six ans, la succursale de Laval, à Montréal, avait pour l'un de ses représentants dans le Bureau, le regretté Dr A. Dagenais, homme honorable et d'un jugement supérieur.

Pour une raison futile, un jeune membre de la succursale fit de la cabale parmi les autres membres et réussit à faire mettre de côté cet officier du collège, alors le trésorier.

Le Dr Dagenais, mon vieil ami, justement indigné contre ses jeunes collègues, résolut de se faire élire comme représentant de la ville de Montréal. Alors, je m'engageai, séance tenante, à l'aider à le faire réélire : dans ce but nous nous sommes unis au Dr J. M. Beau-soleil qui était le chef de parti et nous avons été élus tous trois par la ville de Montréal.

Je ne me serais jamais mêlé des élections du collège si ce n'eût été pour aider un collègue ami, auquel on faisait une injustice choquante.

Voilà la cause et l'unique cause de ma séparation d'un certain nombre de mes collègues, pour réparer une injustice faite à un ami personnel.

Il est dans ma nature, dans mon tempérament de ne pas souffrir tacitement, l'injustice. On me fait un reproche de ne pas être avec mes collègues de l'université, ne serait-ce pas une lâcheté de ma part d'abandonner aujourd'hui les membres d'un bureau médical avec lesquels je travaille harmonieusement depuis six ans—il me répugne de songer qu'ils pourraient me traiter de lâche ou de fourbe, etc. etc.

Du reste, je me trouve en bonne compagnie avec MM. les Drs Ross, Marsil, Simard, Rinfret, Gauthier, qui ne sont pas plus que moi les partisans aveugles, ni les jouets de celui qu'on accuse de tout monopoliser. Il est vraiment comique d'entendre toujours parler de monopole par les adversaires du bureau actuel, quand c'est un fait patent que l'organisateur en chef de l'opposition actuelle—faites ce que je dis, ne faites pas ce que je fais—en fait une pratique journalière.

Non, la cause de tout le tapage, de la guerre injuste que l'on fait au Bureau actuel (car, réellement, à lire les écrits de vos jeunes gens, on dirait qu'il y a péril dans la demeure) tandis qu'en réalité tout se résume en ces quelques mots : "Ote-toi de là que je m'y mette." C'est une tempête dans un verre d'eau.

Il y a plusieurs années, la "Société médicale" de la succursale Laval, à Montréal, avait fait préparer à ses frais un bill, par le légiste Gonzalve Doutré, à l'instar de celui du Barreau. Nous n'avons pas été capables de le faire adopter *au complet* par la législature d'alors.

Le Bureau actuel a obtenu de la législature ce que nous n'avions pu obtenir autrefois, et nos adversaires n'ont pas l'air contents du résultat ; seraient-ils jaloux par hasard que ceux-ci auraient obtenu ce que ceux-là n'ont pu obtenir ?

On accuse encore le Bureau actuel de ne pas être sincère, quand il promet, par la voix des honorables J. J. Ross et Marsil, de leurs sièges au conseil législatif, de suivre les opinions, et d'exécuter les vœux de la majorité de la profession qui seront exprimées lors des prochaines élections triennales à propos du vote par district. Pour ma part je m'engage sincèrement à travailler dans ce but, car je crois que le meilleur moyen de secouer l'*apathie morbide* des médecins de cette province, c'est de les mettre en position de s'occuper de leurs affaires locales ; alors, s'ils ne les font pas bien, ils n'auront qu'eux-mêmes à blâmer, et je suis prêt à parier cinq cent dollars en faveur d'une institution de charité, disons l'hôpital Notre-Dame, que la majorité du bureau actuel sera en faveur du vote par district.

Voici quelques-uns des actes du Bureau actuel que je connais spécialement, et que je crois devoir mentionner pour l'éducation de vos lecteurs :

1° J'ai été nommé secrétaire pour Montréal, dès mon entrée au Bureau ; durant 12 mois, un médecin, bien qualifié du reste mais Anglais, parlant et écrivant difficilement le français, avait été secrétaire du Bureau. Eh bien, étant donné que les trois-quarts des aspirants à l'étude de la médecine et à la licence sont des Canadiens-français, n'était-il pas juste et raisonnable que cet état de choses fut changé pour faciliter les rapports entre les intéressés ? ce qui a été fait.

2° Quant à ma ponctualité et à mon attention envers tous les aspirants dans l'exercice de mes devoirs, j'en appelle à tous ceux qui ont eu affaire à moi, comme secrétaire. Si on veut lire *entre les lignes* les écrits de nos adversaires, on voit que l'on veut nous faire passer tous pour des vilains ou des incapables.

N'y a-t-il pas des *auditeurs* au Bureau, n'y a-t-il pas des assurances de garantie pour tous ceux des officiers qui touchent de l'argent du Collège ? Je vous le demande, ne sont-ce pas là des sûretés suffisantes ?

On accuse souvent le Bureau de ne pas agir assez sévèrement contre les charlatans de toute espèce, licenciés ou non licenciés.

Avant d'être secrétaire du Bureau, moi comme d'autres, je croyais cela. Mais depuis que j'ai essayé maintes et maintes fois à faire mieux que mes devanciers, je me suis vite aperçu qu'en ces matières "la critique est aisée, mais l'art difficile." En effet, que m'est-il arrivé ? comme en toutes autres j'ai servi de témoins volontaire dans une vingtaine de causes au moins, j'ai répondu à des quantités de lettres de médecins, d'avocats dénonçant les charlatans de toutes espèces, et quand venait le temps de fournir les preuves à l'appui des accusations portées, tout manquait. Troubles inutiles, frais considérables pour l'agent—voilà.

La nouvelle loi obtenue par le Bureau actuel donne justement les moyens de mettre fin à ces abus, viz : des agents, des poursuites en cours inférieures dans chaque district.

Cette loi passée à la dernière session, établit un bureau de discipline qui donne le droit au Bureau de poursuivre les médecins qui manquent à leurs devoirs, après avertissement et censures, suspension ; le bureau fera par le fait même disparaître les Munyons, les Mireaults que des médecins couvraient de leur licence.

En terminant cet article écrit dans le seul but de rétablir l'accord et la bonne entente qui doit régner entre les membres d'une même famille, je me permets, vu mon âge et mes nombreuses années de professorat, qui m'ont tenu en rapports intimes avec la grande majorité des médecins de cette Province, je me permets, dis-je, de conseiller aux médecins de se tenir sur leurs gardes, de disséquer minutieusement les écrits qui leur tombent sous la main. Jugez par vous-mêmes et agissez suivant l'intérêt commun de la profession. Est-il Dieu vrai que nous, médecins canadiens-français, nous ne pourrions pas appartenir à un corps, à une société sans nous chicaner et nous affaiblir par nos divisions et cela au grand ébahissement de nos confrères anglais.

Si par hasard vous vous êtes déjà prononcé, en donnant votre procuration, sous la sollicitation pressante d'un intéressé ou sans avoir réfléchi suffisamment, étant aujourd'hui mieux informé, vous n'avez qu'à venir vous-même à l'assemblée du 13 juillet, ou encore donner une autre procuration à un confrère, auquel vous indiquerez vos conditions — "avec ce P. S. je révoque toute procuration antérieure." Alors vous recouvrez votre liberté d'action.

M. le Directeur-gérant, je me souscris,

Votre tout dévoué,

A. T. BROUSSEAU,  
138 rue St-Denis.

## CORRESPONDANCE

### Lettre ouverte au Dr Brosseau

MONSIEUR LE DOCTEUR A. T. BROUSSEAU,

Secrétaire du Collège des M. et C., P. Q.

Monsieur le Docteur,

Il ne m'appartient d'intervenir dans vos démêlés avec "L'Union Médicale", mais, dans le cours de votre lettre au Dr Lamarche, vous faites une assertion que je ne puis laisser passer sous silence, "vu votre âge et vos nombreuses années de professorat." Vous écrivez :

" Il me semble que vous auriez pu mettre un frein à ces accusations fausses et malveillantes que votre rédacteur et un correspondant *ejusdem farinae* répandent à flot dans votre journal depuis " des mois."

Je suis ce correspondant *ejusdem farinae* qui a franchement exposé ses opinions dans *L'Union Médicale* et y a même soutenu une polémique avec le "Père de la médecine canadienne" ; le Dr Beausoleil, au temps où il pouvait écouler sa prose dans un journal sans crainte de froisser ses abonnés. (Joli compliment doublé d'un aveu fort indiscret pour les vertueux défenseurs d'une cause immaculée.) "S'il est dans votre nature, dans votre tempérament de ne pas souffrir tacitement l'injustice" vous démontrerez encore que vous ne pouvez la commettre explicitement, en daignant dire quelles accusations fausses et malveillantes j'ai portées contre le Bureau.

Pour vous faciliter la tâche, Monsieur, je prendrai la liberté de résumer les griefs sur lesquels j'ai appelé l'attention de la profession depuis 1895.

1° Le Bureau a manqué d'égards et de déférence envers ses administrés en ne publiant pas, ou ne publiant que très irrégulièrement le bulletin de ses assemblées semi-annuelles. Est-ce faux ?

2° La publication, aussi dispendieuse qu'informe, du Régistre médical a démontré la négligence apportée à la tenue du Livre d'or de la profession. Est-ce faux ?

3° Le Bureau, tout en retenant les services d'un agent grandement payé, oblige les médecins à préparer entièrement la cause et trouver des témoins solides, comme le dit M. Deom, dans les cas de poursuite contre les charlatans. Est-ce faux ?

4° A la campagne, où le rôle des Cours de Circuit n'est pas surchargé, on ne peut invoquer les lenteurs de la justice pour pallier l'inertie du Bureau dans ces mêmes cas, et de votre propre aveu, c'est la loi qui est en défaut puisque vous n'avez pas réussi dans une vingtaine de causes. Est-ce faux ?

5° La nomination d'agents dans chaque district a déjà donné de si maigres résultats que le Bureau a dû abandonner ce système dispendieux. Est-ce faux ?

6° Les finances du Collège sont mal administrées, MM. Smith et Girouard, auditeurs, dans leur rapport du 30 septembre 1896, disaient : " nous oserions suggérer que l'on mit plus de soins à la tenue " des Livres du Collège, et que les argents perçus par le registraire et " les secrétaires soient remis au trésorier, chaque mois." Est-ce faux ?

(Vous vous décernez, Monsieur le Secrétaire, un certificat de bonne administration, j'ai pu apprécier la ponctualité, l'exactitude et l'extrême obligeance de M. le Dr Belleau, le Registraire pourra donc porter cette suggestion des auditeurs à son crédit.)

7° Le même rapport disait que l'ex-trésorier devait au Collège la somme de \$322.56. " Après avoir pris les renseignements voulus à " ce propos, nous vous en informerons à la prochaine assemblée du " Bureau." Il y a vingt mois de cela et nous n'avons pas encore d'informations, du moins officielles sur le sujet. Est-ce faux ?

8° Le trésorier actuel ne s'est pas conformé à la loi en ne donnant pas une police de garantie dès son entrée en office. Est-ce faux ?

9° Le Bureau, par sa négligence de faire la perception régulière des contributions annuelles, a laissé accumuler des arrérages au montant énorme de \$16,059.00 et fait subir à la caisse une perte sèche de \$15,000.00. Est-ce faux ?

10° Comme résultat de cette incurie le Budget du dernier exercice triennal, 1892-95, s'est soldé par un déficit de \$599.92. Est-ce faux ?

11° Le manifeste électoral du Bureau affirme que les comptes ont été audités, tous les ans, cependant les Bulletins ne contiennent qu'un seul rapport de ces auditeurs, les autres ont donc été supprimés ? Est-ce faux ?

12° En septembre 1896, par un vote de 20 contre 12, le Bureau décide de renvoyer à l'assemblée triennale de 1898 la décision sur

l'opportunité de la fondation d'une bibliothèque médicale ; en attendant, le Président *seul* est autorisé à faire relier, loger et conserver les thèses reçues de Paris,—cependant malgré cette décision du Bureau—la fameuse bibliothèque est ouverte au No 292, rue St-Denis, et un comité, sans existence légale, s'est arrogé le droit d'en faire imprimer le catalogue. Est-ce faux ?

13° Dans une seule séance, le Bureau accorde la licence provinciale à onze étudiants *sans brevet* et fait passer l'examen professionnel, au même nombre de candidats, *dans une heure*. Est-ce faux ?

14° Le Dr Beausoleil s'emparait, en 1889, du contrôle du Bureau en dénonçant le vote par procurations et demandant les élections par districts ; depuis, il s'est toujours servi des procurations pour faire élire des hommes suivant son cœur sans se soucier des volontés populaires ; des médecins d'aussi haute réputation que MM. les Drs Brosseau et Dagenais ont dû s'incliner devant lui pour obtenir un fauteuil de gouverneur, cette moquerie du suffrage a été poussée au point de faire rédiger, *avant l'élection*, les motions nommant les officiers ; ce système autocratique et despotique lui a permis de faire rejeter quatre ou cinq motions demandant d'apporter remède à cet état de chose ; les officiers du Bureau ont opposé avec acharnement, au conseil législatif, l'amendement LaRue-Pérodeau, et quelques semaines après, au mépris de leurs votes, de leurs paroles, de leurs actes antérieurs ces mêmes hommes se déclarent favorables à l'adoption du vote par district, prouvant que chez eux l'opportunisme tient lieu de convictions. Est-ce faux ?

15° Le Bureau n'a jamais autorisé la fondation d'un laboratoire où se donneraient des cours de physique et de chimie, cependant la presse politique annonce, à son de trompe, que le Dr Beausoleil vient de confier la direction du laboratoire du Collège, à M. Minier, un ancien pharmacien de la marine française, bien apparenté. Est-ce faux ?

16° Le Bureau s'est couvert de ridicule en dénonçant, à chaque assemblée semi-annuelle, les médecins qui contractent des engagements avec les sociétés de bienfaisance, les maisons d'éducation, etc., etc., les menaçant même de l'expulsion du Collège, et acceptant, ensuite, un amendement au dernier *bill* médical, qui leur confère des privilèges spéciaux et les place au dessus des atteintes du Conseil de Discipline. Est-ce faux ?

17° Le manifeste électoral du Bureau cherche à tromper l'électorat en affirmant que les cours de six mois sont abolis ou que les professeurs de Laval *seuls* font la guerre à la présente administration. Est-ce faux ?

Assez !

Toutes ces assertions sont basées sur les rapports officiels du Bureau et les journaux de médecine, exceptée cette partie du No 14, relative aux élections des officiers, dont vous et moi avons été témoins oculaires, à la dernière assemblée triennale.

Joignant l'exemple au précepte, veuillez, s'il vous plaît, "disséquer minutieusement l'écrit que je vous mets sous la main" et prouver que je suis un menteur, un calomniateur, un diffamateur, en donnant une réponse affirmative à ces questions, réponse appuyée sur autre chose que votre *ipse dixit*, car la preuve d'autorité ne tient pas devant la preuve documentaire.

De grâce, n'allez pas vous dérober derrière votre réputation d'habile chirurgien et d'excellent professeur, il ne s'agit pas ici d'une question de chirurgie, où votre compétence est incontestée, mais de *politique professionnelle*. Vous êtes médecin, je suis médecin, l'un et l'autre intéressés à la bonne administration du corps médical ; placée à ce point de vue, l'inégalité, entre nous, se réduit à une simple différence d'âge. Cependant, les jeunes gens ont droit à leur réputation comme les gens âgés, et les grands hommes ne s'honorent pas en injuriant gratuitement les petits et les humbles.

Si, avec toute la déférence qui vous est due, Monsieur le Secrétaire, vous ne daignez pas exhiber vos preuves et justifier vos affirmations, le corps médical comprendra, qu'en écrivant votre Lettre à

l'"Union", vous avez simplement jeté le dernier atout dans la gigantesque partie de *bluff* jouée depuis neuf ans, aux dépens de la profession.

Vous nous accusez encore, Monsieur, de briser l'harmonie qui régnait dans le corps médical. Nous ne soupçonnions pas, chez nous, tant de puissance, chez vos amis, une susceptibilité aussi grande aux influences pernicieuses. Nous avons, il est vrai, dénoncé le *family compact* qui permettait à certains individus de se grandir en se servant de la profession comme marche-pied. Les craintes mal déguisées qui percent dans votre lettre, démontrent que nous avons frappé la note juste.

Tandis que nous y sommes, expliquez-nous donc pourquoi vous écrivez : "*nous nous sommes unis au Dr J. M. Beausoleil qui était le chef de parti.*" De quel parti ? L'idée de parti de comporte-t-elle pas l'idée de division ? puisque le premier dictionnaire venu définit le mot parti : "Union de personnes contre d'autres" ? Donc, de votre propre aveu, il y avait des accords brisés dans votre musique, avant que nous ayons commencé à y mettre, si malicieusement, des accords à la clef.

Vous écrivez, de plus :

"Vous ne devriez pas laisser attaquer, vili pender des confrères qui ont vieilli sous le harnais et qui jouissent d'une réputation bien péniblement gagnée et bien méritée."

Attaquer, oui ! vilipender, non !

Attaquer : c'était notre droit comme électeurs et administrés. Allez donc dire, dans une assemblée publique : "Il ne faut pas attaquer Sir Chs. Tupper ou Sir Rich. Cartwright, parcequ'ils ont vieilli sous le harnais." Je vois d'ici la réception qui vous attend. Les officiers et les gouverneurs du Bureau sont les serviteurs de la profession, comme les ministres et les députés sont les serviteurs du peuple : chacune de leurs actions doit passer au creuset de la discussion. La vie publique est un mélange de triomphes et d'amertumes, et les roses qui la parfument ne sont pas sans épines comme celles du Bengale.

Le ton de nos articles a été vif parfois ; c'était justifiable quand nous avions affaire au Dr Beausoleil qui ne regardait pas à tronquer les phrases, falsifier les textes, recourir aux personnalités pour faire bonne contenance et aller crier victoire dans les bureaux de la "Patrie".

D'ailleurs les arguments *ejusdem farinae* qui émaillent votre article, nous laissent sceptique sur les résultats de votre prédication. "Verba movent, exempla trahunt" disait le poète latin.

"Ote-toi de là que je m'y mette". Tel est l'unique motif de la présente lutte. Affirmez-vous, enfin.

Monsieur le Docteur, je serai franc avec vous. Vous le savez mes tendres années ne me permettent pas d'aspirer aux hautes positions honorifiques du Bureau ; petit médecin de campagne, la loi m'interdit l'accès des positions payantes, en dernier lieu, *il n'y a personne à ôter*, dans mon district... pas même un anglais, parceque dans son incommensurable sagesse le Régistrateur, si scrupuleux au sujet des franchises, n'a pas jugé Arthabaska digne d'être représenté dans l'aréopage médical.

Si vous ne pouvez concevoir qu'il puisse y avoir encore du désintéressement dans ce bas monde, c'est à souhaiter de vous voir revenir jeune, car les jeunes ont à cœur de se former des opinions à eux, de les professer librement et de les faire triompher, sans s'arrêter aux mesquines considérations de places, de salaires et de réclames circonstancielles.

Je demeure, M. le Secrétaire,

Votre tout dévoué serviteur,

L. J. O. SIROIS.

St-Ferdinand d'Halifax, 24 mai 1898.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Bains d'Air Chaud Sec

Par M. le Dr P. V. FAUCHER, de Québec.

(Suite)

L'examen des effets des bains d'air chaud sec nous fait distinguer facilement les avantages qu'on en retire et les nombreuses applications thérapeutiques qu'on peut en faire.

Tout d'abord, ce qui frappe, c'est une sudation très abondante, non seulement du membre dans le bain, mais encore de tout le corps. On rencontre aussi parfois une rougeur très prononcée des téguments du membre chauffé, rougeur qui prouve bien la dilatation intense des vaisseaux sanguins. Toutefois la température du malade augmente bien peu, de 0.5 à 2° F. Le pouls suit la même marche, mais s'accélère rarement de plus de 4 à 8 pulsations par minute, ces deux effets ne sont d'ailleurs que momentanés.

Ces bains non seulement calment vite et le plus souvent d'une manière permanente les douleurs des membres soumis à cette chaleur, mais encore ils soulagent et enlèvent peu après les douleurs concomitantes qui se font sentir aux autres membres. C'est ainsi que nous avons pu, à la suggestion du Dr Chrétien, de Paris, traiter une jambe malade que nous n'osions mettre dans l'appareil, en soumettant l'autre jambe à l'action de ces bains d'air chaud sec, et obtenir ainsi de bien bons résultats. Mais un de leurs effets les plus remarquables c'est sans doute la restitution des mouvements aux membres dont l'impotence fonctionnelle était due uniquement à la douleur.

Disons de suite que nous n'avons pas rencontré de contrindications à l'application de ce moyen thérapeutique et que nous n'en connaissons pas.

Quant à ses indications, elles sont nombreuses et nous touchons aux maladies qui sont influencées favorablement par les bains généraux, et à celles qui demandent des bains locaux.

Parmi les premières nous citerons celles qui s'accompagnent d'un défaut dans la circulation cutanée et qui enlèvent ainsi à l'économie ce moyen inappréciable d'élimination des poisons, des mauvais germes et de leurs toxines. Ceux-ci sont refoulés dans la circulation interne et y causent ces désordres tant redoutés, congestions, inflammations, auto-intoxications, toxémie, urémie, etc.

Selon la susceptibilité du malade, les bronches, les poumons, le cœur, les intestins, le cerveau, le foie, les reins, etc., seront atteints dans leur vitalité, et si l'on ne vient promptement à la rescousse, tout l'organisme frappé, grâce à un défaut de sa cuirasse, ne tardera pas à céder aux coups de la maladie.

Quoi de plus rationnel alors qu'un bain d'air chaud sec ? Sous son influence, les vaisseaux cutanés se dilatent considérablement, le cœur moins chargé bat d'autant mieux que l'obstacle périphérique dû à l'arrêt des fonctions de la peau est disparu, les toxines et les poisons sont entraînés au dehors par cette abondante sudation, les poumons deviennent plus libres, les reins surchargés voient diminuer de beaucoup leur travail d'élimination, enfin tout l'organisme se réveille pour lutter avec plus de succès contre le mal envahissant. Car, avec le Dr CABITTO (*Journ. Ment. Science*, janv. 1898), nous croyons que ces bains exercent sur d'autres organes, en outre des

glandes cutanées, une influence qui les porte à éliminer le poison plus rapidement.

Laissez nous vous citer quelques exemples. Madame J... B..., à la fin de sa grossesse, nous appelle le matin du 15 mai 1897, pour lui donner quelques soulagements à un violent mal de tête qui lui fait croire qu'elle va mourir. Il ne nous fut pas difficile à notre arrivée de constater que cette femme était menacée de convulsions éclamptiques, céphalalgie intolérable, vision diminuée, douleur épigastrique, suppression d'urines, paupières bouffies, tout dénonçant l'approche de ces terribles attaques. Légères contractions utérines.

Nous ordonnons de suite un traitement approprié sans résultat efficace, puisqu'à 2 heures P. M., une forte convulsion vient ouvrir la scène. A la deuxième crise, à 2.45 hrs P. M., nous appelons à notre secours un de nos confrères qui nous conseille de donner la pilocarpine afin d'amener une forte sudation. Nous eûmes alors l'idée de substituer à ce médicament un de ces bains généraux (fig. III.) Pendant les préparatifs la malade eut une troisième convulsion forte et de longue durée qui nous fit craindre une issue fatale prompte, en dépit du traitement classique, chloroforme, chloral et bromure. La dilatation était alors commencée et marchait bien.

Aussitôt l'attaque finie, nous donnons un bain général d'une demi-heure à 180° F.



Fig. III.

La malade transpire abondamment, la conscience revient et les symptômes s'amendent. Deux heures après, l'accouchement se termine sans accident.

A 6 heures P. M., nouvelles menaces de convulsions, nouveau bain semblable ; la malade n'a pas de convulsions, elle se sent mieux et passe dès lors à une convalescence des plus heureuses.

Est-ce pure coïncidence ? C'est possible. Mais si jamais nous sommes appelé auprès d'une malade en cet état, nous n'hésiterons certainement pas à faire usage de ce moyen. Nous avons eu la témérité d'essayer ces bains pour quelques cas de bronchites aiguës et chroniques et avec de bons résultats.

Trois cas de pneumonie lobaire à la première période (frisson) se sont soumis à ce mode de réaction et tous trois ont guéri rapidement et sans accident. Une pleurésie avec épanchement est rapidement disparue à la suite de l'administration de 3 bains après la thoracentèse.

Une femme de 37 ans souffrant de néphrite aiguë durant sa convalescence d'une scarlatine a pris avec d'heureux résultats 4 de ces bains à 160° F.

Il n'est pas jusqu'à l'épilepsie qui n'ait été soumise à ce mode de traitement,

Le Dr Cabitto a observé que la sueur des épileptiques a une toxicité qui augmente proportionnellement à l'approche des attaques. Il obtenait cette sueur pour ses expériences en plaçant les malades dans un bain d'air chaud et les résultats obtenus lui ont suggéré l'idée de faire usage de ce moyen comme agent thérapeutique dans l'épilepsie, dans le but de provoquer l'élimination des toxines par la peau. Il a fait un essai considérable de ce traitement et affirme être convaincu que c'est un excellent moyen de prévenir et d'interrompre les attaques épileptiques. On doit l'employer chaque fois que les symptômes prodromiques se manifestent. L'auteur recommande de se servir en même temps des autres mesures qui ont été trouvées utiles pour prévenir l'auto-intoxication.

Nous avons eu l'occasion de donner de ces bains contre des douleurs ostéocopes syphilitiques avec un excellent résultat en faisant accompagner ce traitement du traitement spécifique, alors que ce dernier seul était resté sans efficacité. Enfin nous avons eu recours à eux encore dans quelques autres affections et rarement sans en être satisfait.

Mais là où cet agent thérapeutique s'est montré vraiment encourageant c'est dans le traitement local des affections douloureuses des membres, que ces douleurs siègent dans les articulations, dans les masses musculaires, sur le trajet des troncs nerveux (sciatique, névrite), etc...

D'une manière générale toutes les arthrites, aiguës ou chroniques, goutteuse, rhumatismale, blennorrhagique, même tuberculeuse trouvent dans ces bains le traitement connu peut être le plus efficace à leurs premières périodes, non pas qu'ils puissent guérir tous les cas ; mais ils soulagent et améliorent quasi toujours. Quoique comparativement nouveau, le traitement local des articulations douloureuses et enflammées par l'air chaud sec est devenu une méthode reconnue et appréciée : les quelques exemples suivants ne sont peut-être pas sans intérêts.

(A suivre)

## Société médicale de Québec

SÉANCE DU 26 MAI 1898.

Monsieur le Président est au fauteuil.

Le dernier procès-verbal est adopté.

Étaient présents à cette assemblée, Messieurs les docteurs Catolier, Ahern, Boulanger (de Lévis), Lessard, Morissette (de Ste-Hénédine), Fortier, S. Grondin, Brophy, Faucher, Clark, Hébert, Jobin, Dorion, Drouin, Lebel, S. Roy, Marois, Chs. Verge, Rousseau, Paquin.

Proposé par le Dr P. P. Boulanger, secondé par le Dr P. V. Faucher que Messieurs les Docteurs Villeneuve, de St-Romuald, et Dussault, de St-David, soient admis membres de la Société. Adopté.

Vu l'absence du conférencier retenu chez lui par la maladie, le Dr Marois demande à la Société de bien vouloir consacrer cette séance pour s'occuper de la réception que les médecins de Québec devront faire à la "Société Médicale du Canada", qui a bien voulu accepter l'invitation qu'on lui a faite de tenir ses séances à Québec au mois d'août prochain.

Le Dr Ahern croit que c'est un devoir pour la Société Médicale de ne rien négliger pour porter au crédit des médecins de Québec le succès d'une brillante réception, ce sera la seconde fois que cette importante association nous honorerait de sa visite, espérons, dit-il, que cette fois-ci nous saurons nous distinguer par une hospitalité plus cordiale que celle qu'on leur a accordée la première fois.

Un comité spécial avait été nommé en janvier pour s'occuper de cette réception. Il avait demandé au conseil de ville une allocation pour recevoir cette société. Le Dr Marois, le secrétaire de la Société Médicale du Canada, dit qu'il venait d'apprendre que le conseil de ville leur avait accordé la somme de \$150.00. Étant donné qu'il faudra au comité d'organisation au moins quatre à cinq cents piastres pour recevoir honorablement nos distingués confrères, une liste de souscription fut ouverte.

Une somme de 170 piastres fut immédiatement souscrite par les médecins présents.

Sur proposition du Dr C. R. Paquin, secondé par les Drs Fortier et Chs. Verge, la Société vota la somme de 25 piastres pour la même fin.

Le Dr Marois fut chargé de percevoir les souscriptions des autres médecins de la ville.

Le Dr Paquin donne avis de motion qu'à la séance de juin seront faits de nombreux amendements au règlement de la Société, avant de le faire imprimer.

La séance fut ajournée au 16 juin.

C. R. PAQUIN M. D.  
Secrétaire.

## REPRODUCTION

### La Physiologie des Bactéries. (1)

Par M. le Dr J. E. LABERGE, médecin de l'Hôpital Civique, Montréal

J'ai pensé vous intéresser en vous faisant part de ces quelques données que j'ai puisées un peu partout sur la physiologie des bactéries. Ce travail n'est pas complet tant s'en faut; il ne m'est pas personnel non plus, puisque ce sont des notes que j'ai prises de côté et d'autre.

Vers la fin du dix-septième siècle, un naturaliste hollandais démontra, à l'aide d'une loupe, l'existence d'êtres vivants dont la petitesse avait caché leur existence au monde savant d'alors. Ce ne sont pas encore les débuts de la bactériologie, puisque ce fait passa inaperçu et l'auteur de cette découverte n'en tira aucune conclusion. Mais enfin ce fait mérite d'être signalé.

En 1774, Müller étudia ces infiniment petits à l'aide d'un microscope, puis en 1824, d'autres savants apportèrent quelques nouvelles notions, mais sans aucune importance scientifique. En 1850, Davaine et Rayer citent, comme un fait curieux, la présence d'une bactérie dans le sang des animaux morts du charbon.

C'est au grand Pasteur qu'appartient la gloire d'avoir établi le rôle important que jouent les bactéries dans les fermentations. En 1855, il a posé les premiers principes fondamentaux de l'étude physiologique des infiniment petits. Non seulement Pasteur constata la présence des bactéries, mais ce qui est plus important, il étudia leur action et leur rôle dans l'organisme et dans les milieux où ils sont placés; il a établi des lois qui sont restées immuables et qui servent de base aux recherches de ceux qui ont continué son œuvre. C'est donc avec Pasteur que commence la science de la bactériologie, quoique la bactérie ait été découverte deux cents ans avant lui. Cette science n'a pas encore 50 ans et cependant quelle révolution n'a-t-elle pas opérée dans les différentes branches de la médecine et de la chirurgie.

Il est établi que les bactéries viennent de la terre où elles peuvent se conserver des années et des années sans qu'on soupçonne même leur présence et, sous des influences qu'on ne connaît pas, se répandent dans l'air qui nous entoure.

La théorie la plus accréditée aujourd'hui leur place dans le règne végétal et cette théorie est bien prouvée par l'étude de la physiolo-

(1) Travail lu à la Société des Internes, séance du 8 avril 1898.  
Reproduit de L'Union Médicale de Montréal.

gie. La théorie de la génération spontanée, qui a eu une certaine vogue et des défenseurs éminents, n'existe plus. Cette théorie, qui était très accréditée lorsque Pasteur a fait ses grandes découvertes, a été battue en brèche par le Maître, et maintenant tout le monde admet la vérité de cet axiome *Omne visum ex ovo*. Peter lui-même, ce dernier défenseur de la théorie de la génération spontanée, serait bien forcé de se rendre aujourd'hui à l'évidence des faits, lui qui qualifiait de chimie les grandes découvertes de Pasteur. "J'ai cherché pendant 20 ans la génération spontanée," dit Pasteur à l'Académie de Médecine, le 16 juillet 1878.

Voici les lois que Pasteur a établies il n'y a pas beaucoup plus de 20 ans.

1° Un liquide stérilisé placé à l'abri des impuretés atmosphériques ne présente jamais de bactéries.

2° Les poussières seules de l'air provoquent l'éclosion de ces bactéries.

3° L'air débarrassé de ses corpuscules est impropre à féconder les infusions.

Ces vérités, qui nous paraissent si simples aujourd'hui, ont été l'objet de discussions très longues, et de polémiques très acerbes avant d'être universellement admises.

La morphologie des bactéries est assez variée; mais on peut la réduire aux quatre types suivants;

1° Sphériques. Micrococcus. Cocci.

2° Allongés. Bâtonnets, bacilles, filaments.

3° Type plus ou moins courbé. Vibrions, Spirilles.

4° Type filamenteux ramifié. Cladotrix.

Cette division n'est pas parfaite; cependant c'est la meilleure, c'est celle que Metchnikoff adopte dans ses leçons à l'Institut Pasteur.

Ces différentes formes de bactéries ne sont pas toujours constantes chez le même individu. Elles peuvent varier suivant diverses influences, soit du milieu, soit suivant l'âge de la culture, par exemple une même bactérie peut prendre tantôt la forme d'un coccus, tantôt celle d'un filament, tantôt celle d'un bâtonnet; mais cette même bactérie prendra sa forme naturelle si elle est placée dans les conditions favorables à son évolution. Ainsi ce polymorphisme qu'on remarque chez une même bactérie n'est qu'un fait accidentel et sans grande importance si on connaît les conditions dans lesquelles cette bactérie a été cultivée.

La composition intime de la bactérie est à peu près celle de la cellule: une masse de protoplasma qu'entoure une membrane. Le protoplasma a un aspect granuleux. Certaines granulations sont plus grosses que les autres et elles sont plus réfringentes, elles absorbent plus facilement les matières colorantes; voilà des points assez communs aux noyaux des cellules pour qu'on appelle ces granulations des noyaux de bactéries. Certaines bactéries contiennent une matière colorante spéciale qui peut sortir de la bactérie et se répandre dans le milieu où elles se tiennent. Ces bactéries sont dites chromogènes. Les nuances de ces matières colorantes sont très variables, rouge, vert, violet ou bleu. Vous avez eu souvent occasion d'observer cette couleur dans le pus bleu de certains pansements. Certaines cultures sur du pain azyme donnent une teinte rouge très prononcée qui a été prise pour du sang. Le mode de formation de ces pigments est inconnu de même que leur composition chimique. Fait assez remarquable, une même bactérie produira de la matière colorante dans certaines conditions et dans d'autres n'en produira pas du tout, tout en continuant à évoluer normalement.

La membrane d'enveloppe est d'après certains auteurs un composé azoté. Elle est plus ou moins épaisse et entourée d'une couche albumineuse plus ou moins considérable. Cette couche albumineuse peut prendre un tel développement que dans une même colonie ces matières visqueuses se touchent, se réunissent de manière à former une masse fondamentale homogène dans laquelle sont enfouies les bactéries, ces amas sont appelés Zooglées. Le mode d'union dépend beaucoup du milieu où ces micro-organismes sont cultivés.

La plupart des êtres vivants ont la faculté de se mouvoir, tellement qu'il y a un proverbe qui dit: "Le mouvement, c'est la vie." Il en est des bactéries comme des autres êtres vivants, elles possèdent la faculté de se mouvoir, dans les liquides surtout. Certaines peuvent traverser le champ du microscope très rapidement; certaines autres se transportent d'un endroit à un autre beaucoup plus lentement; quelques-unes ne se meuvent qu'à une extrémité, il y en a qui se meuvent comme un tire-bouchon, quelques-unes ondulent simplement, les micrococcus présentent un mouvement de trépidation analogue au mouvement brownien, enfin, il y a certaines variétés qui sont favorisées d'un mouvement tellement lent qu'on ne les voit pas se déplacer sous le champ du microscope, ce n'est que par le déplacement de la culture qu'on a pu l'établir. La chaleur, les liquides, l'oxygène, la lumière, l'âge de la culture peuvent influencer le mouvement des bactéries. Certaines bactéries sont munies de cils vibratils, en nombre plus ou moins considérable; on leur a attribué ces mouvements. Cependant certaines bactéries n'ont pas de cils vibratils et sont cependant douées de mouvement.

Il faut à la bactérie pour vivre, de l'oxygène comme à tous les autres êtres vivants. Cet oxygène sert à brûler certains principes du protoplasma, d'où dégagement de forces vives en rapport direct avec la chaleur produite par la combinaison; le résidu est de l'acide carbonique. Pour les aérobies, c'est très simple, ils prennent leur origine de l'air. Mais il y a d'autres bactéries dites anaérobies que tue l'oxygène gazeux à l'état libre; cependant ces deux sortes de bactéries produisent de l'acide carbonique, d'où l'on conclut que ces deux espèces de bactéries absorbent de l'oxygène, mais que les anaérobies, au lieu de prendre leur oxygène de l'air, l'enlèvent aux milieux dans lesquels elles vivent.

La cellule vivante trouve dans le milieu où elle évolue des aliments pour compenser les pertes occasionnées par les actes vitaux, ou bien elle meurt.

Il en est pour les bactéries comme pour les autres cellules vivantes. Les aliments chimiques qui composent la bactérie et par conséquent qui lui sont nécessaires pour sa subsistance sont le carbone, l'hydrogène, l'oxygène, l'azote et certaines substances minérales, phosphore, potassium, calcium, magnésium, fer, chlorure, silicium. Lorsque les micro-organismes se trouvent en présence de différentes substances, on voit certaines espèces prendre leur nourriture sur certains milieux de préférence aux autres. Les bactéries savent choisir l'aliment qui présente la forme la plus assimilable, celle qui demande le moins de travail pour entrer dans sa nutrition. Par exemple, certaines bactéries se développeront très bien sur les milieux acides. Un citron coupé en deux et exposé aux impuretés de l'air se couvrira de moisissures. Certaines autres, et c'est le plus grand nombre, préfèrent les milieux alcalins. Ces aliments doivent au moins pour la plupart subir des transformations plus ou moins considérables. Ces transformations s'opèrent, comme chez l'être supérieur, au moyen de sécrétions spéciales, ferments solubles appelés diastases. L'amidon sous l'influence de cette diastase est saccharifié, la cellulose est transformée en glucose, les matières albuminoïdes sont transformées en peptones. On en voit un exemple frappant dans la liquéfaction de la gélatine par les bactéries, ce phénomène n'est ni plus ni moins que la peptonisation du milieu sur lequel cette bactérie a été ensemencée. La caséine agit sur le lait coagulé. La transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque s'opère encore sous l'influence d'une diastase.

Je viens de vous parler des produits de sécrétions, il y a aussi les produits d'excrétions qui nous intéressent encore bien plus, puisque si elles sont en quantité suffisante elles peuvent entraîner la mort de la cellule vivante. Leur pouvoir toxique et leur composition qui ressemble à de l'albumine leur a valu le nom de toxalbumine. Ce sont MM. Roux et Yersin qui, les premiers, ont étudié et démontré l'existence de ces matières toxiques; leurs propriétés se rapprochent beaucoup du venin du serpent. En outre des toxalbumines, il y a aussi

les ptomaines qui sont également des produits d'excrétion qui diffèrent complètement des premiers, et dont les propriétés chimiques et physiques se rapprochent beaucoup des alcaloïdes végétaux. Leurs actions peuvent être légères et passagères, ou bien des plus actives, surpassant même les alcaloïdes végétaux les plus énergiques. En outre des toxalbumines et des ptomaines, il faut encore citer parmi les substances excrétées par les bactéries, certaines substances volatiles. Ce sont des gaz particuliers qui, soit par eux-mêmes, soit par leur combinaison à d'autres corps, donnent les odeurs particulières que développent certaines bactéries.

Les micro-organismes se reproduisent de deux manières différentes : 1° par division ; 2° par sporulation.

La première, c'est-à-dire la multiplication par division est la plus fréquente. Dans ce cas, il n'y a réellement pas formation réelle d'un nouvel être, c'est plutôt l'extension du même individu. Lorsqu'une bactérie est mure pour la reproduction, on voit sur son milieu se former une cloison très mince, hyaline, qui la divise en deux parties égales ; cette cloison devient de plus en plus mince jusqu'à ce que la scission soit complète. Cependant, cette séparation quelquefois n'est pas complète et les deux cylindres restent accolés l'un à l'autre.

Voilà le mode de reproduction pour les bâtonnets. Mais certaines autres bactéries sphériques se subdivisent différemment. Au lieu de se faire dans une seule direction, la division peut se faire dans plusieurs directions. Ex : le micrococcus tétragenus se divise suivant deux plans perpendiculaires ; les sarcines se subdivisent par trois plans perpendiculaires, suivant trois différentes directions, le résultat est un petit cube de 27 éléments. La rapidité de la multiplication est en rapport avec les conditions du milieu alimentaire, de chaleur et d'aération ; conditions qui influencent beaucoup la vitalité de la bactérie.

Quand ces éléments viennent à faire défaut, la culture tombe au fond du vase et forme un sédiment d'aspect variable, qui n'a absolument rien de caractéristique. Le deuxième mode de reproduction est la reproduction par la spore. Presque toutes les bactéries peuvent se produire par bourgeonnement, le plus grand nombre produisent par les deux modes ; enfin il y en a quelques-unes qui semblent se produire que par la sporulation. Lorsque la bactérie est placée dans un milieu où elle trouve toutes les conditions nécessaires à son évolution, cette bactérie se reproduit par division. Mais si le milieu de culture est un peu âgé, si ce milieu de culture est épuisé, alors la bactérie se reproduit par la sporulation. Dans le premier cas, lorsque la bactérie se reproduit par segmentation elle résiste moins bien aux agents de destruction, mais si elle s'est reproduite par sporulation, il est très difficile de détruire ses germes. Lorsqu'une bactérie va former une spore, si elle est mobile, tout mouvement disparaît. Elle se gonfle, soit dans toute son étendue, soit en un seul point, ou en deux ou en plusieurs points différents, alors la bactérie affecte différents aspects suivant l'endroit où se forme la spore. Ainsi, on aura la forme de fuseau si la spore se forme au milieu de l'élément ou bien de massue, si elle se forme à une de ses extrémités. Cette spore se forme aux dépens du protoplasma et est entourée d'une membrane très épaisse et très résistante. Elle est mise en liberté par gélification de la membrane qui enveloppait la bactérie. Lorsque la spore est dans des conditions qui favorisent sa germination, sa membrane d'enveloppe se rompt, et il en sort un petit prolongement qui, en très peu de temps devient, une véritable bactérie. Le caractère principal de la spore est sa grande résistance à des conditions de vie que les simples cellules végétales ne peuvent traverser sans périr. Une desiccation prolongée, l'oxygène comprimé, la privation d'air n'ont aucune influence sur la spore, ce qui est bien différent pour la bactérie qui se reproduit par bourgeonnement, toutes ces conditions affectent considérablement sa vitalité et peuvent la faire mourir. Pour bien se graver ces faits dans la mémoire, et bien les comprendre

rapprochons-les des plantes plus élevées que nous voyons évoluer sous nos yeux. Ces plantes se reproduisent aussi par bourgeonnement. Mais ces plantes, comme les bactéries, se reproduisent par sporulation ; c'est la graine, qui résiste à bien des influences qui feraient mourir le bourgeon.

Ce que je viens de vous dire dans ces quelques notes, vous l'avez observé maintes et maintes fois sur les différentes plantes qui nous entourent. Elles aussi produisent des sucs plus ou moins nuisibles ; elles aussi produisent des gaz ; elles aussi respirent de l'oxygène et puisent dans la terre qui est leur milieu de culture, des substances dont elles ont besoin pour leur nutrition. Vous avez constaté bien souvent avec quelle facilité le vent, l'eau, transporte souvent à des distances très éloignées les graines qui s'implanteront dans la terre et donneront naissance à un nouvel être. Eh bien, messieurs, si vous considérez la petitesse des spores, leur transport facile par le vent, l'eau, les animaux, les habits et bien d'autres véhicules, vous pourrez vous faire une idée du grand rôle que doit jouer la spore dans la dispersion des bactéries, et des moyens rigoureux que nous devons employer pour détruire tout germe de maladie infectieuse.

#### Prophylaxie de la tuberculose

M. le professeur Grancher, au nom d'une Commission composée de M. Roussel, président, et de MM. Bergeron, Besnier, Brouardel, Colin, Magnan, Monod, Motet, Napias, Nocard, Proust, Roux, et Vallin, a déposé un rapport sur la prophylaxie de la tuberculose.

Après avoir posé les règles générales de cette prophylaxie, et envisagé celle-ci successivement dans la famille, l'armée, l'école, l'atelier et l'hôpital, il propose à l'Académie de voter les propositions suivantes :

1° L'Académie confirme le sens de ses conseils et de son vote de 1890 qui visent trois mesures de prophylaxie.

a) Recueillir les crachats dans un crachoir de poche ou d'appartement contenant un peu de solution phéniquée à 5 o/o et colorée, ou au moins un peu d'eau.

b) Eviter les poussières en remplaçant le balayage par le lavage au linge humide.

c) Faire bouillir le lait, quelle que soit la provenance, avant de le boire.

2° En ce qui concerne la famille, l'Académie recommande aux médecins l'application soutenue de ces mesures de défense dès que la tuberculose est ouverte ; elle leur recommande aussi de maintenir, si possible, la tuberculose pulmonaire à l'état fermé, par un diagnostic précoce et un traitement approprié.

3° Pour l'armée, l'Académie demande la réforme temporaire qui convient aux tuberculeux du premier degré avant l'expectoration bacillaire, et la réforme définitive dès que les crachats contiennent le bacille de Koch. Et elle fait appel à l'entente cordiale du commandement et du service de santé pour l'application, dans toutes les casernes, des trois mesures énoncées plus haut.

4° L'école, l'atelier, le magasin, etc., relevant de l'instituteur, du patron, du chef d'industrie, etc., l'Académie ne peut que leur rappeler l'importance de cette question d'hygiène et la simplicité des moyens qui suffisent à combattre efficacement l'extension de la tuberculose qui menace toutes les familles.

5° L'Académie approuve les conclusions du travail de la commission hospitalière en ce qui concerne les malades et l'hygiène de nos hôpitaux, à savoir :

a) Isolement des tuberculeux dans des pavillons ou salles séparées en attendant la création de nouveaux sanatoria.

b) Antisepsie des salles des tuberculeux et des salles communes notamment par la réfection des planchers et la suppression du balayage.

c) Amélioration du corps des infirmiers par une paye plus haute, un meilleur recrutement et une retraite.

d) Création d'un corps d'infirmiers sanitaires.

6° L'Académie approuve enfin les restrictions de la loi en projet et des arrêtés nouveaux concernant la chair musculaire des animaux tuberculeux. La saisie totale et la destruction de cette chair doivent être réservées à des cas assez rares de tuberculose généralisée et d'hecticité. Elle recommande aux cultivateurs l'emploi diagnostique de la tuberculine, et l'élimination, par la boucherie, de leurs animaux légèrement tuberculeux et partant inoffensifs.

7° Enfin, l'Académie, voulant marquer l'intérêt exceptionnel qu'elle attache à la continuité de son action en faveur de la prophylaxie de la tuberculose, crée une nouvelle commission permanente dite "commission de la prophylaxie de la tuberculose", qui aura pour objet d'encourager et de coordonner tous les efforts contre l'envahissement du bacille tuberculeux.

(Bulletin de l'Académie de Médecine.)

**Un remède antique pour le diabète sucre,**

Par M. le Dr REYNOLD WILCOX

L'auteur rapporte un cas traité avec succès par le jambul. Le jambul, ou jambul est depuis 12 siècles dans la matière médicale des Indiens; il y a 10 ans, cette substance a été employée avec quelque résultat dans le traitement du diabète, puis elle a été abandonnée.

Elle provient de l'écorce et des semences du *Syzygium jambolanum*, myrtacée de l'Asie tropicale.

La préparation qui semble convenir le mieux est la suivante :

Jambul.....	50 grammes
Ecorce de nerprun.....	20 —
Céleri.....	5 —
Aromatiques (thé du Paraguay)....	25 —

(Gaz. Hebd. de méd. et de chir.)

**Traitement des plaies par le Mentholol, le Camphoroxol et le Naphtoxol (1)**

On obtient ces médicaments, en versant dans une solution d'eau oxygénée à 3 0/0 de menthol ou de camphre, ou 2 0/0 de naphtol; Pour dissoudre le camphoroxol, il faut 32 0/0 d'alcool, pour les deux autres solutions, il est besoin de 38 0/0. Les trois liquides non dilués, détruisent en trois heures, les spores de la pustule maligne; au contraire, les composants, pris séparément, n'ont pas cette propriété. De plus, les trois solutions sont très stables.

*Emploi thérapeutique.*— Ces remèdes furent employés, toujours fraîchement préparés, dans 200 cas de chirurgie, par application de compresses de gaze stérilisée, trempées dans une solution à 10 o/o. Le *Mentholol* en contact avec les secretas des plaies, produisit un développement de gaz, manifesté par une écume abondante. En cas de phlegmons, périptyphlite, abcès, les compresses furent laissées, après incision et désinfection, deux jours en moyenne. Les plaies se détériorèrent rapidement, et la sécrétion du pus diminua. Très favorable est l'action des trois médicaments sur la genèse des granulations, et sur leurs caractères. De plus, ces oxols ont une odeur très agréable, et désodorisent énergiquement. On ne leur a jamais constaté d'effets fâcheux.

P. CORNET.

(Progrès Médical).

**De l'emploi, par usage externe, du salicylate de méthyle, dans la colique hépatique**

M. le docteur Chambard-Hénon (de Lyon), après avoir esquissé l'historique de la question depuis 1877 et jusqu'à nos jours, présente trois observations très détaillées de malades ayant de la lithiasie biliaire incontestable, toutes trois ayant fait des saisons à Vichy, — ayant montré de la poussière lithiasique ou de petits calculs dans leurs selles, et ayant souvent des crises de coliques hépatiques. Jamais l'action bienfaisante du salicylate de soude n'a manqué de se produire. Dès que les premiers prodromes de la crise se faisaient sentir, vite on administrait 0 gramme 50 centigr. de salicylate de

soude de quatre heures en quatre heures et la diète lactée. Au bout de trois jours, toute menace avait disparu. Dans le cas d'une crise hépatique très violente, survenue chez une malade âgée de 78 ans, M. Chambard-Hénon a pratiqué l'application du salicylate de méthyle sur la peau. L'état de la malade s'était amélioré d'une façon inespérée. Ce résultat qui l'avait frappé amena tout naturellement l'auteur à appliquer ce traitement aux trois malades dont les observations sont données par l'auteur avec forces détails. Il résulte de l'étude que M. Chambard-Hénon a faite sur l'action du salicylate de méthyle que:

1° Pour bien réussir, il faut appliquer le remède le plus tôt possible, dès que le patient déclare qu'il sent une certaine pesanteur dans l'hypocondre droit, dès que l'on constate du gonflement du foie et la région de la vésicule un peu douloureuse;

2° On peut sans inconvénient appliquer des doses de 6 à 8 grammes en 24 heures. On badigeonne et l'on applique par dessus une large feuille de gutta-percha laminée;

3° Le soulagement commence à se faire sentir une demi-heure après le début de l'application; il est très marqué au bout d'une heure;

4° Cette médication n'a pas les inconvénients de la piqûre de morphine, la salicylate de méthyle ne fatigue pas les malades comme le salicylate de soude;

5° Les cas observés et traités par l'auteur lui paraissent encourageants; il se propose donc d'appliquer cette méthode de préférence au salicylate de soude, sauf, en cas d'insuccès, à revenir au vieux traitement (piqûre de morphine, chloral, inhalations de chloroforme). (Congrès de Médecine de Montpellier et Lyon médical.)

**Sur L'hémostase en Chirurgie**

Par le docteur DOYEN (de Reims).

L'auteur donne les résultats de sa nouvelle méthode d'hémostase par accolement de la tunique celluleuse des artères, sous une pression de 400 à 1200 kilogrammes.

M. Doyen a fait ses premières expériences en mai 1896 sur les ligaments larges, avec une pince à glissière, à laquelle il a substitué, au commencement de 1897, sa puissante pince à levier, dont il a relaté récemment, à l'Académie et au Congrès de chirurgie de Berlin, les applications à la chirurgie gastro-intestinale.

" L'emploi de cet instrument, dit-il, simplifie singulièrement l'hémostase des artères d'un certain calibre.

Pour l'hystérectomie vaginale, une simple application de la pince à levier, serrée à fond pendant trente secondes sur chaque ligament large, permet de couper entre la pince et l'utérus, puis d'enlever la pince sans aucun risque d'hémorragie.

Le fond de l'organe apparaît immédiatement sous l'écarteur. Un coup de pince au-dessus des annexes, de chaque côté, une fine ligature de soie, par mesure de sécurité, et tout est terminé.

Les pédicules des kystes ovariens sont traités de même. L'hémostase de l'artère est assurée. Mais une fine ligature est nécessaire pour empêcher le reflux du sang veineux. Les grosses veines, en effet, ont des parois trop minces pour pouvoir s'oblitérer par simple accolement aussi sûrement que les artères. De même pour les résections étendues de l'épiploon, j'écrase puis je lie.

On supprime ainsi les ligatures en chaîne et les énormes moignons intra-péritonéaux.

Tout récemment, j'ai employé ma pince à levier avec plein succès dans une opération de goitre.

Pour les artères de moyen calibre, telles que la faciale, j'emploie un instrument plus simple: une forte pince à anneaux à mors courts et larges, qui multiplie 8, je la serre de toute la puissance de la main. La compression est de 400 à 500 kilogrammes. Il faut laisser l'instrument en place deux à trois minutes. Si les parois de l'artère sont saines, l'hémostase est assurée lorsque l'on retire la pince.

J'ai étudié les effets de ces instruments sur plusieurs centaines

(1) Von Dr Wagner, in Berlin. (Therap. Woch., nov. 1897, no 48.)

d'opérations: dont un grand nombre de laparotomies et 60 hystérectomies vaginales; en chirurgie gastrointestinale, j'ai fermé 25 fois avec succès, par ligature en masse, après écrasement, comme je l'ai décrit, le calibre de l'intestin ou de l'estomac.

La multiplicité des applications en chirurgie de ma pince à levier, la simplification de l'hémostasie des gros pédicules vasculaires donnent à cet instrument une importance qui n'échappe pas aux plus septiques.

Samais je n'ai observé un cas d'hémorragie secondaire.

L'hystérectomie vaginale et toutes les autres opérations où s'applique cette nouvelle méthode, sont devenues à la fois plus rapides et plus sûres."

*Gaz. des Hôp.*

## FORMULAIRE

### Traitement de l'eczéma vulvaire chronique et rebelle des petites filles

1° Trois fois par jour, pulvériser largement sur la région, une solution phéniquée à 2 o/o.

2° Une fois par semaine, toucher légèrement les surfaces malades avec un pinceau trempé dans l'acide acétique ordinaire.

3° S'il y a des ulcérations un peu profondes déterminées par le grattage, les panser avec la poudre suivante :

Iodoforme finement pulvérisé..... 5 grammes.  
Alun..... 10 —

*(Journal de Méd. de Paris)*

### Mélange antiodontalgique. (S. VOTIOW)

Chlorhydrate de cocaïne..... 0 gramme 10  
Camphre..... } à 5 —  
Hydrate de chloral..... }

Mêle ; ajoutez quelques gouttes d'eau et triturez jusqu'à ce que le mélange se transforme en un liquide transparent homogène. — Usage externe.

Une petite boulette de coton imbibée de ce liquide est introduite dans la cavité dentaire et renouvelée, suivant le besoin, jusqu'à la cessation définitive de la douleur.

### Traitement de l'hyperchlorhydrie

Boas (Diagnostik und Therap. d. Magenk.) reconnaît une véritable action dans l'hyperchlorhydrie au mélange suivant recommandé par Wolff :

Sulfate de soude..... 30 grammes.  
Sulfate de potasse..... 5 —  
Chlorate de soude..... 30 —  
Carbonate de soude..... 25 —  
Biborate de soude..... 10 —

à prendre une demi-cuillerée à café dans un demi-verre d'eau tiède 3 fois par jour (le matin à jeun, et 2 heures avant le déjeuner et le dîner). Sous l'influence de cette poudre, on constate la diminution du suc gastrique et de son HCl sécrété à jeun. En outre, l'acide chlorhydrique se trouve en moindre quantité dans le contenu stomacal, même au point culminant de la digestion.

Boas prescrit en outre depuis plusieurs années la poudre suivante :

Magnésie..... 15 grammes.  
Carbon. de bismuth..... } à 5 —  
Carbon. de soude..... }  
Extrait de belladone..... } à 0 gr. 10 à 0 gr. 20  
Ext. de strychnine..... }

à prendre une demi-cuillerée à café 3 fois par jour, une demi-heure après les repas.

Si la sécrétion stomacale devient normale. Boas suspend le traitement et examine le chimisme de l'estomac et c'est suivant les résultats obtenus qu'il fait continuer ou qu'il arrête définitivement le traitement par les alcalins,

### Contre les pellicules

Savon vert..... 100 grammes.  
Liquéfiez à douce chaleur et ajoutez :  
Alcool rectifié..... 50 —  
Glycérine..... 15 —  
Filtrez et dissolvez dans ce liquide :  
Naphtol B..... 3 —

A employer sur le cuir chevelu avec de l'eau, comme un savon ordinaire.

*(Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.)*

## Interets professionnels

Reponse de M. le Dr J. B. A. Lamarche,

Directeur-gérant de l'Union Médicale

A M. le Dr A. T. BROUSSEAU,

rue St-Denis, Montréal,

Monsieur le docteur,

Mon honorable correspondant me permettra de lui faire observer que dans l'historique qu'il fait de la fondation du journal, il omet (involontairement, je n'en doute pas) de mentionner le nom du Dr E. P. Lachapelle parmi ses rédacteurs.—C'est en effet le Dr Lachapelle qui, à la mort du regretté Dr G. Grenier, en Mai 1876, a pris en main l'administration et la rédaction du journal et lui a fait traverser heureusement la crise la plus difficile de son existence. Il s'adjoignit, comme assistant rédacteur, le Dr J. B. A. Lamarche, soussigné, et un an après, le Dr Sévérin Lachapelle. En 1882, le Dr E. P. Lachapelle céda l'Union Médicale au Dr Lamarche qui s'adjoignit le Dr H. E. Desrosiers, qui y consacra son énergie et ses brillantes facultés jusqu'à Juillet 1895, époque à laquelle la maladie le força à prendre sa retraite—voilà les faits.

Je remercie mon honorable ami des conseils qu'il me donne pour la bonne régie du journal, car je suis convaincu qu'ils sont l'expression de sa bonne foi et de son amitié pour moi. Pourtant je ne saurais accepter son idée d'établir un Comité de Surveillance, sachant, par expérience comme c'est chose délicate à organiser, et difficile à faire fonctionner. Décidément, je préfère pour cette question de surveillance, le Comité d'un. Aussi, me suis-je nommé en 1882 directeur-gérant, poste que j'occupe depuis lors à ma satisfaction, grâce aux conseils que je sollicite et que j'utilise au besoin. Il est vrai que mon ami le Dr Brosseau m'avertit que ça ne saurait durer comme cela bien longtemps : la circulation du journal augmente sans cesse malgré la compétition et malgré les augures tirés des entrailles de nos honorables contradicteurs, cela ne doit il pas me suffire. On ne peut exiger que je plaise à tout le monde et je n'y ai jamais songé. Je n'irai certes pas demander l'imprimatur à ceux qui professent des opinions contraires aux miennes ; je donne hospitalité à leurs écrits, comme dans le cas actuel, et je crois que cela suffit.

Je dirai en terminant à M. le Dr Brosseau que sa protestation contre les injures et les accusations malveillantes aurait eu plus de poids s'il n'eût joint au précepte l'exemple... contraire. Il y a mal-donne, c'est évident.

J. B. A. LAMARCHE.

Reponse A M. le Dr Brosseau.

A M. le Dr A. T. BROUSSEAU,

rue St-Denis.

Monsieur le docteur,

Vous avez adressé à M. J. B. A. Lamarche, directeur-gérant de l'Union Médicale, une lettre que je pourrais résumer ainsi: Premi-

ère partie: vous devriez mettre le Dr Benoit à la porte; deuxième partie: quant à moi, si je suis dans le Bureau, ce n'est pas de ma faute, et je n'ai rien à me reprocher. La lettre finit, naturellement, par une demande de procurations. Vous n'avez eu garde, non plus, de donner un coup de patte en passant au Dr E. P. Lachapelle, votre cauchemar. Tout cela est un peu embrouillé, un peu confus, mais on voit tout de même où vous voulez en venir. Il est évident que vous n'aviez en tête, en écrivant cette lettre, que les intérêts professionnels, et pas du tout personnels. J'analyse en détail.

1° "Depuis que vous avez choisi votre rédacteur actuel, votre journal n'entretient plus l'union parmi les médecins de cette Province, mais y sème la discorde et la haine."

Voilà de bien gros mots. Personne ne se serait douté que, en critiquant le Bureau des Gouverneurs, et les actes particuliers de MM. Beausoleil et autres, on répandait immédiatement la discorde et la haine dans la province de Québec. Il est vrai que je suis bien jeune; mais j'ai toujours pensé que les électeurs ont le droit de discuter les actes de leurs mandataires. J'ai toujours pensé aussi que le rôle d'un journal est de faire connaître à ces électeurs les actes de leurs gouverneurs. Et c'est bien mon intention de continuer tant que j'aurai comme aujourd'hui l'approbation de mes lecteurs.

2° "Vous auriez pu mettre un frein à ces accusations fausses et malveillantes que votre rédacteur et un associé *ejusdem farinae* répandent à flots depuis un mois dans votre journal."

Ne pensez-vous pas que le meilleur moyen de mettre un frein à des accusations fausses, serait précisément de prouver qu'elles sont fausses. Qu'est-ce qui vous empêche de le faire? De plus, si les articles du Dr Sirois et les miens sont faux et malveillants, vous avez la loi du libelle pour vous protéger. Pourquoi ne pas y avoir recours? Vous insinuez dans votre lettre: Le Dr Benoit n'est pas digne de remplacer les Drs Grenier et Désrosiers, parce qu'il écrit des articles faux, mais vous vous gardez bien de montrer en quoi mes articles sont faux. Il faudrait au moins commencer par là.

3° "Vous ne devriez pas laisser attaquer, vilipender des confrères qui ont vieilli sous le harnais et qui jouissent d'une réputation bien péniblement gagnée et bien méritée."

Bien que votre article ne vise que les intérêts professionnels et pas du tout personnels, je suppose que vous pensiez à vous en écrivant ceci. Vous confondez, mon cher docteur. Personne n'en veut à votre honneur personnel. Tout le monde sait que vous êtes un honnête homme. Tout le monde aussi regrette de vous voir associé à un intriguant comme le Dr Beausoleil, qui se sert de vous comme d'un paravent pour abriter ses actions peu scrupuleuses. Car vous comprenez bien qu'étant membre du Bureau des Gouverneurs, vous êtes solidairement responsable des agissements du chef. Tant pis si vous n'avez pas su ou pas pu voir ce qui se passait. C'était votre devoir d'ouvrir les yeux, et ne pas exposer votre réputation pour conserver le modeste salaire de votre place de secrétaire.

4° "L'influence que son proche parent, bien connu pour ses dispositions d'*empirisme* et d'intolérance envers ceux qui ne se soumettent pas sans mot dire à ses désirs et à ses volontés, exerce sur ce jeune rédacteur, fait dévier le journal de son prospectus: instruction, union, etc."

Ceci est à l'adresse du Dr E. P. Lachapelle. Cela m'aurait surpris que vous n'eussiez pas profité de cette lettre pour lui lancer un coup de patte.

Le Dr E. P. Lachapelle est un homme que je respecte beaucoup et dont la carrière, Dieu merci, est connue de tout le monde, attendu qu'il n'a jamais eu l'habitude de cacher ses pensées ou ses actes. Cet homme-là est devenu votre bête noire parce que, chaque fois que inconsciemment vous avez voulu faire commettre des erreurs à l'Université Laval ou à l'hôpital Notre-Dame, vous l'avez rencontré sur votre chemin. De même que vous ne pardonnez pas à sir William Hingston d'être devenu le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, de

même vous ne pardonnez pas au Dr Lachapelle de faire prévaloir, à Laval, ses idées sur les vôtres. Il faut croire cependant que les siennes sont les meilleures, puisque la majorité de vos collègues les adopte.

Remarquez bien, mon cher docteur, que lorsque le Dr Lachapelle vous a combattu, vous, Beausoleil et vos amis, ce n'était jamais pour lui, pour son avantage personnel, pour obtenir une position ou un salaire, mais toujours pour la cause qu'il défendait, que ce fût l'Université Laval ou l'hôpital Notre-Dame. Quand il prenait une cause à cœur, il la faisait sienne, et devenait intolérant pour ses adversaires ou ses faux amis. C'est sans doute cela que vous avez sur le cœur, quand vous parlez de son *empirisme*, ou de son monopole.

5° "Un autre propriétaire de journal a refusé l'insertion de tout écrit sur le sujet des *Elections*, afin de ne pas froisser ses abonnés."

Vous voulez parler de M. Victor Rougier, importateur de produits pharmaceutiques français, et propriétaire de la "Clinique." La comparaison, mon cher docteur, n'est pas juste. La "Clinique" est un journal d'annonces, et tient avant tout à l'intérêt de la maison. *L'Union Médicale* est l'organe de la profession, et tient avant tout, dans l'intérêt de ses abonnés, à combattre les tireurs de fioelles qui vivent d'expédients, et ne cherchent à arriver qu'en grimpant sur le dos de leur amis, ou en se faisant de la réclame aux dépens de la profession.

Votre grand désir, ce serait que *L'Union Médicale* ne publiât aucun article sur le sujet des élections. Je n'en doute pas. Vous devez y tenir d'autant plus que vos démarches à la Clinique sont restées infructueuses et qu'on a refusé, malgré vos supplications, de laisser votre ami Beausoleil écrire de nouveau dans le journal.

6° "Vos plus fidèles amis et abonnés ne sauraient tolérer ces injures, ces calomnies bien longtemps."

Parce que nous critiquons les actes du Bureau, vous criez tout de suite à l'injure et à la calomnie. C'est une manière comme une autre de répondre, mais cela ne prouve pas grand'chose.

Quant à nos amis et abonnés, ne vous en inquiétez pas. Ils sont les juges, et ce sont eux qui décideront la question le 13 juillet prochain. J'ai bien peur que vous ne perdiez votre cause, mon cher docteur. Dire qu'on aurait pu éviter tout ce trouble en me donnant un conseil de *surveillance*, avec vous-même comme président. Vous avez pour moi des instincts si paternels, si j'en juge d'après ce que vous dites de mon humble personne, dans les lettres écrites à vos amis, que vous n'auriez pas hésité à me donner le fouet, pour me remettre à l'ordre.

Ce bon docteur!

7° "Nous nous sommes unis (le Dr Dagenais et vous) au Dr J. M. Beausoleil et nous avons été élus tous trois par la ville de Montréal."

Pour la ville de Montréal serait plus exact, car il est évident que vous avez été élu avec les procurations du Grand Chef, qui ne craignait pas alors qu'il y eût trop de professeurs de Laval dans son Bureau. Vous aviez, il est vrai, voté contre lui lorsqu'il avait demandé, lors de l'Union, à entrer comme professeur dans cette Université Laval qu'il décrie aujourd'hui, mais le Dr Beausoleil oublie facilement les choses, quand cela peut lui être utile, et vous préféreriez de votre côté lâcher vos collègues qui refusaient de vous élire, malgré la promesse que vous leur faisiez d'abandonner vos opinions; toujours la question d'intérêts personnels—pardon, professionnels.

Quant à votre ami Dagenais, ce n'était qu'un prétexte. Si vous respectiez le moindrement sa mémoire, vous ne resteriez pas deux minutes de plus l'allié du Dr Beausoleil qui, pour avoir oublié un billet important, faillit compromettre à jamais la bonne réputation de l'ancien trésorier du Bureau. On vous promettait une place de secrétaire et \$250; vous avez pensé que l'argent et la gloire compensaient suffisamment l'abandon de vos collègues, et vous êtes passé à l'ennemi.

Vous ne voulez pas abandonner vos amis du Bureau médical, dites-vous, après avoir travaillé six ans avec eux. On comprend pour quoi, après avoir été l'adversaire du Dr Beausoleil, vous êtes devenu son ami et son allié, au point de l'aider dans ses luttes contre l'Université Laval et contre l'hôpital Notre-Dame, dont vous faites cependant partie.

8° "La cause de tout le tapage, de la guerre injuste que l'on fait au Bureau actuel, se résume en ces quelques mots : "Ote-toi de là que je m'y mette."

Vous faites légèrement erreur, mon cher docteur. Nous faisons la lutte sur le programme suivant : 1° Elections par districts pour éviter les monopoles ; 2° Meilleure administration financière du Bureau ; 3° Surveillance rigoureuse de l'allocation des brevets et des licences ; 4° Protection efficace contre les charlatans. Nous disons : "Le Bureau actuel nous refuse les élections par districts (Québec, décembre 1897) ; les fonds sont administrés d'une façon toute particulière ; on accorde la licence à des gens qui n'ont ni brevet, ni diplôme ; on ne nous protège pas contre les charlatans : changeons tout cela, donnons-nous un Bureau qui prenne véritablement nos intérêts." Il ne s'agit pas d'"Ote-toi de là que je m'y mette," il s'agit d'"Ote-toi de là que nous y mettions de plus capables."

Qui mettrons-nous à la place ? Ce n'est pas le comité qui choisira, ce sont les médecins des districts. "It is time for a change," écrit le Dr Sirois (*ejusdem farinae*).

D'ailleurs vous sentez vous-même, et cela perçe malgré vous, qu'il pourrait y avoir du vrai dans nos écrits, car vous ajoutez : "Car, réellement, à lire les écrits de vos jeunes gens, on dirait qu'il y a péril dans la demeure." C'est cela probablement qui vous fait rêver à cette chose exquise et bien de votre âge : un conseil de surveillance.

9° "Le Bureau actuel a obtenu de la législature ce que nous n'avons pu obtenir autrefois, et nos adversaires n'ont pas l'air contents du résultat."

Ce que nous n'avons pu obtenir autrefois, mon cher docteur, nous a été refusé grâce à l'opposition énergique du Dr Beausoleil et de ses amis.

Car vous oubliez de dire que le Bureau qui vous a précédé a présenté, en 1889, un bill destiné à compléter le bill Doutré. Ce bill, que le Dr Simard (Arthur) appelle le *bill Lachapelle*, mais qui fut préparé par un comité nommé par le Bureau et rédigé par le juge Pagnuelo, contenait les amendements suivants :

- 1° Création d'un Bureau central d'examinateurs ayant pleins pouvoirs au sujet de l'examen des créances.
- 2° Réciprocité avec Ontario et les autres provinces.
- 3° Abolition du vote par procurations.
- 4° Limitation de la représentation universitaire à deux représentants pour chaque université.
- 5° Création d'un conseil de discipline.
- 6° Etablissement d'un tarif d'honoraires.

Ce bill fit grand tapage en son temps, et au dernier moment, le Dr Lachapelle fut seul à le défendre. Les Universités anglaises ne voulaient pas d'un Bureau central d'examinateurs ; les pharmaciens craignaient qu'on leur défendit de vendre les remèdes patentés ; les journalistes avaient peur de ne pouvoir plus annoncer les médicaments brevetés. Bref, tout le monde s'unit au Dr Beausoleil, qui ne voulait pas de l'abolition des procurations, pour faire tuer une loi qui donnait aux gouverneurs pleins pouvoirs pour protéger les médecins et faire les règlements qu'ils jugeraient nécessaires.

Depuis, le Bureau actuel, le Bureau du Dr Beausoleil, a repris peu à peu le bill de 1889, et replacé sur son programme certaines clauses qu'il avait alors combattues. Je ne dis pas que ce n'est pas habile ; mais cela manque de sincérité et de franchise. Vous avez beau faire, le Bureau actuel n'a jamais été aussi loin, dans ses règlements, que n'allait le bill de 1889.

10° "On accuse encore le Bureau actuel de ne pas être sincère

quand il promet, par la voix des honorables J. J. Ross et Marsil, de suivre les opinions et d'exécuter les vœux de la majorité de la profession, etc..."

Le Bureau actuel a promis, tous les trois ans, à chaque élection, les élections par districts. Il n'a jamais voulu les accorder, il s'est opposé de toutes ses forces, à Québec, à toute tentative de ce genre auprès de la législature. Le Dr Marsil lui-même a fait "de son siège au Conseil législatif" un grand discours pour demander à ses collègues de rejeter l'amendement des élections par districts. "Vous ne devez pas tenir compte, Messieurs, de la demande d'une centaine de médecins quand il y en a 3,000 dans la province de Québec ! etc., etc." Aujourd'hui, vous nous promettez de nouveau les élections par districts ; vous n'y posez qu'une condition, c'est de vous réélire. Vous être bien aimables. Malheureusement, les médecins de la Province commencent à trouver qu'il y a longtemps qu'on les trompe, et ils vont essayer d'élire des hommes qu'ils choisiront eux-mêmes, et qui tiendront leur parole.

Le Bureau actuel a fait ses preuves, un pari de \$500 ne changerait rien à la chose, et ce serait vous faire perdre de l'argent inutilement. Laissons aux agents de cirque ce procédé connu d'en imposer aux badauds. La question ne se règlera pas par des paris, la question se règlera par des votes.

Vous terminez votre lettre, mon cher docteur, en parlant de vous. Rien de plus naturel quand on s'occupe des intérêts professionnels. Vous acceptez le programme des élections par districts. Vous mentionnez, "pour l'éducation de nos lecteurs," qu'on vous a nommé secrétaire à Montréal à la place d'un Anglais, et que vous avez été, avec tout le monde, ponctuel et poli. Par conséquent, l'on a tort de vouloir vous faire passer pour vilain ou incapable.

Mon cher docteur, qui veut vous faire passer pour vilain ou incapable ? Ce n'est certainement pas *L'Union Médicale*, qui n'a jamais attaqué votre réputation. Nous avons discuté avec vigueur et franchise les questions d'intérêts professionnels : nous continuerons à le faire, malgré ce que vous en dites, parce que c'est le désir de nos abonnés, qui augmentent tous les jours. Mais jamais nous n'essaierons de porter atteinte à la réputation des gens honnêtes. Tout le monde sait que vous êtes l'honnêteté même, mon cher docteur, et très capable comme secrétaire. On ne vous reproche qu'une chose : de ne pas voir ce qui se passe autour de vous et de risquer par intérêt votre bonne réputation.

Je ne parle pas des charlatans. Vous avouez vous-même que le Bureau n'y pout rien, et que sa nouvelle loi lui permettra seulement d'atteindre les *médecins* qui s'allient aux charlatans. Si le Bureau actuel ne peut rien faire contre les charlatans, raison de plus pour le remplacer.

Enfin, mon cher docteur, après avoir commencé votre lettre en vous adressant au Dr Lamarche, mon directeur, vous terminez par un petit boniment aux électeurs. "Venez voter vous-mêmes," ou bien "Donnez une autre procuration." Toute votre lettre, évidemment, n'était écrite que pour cette conclusion-là.

Oh ! les intérêts personnels... pardon, professionnels !

Quant au prétendu ébahissement des médecins anglais, c'est tout simplement ridicule. Les médecins anglais travaillent de concert avec les médecins canadiens-français pour faire réussir le mouvement de réforme.

Il ne s'agit pas de la race ou de la nationalité des médecins ; il s'agit de nos intérêts les plus chers ; la liberté du vote, le contrôle des finances, la protection contre les intrus et les charlatans.

En attendant le conseil de surveillance,

Je demeure, mon cher docteur,

Votre tout dévoué

E. P. BENOIT.

Montréal, 28 avril 1898.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Bains d'Air Chaud Sec

Par M. le Dr P. V. FAUCHER, de Québec.

(Suite et fin)

**GOUTTE.**—M. F. R... nous appelle pour une seconde attaque de goutte localisée au gros orteil du pied droit, avec douleur intense au cou-de-pied et au genou du même côté. La marche est devenue impossible ; il y a chaleur, rougeur, gonflement du pied avec noyau dur sur l'articulation métatarso-phalangienne. Toute la jambe mise dans l'appareil est soumise à une température variant de 200° à 230° F. Les douleurs spontanées ont disparu pour ne plus revenir durant le premier bain, et quatre autres séances ont rendu la marche facile et ont suffi pour amener la guérison.

Sous l'influence d'une hygiène appropriée le malade n'a pas eu d'autre attaque depuis lors (janvier 1895). Le périmètre du gros orteil était diminué de 2 à 3 lignes à la fin du traitement.

Le Dr Chrétien cite un cas absolument analogue dans la *Presse Médicale*, 26 Déc. 1896. Il donne les mesurations avant et après les bains et trouve une différence de un tiers de pouce à un pouce.

**RHUMATISME.**—C. R..., frère du premier malade dont nous avons parlé au commencement de ce travail, (Voir *Rev. Méd.*, 25 mai 1898, p. 337) est frappé le 9 mars 1895 de douleurs intenses aux deux cous-de-pieds et au genou gauche. L'heureuse expérience de son frère fait qu'il demande de suite l'application d'un bain d'air chaud sec : ce que nous lui accordons bien volontiers. Cinq bains suffisent pour amener la guérison qui s'est aussi maintenue jusqu'aujourd'hui.

Un rhumatisant traité sans bons résultats, six semaines durant par deux éminents confrères, a vu ses douleurs disparaître après quelques bains, et a repris son travail en onze jours.

Nous avons eu ainsi sous nos soins treize malades souffrant d'attaques subaiguës de rhumatisme et toujours avec soulagement à la douleur et restitution des mouvements quand la douleur était l'obstacle aux fonctions de leurs membres.

Deux rhumatisants de vieille date ont retrouvé en grande partie sous l'influence de ces bains les mouvements perdus aux deux mains de l'un, et à une jambe de l'autre. Le Dr Chrétien (loc. cit.) rapporte deux cas de rhumatisme chronique déformant ancien qui ont retrouvé sous ce traitement assez des fonctions de leurs membres pour pouvoir s'en servir dans la suite, ces membres étaient auparavant presque impotents.

Citons plutôt :

" Jean P..., quarante-neuf ans. Début de la maladie en 1885. Déformation des doigts et des orteils : ankylose avec position vicieuse des grandes articulations. Les mouvements peu étendus sont extrêmement douloureux. Les bras sont accolés au tronc, les jambes semi-fléchies. Depuis deux ans P... est immobilisé au lit avec une impotence fonctionnelle absolue.

" Le malade a pris 15 bains d'air chaud. Dès le début du traitement les douleurs ont presque entièrement disparu. On a vu revenir peu à peu des mouvements limités d'élévation et d'abduction des deux bras, de flexion et d'extension des deux coudes.

" Les mouvements de flexion, d'extension et d'opposition des

doigts se sont partiellement rétablis. Le malade peut porter ses mains sur et derrière la tête : il peut se servir de ses mains pour couper son pain, sa viande, boire, manger, toutes choses impossibles depuis bientôt deux ans.

" Du côté des membres inférieurs, résultat pour ainsi dire nul quant aux mouvements, ce qu'il faut attribuer à l'existence d'adhérences fibreuses multiples. Le malade peut lever quelque peu les jambes au-dessus de son lit. Ses douleurs ont complètement disparu."

**ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE.**—C. F..., à la suite de longues et continuelles libations de deux mois durant lesquelles "il a eu beaucoup de fun" et a libéralement sacrifié à Vénus, tombe frappé d'une douleur subite très vive au genou gauche. En six jours l'articulation devient très grosse, rouge, fluctuante, immobilisée et d'une douleur tellement intolérable qu'elle nécessite l'emploi de doses considérables de morphine. Un coup d'œil du côté de l'urèthre nous eût dit l'histoire du malade, même sans son aveu, car il s'en échappait un pus abondant de nature non douteuse. Le genou droit et le poignet gauche en outre participent quelque peu à cette douleur. Ajoutez à cela les effets peu agréables d'un alcoolique qui revient de sa longue absence, qui arrête du coup ses abus, qui a des vomissements, un peu de délire, des tremblements, une urétrite très douloureuse, etc., et l'on se fera une idée assez exacte de l'état de ce malade.

Trois semaines durant, nous essayons avec l'aide d'un confrère, de diminuer l'inflammation du genou et d'enrayer la maladie : peine inutile. Le malade maigrit, il a des frissons, la température monte à 103° le soir ; le délire, quoique peu violent, se maintient ; la peau, à la partie interne du genou semble vouloir céder peu à peu. Nous crûmes enfin prudent d'ouvrir, de placer un drain et de laver antiseptiquement : ce qui fut fait avec l'aide de mon confrère. L'état du malade s'améliore en peu de temps et l'écoulement cesse peu à peu au bout de 6 semaines. Mais le genou reste gros, absolument immobile et encore bien douloureux. J'essaye alors des bains d'air chaud sec, et douze jours après le commencement de ce traitement le malade peut se porter sur sa jambe sans douleur aujourd'hui, les mouvements sont parfaits et la marche naturelle : le genou a repris toutes ses fonctions et a un volume normal.

En raison des circonstances et des symptômes concomitants nous croyons devoir ranger ce cas parmi les arthrites blennorrhagiques, bien que plusieurs auteurs prétendent que les cas d'arthrite blennorrhagique supprimée soient rares.

Une autre personne souffrant d'arthrite aiguë du genou à la suite de blennorrhagie, a vu sa guérison survenir après cinq bains. Deux malades atteints d'arthrites multiples subaiguës se sont bien trouvés de l'usage de ce traitement. Rappelons encore le Dr CHRÉTIEN (loc. cit.) : " BERTHE B..., seize ans. Blennorrhagie suivie d'arthropathies des grandes articulations. La pression des bourses séreuses plantaires est très douloureuse, ce qui rend la marche excessivement pénible. La maladie se localise exclusivement dans le coude droit ; douleur, flexion à angle droit ; impotence fonctionnelle. Après onze jours d'immobilisation sans résultat, on traite la malade par les bains d'air chaud sec. Au bout de trois séances, la douleur a complètement disparu : les mouvements du coude ont repris toute leur étendue.

" La réapparition de quelques phénomènes douloureux dans diverses articulations nécessite la continuation du traitement. Au bout

de dix bains, la malade complètement guérie, quitte l'hôpital."

Et cet autre : "M..., vingt-sept ans. Blennorrhagie intense, au troisième jour de laquelle apparaissent, dans le talon gauche, de vives douleurs qui se généralisent ensuite au genou et au coude droit. Talalgie violente. Marche impossible.

"Après le deuxième bain la douleur a complètement disparu, dans le genou comme dans le talon, et le malade se promène toute l'après-midi. Après le troisième bain, le malade quitte spontanément l'hôpital."

Et d'autres cas absolument analogues.

**ARTHRITE TUBERCULEUSE.** — Nous avons même eu la témérité de faire essai de cet agent thérapeutique contre une arthrite tuberculeuse datant de trois ans. Nous ne pouvons en faire un rapport maintenant, car le malade n'a pris que cinq bains et est encore sous traitement. Qu'il nous suffise de dire que nous avons espoir, car le genou de très volumineux qu'il était a beaucoup diminué ; les douleurs sont presque totalement disparues ; la jambe immobile depuis longtemps a repris une partie de ses mouvements ; le malade remue facilement le pied et toute la jambe en bloc ; la santé générale est de beaucoup meilleure ; l'articulation du genou a cédé assez pour permettre une extension et une flexion partielles de 20° à 30°. Si le mieux continue et se maintient nous avons l'intention d'amener le malade plus tard à la Société Médicale de Québec et démontrer ainsi l'avantage que nous pouvons retirer de ces bains ; car dans ce cas-ci, deux confrères qui ont porté comme nous un diagnostic de tumeur blanche n'ont pu que conseiller à cet impotent une amputation de la jambe pour sauver sa vie.

**SCIATIQUE.**—Cette affection douloureuse qui jusqu'ici n'a cédé que peu à peu et à la longue à la médication toute symptomatique des anodins, a trouvé dans les bains d'air chaud sec à haute température un traitement réellement efficace. Trois malades qui se sont adressés à nous pour essayer ce moyen nouveau ont senti rapidement s'effacer leurs douleurs et ont obtenu leur guérison. Empruntons encore l'observation du Dr CHRÉTIEN :

"Louis D..., trente-huit ans. Sciaticque droite ayant débuté deux mois auparavant, brusquement le matin au réveil : rebelle à toute espèce de thérapeutique (chlorure de méthyle, vésicatoire; salicylate de soude, bains sulfureux, iodure). Marche impossible ; station très pénible. Points douloureux classiques. Signe de Lasègue.

"Trois bains : disparition complète de la douleur. Le malade sort de l'hôpital guéri."

**ENTORSES, CONTUSIONS, etc.** — Nous croyons pouvoir avancer qu'il n'est pas jusqu'aujourd'hui de traitement connu supérieur à celui des bains d'air chaud sec contre ces accidents. Il est rarement besoin de plus de trois ou quatre de ces bains pour enlever la douleur, diminuer le gonflement et rendre les mouvements aux membres lésés. Nous avons traité ainsi cinq malades qui tous ont confirmé cet avancé. D'ailleurs ces expériences sont appuyées de celles de nos confrères qui font usage de ces bains dans leurs clientèles.

Le cas suivant n'est peut-être pas sans intérêt :

Une femme de 44 ans, de 211 lbs, de bonne santé, mais souffrant de varices de la jambe droite, tombe (avril 1896) en marchant sur de la glace et se fait mal à cette jambe. Mais comme elle était alors sous l'empire de Bacchus, on crut que l'adage était encore vrai ici, comme toujours, paraît-il, "il y a un Bon Dieu pour les ivrognes" et

que son mal était peu de chose. Toujours est-il qu'on l'apporte inconsciente dans son lit et qu'on laisse faire jusqu'au lendemain malgré ses plaintes et sa demande pressante pour avoir le médecin. Nous voyons la malade 24 heures après l'accident, et il ne nous fut pas difficile de constater une fracture du tiers inférieur des deux os de la jambe droite, avec une éruption érysipélateuse s'étendant à presque toute cette jambe. Par malheur vis-à-vis la fracture l'épiderme est enlevé et le derme présente une couleur brune de mauvais augure et de la grandeur d'une pièce de dix centins. Sur l'avis d'un de nos maîtres que nous appelons à notre aide nous appliquons des compresses au bichlorure sur le membre. Le lendemain la douleur est considérable, la jambe œdémateuse et rouge ; la petite plaie devient noirâtre et de la grandeur d'une pièce de vingt centins. La température est à 103.4°, le pouls à 104.

Tout en respectant l'avis de notre confrère, nous donnons un bain d'air chaud sec variant de 230° à 260° F. Le lendemain le membre est plus pâle, la température est tombée à 100.5° et le pouls à 88.

Nouveau bain le matin suivant.

Le soir, température 99.4°, pouls 80 ; plus de rougeur, œdème mou du membre ; la plaie est devenue grisâtre et limitée sur les parties voisines. Nous avons pu alors réduire la fracture et poser un appareil approprié. La malade a ensuite guéri sans accident. Mais comme le pied était resté raide et très gonflé, nous appliquons quelques bains qui ramènent les mouvements et la marche devient parfaite.....

.....Pour terminer permettez-nous de relater le traitement de quelques autres maladies qui ne rentrent pas dans cette classe.

Trois femmes atteintes de phlébite puerpérale, dont l'une gravement, n'ont pas reçu d'autres soins que celui de ces bains et toutes trois en 8, 16 et 19 jours, ont recouvré l'usage parfait de leurs jambes.

Celle que nous disons gravement atteinte avait reçu avis de son médecin qu'il ne lui restait plus que quelques heures à vivre en raison d'une congestion pulmonaire d'origine cardiaque dont elle était frappée ce jour-là. Cependant nous essayons ces bains et la malade, à notre grande satisfaction, a guéri et de sa phlébite et de sa congestion. Chez elle le cœur nous a paru se trouver bien de ces applications d'air chaud.

Une fille de 45 ans, avec insuffisance mitrale et peu de compensation, prend une phlébite sévère de la jambe droite, avec fièvre, tension des tissus, rougeur et cordon bien prononcés sur le trajet de la veine : la douleur est considérable. Un seul bain à 260° F. enlève la douleur. Avec la digitale et 8 de ces bains elle reprend sa besogne de blanchisseuse.

Cinq ulcères variqueux de la jambe de vieille date, ont guéri rapidement après quelques bains et sans le secours d'aucune autre médication.

Une de ces porteuses d'ulcères était une femme de 51 ans souffrant probablement d'une tumeur du foie avec œdème des deux jambes et un ulcère variqueux qui datait de 7 ans et qu'on n'avait pu guérir jusque-là. Neuf séances, dont deux en présence de trois ou quatre étudiants en médecine, ont amené une guérison complète de l'ulcère, qui n'a pas récidivé, bien que cette femme soit morte de sa maladie du foie 7 à 8 mois seulement après ce traitement.

Le 29 janvier 1896, J. C... militaire, 22 ans, bonne santé, vient prendre consultation pour un chancre préputial qui le fait beaucoup souffrir. Le prépuce est tout œdémateux, rouge, très douloureux à la pression et spontanément recouvre entièrement le gland, et ce n'est qu'avec une certaine difficulté que nous réussissons à dégager ce dernier. Le gland offre sur sa surface supérieure un chancre de la grandeur d'une pièce de cinq contins; tout vis-à-vis le prépuce laisse voir un autre chancre plus grand qui empiète sur le col du gland. Ce dernier, quoique récent, offre une étendue inquiétante, mais il gagne en surface et non en profondeur. Nous voulons alors, selon notre habitude, panser ces chancres en maintenant le gland hors du prépuce, mais nous craignons un étranglement, le paraphimosis, et ses conséquences, car débrider sous les circonstances serait bien difficile. Il nous semble qu'un bain local pourrait diminuer la tension et serait favorable. Quoiqu'il en soit, pas de mal à essayer ce moyen. Nous donnons un bain d'air chaud sec à une température très élevée (285° F). Le malade ne s'en plaint pas : au contraire il se sent à l'aise : nous pansons ensuite à la gaze au thymol. Le lendemain le malade revient tout joyeux : son chancre ne lui a presque pas fait mal depuis la veille.

Vous n'imaginez pas le plaisir que nous eûmes en enlevant le pansement de voir les chancres détergés sur la gaze et leurs surfaces recouvertes de granulations ayant une excellente apparence. L'œdème est diminué, le prépuce n'est plus tendu et glisse plus facilement sur le gland. Nous donnons encore un bain, puis nous pansons seulement tous les soirs les petites plaies guéries toutes deux en 6 jours .....

Nous demandons pardon aux lecteurs de cette longue énumération, mais nous l'avons crue nécessaire pour justifier nos essais basés sur le caractère rationnel et sur la parfaite innocuité de ce traitement.

392, Rue St-Jean.

## REPRODUCTION

### Prophylaxie de la Tuberculose. Ce que peuvent et doivent faire les praticiens

Par le Professeur L. LANDOUZY, Médecin de Laënnec.

De toutes les questions qui intéressent l'hygiène familiale, aussi bien que l'hygiène publique, il n'en est pas de plus importantes que celles qui regardent la prophylaxie de la tuberculose, puisque la phtisie n'a jusqu'à ce jour guère bénéficié ni des progrès de la thérapeutique pathogénique, ni des applications de la sérothérapie.

Si, en effet, au point de vue de la symptomatologie, de l'anatomie pathologique, du diagnostic, de la pathogénie, de l'étiologie, la tuberculose est, de toutes les maladies, celle qui a, dans ces derniers temps, réalisé les plus éclatants progrès, il faut avouer que c'est aussi celle pour laquelle la thérapeutique nouvelle a le moins trouvé.

En dépit des efforts accumulés depuis dix ans, en dépit des tentatives faites en tous pays, la thérapeutique spécifique de la tuberculose, pour avoir été la plus cherchée, la plus travaillée et la plus remuée parmi toutes les thérapeutiques s'attaquant aux maladies toxi-infectieuses, semble être de celles qui déjouent le plus de calculs et qui ont trompé le plus d'espérances.

La conclusion pratique à laquelle mène l'étude de tout ce qui a été produit et essayé, ces années dernières, en matière de thérapeutique de la tuberculose, la conclusion est, qu'en somme, la thérapeutique de la phtisie, ne trouvant pas plus aujourd'hui son compte dans les agents de la Matière médicale nouvelle qu'elle ne le trouvait

hier dans les agents pharmaceutiques de la Matière médicale ancienne, il semble, à l'heure qu'il est, encore plus facile de se défendre contre la tuberculose que de s'en guérir : le traitement de la phtisie — je parle exclusivement du traitement spécifique — est encore à trouver.

Je ne saurais donc trop le dire et le répéter, si l'histoire de la phtisie compte déjà au travers des siècles quatre grandes et glorieuses périodes : période symptomatique avec Hippocrate, période diagnostique avec Laënnec, période pathogénique avec Villemin, période étiologique avec R. Koch, il lui reste, pour que son cycle soit complet, à remplir deux périodes encore, et non des moins importantes : celle de la prophylaxie et celle de la thérapeutique spécifique.

Tout en n'aliénant rien des efforts et des travaux expressément orientés vers les cures antituberculeuses, il serait urgent, pour la phtisiologie pratique, de commencer par le commencement, c'est-à-dire d'enseigner et de pratiquer la prophylaxie de la tuberculose. Or, la prophylaxie de la tuberculose humaine reste, chez nous, toute à organiser autant que son traitement spécifique reste à trouver.

Cependant, si les efforts des savants tendent à rechercher le remède de la tuberculose, un mouvement s'est dessiné depuis quelque temps en faveur des mesures prophylactiques, sur l'absolue nécessité desquelles j'appelais déjà l'attention dans mon cours de la Faculté de 1895-1896 (1). De ce mouvement sont nées les Commissions constituées par l'administration générale de l'Assistance publique, par l'Académie de Médecine, dont les travaux, exposés dans les rapports du prof. Grancher, nous font enfin entrevoir l'ère nouvelle dans laquelle, tant par la prophylaxie, que par l'immunisation, que par le traitement spécifique, nous en aurons fini avec cette lèpre des temps modernes, qui, non contente de représenter plus du cinquième de la morbidité et de la léthalité humaines, appauvrit et abâtardit la race — ce que l'on ne voit ni ne dit assez — autant, à elle seule, que le mal-thusianisme, la syphilis et l'alcoolisme réunis.

\*\*

Quand je parle de l'insuffisance de la thérapeutique antiptisique, je ne vise, bien entendu, que la thérapeutique pharmaceutique proprement dite, qui, fort heureusement, nous fournit nombre de moyens adoucissants et corroborants, mais qui ne guérit pas ; je ne vise aucun des procédés dont est faite la cure hygiénique du tuberculeux (phagothérapie, aérothérapie, etc., etc.), cure qui fait merveille, quand on sait l'ordonner de bonne heure, et quand on veut l'appliquer avec longueur de temps et ténacité. C'est grâce à la cure hygiénique que nous pouvons en appeler tous les jours de l'anathème jeté autrefois sur les tuberculoses pulmonaires ; c'est grâce à elle que nous ne comptons plus les tuberculeux si bien guéris, qu'ils arrivent à faire figure dans le monde.

N'empêche que, la cure hygiénique étant longue, très longue même, que cette cure étant onéreuse et d'ordinaire difficile à réaliser pour la généralité des tuberculeux, il est encore plus facile de se défendre contre la tuberculose que de s'en guérir ; d'autant plus que, trop souvent, nous avons affaire à des formes de phtisies aiguës qui déconcertent les médications hygiéniques les mieux ordonnées et enlèvent leurs victimes en quelques mois.

Il est donc une vérité que le médecin doit propager, à savoir : qu'il est plus facile de se garer de la tuberculose que de s'en guérir ; mais, à une condition, c'est qu'il soit capable d'enseigner et de montrer pourquoi et comment la tuberculose est maladie évitable.

Pour que la tuberculose, au lieu de progresser, fût partout évitée, il faudrait que les choses allassent autrement qu'elles ne vont.

Il faudrait que, partout, chez les particuliers comme dans les collectivités, dans les habitations privées comme dans les lieux publics, on fit délibérément la guerre au contagé, aux crachats, comme

(1) L. LANDOUZY. — "Sérothérapie de la tuberculose", Paris, 1896, G. Carré et Naud éditeurs.

en chirurgie on fait la guerre aux organismes pyogènes, au pus. Il faudrait que tous les médecins prissent à tâche d'organiser la prophylaxie de la tuberculose, il faudrait que tous les médecins fissent campagne ; il faudrait que, partout, pour tous, par tous, la prophylaxie de la tuberculose fût organisée.

Mais, pour cela, il serait nécessaire que la prophylaxie fût comprise, que sa vulgarisation s'appuyât sur une manière d'exposé des motifs aussi concis et aussi clair que possible, mis en quelques lignes à la portée de tous et reproduit à des millions d'exemplaires. Et comment se fera cette vulgarisation si chaque médecin, dans sa sphère d'activité, ne s'en mêle pas ; comment s'organisera cette prophylaxie, si les médecins eux-mêmes, où qu'ils exercent, à la ville, à la campagne, à l'hôpital, ne la pratiquent pas ?

Eh bien ! justement, toutes choses vont à l'encontre de ce qu'elles devraient être, maintenant que la pathogénie et l'étiologie de la tuberculose nous sont connues ; et il n'est que temps pour tous les médecins de se mettre, par une prophylaxie militante, en travers d'une maladie dont la Matière médicale nouvelle ne nous apporte encore pas le médicament.

En attendant que, pour guérir les phtisiques, nous puissions réussir mieux et plus que nous ne faisons, travaillons par tous les moyens possibles—la tâche est rude, puisque, dans ce sens, tout reste à faire—à arrêter le flot montant de la tuberculose.

Il y a si loin de la manière dont se devrait codifier la prophylaxie de la tuberculose à ce qui se pratique, aussi bien chez les particuliers que dans les collectivités, que je veux exposer la manière dont j'estime que le médecin devrait servir la prophylaxie de la tuberculose.

Notre rôle, à chacun d'entre nous, est d'autant plus indiqué que l'hygiène publique, jusqu'à présent, ne s'est guère faite agissante en matière de prophylaxie de la tuberculose. Pourtant, les avertissements n'ont pas manqué aux Pouvoirs publics ! congrès, ligues contre la tuberculose, statistiques, travaux de clinique — dénonçant cette chose lamentable, que notre dépopulation est faite autant de la multiléthalité des enfants de tuberculeux que de la faiblesse de notre natalité,—discussions à l'Académie de médecine et ailleurs, initiatives privées, se sont chargés de montrer tout ce qu'on ne faisait pas contre la tuberculose et tout ce qu'il serait urgent de faire.

Le rôle de tout médecin pénétrant dans un foyer auquel s'assied un tuberculeux, est de faire officieusement la police sanitaire du dit foyer : les succès qu'il obtiendra comme prophylacticien seront autant de médications qu'il n'aura pas à instituer plus tard, contre autant de tuberculoses qu'il aura su faire éviter.

Dans cette police sanitaire, le tact, la mesure sont de mise plus que partout ailleurs, et, pour être doux, persuasif, éducateur, le rôle du médecin n'en demeurera pas moins tutélaire.

Il faut, chaque fois que près d'un tuberculeux le médecin est mandé pour intervenir comme thérapeute, il se fasse en même temps prophylacticien ; il faut que tout en travaillant à guérir son client, il ne manque pas à installer immédiatement l'hygiène thérapeutique dans la famille. Pratiquant la prophylaxie en même temps que la thérapeutique hygiénique dans les milieux tuberculés, la somme des résultats médiatement ou immédiatement obtenus par le médecin de famille se montrera supérieure aux réussites que peuvent donner celles de nos médications antiphtisiques réputées les meilleures.

Que servirait aux médecins sortis franchement des bancs de l'école, d'avoir appris que, dans l'immense majorité des cas, la tuberculose est fonction de contagion acquise, s'ils ne se devaient faire missionnaires de cette vérité ?

Comment, cette contagion, veut on que le public l'évite, alors qu'il ignore et la contagiosité de la maladie, et les manières dont se fait la contagion, et les moyens de s'en préserver.

En matière de tuberculose, l'heure des préoccupations sentimentales, qui hantaient nos pères, est passée : il faut que le public soit

renseigné ; il faut alors qu'on lui parle de contagion de variole, d'ophtalmie, de teignes, de coqueluche, d'angines, de typhus, etc., etc., qu'on lui parle aussi de contagion de tuberculose.

Si le public est insoucieux ou imprudent en matière de tuberculose, c'est que son éducation n'a jamais été faite. Or, cette éducation, c'est à nous de la tenter ; et, la réussissant, nous ne sortirons pas de notre rôle de médecins, c'est-à-dire de gardiens de la santé.

Il faut dire franchement, haut et fort, que la tuberculose est contagieuse ; mais il faut dire aussi, nettement, comment, quand, pourquoi se fait la contagion. Il faut que le public soit renseigné sur la phtisie comme il est renseigné déjà sur la scarlatine, sur la rage, sur la fièvre typhoïde, sur la diphtérie. Il faut que l'on dise au public que ce n'est ni la personne du phtisique, ni son haleine, ni son contact, ni ses sueurs, ni l'air de sa chambre, qui sont nocifs. Il faut apprendre aux familles que le danger, en matière de contagion de phtisie, réside dans l'*expectoration*, dans les *crachats*, qui ne sont jamais si dangereux qu' alors que le dessèchement en a fait autant de poussières bacillifères. Il faut même que l'on dise au public — les exagérations de tous ordres ne seront évitées qu'à ce prix—que certaine continuité phtisique suivie dans les familles, parfois invoquée bien à tort comme héréditaire, n'est qu'une manière de reviviscence bacillaire évitable.

Le public commence à savoir que, le varioleux mort, n'est pas mort le virus variolique, les croûtes varioleuses tombées du cadavre pouvant faire de la chambre mortuaire un foyer de variole. Eh bien ! ce que le public commence à ne plus ignorer en matière de variole, de scarlatine, de fièvre typhoïde, de diphtérie, il faut qu'il le sache en matière de tuberculose. Il faut que le public apprenne de nous que, le phtisique parti ou mort, le contage reste et survit, puisque le bacille, tombé en quelque coin ou sur quelque objet, n'attend que le moment propice et un terrain favorable pour tuberculiser à nouveau. Il faut encore qu'on fasse savoir au public que la contagion *n'est pas fatale* ; il faut qu'on éclaire le public sur le rôle du terrain en matière de tuberculose, comme en matière de toutes maladies évitables.

Pour gagner tous les médecins à la cause de la prophylaxie familiale et sociale de la tuberculose, pour faire que leur intervention thérapeutique se double toujours de prophylaxie militante, il ne faut pas se laisser d'appeler leur attention sur des faits patents qui nous portent à de singulières réflexions.

L'Administration, si bien armée pour dépister les cas de morve et garder les écuries contaminées sous la haute surveillance de la police sanitaire ; pour empêcher les épizooties quelles qu'elles soient, et cela aussi bien chez les particuliers (puisqu'elle surveille les vacheries) qu'aux frontières ; pour enrayer les épiphyties (à chaque instant un arrêté ministériel *déclare* une vigne, une commune, une région phylloxérées) l'Administration n'a jusqu'à présent guère souci d'avertissements, de précautions, de surveillances, de règlements, d'ordonnances, d'arrêtés, par lesquels elle puisse limiter les foyers de contagion tuberculose. Où, quand, l'Administration a-t-elle suffisamment installé dans les lieux publics et les écoles des crachoirs et s'est-elle préoccupée de faire sur ce chapitre l'éducation du public ?

Quand je dis que nos établissements d'enseignement public ne sont pas ou sont mal pourvus de crachoirs, je n'exagère rien. J'entends que celles de nos écoles qui sont pourvues de crachoirs, les ont en nombre insuffisant et les disposent fort mal. D'abord elles placent les crachoirs par terre (au lieu de les faire porter sur un pied), ce qui fait que maints passants crachant à la volée, envoient leur crachat soit en dehors du récipient, soit contre le mur (où il se dessèche) contre lequel est accoté le crachoir ; ensuite, les crachoirs sont placés de telle façon qu'on ne les voit guère ou point. Je pourrais citer telle école d'enseignement supérieur qu'on croirait — par respect pour la beauté des lignes de son architecture, très belle et très pure—avoir voulu dissimuler ses crachoirs *honteux* ; elle les a

placés à hauteur des plinthes, on s'ingéniant à les peindre couleur muraille ; et cela si bien, que les crachoirs qui devraient crever les yeux sont si peu aperçus que maints allants et venants ignorent encore leur existence. Placé dans de telles conditions, le crachoir ne remplit aucune des deux destinations auxquelles il doit répondre : il n'est point " *paracontage* ", puisque le passant qui ne le voit pas crache sur le sol ; il manque à donner à tout un chacun la leçon de choses qu'en attendait l'hygiéniste.

C'est que je suis persuadé qu'une partie, et la plus importante et la plus pratique de la prophylaxie de la tuberculose, est tout entière dans cette question du crachoir. C'est que je suis persuadé qu'on travaillera plus facilement, mieux et plus vite à la prophylaxie de la tuberculose, en propageant en tous lieux les crachoirs, qu'en introduisant les équipes de désinfection dans les milieux entachés de tuberculose.

\* \* \*

En somme, c'est à chacun de nous, médecins praticiens, qu'il appartient de prêcher la croisade antituberculeuse. Si nous voulons que le public soit tenu à égale distance de l'insouciance dangereuse et de la terreur inconsidérée, il faut que nous l'instruisions ; ce faisant, nous empêcherons plus de tuberculoses de naître, que n'en guériront, avant longtemps peut-être, les médications spécifiques.

C'est en parlant net, en instruisant ; c'est en conseillant, en pratiquant l'asepsie médicale, que nous ferons tous, en matière de contagiosité et de prophylaxie tuberculeuses, le mouvement d'opinion salubre, sans lequel la tuberculose ira sans cesse grandissant. Est-ce que ce n'est pas le médecin, de complicité avec les Administrations, qui, en France, à défaut d'une loi, parvient à faire de la vaccination et de la revaccination une quasi-obligation ? Est-ce que ce mouvement d'opinion créé en faveur de la vaccine, il n'est pas grand temps de le créer en faveur de la prophylaxie de la tuberculose ? C'est dans cet ordre d'idées qu'on peut dire, sans paradoxe, qu'un des meilleurs résultats des Congrès réunis pour l'étude de la tuberculose a été d'éveiller, d'agiter l'opinion publique, d'éclairer la religion des médecins, de leur communiquer la foi agissante, d'apprendre à tous :

Que la tuberculose est maladie évitable, puisqu'elle est transmissible par un contage qui n'est pas hors de nos atteintes :

Que la prophylaxie de la tuberculose est avant tout question d'hygiène familiale, question d'hygiène nosocomiale, autant et peut-être plus que question d'hygiène sociale.

C'est seulement quand on aura dit et redit cela, de cent façons et en tous lieux, qu'on aura utilement travaillé, par la prophylaxie, pour l'extinction de la tuberculose, et qu'on aura d'autant allégé la tâche si ardue de la thérapeutique antiphtisique.

(*La Presse méd.*)

### La Scarlatine

**SIGNE PRINCIPAL :** Exanthème d'un rouge vif presque toujours accompagné d'angine.

**DIAGNOSTIC.**—Le diagnostic est toujours facile à la période d'invasion. L'angine qui est presque constante et plus ou moins prononcée, l'éruption qui est uniforme, d'un rouge vif, et envahit tout le corps, ne peuvent laisser aucun doute. A la période d'invasion, on pourrait à la rigueur la confondre avec l'angine inflammatoire simple. Quant à la confusion avec la rougeole ou la variole, elle ne pourrait être faite que tout au début. Les symptômes généraux, sans parler des caractères de l'éruption, son absolument différents. Nous n'avons pas besoin de les rappeler ici.

**PRONOSTIC.** — La scarlatine est généralement une maladie bénigne, et on peut assister à une épidémie atteignant des centaines d'enfants sans enregistrer un seul décès. Par conséquent, on peut, en règle générale, et sauf complications rares, annoncer pour la scarlatine une issue favorable. Le médecin devra rassurer les parents, les assurer que l'exanthème aura disparu au bout de quelques jours,

Il leur annoncera qu'une desquamation se produira. Pour leur éviter toute surprise alarmante, il leur dira approximativement à quelle époque et comment elle se fera. Surtout, il ne manquera pas de leur annoncer l'albuminurie et ses conséquences comme une complication rare, mais possible. Il devra même, à plusieurs reprises, au cours de la maladie et pendant la convalescence, faire l'examen de l'urine pour y déceler la présence de l'albumine. Le moyen le plus simple consiste à faire bouillir l'urine en ayant soin de l'acidifier légèrement au préalable, en raison de la présence possible de phosphates en excès. En Angleterre, les médecins ont généralement dans leur trousse une lame de platine faisant légèrement écuelle ; on y dépose quelques gouttes d'urine et il suffit d'une allumette bougie pour provoquer instantanément l'ébullition. S'il y a de l'albumine, il se fait un léger dépôt floconneux facile à reconnaître.

**TRAITEMENT.**—*Prophylaxie.* — "Il faut toujours, dit le Dr Gilbert, prévenir les parents de l'extrême contagiosité de la scarlatine, surtout à partir de la période de desquamation. Partout où ce sera possible obliger les parents ou gardes à se servir de blouses comme celles qui servent aux infirmières dans les hôpitaux et les obliger également à faire passer soit à l'étuve, soit à l'eau bouillie les vêtements qui ont servi pendant qu'on était près du malade. Enfin désinfecter après la maladie, soit avec les vapeurs soufrées, soit avec les pulvérisations de sublimé."

*Régime et médication.* — Lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant qui a la scarlatine, il faut recommander aux parents de le tenir au lit pendant toute la durée de l'éruption. Pendant cette période on alimente l'enfant avec du lait, du bouillon, des potages, des œufs, des grogs à l'eau de vie. Si l'angine est prononcée on peut recourir à un collutoire émollient, comme le suivant, par exemple :

Miel rosat..... 30 grammes.

Borate de soude..... 5 —

Il n'y a aucun médicament à prescrire. A quoi bon faire l'enfonçeur de portes ouvertes et s'acharner à coups de médicaments contre une maladie qui tend d'elle-même à la guérison. On ne peut que porter préjudice au malade. Tout ou plus, s'il y a de l'agitation, de l'insomnie, on prescrira une potion ainsi composée :

Sirop de groseilles..... } à 30 grammes.

Aq. distil..... }

Hydr. chloral..... 0,10 à 0,20

Bromure de calcium..... 1 gramme.

par cuillerées à café toutes les heures ou toutes les deux heures suivant les cas.

Quand l'éruption a disparu, il est bon d'administrer un purgatif léger. A partir de cette période, on peut permettre au malade de se lever, mais il devra garder la chambre 30 jours (à dater du début de la maladie) en été et 40 jours en hiver. Le malade pourra alors prendre un bon repas par jour. Le vin ne devra être autorisé qu'avec prudence et en petite quantité. On surveillera les selles et, si elles ne sont pas suffisantes et régulières, on aura recours aux lavements. Enfin, au moment de la période de desquamation, quelques bains tièdes seront indiqués.

(*L'Indépendance Méd.*)

### L'excitation cérébrale chez les enfants

Par J. COMBY.

Après avoir exposé les causes et fait la description clinique de l'excitabilité nerveuse chez les jeunes sujets, l'auteur fournit sur le traitement de cet état des données très pratiques que nous allons résumer.

Le traitement est avant tout hygiénique. Il faut peu compter sur les médicaments antispasmodiques, narcotiques et paralytiques, dont une certaine école a abusé. Le bromure a détraqué bien des estomacs ; on pourrait aisément compter les névrosés qu'il a guéris ou seulement soulagés. Certes, il faut apaiser, calmer l'hyperexcitabilité nerveuse. Mais les meilleurs sédatifs ne sont pas ceux des officines. Il faut s'adresser aux agents physiques.

Le traitement de l'excitabilité cérébrale chez les enfants exige de la part du médecin un grand tact et une grande légèreté de main.

L'auteur ne prescrit les médicaments, en pareil cas, qu'à son corps défendant ; pour donner des narcotiques, des antispasmodiques chimiques, il attend d'y être forcé par un grand paroxysme (convulsions, etc.) En général, il se borne à calmer l'enfant par une hygiène physique et morale convenable.

Chez les nourrissons excités et bruyants, l'hygiène alimentaire étant d'ailleurs bien réglée, on se bornera à prescrire : la vie au grand air le plus possible, promenades au moins deux fois par jour ; des bains tièdes (34 à 35°) de 5 à 10 minutes deux fois par jour.

Si l'enfant dort mal, on donnera le bain avant le coucher, le soir vers 8 ou 9 heures, pendant 15 à 20 minutes, pour détendre les nerfs et favoriser le sommeil.

Si l'agitation persiste ou augmente, on pourra avoir recours aux affusions froides, courtes et suivies de massage, et surtout au drap mouillé (drap trempé dans l'eau à 15°, tordu, enroulé autour de l'enfant pendant une heure, avec couverture par dessus) ; le drap mouillé peut être répété 2, 3, 4, 5 fois par jour. Quant l'enfant commence à reconnaître son entourage, à parler, à s'intéresser à ce qu'il voit et à ce qu'il entend, on recommande de ne pas jouer avec lui, de ne pas le provoquer, de ne demander à son cerveau faible et irritable aucun effort, aucune fatigue ; on insiste pour que les visites soient supprimées et pour que l'enfant ne voie pas autour de lui trop de visages nouveaux.

Après le sevrage et dans la seconde enfance, la règle de conduite est la même. Les bains, le drap mouillé continueront à être employés. Déjà on pourrait essayer les frictions sèches ou stimulantes (baume de Fioraventi) de la peau, les douches froides très courtes. Les repas seront bien réglés et rares (3 par jour) ; la plus grande sobriété est de rigueur ; pas de vin, de café, de thé, de mets épicés, sucrés, vinaigrés, etc. La vie au grand air s'impose, la campagne a des effets sédatifs manifestes. Les bains de mer et même le séjour sur les plages du Nord seront interdits. On demandera peu de travail aux enfants excités, on se gardera de surmener leur cerveau. On veillera sur leurs jeux et sur toutes leurs occupations.

Ils ne veilleront jamais, se coucheront de bonne heure et n'iront pas au spectacle. On ne leur fera pas de contes effrayants.

Le fonctionnement du tube digestif sera surveillé de très près ; la constipation sera prévenue ou combattue par un bon régime alimentaire, par quelques laxatifs, par des lavements glycélinés.

Les médicaments, le bromure de potassium en particulier ne seront prescrits que très exceptionnellement. Si l'insomnie est invincible, on pourra donner un peu de bromure ou mieux du trional, du tétronal (25 centigrammes le soir) ; quelquefois l'antipyrine (25 à 50 centigrammes en une fois.)

(La médecine Moderne)

#### L'agoraphobie et le syndrome de Meniere.

MM. LANNOIS et TOURNIER (Lyon). L'opinion de Legrand du Saule faisant de l'agoraphobie une sorte d'entité, de névrose, avec la distinction d'agoraphobie essentielle et d'agoraphobies secondaires, ne peut être et n'est pas admise. L'agoraphobie a seulement la même valeur nosographique que les autres phobies. Toutes les phobies se rattachent à un état névropathique, — sur lequel d'ailleurs les auteurs ne sont pas d'accord, — les phobies appartenant pour les uns à la dégénérescence, pour d'autres à la neurasthénie, pour d'autres au délire émotif de Morel, pour d'autres enfin à la névrose d'angoisse. — Nous voulons mettre en relief une des causes déterminantes, non pas la seule, mais, à notre avis, de beaucoup la plus fréquente de l'écllosion de l'agoraphobie en particulier.

C'est en effet à certaines causes qu'il faut rattacher la modalité phobique qui survient chez un prédisposé. La phobie peut être comprise, au point de vue physiologique, comme une idée obsédante ou

une image d'un épisode antérieur, surgissant brusquement de l'inconscient pour envahir le champ de la conscience et inhiber la volonté. — C'est en somme une peur intense qui revient sans cesse dans les mêmes conditions.

On conçoit très facilement qu'un individu susceptible, de par sa névrose d'angoisse, de ressentir des phobies, deviendra agoraphobe, si un jour, sur une place publique, dans la rue, il a éprouvé un vertige, eu peur de tomber et craint les conséquences ridicules de la chute en public. L'agoraphobie se réalise d'autant plus facilement que fréquemment le vertige a réapparu et qu'il persiste des sensations auriculaires.

La provocation de l'agoraphobie par une lésion auriculaire est fréquente. Depuis que notre attention a été attirée sur ce point et que nous avons d'une part interrogé les individus à lésions auriculaires et d'autre part examiné l'oreille des agoraphobes, nous avons réuni une douzaine d'observations.

Il est d'autant plus important de signaler cette étiologie que la connaissance de la cause provocatrice permet souvent de l'écartier ou de la modifier et par suite — le traitement du terrain névropathique aidant — de guérir l'agoraphobie, symptôme ordinairement très rebelle. (*Méd. mod.*)

(Gazette Méd. de Liège)

#### Incontinence d'urine premier symptôme d'un kyste de l'ovaire,

Par le Dr Henri PICARD.

La nommée X... est une forte et vigoureuse femme de 45 ans. Veuve depuis plusieurs années, elle exerce, avec sa fille et son gendre, le rude métier de marchande de tonneaux, conduisant parfois elle-même cheval et haquet.

Très impressionnable, sa santé a, néanmoins, toujours été excellente.

Prise subitement, il y a deux mois, d'une incontinence nocturne d'urine, présentant tous les caractères de celle des enfants et des adolescents, elle a suivi, sans succès, depuis cette époque, un traitement médical.

N'ayant pas d'abord, malgré l'examen le plus minutieux, trouvé dans les organes génito-urinaires, l'explication de cette incontinence, je lui appliquai les courants faradiques à longues intermittences.

Il y eut, d'abord, amélioration marquée et la malade recouvra, pendant quelque temps, la sensation du besoin d'uriner la nuit.

Malheureusement, cette amélioration n'eut pas de suite et l'incontinence nocturne reparue se compliqua d'incontinence d'urine.

Examinant alors de nouveau la malade, je pus percevoir, dans le cul-de-sac de Douglas, une tumeur cylindrique du volume d'un petit œuf, très dure et qui augmenta rapidement de volume au point d'atteindre, deux mois et demi après le début de mon traitement, le volume d'une grosse orange.

Cette tumeur, que sa dureté eût pu faire prendre pour un fibrome, était un kyste de l'ovaire dont l'extraction difficile fut brillamment accomplie par Pozzi.

(Revue d'obstétr. et de gynéc. et Gaz. Méd. de Liège.)

#### Remède contre le coryza

Par GAUDIN.

Quelques inspirations par les narines de vapeurs d'aldéhyde formique (solution 40 %/o) arrêtent en quelques heures le coryza le plus intense, surtout au début de la maladie.

Dans l'ozène ou la punaisie, les inhalations de ce même produit diminuent sensiblement au bout de peu de temps la fétidité de l'haleine et, aidées par les lavages, enrayent peu à peu la maladie.

(L'Union pharm. et Lyon méd.)

**De L'action Diurétique**

DU MASSAGE ABDOMINAL DANS LES AFFECTIONS DU CŒUR

Par le docteur CAUTRU, ancien interne des hôpitaux.

*Résumé et conclusions.*—1° Le massage abdominal a une action diurétique indéniable, qu'il soit employé seul ou associé au massage général et à la gymnastique suédoise.

Dans certains cas cependant, l'ensemble de ces différents agents donne des résultats plus prompts, plus durables et plus complets.

2° Chez les cardiaques, la diurèse se produit rapidement, surtout chez les malades porteurs d'œdèmes sous-cutanés ou viscéraux; quelquefois dès le premier jour, ordinairement vers le troisième jour du massage. J'ai vu les urines monter de 250 grammes à 3 000 et 3 500 après trois massages.

3° L'état général s'améliore en même temps que la circulation se régularise.

La composition des urines se rapproche de la normale.

4° Le massage et la gymnastique suédoise peuvent, ar desp manœuvres variées, produire à volonté une augmentation ou une diminution de pression au niveau du cœur et des vaisseaux. Ils peuvent donc, dans une certaine mesure, rendre à ceux-ci l'élasticité qui leur fait défaut dans les affections cardio-vasculaires chroniques et doivent être considérés comme le meilleur remède préventif de l'artério-sclérose chez les arthritiques prédisposés.

5° Le massage n'exclut pas absolument les autres médications cardiaques employées jurqu'alors. Il les aidera, alternera avec elles ou les remplacera lorsqu'elles n'agiront plus. C'est un moyen à ajouter aux autres. Cependant il semble qu'on doive lui donner la préférence à cause de son innocuité, lorsqu'il est employé d'une façon méthodique, et par ce fait surtout que c'est un moyen naturel, un véritable agent thérapeutique physiologique.—(Ibid.)

**Emploi de la quinine en injections hypodermiques,**

Par M. le professeur V. STOFFELLA (de Vienne).

L'insolubilité de la quinine a mis pendant longtemps un obstacle à son emploi en injections sous-cutanées.

Dans ces dernières années, un médecin italien avait trouvé qu'associé à l'antipyrine le chlorhydrate de quinine se dissout facilement. Ce fait, confirmé par Gessard au Val-de-Grâce, reçut son application et Laveran prescrivait la formule suivante pour injections hypodermiques.

Chlorhydrate de quinine.....	3 grammes
Antipyrine .....	2 —
Eau distillée.....	6 —

Le professeur Santesson (de Stockholm), reprenant la question, a montré qu'en réalité, de l'association de la quinine et de l'antipyrine résultait une combinaison nouvelle, la quinopyrine, dont la toxicité serait moindre que la quinine.

Pour le professeur Stoffella (de Vienne), l'association de la quinine et de l'antipyrine est inutile. Depuis de longues années il emploie le chlorhydrate de quinine seul, en injections souscutanées.

Son procédé est le suivant :

Il met 2 grammes de chlorhydrate de quinine, dont il a auparavant vérifié (point important) la réaction alcaline, dans une éprouvette contenant 10 grammes d'eau distillée. L'éprouvette est chauffée doucement et vers 40°6 la dissolution est complète et se maintient encore quelque temps. En refroidissant, la quinine se précipite sous forme d'une masse blanchâtre qui se redissout par la chaleur, ou en plongeant l'éprouvette dans l'eau chaude.

L'injection est complètement indolore et, d'autre part, le médicament restant soluble à la température du sang, on n'a pas, comme dans les injections de quinopyrine, de noyau d'induration au lieu de l'injection.

Une seringue de Pravaz contient dans ces conditions 2 décigrammes de chlorhydrate de quinine. On peut donner ainsi jusqu'à 3 doses par jour.

(Gaz. Heb. de méd. et de chir.)

**FORMULAIRE**

**Teinte terreuse du teint (MORIN).**

Lait d'amandes.....	300 grammes
Naphtaline.....	10 —
Nitrobenzine.....	2 —

M. S. A.

Ce mélange constitue un lait virginal plus efficace contre les imperfections épidermiques, éphélides, etc., que ne le sont ses congénères.

**CORRESPONDANCE**

A MESSIEURS LES MÉDECINS DU DISTRICT DE QUÉBEC,

Messieurs,

Le Comité auquel vous aviez confié le soin de s'occuper de l'élection des gouverneurs dans ce district est heureux de vous dire qu'il sera bientôt en mesure de compléter son rapport commencé incidemment dans la *Revue Médicale* du 16 février. Depuis cette date, grâce à l'empressement avec lequel la presque totalité de la profession a répondu à son appel, votre comité a été loin de se ralentir dans l'exécution de ses travaux pour mener à bonne fin la tâche réellement difficile que vous lui aviez confiée.

Aujourd'hui il lui reste encore à faire valider un certain nombre de procurations qui n'ont pu être enrégistrées en raison des arrages dâs par les signataires de ces procurations.

Pour terminer avantageusement son travail poursuivi avec persévérance jusqu'à ce jour, votre comité croit devoir faire un dernier appel à ces médecins et les prier de bien vouloir se mettre en règle sans retard avec le Bureau. En effet, il ne nous reste tout au plus que deux semaines pour faire enrégistrer vos procurations sur lesquelles vous nous avez permis de compter pour la prochaine élection.

Alors ce sera avec plaisir que votre comité se soumettra à sa dernière obligation vis-à-vis l'assemblée des médecins du district de Québec, c'est-à-dire celle de vous convoquer en assemblée générale faire son rapport et laisser l'assemblée faire comme bon lui semblera.

Nous ne doutons pas que tous ceux qui se seront intéressés à ces élections en confiant à notre président la garde de leur procuration se feront un devoir de se rendre à cette importante assemblée.

Nous avons l'honneur d'être,

Vos tous dévoués,

VOTRE COMITÉ.

Québec, 4 juin 1898.

Montréal, 6 juin 1898.

A M. le Dr L. J. O. SIROIS,

St-Ferdinand d'Halifax.

Monsieur le Docteur,

Vous m'adressez une lettre ouverte (numéro du 25 mai) *La Revue Médicale*.

Comme cette lettre est écrite dans des termes convenables, et de plus, vous semblez vouloir, sincèrement des explications, je consens bien volontiers à vous les donner.

Si dans cette lutte électorale, la discussion eût toujours été honnête, franche et loyale : eh bien, c'eût été digne, et les médecins auraient donné aux autres classes de la société un bon exemple, mais la courtoisie et la franchise ont souvent fait défaut.

Je conviens qu'il y a encore de grandes réformes à faire pour n'importe qui voudra les entreprendre ; mais que ce ne soit pas parceque le Dr A. demande quelque chose, qu'il faudra prétendre que ce soit mauvais "Aut Vice Versa" c'est évidemment de mauvaise politique, et cependant c'est ce qui arrive aujourd'hui.

J'abrège autant que possible ma réponse pour ne pas fatiguer et ennuyer les lecteurs de "La Revue".

1° Vous dites M. Sirois que le Bulletin des assemblées n'avait pas été publié, avant il y a deux ans, et il aurait dû l'être.

Réponse : Un compte-rendu des assemblées était publié sur les journaux de médecine et les journaux politiques. Les médecins n'en demandaient pas plus. Les bureaux antérieurs au bureau actuel n'avaient pas fait plus, on ne trouvait pas cela nécessaire. Le coût de ces bulletins est assez considérable, et conséquemment, cette dépense devait être évitée dès lors que le public médical est suffisamment renseigné.

2° "La publication du Registre médical est nécessaire."

Réponse : Sans doute, mais seulement de temps à autre, avec un supplément tous les ans, y ajoutant les noms des nouveaux médecins.

Cela est une tâche assez difficile pour le registraire, par le fait même que les intéressés ne se donnent pas la peine de lui envoyer leur changement de résidence et les informations, les corrections qu'eux seuls connaissent.

3° "L'agent du Bureau n'est pas grandement payé" puisqu'il n'a pour tout salaire, que l'amende des causes qu'il gagne, et il faut bien qu'il en déduise les frais des causes qu'il perd, ce qui arrive souvent, à la campagne surtout, car les intéressés ont peur de se faire tort en aidant l'agent.

Les résultats sont souvent désastreux par les frais des avocats.

Un agent dans chaque district, un peu de bonne volonté et d'aide de la part des intéressés faciliterait la besogne, c'est à désirer.

Par exemple, le secrétaire des Sociétés médicales pourrait être chargé de cette besogne au nom de l'association.

4° Les finances du Collège ont été administrées, depuis bien des années, avec trop de complaisance envers les retardataires. Nous médecins, nous savons tous combien nous sommes négligents dans la collection de nos propres comptes et comme nous les tenons avec peu de régularité ; cela influe sur nos devoirs quand nous agissons pour le public médical, ce qui ne devrait pas être cependant.

5° L'Ex-Trésorier avait accepté un billet qui n'a pas été soldé à échéance : le Dr Dagenais est devenu malade et il a fini par mourir, ceci explique en grande partie du moins, le retard apporté au règlement de cette affaire de billet. Il ne serait pas juste non plus de donner à cette transaction des proportions qu'elle n'a jamais eues. Il est plus difficile à un médecin d'agir de rigueur avec des confrères, qu'il ne l'est à un caissier de banque envers les débiteurs.

6° Tous les officiers du Bureau actuel qui touchent de l'argent ont fourni des polices de garantie — que cela n'ait pas été fait exactement en temps, c'est vrai, mais pas intentionnellement. Je comprends qu'il est du devoir de M. le Président de voir à ce que toutes ces choses-là soient faites en temps et lieu, ainsi de l'audition annuelle des livres et cela est fait.

La perception des contributions annuelles a toujours été négligée. De tout temps, on ne paye que lors des élections triennales, et encore, il n'est pas juste de s'en prendre au Bureau actuel plus qu'à ses prédécesseurs : nous sommes tous si pauvres, les clients nous paient si mal, si irrégulièrement et si peu cher, que nous sommes forcés d'en faire autant.

8° Quant à la bibliothèque, je laisse à mon ami Marsil (qui en est le père) la tâche de défendre son enfant.

9° Vous dites M. Sirois : "Le Bureau a accordé la licence provinciale à onze étudiants sans brevet, et a fait passer les examens professionnels au même nombre de candidats en une heure." Voici deux fois que vous portez cette accusation. J'aurais voulu que vous me donniez les noms de ces onze candidats, ainsi que ceux des examinateurs et j'aurais pris la peine de recourir au livre et vérifier moi-même si la chose était vraie. Mais ce n'est pas nécessaire, car il est admis que depuis que le Bureau existe, il y a eu, à chaque assemblée un ou deux candidats favorisés — voici comment cela arrive : certains membres du Bureau prennent sous leur protection, un can-

didat parent ou ami, et ont recours à tous les moyens possibles pour le faire passer, viz : composer un jury de leur choix, faire des questions faciles, et le tour est joué.

10° Quels sont ceux qui sont ou qui ont été le plus souvent capables de ces petits moyens. C'est entre autres, celui qu'il y a quelques années a voulu faire admettre un M. W. qui avait une "mabuculation" brevet quelconque des Etats-Unis et que nous, les médecins que vous accusez aujourd'hui, avons fait renvoyer, non sans peine. Qui a aussi fait refuser, l'année dernière, un jeune homme, qui n'avait pas de titre de B. A. mais un certificat équivalent, disait ses protecteurs ? il a été refusé, sur la menace d'en faire venir des dizaines de nos compatriotes des Etats-Unis, qui eux aussi pourraient donner des certificats *Equivalents* de leur collège classique. Le raisonnement "Et tu quoque" ne vaut pas, je le sais. Je ne veux pas l'invoquer non plus ; mais que s'est-il passé dans certaines écoles de médecine pendant des années ? Des examens pour la forme, pas un seul élève n'était refusé.

11° Je connais des professeurs d'université qui n'ont jamais refusé un seul candidat.

Heureusement, depuis que des assesseurs compétents surveillent les examens, ces licenciés sont très rares.

12° Quant à plusieurs autres de vos questions, je crois qu'elles ne tirent pas à conséquence, car elles ne touchent pas à des points importants.

13° Quant aux autres assertions, elles sont probablement partiellement vraies, mais ces mêmes assertions peuvent aussi s'appliquer aux Messieurs qui ont appartenu aux bureaux antérieurs à celui-ci, cela signifie tout bonnement, que nous n'avons pas fait tout le bien qu'il y avait à faire, mais nous avons fait une bonne besogne, bien sûr que ceux qui auront la direction des affaires médicales pour trois autres années, continueront de faire le bien et de parachever l'ouvrage commencé. Pour cela il faut des hommes sérieux, travaillants et désintéressés ; mais laissez-moi vous dire, M. Sirois, que vous prenez les choses à pied levé, que vous les exagérez et que vous les interprétez malicieusement contre nous.

14° Vous avez l'air à me prendre pour un hautain, un prétentieux (ipse dixit) je vois bien que vous ne me connaissez pas : je prétends être un philanthrope et un égalitaire.

Votre polémique a été trop personnelle, trop véhémement, injurieuse même, il a fallu à regret vous répondre un peu sur le même ton. Je suis trop républicain, pour ne pas considérer également tous mes confrères, jeunes et vieux.

Enfin concluons pratiquement :

1° J'admets qu'un certain nombre de membres du Bureau actuel pourraient, je devrais même dire, devraient être changés et remplacés par d'autres plus actifs.

2° J'admets encore qu'il y a des changements, des améliorations à faire dans les choses du Collège, mais que les deux camps veulent beaucoup les mêmes améliorations, nous voulons tous les mêmes réformes, c'est une question de personnes ; donc la lutte a pour but principal, "ôte-toi de là que je m'y mette". Le changement est inhérent au système électif, mais il ne faut pas accuser à tort et à travers comme vous l'avez fait.

Le vote enregistré envoyé directement par lettre au registraire ou au secrétaire est probablement un bon moyen d'éviter la cabale et l'influence indue des quêteurs de procurations.

Ce système qui se pratique ailleurs est probablement le meilleur. Il faudrait l'étudier et le faire introduire dans nos statuts.

J'espère M. Sirois, que ces réponses, ces explications franches et sincères vous satisferont, et feront disparaître vos préventions contre le Bureau actuel qui est aussi actif, et aussi bon que ses prédécesseurs. Je demande qu'on le juge par ses œuvres et non par préjugés.

Votre confrère,

Dr A. T. BROSSÉAU.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## La bicyclette

Par M. le docteur F. X. J. DORION, de Québec.

La bicyclette est aujourd'hui tellement en vogue que le praticien se voit forcé, sinon d'en faire, du moins de se familiariser avec son usage, ses défauts et ses qualités pour pouvoir en parler avec connaissance de cause aux nombreux clients qui usent de ce genre d'exercice. Ce sujet a été d'ailleurs traité souvent et par des médecins nombreux, mais de même que pour le tabac qui, pour les fumeurs, est un gage de longévité et, pour ses adversaires, un empoisonnement à petite dose, ceux qui ont écrit sur le nouveau mode de locomotion l'ont fait avec un esprit plus ou moins préjugé et un langage plus ou moins impartial.

Les mobiles d'antipathie de ses nombreux adversaires sont multiples. Il est des gens que toute chose nouvelle offusque : trouvant que le monde a jusqu'ici fort bien marché, ils sont disposés à déclarer inutile et même nuisible toute nouveauté et, de ce que leur grande maman n'a pas fait de bicyclette ils concluent que leurs filles n'en doivent pas faire.

D'autres, imbibés, si on peut parler ainsi, des idées surannées qui faisaient de la transpiration la cause de toute maladie, habitués, d'ailleurs, à prendre toute sensation de fatigue comme le symptôme d'une maladie grave, ont naturellement horreur tous les exercices physiques et la bicyclette en particulier.

Quelques-uns, admirateurs fanatiques de la forme et de la belle tenue, s'indignent de la position disgracieuse que prennent la plupart des cyclistes.

De graves hygiénistes voient dans la bicyclette un ennemi de la stabilité des organes abdominaux et des os du bassin, un générateur de ptoses de tout genre et de conclusions en conclusions ils arrivent à cette effrayante solution de la dépopulation d'un pays par l'influence néfaste de cette machine sur les organes génitaux de l'homme et de la femme.

Les moralistes, enfin, justifient l'horreur qu'ils ont de ce sport à la mode en l'accusant de provoquer, surtout chez les jeunes filles, de pernicieuses habitudes.

L'étude des améliorations provoquées par l'expérience, aidée de la médecine, sera notre réponse à la plupart de ces objections ; mais nous pouvons dire de suite que sans engager leur conscience, beaucoup de ces adversaires de la bicyclette reviendraient à des sentiments plus doux envers elle s'ils la fréquentaient un peu, car, comme toutes les bonnes natures, elle gagne à se faire connaître comme ses adversaires à la monter.

Nous comptons sur le jour, où, soit hasard, soit nécessité, les ennemis des choses nouvelles, forcés de se servir de la machine abhorrée, seront tout surpris de lui trouver des qualités soupçonnées.

Pour la question de fatigue, nous ne craignons pas de dire qu'il y a, dans notre pays, chez les mamans et même chez quelques papas trop de tendance à soustraire leur progéniture à toute fatigue physique : on craint tant les refroidissements, les rhumes et tutti quanti, qu'on tient les enfants enveloppés douillettement de crainte du grand ennemi..., l'air ! La conclusion s'impose et malheureusement à l'encontre du but poursuivi par ses parents aveugles. On ne com-

bat bien qu'un ennemi connu ou avec lequel on a déjà échangé quelques horions, et surtout quand il s'agit de la santé, il n'est rien comme l'entraînement et la fatigue pour la conserver saine ; c'est ce que tous les hygiénistes et thérapeutes savent depuis longtemps, d'ailleurs.

Combien d'exercices raisonnés et méthodiques ne conseille-t-on pas pour améliorer tel état ou rémédier à tel défaut de constitution ? La bicyclette a déjà pris une place honorable parmi ces agents thérapeutiques. Dès 1892 Hammond citait treize observations dans lesquelles l'exercice de la bicyclette, pratiqué d'une façon systématique, avait été suivi de succès remarquables dans certaines affections du système nerveux. Trois de ces malades étaient atteints d'une paralysie des membres inférieurs, plusieurs autres d'une paralysie spinale atrophique. Un autre souffrait d'une névrite alcoolique multiple avec paralysie des bras et des jambes. Un autre sujet, enfin, était affecté d'une paralysie hystérique de la jambe droite avec légère contracture.

Chez tous ces malades le résultat a été excellent. Les autres étaient atteints de neurasthénie grave compliquée chez deux d'entre eux de perversion sexuelle.

Eulenburg, en 1896, a recommandé l'usage du bicycle à des jeunes gens neurasthéniques et avoue s'en être bien trouvé.

Tiburtius, dans la même année, se déclarait, peut être imprudemment, partisan de l'usage de la bicyclette pour les vieillards : "Cet exercice a, dit-il, une action très avantageuse sur l'emphyseme dont beaucoup de vieillards sont atteints."

Remarquons que ces auteurs ne recommandent que les exercices modérés et méthodiques ; nous mêmes, en conseillant les exercices physiques tels que celui qui nous occupe, nous ne conseillons ni ne patronnons les imprudences car, de ce qu'un de sport genre est favori et à la mode, il ne s'en suit pas qu'on doive en user sans une sage discrétion : "est modus in rebus", comme diraient les gens sententieux.

Mais, en général, on a trop reproché à la bicyclette des méfaits qui lui sont communs avec les autres genres d'exercices lesquels sont tous nuisibles quand il y a abus. Aussi n'insisterons-nous pas sur les caractères généraux des désordres attribuables à tous les exercices pouvant amener la transpiration et la fatigue. Le refroidissement sera d'une nature absolument identique si le *sportsman* a manqué de précautions hygiéniques, que ce soit après une partie de crosse, une course à pied, à cheval ou à bicyclette, et l'affection pulmonaire ou autre qui s'en suivra ne différera que par la constitution médicale du sujet non par la cause qui l'a produite. Il serait donc injuste de surcharger notre nouvel amusement de tous les crimes de ses émules ou de ses devanciers.

Cependant il est une chose qu'on lui reproche avec assez de raison. Le docteur Villaret, à une séance de la Société de médecine interne de Berlin, en février 1896, disait : "Ce qui paraît établi d'une façon incontestable, c'est que le cœur des bicyclistes est facilement surmené, et cela parceque, du fait de la contraction énergique des muscles des jambes, il reçoit plus de sang qu'il n'en peut laisser échapper," d'où dilatation, hypertrophie et intermittences cardiaques.

Chauveau et Kaufman ont battu en brèche cette théorie en démontrant que pendant la course la pression dans les vaisseaux dimi-

nuait, mais tout de même le fait brutal existe et de nombreux observateurs ont trouvé fréquemment et facilement des lésions cardiaques chez des entraîneurs ou coureurs de profession et même chez quelques amateurs.

Le cœur des bicyclistes doit donc être surveillé attentivement; en règle générale, tous ceux à qui une affection cardiaque, vasculaire ou autre aussi sérieuse n'interdit pas de faire de la course, de l'équitation, du canotage, etc., peuvent faire de la bicyclette, car, s'il y a différence, elle est toute en faveur de cette dernière et, pour nous servir d'un exemple, une course de dix milles à dos de cheval fatigue autant sinon plus qu'une course de vingt milles à bicyclette, surtout avec les machines modernes si bien agencées et d'action si facile.

Sans doute qu'avec le vélocipède primitif ou l'opérateur, vu l'absence de pédales, frappait la terre à grands coups de pied pour provoquer la locomotion, il devait y avoir plus de déboires que de plaisir. Son successeur, masse encombrante de fer et de bois, fatiguait son cavalier et l'épuisait même bientôt par sa paresse à obéir à la main et à la jambe.

Leur héritier, le grand bicycle à roue antérieure d'un immense diamètre, était déjà un progrès réel sur le précédent par sa plus grande facilité de manœuvre et sa vitesse dues à la grandeur de la roue maîtresse, aux bandages de caoutchouc élastique et surtout aux essieux à billes. Quoique les femmes n'aient pu avoir accès à cette haute machine on ne peut lui contester l'élégance de son apparence et du maintien du coureur. C'est pourquoi les premières bicyclettes, à diamètres plus modestes, ont tant déplu aux amateurs du bon maintien par la position pénible que la mauvaise courbure des premiers guidons obligeait les coureurs à prendre.

Les machines, citées plus haut, étaient mises en mouvement par impulsion directe, c'est-à-dire qu'à chaque tour de pédale ne correspondait qu'un tour de roue, et le bicycle dernier modèle, tel que modifié, était apparemment rendu à son plus haut point de perfection. Mais, la fatigue étant encore considérable, il fallait trouver quelque chose de nouveau; la vitesse était aussi rendue à son extrême limite et la roue ne pouvait augmenter de diamètre sans échapper au contrôle de la jambe humaine.

Il fallait donc diminuer, mais la rapidité de la course avait alléché les coureurs et en diminuant le diamètre des roues, il fallait conserver la vitesse, sinon l'augmenter. C'est alors qu'on a inventé la chaîne d'engrenage qui, à l'aide de roues de commandement de diamètres différents, permet de faire correspondre plusieurs tours de roue à chaque tour de la pédale. En même temps le bandage de caoutchouc devenait pneumatique et, tout en évitant au coureur les secousses trop violentes, ménageait ses forces et lui adoucissait les rugosités de la route, chose appréciable, surtout au Canada où la bicyclette est apparemment absente de la pensée des législateurs qui veillent à la confection et à l'entretien des voies publiques.

Le nouveau bicycle, avec ses roues véritables diminutifs de celles de son devancier, a pris aussi le diminutif de son nom et est devenu la bicyclette, machine, non sans défaut, mais dont la légèreté et la facilité de manœuvre expliquent facilement l'engouement des personnes de tout âge et de tout sexe qui en ont fait leur sport favori.

Encore plus que le Canada, l'Europe et les États-Unis sont encombrés de bicyclettes; les rois, les nobles, les roturiers pédalent et

de vieux politiciens, comme Monsieur Gladstone, n'ont pas hésité à changer leurs occupations de bucherons pour celles de cyclistes, plus en harmonie avec leurs forces physiques.

Quelles sont donc ces qualités de la bicyclette qui ont provoqué son adoption si rapide par tous les peuples?

Nous croyons qu'on peut attribuer ceci à sa facilité de manœuvre et aux distractions variées qu'elle procure au coureur en le transportant si rapidement d'un point à un autre.

L'athlète, qui fait de la gymnastique de chambre, exerce ses muscles mais son horizon est limité par quatre murs et l'air, que ses poumons avides demanderaient pur et abondant, est mal renouvelé et même confiné. Le bicycliste est mieux partagé: il a toujours devant les yeux un vaste horizon et, pour peu que les difficultés d'une route mal entretenue n'absorbent pas trop son attention, il jouit continuellement d'un panorama varié et aussi beau qu'il le voudra s'il a la précaution de diriger sa machine vers des endroits pittoresques. Sa poitrine pourra se remplir à l'aise d'oxygène puisé aux endroits les plus sains tandis que son odorat sera agréablement flatté par les émanations des plantes près desquelles il passera. Mais, pour bien jouir, il faut que sa machine lui soit comme l'instrument de musique est au musicien.

En effet, pour bien exécuter un morceau l'artiste ne doit être embarrassé par aucune difficulté technique afin de mettre toute son intelligence et toute son âme à bien exprimer les sentiments qu'il veut rendre.

De même, pour profiter des avantages hygiéniques attachés à la bicyclette et jouir des plaisirs qu'elle procure, il faut avoir une machine qui demande à son conducteur le minimum d'efforts, une machine, en un mot, qui soit aussi parfaite que possible.

Quelles qualités doit donc posséder une bicyclette pour mériter le qualificatif de bonne machine?

Elle doit être facile à manœuvrer et inoffensive.

(A suivre)

## REPRODUCTION

### Du Massage

Par MM. PRAT ET MIÉCAMP. Élèves de l'École de santé militaire.

**HISTORIQUE.**—La meilleure définition du massage a été donnée par Séré. Il faut, dit-il, entendre par ce mot le frottement et la pression exercés par les mains ou le corps de l'homme soit au point de vue hygiénique, soit au point de vue thérapeutique.

Le massage remonte à la plus haute antiquité. Employé alors surtout dans un but esthétique et hygiénique, l'empirisme le plus aveugle guidait ses applications thérapeutiques. C'est ainsi que chez les peuples les plus primitifs, la médecine et la chirurgie se résumaient en d'énergiques frictions sur la région malade. Longtemps le massage resta l'apanage des rebouteurs et ce n'est que depuis une quarantaine d'années à peine qu'il est érigé en une véritable méthode scientifique. Lebâtard et Elleaume le préconisent, en 1858, dans le traitement de l'entorse simple. Riget, en 1866, le recommande comme moyen de diagnostic dans les cas douteux d'entorse ou de fractures accompagnées d'épanchements sanguins. Il l'utilise pour lutter contre les raideurs articulaires, mais le proscrit dans le traitement des fractures, tout en reconnaissant que "là même où l'on soupçonne une lésion osseuse, le massage ne peut être nuisible." En 1874 enfin, Dubreuil, de Montpellier, et Bourguet, d'Aix, l'emploient dans cer-

tains cas de fractures juxtaarticulaires. Dès cette époque, les chirurgiens français se mettent à étudier le massage, donnent tour à tour dans différents travaux les résultats de leur pratique à ce sujet, et leurs succès viennent confirmer la valeur du nouveau procédé de thérapeutique chirurgicale.

Jusqu'à-là, on ne faisait le massage que lorsque le cal était complètement formé, afin de ne pas s'exposer à le détruire par des manipulations trop brusques. Cependant, Lucas-Championnière, en 1886, dans une importante communication à la Société de Chirurgie, préconise le massage immédiat, supprimant ainsi du même coup l'immobilité du membre et du foyer de fracture, la contention et les appareils. Terrier, Reclus et bien d'autres chirurgiens, dans une série d'observations successives, font part de leurs heureux résultats par cette nouvelle méthode.

Ajoutons en terminant cet historique du massage, que ce procédé de thérapeutique, tel qu'on le conçoit aujourd'hui, est un procédé essentiellement français. "Le mot *massage*, dit Norstroem, de Stockholm, est un mot français, les termes techniques usités à propos de lui sont des termes français, les premiers travaux auxquels il a donné naissance dans les temps modernes sont des travaux français."

**EFFETS PHYSIOLOGIQUES.**—L'action physiologique du massage sur la peau, les muscles, la circulation, les nerfs et les lymphatiques est indubitable.

**Peau.**—Par le massage on débarrasse la peau de ses malpropretés et de ses débris épidermiques. Il en résulte un rétablissement parfait des fonctions d'excrétion, de sécrétion et des phénomènes d'exosmose et endosmose, une plus grande sensibilité et une circulation vasculaire plus active.

**Muscles.**—Le pétrissage, les malaxations, en un mot, toutes les manipulations du massage ont pour effet de faire contracter les muscles, et cette contraction, comme l'a montré Cl. Bernard, est due non pas à une influence nerveuse, mais à une propriété spéciale de la fibre musculaire. Cette contraction *passive* des muscles, donne, comme l'ont dit Morat et Sens, "plus d'énergie à leurs fibres, plus d'activité à leur circulation, rend leur action plus facile, et dissipe les embarras, les commencements d'infiltration, d'engorgement qui pourraient s'y manifester." C'est à cause, sans doute, de ces heureux résultats que les muscles contus et massés se réparent plus vite que les muscles contus et non massés.

**Circulation.**—La circulation artérielle et veineuse se trouve considérablement activée dans la partie massée ainsi que dans tout l'arbre circulatoire, ce que prouve d'une part l'élévation de température et d'autre part la force et la plénitude du pouls. Il en résulte une nutrition plus active des tissus très favorable à la réparation des désordres organiques.

**Nerfs.**—Par suite des diverses manœuvres qui constituent le massage, les terminaisons nerveuses de la peau sont légèrement excitées, et cette excitation amène par des phénomènes réflexes la vasodilatation des vaisseaux et par suite une activité plus grande de la circulation dans les petits vaisseaux. Il faut encore noter des influences réflexes sur le membre du côté opposé. Hervy, dans un cas d'arthrite chronique des deux genoux, a vu par le massage d'un seul côté les deux affections guérir simultanément.

**Lymphatiques.**—En amenant une circulation plus active de la lymphe dans les capillaires lymphatiques, le massage favorise les fonctions d'absorption, d'où résorption plus facile des infiltrations et des épanchements.

**EFFETS THÉRAPEUTIQUES.**—Si l'on admet avec Lucas-Championnière que le mouvement c'est la vie et que, d'autre part, l'immobilisation c'est le commencement de la mort, on peut concevoir combien grandes sont les conséquences thérapeutiques qui découlent des effets physiologiques du massage.

1°) *Disparition rapide de la douleur*, et partant restitution le plus souvent de la fonction du membre que le blessé immobilise ins-

tinctivement à cause des vives douleurs que la moindre secousse lui fait éprouver. Il n'en est pas ainsi avec l'immobilisation. En effet, l'immobilisation étant toujours plus ou moins relative, on peut dire que le malade qui a un membre dans un appareil souffre moins, que ses crises sont plus rares, mais on ne peut pas dire qu'il ne souffre pas. De plus, au sortir d'un appareil, il n'est pas rare de voir un membre atteint de douleurs d'un genre particulier, dites douleurs secondaires, que l'on n'a point à constater après le traitement par le massage.

2°) *Résorption hâtive de l'épanchement séro-sanguin* également constatée par de nombreux observateurs. L'apparition précoce de l'ecchymose, sa marche hâtive, la rapidité de son évolution que l'on peut suivre avec les variations de coloration, sont très nettes. De plus, les épanchements se résorbent tôt et disparaissent vite de la région du foyer de fracture où ils sont remplacés par un épanchement secondaire réparateur, dont la présence prématurée favorise singulièrement la guérison. Von Mosengeil a fait du reste des expériences très concluantes à ce sujet. Ayant injecté avec de l'encre les deux articulations coxo-fémorales d'un lapin, il a pu constater que dans l'articulation qu'il massait, la résorption et la diffusion étaient beaucoup plus rapides que dans l'articulation qu'il abandonnait à elle-même.

3°) *L'atrophie musculaire peu marquée ou nulle* parce que la tonicité de la fibre est conservée. On se rend facilement compte de ce résultat par des mensurations comparatives avec le membre sain.

4°) *Les mouvements articulaires ne possèdent pas de raideur consecutive.* Cette constatation déjà ancienne avait été indiquée par Hippocrate dans un adage devenu célèbre : "le massage relâche une articulation trop rigide et resserre une articulation trop lâche."

5°) *Les lésions cutanées et les troubles vasculaires ne sont que de rares exceptions* avec le massage par suite du parfait fonctionnement de la peau et de l'activité de la circulation.

6°) *La durée du traitement est considérablement abrégée* par suite de toutes ces modifications organiques. Les articulations, les ligaments, les tendons conservant leur souplesse, le tissu cellulaire, les muscles, ne présentant pas de traces d'infiltration, le malade peut marcher dès que le cal est formé. Et remarquons que l'activité de la circulation et l'absence d'empâtement au niveau de la solution osseuse favorise considérablement la formation du cal.

7°) Enfin, *les troubles de vitalité des membres si fréquents* après l'immobilisation et qui sont : le gonflement secondaire, l'œdème, la tension des veines, la sensation pénible de lourdeur des membres, les lésions cutanées ; on n'a pas, dit Lucas-Championnière, à les voir se dissiper plus rapidement ; on n'a pas eu à les voir s'établir.

**INDICATIONS DU MASSAGE.**—Nous avons déjà dit que Lucas-Championnière, contrairement à ce qui se faisait jusqu'alors, appliquait le massage immédiat aux fractures. Il a même donné à ce sujet des indications très précieuses : 1° massage immédiat et régulièrement continué dans les fractures paraarticulaires ; 2° massage immédiat suivi de l'application d'un appareil dans les fractures très mobiles comme celles du poignet ou du 1/3 supérieur de l'humérus ; 3° dans les fractures ayant une tendance médiocre au déplacement, massage mixte, c'est-à-dire application d'un appareil inamovible et massage intermittent ; 4° dans les fractures trop mobiles, immobilisation exacte suivie de massage après commencement de consolidation. En somme, on le voit, même lorsqu'il existe une grande solution de continuité dans l'os fracturé, le massage n'a pas de fâcheux résultats, à condition toutefois de prendre certaines précautions que nous indiquerons ultérieurement.

Le massage est d'autant plus utile soit dans les fractures, soit dans les luxations, qu'on se rapproche davantage du moment de l'accident. On prévient en effet l'épanchement séro-sanguin lorsqu'il n'a pas eu le temps de se faire, ou du moins on le diminue en favorisant petit à petit sa résorption, surtout si l'on a soin de mettre après

le massage sur la région blessée un bandage légèrement compressif. S'il y a un épanchement, soit que celui-ci se soit produit avec une rapidité telle qu'il ait prévenu les premières manipulations, soit que le malade se soit présenté trop tard à l'examen, soit encore qu'il y ait eu, au début, une abstention méthodique du chirurgien, à cause de lésions cutanées, le massage tardif aura encore l'avantage d'en faciliter la résorption, il rendra à la fibre musculaire sa tonicité et réveillera la nutrition des tissus.

**TECHNIQUE DU MASSAGE.** — Pour ne pas faire un massage nuisible, surtout dans les cas de fracture, il est bon de prendre quelques précautions.

Et d'abord, par un examen très attentif et très délicat, on cherchera à bien délimiter les zones contuses sur lesquelles le massage devra être pratiqué.

De plus, en outre de tous les soins de propreté élémentaires, on pourra raser la région à masser, et se oindre largement les mains avec un corps gras afin d'éviter pendant les manipulations les excoriations de l'épiderme de la région malade.

On évitera aussi les mouvements au niveau du trait de fracture pendant les manipulations. Pour cela, on pourra, comme on le fait dans le service de Lucas-Championnière faire reposer le membre fracturé dans une gouttière creusée dans un sac à demi rempli de sable sec et fin. De cette façon, on évitera de la douleur au blessé, on ne produira pas de ruptures de capillaires qui ne feraient qu'augmenter fâcheusement la quantité de liquide à résorber, et on n'amènera pas de détachements possibles d'une parcelle d'un tissu voisin quelconque, qui jouerait dans la suite le rôle de corps étranger avec ses conséquences.

Les manipulations du massage peuvent être ramenées au point de vue pratique en quatre groupes principaux : l'effleurage, la friction, le pétrissage et le tapotement.

1° *L'effleurage* consiste à passer doucement sur la peau soit la paume de la main, soit la pulpe du pouce ou des quatre doigts, soit enfin, comme les Allemands, la face dorsale des phalanges.

On le pratique toujours de la périphérie au centre, de telle façon qu'une main commence toujours le mouvement centripète lorsque l'autre commence le mouvement centrifuge. Il faut suivre la direction du cours du sang veineux selon l'axe du membre et éviter ce que Lucas Championnière a appelé le massage à *rebrousse-poil*.

L'effleurage que certains habiles masseurs pratiquent avec une légèreté incroyable, est le seul traitement possible des affections aiguës. Il diminue la douleur à tel point même parfois qu'on peut obtenir par ce moyen des zones anesthésiques, comme l'a constaté Mosengert.

2° La *friction* n'est qu'une modification de l'effleurage. Elle se pratique de la même façon, seulement la force déployée est plus considérable. Cette force qui doit être progressive, ne doit jamais porter sur le foyer même de la fracture, siège généralement d'une douleur plus intense.

3° Le *pétrissage* se fait avec les doigts si le muscle à masser est facilement isolable ou bien avec la paume de la main s'il s'agit de toute une région musculaire. On peut encore soulever le muscle, le comprimer et le rouler entre les doigts.

4° Le *tapotement* est peu employé. Il comprend : le *claquement* qui se fait avec la paume de la main ou avec des instruments spéciaux ; les *hachures* que l'on pratique avec le bord cubital de la main ; le *pointillement* à l'aide d'un ou de plusieurs doigts appliqués avec une force variable suivant les cas.

Pour Lucas Championnière, le massage se compose d'une série de pressions exercées avec les doigts ou la main toute entière foulant devant elles les parties molles en déprimant soit des masses épaisses, soit des bandes musculaires étroites, suivant la profondeur à laquelle doit parvenir l'effet de la pression. Il doit surtout être représenté par une série de pressions et de frottements répétés suivant autant

que possible la direction des fibres musculaires et le cours du sang veineux ; les mouvements en sens inverse peuvent être faits, mais ils doivent être particulièrement doux. Les pressions peuvent être longitudinales, en bracelet, directes ou perpendiculaires, circulaires sur place, etc.....

Ajoutons que les *mouvements passifs ou actifs* des articulations, si longuement étudiés par Estrader, sont regardés comme un complément nécessaire des manipulations que nous venons d'énumérer.

L'*immobilisation* du membre fracturé après chaque séance a aussi une grande importance, si on ne veut pas perdre le bénéfice de tout ce qui a été fait jusque-là. Pour cela, un appareil facilement enlevable (gouttière plâtrée) est surtout indiqué. Cet appareil pourra d'ailleurs être supprimé dès que la consolidation paraîtra suffisante pour permettre au membre de remplir ses fonctions sans compromettre le résultat définitif. Dans les fractures n'ayant aucune tendance au déplacement cette immobilisation consécutive doit être considérée comme inutile.

La *compression* après le massage peut être faite dans le but de soutenir et de protéger le membre, mais elle ne doit jamais être pratiquée avec des bandes élastiques ou d'une façon trop énergique. D'abord parce qu'elle est généralement douloureuse, et que toute douleur doit être bannie du traitement des fractures ; ensuite, parce qu'elle est plutôt défavorable à la vitalité du membre en général et des muscles en particulier.

Les *frictions* dans l'intervalle des séances ne sont pas conseillées par Lucas-Championnière, à cause de l'irritation qu'elles provoquent sur un membre qui a besoin de repos.

Les *bains*, très utiles dans les vieux enraidissements traités par le massage, doivent être bannis dans les cas où il existe un épanchement, parce qu'ils deviennent alors un adjuvant très favorable à l'inflammation.

Les *évacuants* résument les indications générales qui doivent être pratiquées sur un malade que l'on traite par le massage. Cette évacuation par l'intestin, en effet, constituera un véritable soulagement pour les reins, qui n'ont que trop à éliminer des produits de dénutrition.

La *gymnastique* peut enfin être considérée comme un adjuvant utile du massage, à condition, toutefois, que les mouvements pratiqués soient très modérés et de très faible amplitude. Les grands mouvements sont peu favorables au développement et à la régénération musculaire.

Le massage doit toujours être commencé par des effleurages de plus en plus forts au-dessus du foyer de la fracture afin de dégager à ce niveau tous les vaisseaux dans lesquels on va déverser l'épanchement sous-jacent. Ce n'est que consécutivement que l'on pratique le massage au niveau des régions contuses.

La *durée* du massage doit être d'environ un quart d'heure, les cinq premières minutes étant surtout employées à produire l'anesthésie de la région par des effleurages très légers, étant donné qu'un massage bien fait non seulement doit être indolore, mais doit être même agréable. Il arrive parfois que malgré tous les soins que l'on prend à faire ces effleurages d'une façon délicate, le patient éprouve une certaine douleur, due sans doute à l'effet des manipulations, douleurs disparaissant rapidement au bout d'un certain temps lorsque le masseur pratique son effleurage avec plus de force. Si elles persistent en quelques points très localisés, il faut avoir soin de pratiquer à ce niveau quelques petites pressions circulaires très suffisantes sur les terminaisons nerveuses de la peau pour les faire disparaître. Au bout de trois ou quatre minutes d'effleurage, on appuie, plus fortement de manière à faire des frictions et cela pendant deux ou trois minutes. On peut alors, mais alors seulement, pétrir les muscles avoisinants et pratiquer des hachures autour du point douloureux. Enfin, après avoir fait exécuter quelques mouvements aux articulations voisines, on terminera en mettant le membre, s'il y a

lieu, dans un appareil inamovible ou en l'entourant très légèrement avec une bande de flanelle. La répétition des séances de massage ne doit pas être exagérée; elles seront généralement quotidiennes. Le massage trop fréquent a le désavantage sérieux d'accroître trop la sensibilité des régions contuses, et de troubler les fonctions d'excrétion secondaire.

**CONCLUSION.**—Pas de douleur, disparition de la tension des tissus, rétablissement immédiat des fonctions du membre, extrême rapidité de la formation du cal, extrême rareté du retour des malades, conservation des fonctions musculaires, plus d'induration cellulaire, souplesse des articulations, membre solide et guéri: tels sont les heureux résultats cliniques que nous énumérerons comme conclusion de cette étude sur le massage. Ces faits montrent à eux seuls tout l'avantage de ce nouveau procédé de thérapeutique chirurgicale qui ouvre dans l'histoire de la chirurgie osseuse et articulaire, une ère nouvelle et glorieuse à laquelle le nom de Lucas-Championnière restera toujours attaché.

(*L'Indépendance Méd.*)

### Des hémorragies intra-oculaires chez les adolescents

Par le Docteur ABADIE

Chez l'adulte, passé 40 ans, les hémorragies intra-oculaires se montrent au cours des affections rénales, de l'albuminurie, de la goutte, du diabète. Chez le vieillard la déterminante est surtout l'artério-sclérose. Chez les adolescents rien de pareil, aussi les hémorragies qui se présentent à cette époque de la vie méritent une étude à part; le congrès d'ophtalmologie avait chargé M. Abadie de faire sur cette question un rapport, et c'est ce remarquable mémoire que nous allons résumer.

L'auteur classe, au point de vue clinique les hémorragies intra-oculaires de l'adolescence en quatre groupes:

1° Les hémorragies intra-oculaires à début brusque sans phénomènes prémonitoires, sujettes à des récives fréquentes auxquelles on pourrait appliquer la dénomination d'hémorragies subites à répétition;

2° Les hémorragies à évolution rapide progressive, mais dont le début n'est jamais aussi brusque que dans la variété précédente. Leur marche aussi est différente, car au lieu de se résorber en quelques jours pour réapparaître de nouveau soudainement, elles évoluent lentement, soit vers la guérison, soit vers la désorganisation de l'œil selon qu'un traitement rationnel ou non leur a été appliqué. Ces hémorragies pourraient être appelées dyscrasiques, car elles paraissent relever réellement d'une altération du sang.

3° Les hémorragies liées à des lésions préalables des membranes profondes. Ce sont celles qui accompagnent certaines formes de chorio-rétinites.

4° Les hémorragies liées à la rupture des vaisseaux rétiens, et dues non à des altérations des parois des vaisseaux, mais à une vaso-dilatation excessive allant jusqu'à la rupture; ce sont les *hémorragies apoplectiformes*.

**I HÉMORRHAGIES SUBITES ET RÉCIDIVANTES.**—Elles ont pour caractères principaux d'être *subites, récidivantes, d'avoir leur point de départ dans les régions équatoriales de l'œil et d'être en général bénignes*. Elles sont en somme tout à fait comparables aux épistaxis qui surviennent chez les jeunes sujets au moment de la puberté et qui paraissent liées aux transformations que subit l'organisme à cette période de la vie. Aussi pourrait-on, selon l'heureuse expression de Panas, les appeler des *épistaxis intra-oculaires*.

Acceptant pour ces hémorragies la même étiologie que pour les épistaxis de la puberté, M. Abadie recommande aussi le même traitement, c'est-à-dire avant tout une bonne hygiène, les toniques, l'extrait de quinquina, préparations ferrugineuses, la limonade citrique, sulfurique, les préparations d'ergotine.

**II HÉMORRHAGIES DYSCRASIQUES.**—Dans cette variété d'hémorragies, le début est souvent insidieux et il est assez rare qu'on soit consulté au moment même où le processus morbide commence à s'établir et à évoluer. Habituellement, les malades ne commencent à se préoccuper de leur état que lorsque leur vision a baissé d'une façon sensible et déjà à ce moment le corps vitré uniformément trouble, sombre, presque noirâtre, empêche l'exploration des parties profondes.

Les hémorragies dyscrasiques paraissent mériter ce nom parce que tout d'abord chez les malades atteints on n'a trouvé ni altération des vaisseaux ni troubles de la circulation générale et aussi et surtout en raison des remarquables résultats que fournit une thérapeutique dirigée contre l'état du sang. Chez la plupart des sujets observés en effet toutes les médications ont échoué, sauf les suivantes: le quinquina, de préférence sous forme d'extrait à dose assez élevée, de 1 à 2 grammes par jour, la limonade citrique ou sulfurique à volonté, le perchlorure de fer à la dose de 20 à 30 gouttes, enfin l'ergotine ou l'ergotinine à l'intérieur ou en injections sous-cutanées.

Mais parmi ces médicaments celui qui sans contredit doit occuper la première place, c'est l'extrait de quinquina. Pour bien se rendre compte de sa valeur thérapeutique, M. Abadie soigne des malades en leur donnant uniquement ce médicament sans adjonction des autres et il a réussi à les guérir presque aussi vite et aussi bien que ceux qui étaient soumis à une médication plus complexe.

L'application de ventouses scarifiées à la tempe peut être aussi fort utile. Elles paraissent agir comme dérivatif et elles favorisent en même temps la résorption de l'extravasation sanguine.

C'est dans cette catégorie des hémorragies dyscrasiques, qu'en attendant une classification plus précise, M. Abadie propose de faire entrer un certain nombre d'hémorragies intra-oculaires qui se produisent sous l'influence de modifications passagères prédisposantes de l'organisme auxquelles viennent s'adjoindre parfois des causes mécaniques efficientes.

Teillais dans le cours de la grossesse chez des femmes jeunes qui n'avaient ni sucre, ni albumine dans les urines, vit survenir des hémorragies rétinienes et intra-oculaires graves, qui disparurent sans laisser aucune trace, après la délivrance.

On a cité des hémorragies intra-oculaires, au cours de l'hémophilie, de la phosphaturie, de l'azoturie, de la dilatation de l'estomac, etc.

**III. HÉMORRHAGIES INTRA-OCULAIRES SECONDAIRES DANS LES CHORIO-RÉTINITES.**—Des hémorragies se montrent parfois chez les malades atteints de *chorio-rétinite*. On sait combien cette dernière affection est commune chez les adolescents et les adultes, combien souvent elle est obscure dans son origine et variable dans ses modalités.

La présence des foyers de chorio-rétinite permettra de différencier cette variété d'hémorragies de celles dont nous parlions tout à l'heure, qui ont une origine purement dyscrasique. Cette distinction sera d'autant plus importante à établir que le traitement ne doit plus être le même.

Quand l'hémorragie coexistera avec un ou plusieurs foyers de chorio-rétinite c'est au traitement habituel de cette dernière affection qu'il faudra recourir, c'est-à-dire aux injections sous-cutanées des sels mercuriels solubles.

Mais comme d'autre part les chorio-rétinites à forme hémorragique sont rares et semblent avoir un caractère spécial, on ne devra pas se contenter d'un traitement mercuriel. Les déplétions sanguines à la tempe, les préparations d'ergotine, de quinquina qui semblent avoir une action favorable sur l'élément hémorragique, constitueront une médication auxiliaire des plus utiles.

**IV. HÉMORRHAGIES RÉTINIENNES APOPLECTIFORMES.**—Quoiqu'à début soudain ou tout ou moins très rapide comme les formes subites et à récives, leur caractère propre c'est *d'être toujours très graves et d'aboutir habituellement à la perte de l'œil*.

Dans les autres variétés le sang épanché au lieu de s'étaler dans les tissus voisins se répandait de préférence dans le corps vitré. Ici au contraire, le sang s'infiltré dans la trame même des tissus rétinien et choroïdien y produisant une désorganisation profonde, d'où gravité plus grande du pronostic. Cette imprégnation des tissus de l'œil par le sang épanché constitue même un signe de diagnostic si important que M. Abadie le considère comme *pathognomonique*. Des parties profondes, cette imprégnation gagne le tissu irien lui-même dont l'aspect est complètement modifié. Il perd son éclat brillant et semble par comparaison beaucoup plus tenu que celui du côté opposé.

La pupille est généralement *plus dilatée* qu'à l'état normal et la tension intra-oculaire aussi plus élevée.

D'ordinaire dans ces apoplexies rétiniennes des douleurs localisées d'abord à l'œil s'étendent ensuite dans le territoire du trijumeau et prennent le caractère de *douleurs glaucomateuses*.

Jusqu'ici ces apoplexies rétiniennes ont été mises sur le compte d'une altération des parois des vaisseaux. M. Abadie ne saurait adopter cette manière de voir.

A son avis il s'agit dans ces cas de ruptures vasculaires dues non pas à la fragilité des parois qui sont *normales*, mais à une *vaso-dilatation excessive* de ces vaisseaux allant jusqu'à leur éclatement, et dont le point de départ est dans le sympathique.

Pour nier les altérations vasculaires préexistantes il se base d'abord sur l'âge des malades. A 30 ans il est bien rare, il est presque inadmissible, que les parois des vaisseaux soient altérées. En outre, l'examen attentif du cœur, des gros vaisseaux a toujours été absolument négatif dans toutes les observations rapportées. *La localisation sur un seul œil est la règle* et cela fort heureusement car en raison de l'extrême gravité du pronostic, la cécité serait absolue si les deux yeux étaient atteints.

En faveur, au contraire, de la rupture par vaso-dilatation excessive il cite: d'abord les douleurs dans le territoire du trijumeau qui indiquent un processus irritatif de ce tronc nerveux et des nerfs vaso-dilatateurs qui l'accompagnent. En second lieu, les phénomènes glaucomateux véritables qui suivent fréquemment l'apoplexie et qui sont eux-mêmes la conséquence d'une excitation vaso-dilatatrice. Enfin et surtout les bons effets du sulfate de quinine et des myotiques qui constituent la meilleure médication à ces cas-là.

Chez ces malades, un seul médicament donne de bons résultats: le sulfate de quinine administré systématiquement à la dose journalière de 0,50 à 1 gramme. Les douleurs se calment, les milieux s'éclaircissent, la tension s'abaisse.

Dès que les phénomènes glaucomateux apparaissent on se trouvera bien pour diminuer la tension d'appliquer des ventouses scarifiées aux tempes et d'instiller les myotiques; de préférence l'éserine associée à la pilocarpine, 0 gr. 05 de chaque, pour 20 grammes d'eau distillée. Instillations toutes les douze heures. On parviendra parfois ainsi à prévenir de nouvelles hémorragies excessives du globe qui nécessiteraient l'énucléation.

(Abeille Méd.)

### Considerations sur le traitement de la syphilis en general et de la syphilis tertiaire en particulier

par le Dr PETRINI, de Galatz

L'auteur résume d'abord les préparations mercurielles usitées dans le traitement de la syphilis et leurs modes d'administration. Il arrive ensuite aux essais de sérothérapie qu'il a entrepris et qui sont trop récents pour qu'il tire de ses expériences aucune conclusion ferme. Ces résultats semblent pourtant encourageants, et, d'après l'auteur, ces injections de sérum (pris sur un mouton auquel on a injecté du sang de syphilitique à la première période de l'infection) sont favorables chez les syphilitiques anémiés et neurasthéniques.

La partie la plus importante est celle dans laquelle l'auteur fait part de ses idées sur le traitement de la syphilis tertiaire. Il la traite exclusivement par le mercure comme la syphilis secondaire, n'admettant pas comme logique, dit-il, un changement si radical dans le traitement de la période dite tertiaire des syphilis, celle-ci n'étant que la continuation de la syphilis secondaire. Si nous considérons la syphilis, ajoute l'auteur, comme une maladie déterminée par la pénétration dans l'organisme d'un agent pathogène pourquoi n'admettrions-nous pas la présence de cet agent à une période plus avancée de la maladie?

Un tel raisonnement est parfaitement exact et nul ne songe à le contester, mais malgré les 72 observations que rapporte M. Pétrini, et dans lesquelles des syphilis tertiaires furent exclusivement traitées et guéries par le mercure, je ne crois pas que cette pratique soit à recommander.

Que le mercure guérisse à lui seul des accidents syphilitiques tertiaires c'est là un fait bien connu et que viennent confirmer les observations de M. Petrini. Que l'iodure de potassium, inversement, reste souvent inefficace, c'est encore un fait d'observation constante; mais qu'il faille dès lors renoncer à celui-ci pour n'employer que celui-là, nous paraît être une induction vicieuse. M. Pétrini a vu, comme nous tous, les nombreux malades atteints de syphilides tertiaires que l'iodure de potassium donné seul a guéris. Nous savons surtout quels excellents résultats nous donne l'association du mercure et de l'iodure, le traitement mixte, comme on l'appelle. Chacun de ces médicaments a son action spéciale et c'est parce qu'on veut voir dans l'iodure un *spécifique* de la syphilis qu'on l'emploie souvent d'une façon inconsidérée et qu'on n'en obtient pas les effets attendus. Qu'on lui fasse jouer son rôle d'antiplastique comme au mercure un rôle d'antiseptique, et l'on en obtiendra les résultats sûrs et rapides dont il serait imprudent de faire bon marché.

(Progrès Médical).

### La blennorrhagie, maladie generale

par le Dr JULLIEN

Le temps n'est plus où la blennorrhagie pouvait être considérée comme le type des maladies locales: les divers symptômes, les multiples complications de la blennorrhagie nous montrent quelle part il faut faire à l'infection de l'organisme par les gonocoques et leurs toxines.

L'auteur rapporte deux observations où la blennorrhagie évolue comme une véritable maladie infectieuse, simulant même dans un cas une fièvre typhoïde et s'accompagnant de complications diverses. Parmi les symptômes observés, mentionnons l'hyperthermie accompagnant l'inversion et la progression du gonocoque et une érythrodermie affectant la plus parfaite ressemblance avec les taches rosées de la fièvre typhoïde. Notons dans la blennorrhagie comme nous les avons relevées dans la grippe, dans la tuberculose, dans la streptococcie, ces taches rosées qu'il faut se déshabituer de considérer comme pathognomoniques de la fièvre typhoïde. Dans l'une des observations de M. Jullien, le gonocoque a été retrouvé dans le sang, mais les cultures sur des tubes d'ascite sont restées stériles. Parmi les complications, retenons l'endocardite et la méningite sur laquelle insiste l'auteur avec raison. Peu étudiée jusqu'ici mais incontestable, la myosite blennorrhagique mérite de prendre place parmi les myosites infectieuses, dont la myosite de la fièvre typhoïde est le type.

—(Ibid.)

### Traitement de l'asthme

Harald Hayes prescrit:

1° Avant le repas: Mixture ioduro-potassique avec teinture d'écorce d'orange et un peu d'essence de poivre;

2° Après le repas: Quelques gouttes d'une solution tartrate ferri-potassique avec un amer;

- 3° Entre les repas : Encore une mixture, faiblement rosée, d'iodure de sodium, d'iodure d'ammoniaque ;
- 4° Capsules de cinchonine ;
- 5° Contre la toux : Sirop d'essence de térébenthine avec addition d'essence de menthe ;
- 6° Emplâtre de thapsia ;
- 7° Pilules purgatives.

(Pharm. Centralb. et Lyon Médical.)

**Traitement de la dilatation des bronches**  
(DAUCHEZ)

La dilatation est consécutive à une broncho-pneumonie chez un enfant de 8 ans environ.

1° Chaque semaine l'enfant prendra, le jour où les sécrétions bronchiques paraîtront le plus abondantes, la potion suivante :

*Potion à prendre en 5 ou 6 fois.*

Poudre d'ipécacuanha.....	0.20 centigr.
Baume de tolu.....	1 grammes.
Benzoate de soude.....	2 —
Sirop de térébenthine.....	10 —
Sirop de violettes.....	20 —
Infusion d'encalyptus.....	90 —

2° Et si le rejet des sécrétions est difficile et s'accompagne de dyspnée, on remplacera cette potion par le vomitif suivant :

Sulfate de cuivre.....	0.20 centigr.
Sulep béchique.....	60 grammes.

3° Des fumigations de naphthaline seront pratiquées tous les deux jours dans la chambre de l'enfant (environ 0,25 centigr. par mètre cube d'air) pendant 8 à 10 minutes matin et soir.—Ces fumigations provoqueront de légères quintes de toux : elles seront suivies de fumigations aromatiques dans la chambre avec :

Teinture de benjoin .....	30 grammes.
Teinture thébaïque.....	2 —

Une cuillerée à dessert par  $\frac{1}{2}$  litre d'eau chaude à laisser évaporer dans un plat d'étain, sur la lampe à alcool.

4° Séance de pointes de feu une fois par semaine, très légèrement, après légère anesthésie par le bromure d'éthyle, si l'enfant est indocile.

Des raies de feu pourront être appliquées en quadrillage.

5° Lorsque la dilatation des bronches aura résisté, on pourra (Stewart) faire chaque jour deux injections trachéales de quatre grammes avec le mélange suivant :

Menthol.....	10 grammes.
Gaïacol.....	2 —
Huile d'olive.....	88 —

La dose de Gaïacol pourrait être réduite de moitié, ou remplacée par des inhalations des mêmes produits à l'aide d'un flacon à deux tubulures.

(Journal de méd. de Paris)

**Mort apparente des nouveau-nés**

Brown injecte dans chaque bras 5 gouttes d'alcool, plus une goutte de teinture de belladonne, celle-ci pour agir sur le centre respiratoire. En cas d'échec il fait une injection hypodermique de 4 à 8 grammes d'eau chaude stérilisée et en introduit la même quantité dans l'estomac en y ajoutant une goutte d'esprit d'ammoniaque aromatique, dont l'alcoolat aromatique ammoniacal est l'équivalent.

(Ther. Wochens. et Lyon méd.)

**Indications du massage dans le traitement des maladies internes.**

On divise les effets physiologiques du massage en *directs* et *in-directs*.

Doléga (1) range parmi les premiers ceux dont l'action est locale, c'est-à-dire l'excitation mécanique des éléments cellulaires. L'augmentation de leur origine, la modification du chimisme intra-cellulaire, enfin l'activité de la circulation sanguine et lymphatique.

Les effets indirects du massage sont ceux dont l'action s'exerce sur les échanges nutritifs et la sécrétion des glandes. On a pu démontrer expérimentalement que le massage combiné aux mouvements passifs activait la circulation lymphatique.

Le massage est formellement indiqué en médecine interne, toutes les fois qu'on désire obtenir une action déplétive, résorbante, régressive et régénératrice.

En particulier, il se trouve indiqué dans toutes les manifestations chroniques de l'arthritisme, dans les dépôts inflammatoires chroniques musculaires et tendineux, enfin dans l'atrophie musculaire.

Le massage abdominal est utile dans l'atonie de la musculature abdominale, dans l'insuffisance motrice simple de l'estomac, dans l'entéropose.

Le massage général est employé dans le diabète où il diminue la glycosurie. Il est également bon dans les cures hygiéniques, en particulier dans la cure de Weir Michel, enfin dans le traitement de l'obésité et de l'œdème cardiaque.

Enfin il trouve encore son application dans différentes formes d'affections cutanées, au début de la sclérodémie; dans les processus épidermiques hyperplastiques, tels que l'éléphantiasis, dans le prurigo.

En neuropathologie le massage est un moyen thérapeutique souverain dans le traitement de l'atrophie musculaire primitive ou secondaire dans les troubles de coordination par névroses ou d'origine centrale, telles que la chorée et le tabès.

Ces heureux résultats du massage dans la chorée sont confirmés par Fedoroff (2).

D'autre part Huchard (3) récemment a insisté sur les avantages du massage dans le traitement des dyspepsies, suivant la méthode déjà préconisée par le Dr Cautru.

Enfin, d'après M. Geoffroy (4) les vomissements incoercibles de la grossesse seraient dus à une contraction réflexe du tube intestinal. Le massage aurait eu des résultats heureux en pareil cas.

(Gaz. Heb. de Méd. et de Chir.)

**FORMULAIRE**

**Collutoire contre la dentition laborieuse.**  
(M. BRUGELLE.)

Bromure de sodium.....	o grammes 50
Eau de fleurs d'oranger.....	} 30 —
Sirop d'éther.....	
Eau distillée.....	120 —

Avec ce collutoire on frictionne légèrement les gencives de l'enfant plusieurs fois par jour, après les tétées.

**Contre la toux**

Bromoforme.....	1 gramme 75
Teinture de racines d'aconit.....	1 —
Teinture de noix vomique.....	0 — 75
Sirop d'extrait d'opium.....	50 —
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	105 —
Alcool à 90°.....	25 —

1 cuillère à café ou 1 cuillère à soupe au moment des accès.

1. *Munchener med. Woch.*, no 2, 1898.  
2. *Obozrenje, Psychiat. Neurol.*, no 4, 1897.  
3. *Huchard, Journ. des Prat.*, no 88, 1898.  
4. *Bulletin génér. de thérap.*, 15 décembre 1897.

## CORRESPONDANCE

MONSIEUR LE DR. A. T. BROUSSEAU,

Secrétaire du C. M. et C., P. Q.

Monsieur le Docteur,

Veillez accepter l'expression de ma sincère reconnaissance pour votre dernière lettre qui, par les admissions qu'elle contient, est une éclatante justification, non seulement de l'utilité, mais aussi de la nécessité de la présente campagne.

Un homme de votre position et de votre valeur ne pouvait risquer sa réputation en écrivant des dithyrambes échevelés en l'honneur du Bureau, encore moins verser dans le lyrisme comme le défenseur officiel de nos bons Gouverneurs.

Laissez moi le dire, avec toute la déférence qui vous est due, le ton autoritaire, sec, cassant, de votre article du 18 avril, permettant de soupçonner chez vous, l'homme fort voulant abuser de sa force pour écraser le faible, ce n'était pas prétention, mais... "*ego nominor leo.*"

Aujourd'hui les récriminations sont inutiles puisque, pour le fond du débat, vous admettez la véracité de nos assertions au sujet de la publication du Bulletin des assemblées semi-annuelles, des poursuites contre les charlatans, de la maladministration des finances du Collège, du fameux déficit, des polices de garantie, de la perception des contributions annuelles, des élèves licenciés, *sans brevet*, et "d'autres assertions probablement partiellement vraies, etc."

Quant à la forme : Vous tenez à dire "que notre polémique a été personnelle, véhémence, injurieuse." Donc ! pour vous faire plaisir, nous vous laisserons cette fiche de consolation ; analogue au privilège du plaideur déconfit qui a toujours vingt-quatre heures de répit pour maudire son juge.

Nous ne sommes ni un menteur, ni un calomniateur, vous l'admettez, cet aveu nous satisfait.

Restent quelques explications !

Vous désireriez savoir, pour vérification, les noms des onze candidats, admis à la licence, *sans brevet*, après avoir passé l'examen professionnel en une heure ; aussi les noms des examinateurs.

Les rapports officiels sont bien pauvres en renseignements, mais ouvrez "la Clinique" de novembre 1896, page 164, le Dr Gauthier, examinateur du Bureau, y fait cette affirmation : "*la dernière fois, à Montréal, l'on a fait passer 11 candidats dans une heure,*" puis ouvrant ensuite "l'Union Médicale" d'août 1896, page 503, le même Dr Gauthier y fait remarquer "*que sur onze candidats admis à passer leur examen pas un seul n'est sous brevet.*"

Enfin nous tenons de source officielle l'histoire, l'építome plutôt, de ce célèbre déficit de \$324.00 dans la caisse de l'ex-trésorier, feu le Dr Dagenais.

Pour vous montrer, Monsieur le Docteur, combien vous avez raison de vous plaindre du manque "d'honnêteté, de loyauté, de franchise dans la présente lutte électorale," nous mettrons en regard votre explication de cette affaire, et celle du Dr Beausoleil, re produite de la "Clinique de décembre 1897, page 218.

## Version Beausoleil

" Pour l'information de Paul, l'irrépréhensible Paul, c'est à dire l'Union Médicale, nous disons que la somme de trois cent vingt-quatre dollars dont il parle, avait été déposée par feu le Dr A. Dagenais dans une banque autre que celle où il faisait habituellement ses dépôts ; qu'elle y a été trouvée et que le Collège n'a rien perdu."

## Version Brosseau

" L'ex-trésorier avait accepté un billet qui n'a pas été soldé à échéance, le Dr Dagenais est devenu malade et il a fini par mourir, ceci explique en grande partie du moins, le retard apporté au règlement de cette affaire de billet."

Ce n'est plus une simple différence d'appréciation, mais un véritable abîme qui vous sépare de votre chef, Monsieur le Docteur !

Votre version, dépouillée de ses précautions oratoires, doit être la seule vraie, et nous l'interprétons comme ceci.

Pour ne s'être pas conformé à la loi qui fait un devoir au Régistrateur "de remettre au Trésorier, à chaque mois, toutes sommes d'argent appartenant au Collège et qu'il aura reçues," cet officier se trouve un beau matin à court de \$322.56. Il donne alors son billet au Trésorier pour ce montant et laisse passer l'échéance sans honorer sa signature. Le Dr Dagenais meurt, les auditeurs font l'examen de ses livres, constatant "qu'il doit au Collège une somme de \$322.56, "et présentent leur rapport au Bureau, à l'assemblée de septembre 1896, promettant de faire des recherches sur ce sujet." (Rapp. offic. P. 29.

C'est là, toute l'histoire, n'est-ce pas, Dr Brosseau ?

Vous ne voulez pas donner à cette transaction, dites-vous, des proportions qu'elle n'a jamais eues. Nous sommes prêts à accepter votre manière de voir, si vous pouvez donner une réponse satisfaisante aux deux questions suivantes :

1° Pourquoi le Dr Beausoleil quand le rapport des auditeurs a été soumis au Bureau ne s'est-il pas levé, comme un homme de cœur, pour exposer franchement l'affaire, (faute avouée est à demi pardonnée), et dissiper ainsi les soupçons qu'il a laissés planer sur la tombe d'un ami et confrère ?

2° Pourquoi, si la chose mérite peu de considération, le Dr Beausoleil, pour calmer l'opinion excitée, a-t-il inventé la blague ci-dessus que vous venez de crever du bout de la plume, comme un abbé avec un bistouri ? Ce moyen de défense n'est-il pas le digne pendant de cette transaction ?

"Quant à la bibliothèque, écrivez-vous encore, je laisse à mon ami Marsil (qui en est le père) la tâche de défendre son enfant."

C'est du nouveau cela !

Fondant de belles espérances sur ce nouveau-né, le Dr Beausoleil en réclamait pourtant la paternité, mais, apparemment, depuis que sous le souffle pestilentiel de la critique, le nourrisson a perdu son teint rose, il veut imposer sa progéniture putative au Dr Marsil. Ce n'est pas à tort, voyez-vous, ses parrains ; c'est-à-dire, les membres du comité de la bibliothèque, M. le Dr Brosseau, entre autres, ne veulent plus y toucher.

Enfin, Monsieur le Docteur, vos conclusions n'ont qu'un défaut, c'est ne pas aller assez loin. Il ne suffit pas d'avoir un Bureau qui se contente de ne pas faire pire que les précédents, mais un Bureau qui ait à cœur de faire mieux.

On y arrivera en infusant du sang et de l'esprit nouveau dans le Bureau, en élisant des gouverneurs décidés à appliquer rigide-ment la loi et observer eux-mêmes fidèlement les Règles et Règle-ments du Collège, gouverneurs qui n'auront pas de faiblesse, pour leurs parents et leurs amis, assez courageux pour ne pas céder au premier échec, assez énergiques pour vaincre les obstacles, capables, enfin de ne pas administrer les affaires.....comme les leurs.

Pour cela, il nous faudra choisir, comme vous le dites si bien, des hommes sérieux, travaillants et surtout désintéressés.

Vous remerciant encore une fois pour votre lettre, bien propre à nous dédommager des ennuis inévitables dans toute lutte ardente,

Je demeure, M. le Secrétaire,

Votre tout dévoué serviteur,

L. J. O. SIBOIS, M.-D.

St-Ferdinand d'Halifax, 14 juin 1898.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## La bicyclette

Par M. le docteur F. X. J. DORION, de Québec.

(Suite)

Examinons donc les parties dont dépendent cette facilité de manœuvre et cette innocuité.

Chacun connaît la bicyclette moderne ; la forme de charpente la plus répandue est celle, commercialement appelée forme "diamant". Elle représente deux triangles accolés, par leur base, laquelle supporte, à sa partie supérieure, la selle, et à sa partie inférieure, les pédales. Au sommet du triangle postérieur s'attache la roue d'arrière et au sommet tronqué de l'antérieur le guidon ; c'est dans le prolongement de ce dernier que se trouve la fourche dans laquelle s'engage la roue d'avant. Dans les bicyclettes destinées à l'usage des femmes le côté supérieur du triangle antérieur est enlevé pour permettre à la jupe de descendre librement.

Toutes les parties de la bicyclette concourent à la rendre inoffensive et de manœuvre facile, mais on peut dire que sa facilité de manœuvre dépend surtout de son système de propulsion tandis que son innocuité repose principalement dans les parties dont le rôle est de supporter le cycliste.

Le système de propulsion comprend les pédales avec roues d'engrenage et chaîne ; les supports sont représentés par le guidon et la selle. Les tubes pneumatiques ont un rôle mixte à remplir. Nous ne mentionnons pas les essieux à billes qui sont d'un usage courant dans toutes les machines où on a cherché à obtenir le minimum de frottement.

La bicyclette est mise en mouvement par les pieds à l'aide de deux pédales qui actionnent une roue de commandement sur l'engrenage de laquelle vient se fixer une chaîne qui transmet le mouvement à la roue propulsive d'arrière. L'intérêt médical de cette combinaison repose dans le rapport des rayons de la pédale C et des roues A et B. (fig.1)

Peu de chose à dire de la pédale sinon que sa surface doit être assez large pour bien supporter la partie antérieure de la surface plantaire qui vient s'appuyer sur elle ; il est préférable d'employer la pédale recouverte de caoutchouc plus moëlleuse au contact.

Mais le bras de pédale D, fig. 1, qui n'est lui-même qu'un rayon de roue et les rayons des roues A et B doivent être dans un rapport constant et bien calculé, car c'est surtout de là que dépendent le ménagement des forces et l'accroissement de vitesse.

La question est ici toute mécanique : c'est un principe de cette science que l'on perd en force ce que l'on gagne en vitesse ; or, nous avons vu qu'en diminuant le diamètre des roues support on avait diminué par là même la vitesse et qu'on avait obvié à cet inconvénient par l'adoption de la chaîne d'engrenage. Grâce à la perfection de la nouvelle machine, avec une moindre dépense de force, on a pu allonger le parcours de quelques pieds pour chaque tour de pédale ; mais, de même que l'appétit vient en mangeant, le cycliste voit son désir de vitesse s'accroître en courant. On a donc augmenté, petit à petit, le rayon de la roue A jusqu'aux trois-quarts de la longueur du bras de pédale D ; mais, le levier de deuxième genre qu'est

ce dernier, n'augmentant pas de longueur, la force a été diminuée et il arrive ceci, qu'avec des machines modernes d'une vitesse très grande sur terrain plan, le courour s'épuise ou est obligé de mettre pied à terre dans les moindres montées, faute d'avoir songé que c'est encore de la force que dépend la vitesse et que si la première s'épuise, la seconde devient nulle.

Sans doute que les personnes d'une grande force peuvent adopter sans grands inconvénients la roue A à grand diamètre, mais, celles que la nature n'a pas créées pour figurer dans la classe des Hercules doivent se contenter de diamètres plus modestes. D'après notre expérience personnelle, nous croyons que les rayons des trois pièces A, B et D devraient être dans un rapport croissant de un à deux. Ainsi, si la roue B a un rayon de un pouce et demi, celui de la roue A devra avoir trois pouces tandis que la longueur du bras de pédale atteindra six pouces. Avec les machines ordinaires à roues de vingt-huit pouces de diamètre, cela permettrait encore de parcourir à peu près quinze pieds de route à chaque tour de pédale et un de ces tours ne demandant pas à la jambe beaucoup plus d'effort que pour un pas, il nous semble qu'un pas de quinze pieds serait encore raisonnable pour un amateur.

Le diamètre de la roue A devra encore être diminué pour les bicyclettes destinées aux femmes et aux enfants, nécessairement d'une musculature moins puissante que les hommes adultes.

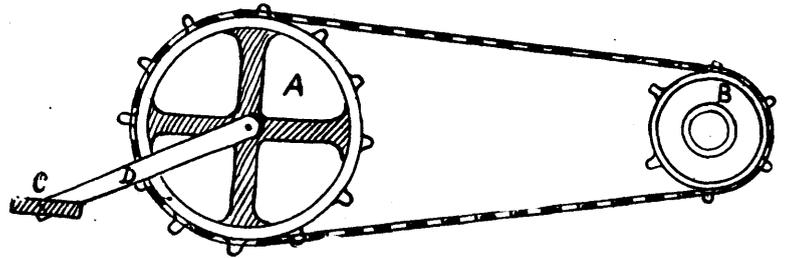


Fig. 1.

*Tubes pneumatiques.* — On a comparé les tubes pneumatiques à des rails parcequ'ils facilitent la locomotion ; on pourrait aussi comparer le rôle qu'ils jouent dans la bicyclette à celui joué par la grandeur du navire par rapport aux lames de la mer. Les lames ordinaires de l'Océan clapotent bien sur les flancs du grand transatlantique, mais, n'en étant pas agité outre mesure, il poursuit rapidement sa route tandis que le petit navire, grimpant péniblement sur la crête des vagues pour replonger entre chacune d'elles, dépense stérilement ses forces sans améliorer sa marche.

Il en est ainsi pour le tube pneumatique que les profondes ornières fatiguent comme les lames tempétueuses font du grand navire ; mais, pour les petites rugosités ou dépressions qui font tressauter une roue ordinaire, le pneumatique les franchit sans secousse, épargnant ainsi au coureur une trépidation désagréable et nuisible tout en ménageant ses forces et en augmentant sa vitesse, car des expériences ont prouvé que la résistance diminue par là même de quinze à cinquante pour cent.

Un simple regard jeté sur les figures 2 et 3 fera comprendre suffisamment notre pensée. Pour franchir le moindre gravier, la roue à bandage rigide sera obligée de monter avec tout ce qu'elle porte, elle montera encore pour sortir de la plus petite dépression : or, pour soulever un fardeau, ne fut-ce que d'une fraction de pouce, il faut une force qui, ici, est dérobée à la puissance propulsive. Cette dernière

conserve presque toute son intégrité avec la roue à tube pneumatique laquelle, au lieu de se livrer à une ascension pénible, comme la roue rigide, franchira la dépression ou la rugosité sans que la bicyclette soit soulevée, par le seul aplatissement du tube gonflé à point. Aux bosselures de la route correspondent des dépressions du tube et vice versa, mais il reste toujours une couche d'air pour faire coussin entre la partie rigide de la roue et le sol. C'est ce coussin d'air qui évite aux cyclistes les trépidations si désagréables et si nuisibles, c'est lui qui met les organes contenus dans l'abdomen à l'abri des ébranlements qui pourraient compromettre leur stabilité, c'est à lui enfin que les femmes sont surtout redevables de l'innocuité de la bicyclette à l'égard de leurs organes pelviens. Il importe donc de le conserver.

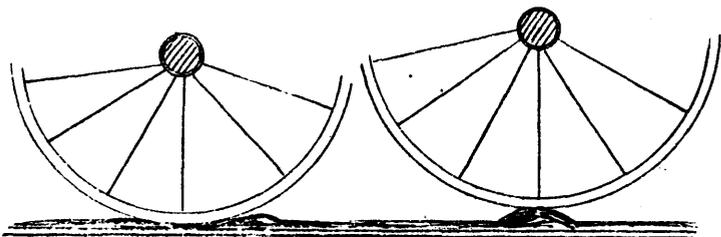


Fig. 2.

Malheureusement, c'est ce qu'on a oublié de faire. Entraîné par la sensation de bien être à laquelle les roues anciennes n'avaient pas habitué, on avait, d'abord, fait les tubes très gros, peut-être même trop volumineux. Mais, la soif de vitesse augmentant avec la facilité de manœuvre, faisait désirer une plus grande légèreté de la machine: on se nuit donc à rogner sur les pédales, sur la charpente, sur les roues et, malheureusement, dans cette fièvre de rognure on entama les tubes qui furent réduits à un trop faible volume. Mais alors, il fallait ou sentir les rugosités de la route par insuffisance du coussin d'air ou gonfler les bandages pneumatiques à un tel point qu'ils devinssent aussi rigides que leurs devanciers; les cyclistes se trouvaient placés dans un dilemme, les inconvénients étant les mêmes des deux côtés.

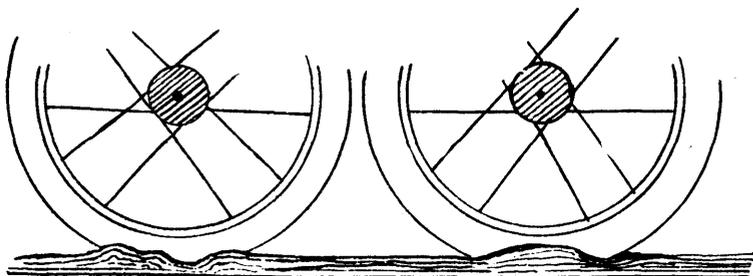


Fig. 3.

Nous constatons heureusement qu'il y a tendance à revenir aux tubes volumineux et espérons que, désormais, le confort et l'hygiène ne seront plus sacrifiés à la vitesse.

(A suivre)

### Congrès français de médecine (1)

#### De l'Entérocolite auto-infectieuse d'origine grippale à forme intermittente (2)

M. le Dr MARTIN RAGET (d'Arles). — C'est une forme clinique spéciale de la grippe, à localisation intestinale particulière et bien typique, dont il m'a été donné d'observer sept cas semblables au cours de cette dernière épidémie, dans l'arrondissement d'Arles.

Elle se caractérise, en dehors des phénomènes généraux qui accompagnent l'infection grippale, par de l'entéralgie à caractères paroxystiques avec entéroplégie, accompagnés de violents accès fébriles, à forme absolument intermittente, et où j'ai trouvé le muguet dans chacun de ces cas. C'est une forme très tenace, très rebelle, et persistant plusieurs semaines et même plusieurs mois.

L'étiologie n'en paraît pas douteuse. En pleine épidémie de grippe, alors que dans la même maison évoluent et éclatent des cas de grippe légers ou graves. Un sujet, en général la femme, est soudainement frappé au ventre. J'ai 5 femmes sur 7 cas. Les symptômes qui se déroulent sont les suivants. En général, 1 ou 2 jours avant, courbature légère, petits frissons passagers. Puis, brusquement, début à grand fracas, douleurs abdominales généralisées très vives, précédant de très peu de temps un grand frisson en général de plus d'une heure, avec vomissements persistants pendant cette période. La température s'élève en général en peu de temps à 40°; deux ou trois accès subintrants se succèdent, offrant les mêmes caractères; l'état général paraît grave. Au bout de 24 ou 36 heures, les douleurs abdominales se calment, et l'accès se termine par de grandes sueurs très odorantes. Puis apyrexie complète. Tout semble terminé. 18 à 24 heures après, le même tableau se représente, précédé et accompagné des mêmes phénomènes abdominaux que nous allons décrire. La température atteint le même chiffre ou plutôt en dessous; même terminaison par des sueurs extrêmement abondantes. Ces accès, absolument comparables à de vrais grands accès impaludiques, vont néanmoins en s'éloignant, tout en offrant les mêmes caractères: d'abord journaliers, ils se représentent tous les 2 jours, puis de 3 en 4 ou 5 jours, et récidivent souvent de 8 en 10 jours, malgré la médication la plus rationnelle. C'est ainsi que j'ai dû garder deux malades pendant 2 mois et trois pendant 50 jours, les autres restant plus d'un mois sous l'influence de cette auto-infection, d'origine gastro-intestinale. Les épistaxis sont fréquentes. Le muguet buccal et pharyngien apparaît régulièrement dès les premiers jours, et s'est toujours montré avant le dixième jour. Sa disparition en est très tardive; reflet de l'état du tube digestif, il en marque l'évolution, à tel point qu'on est assuré d'avoir des accès fébriles tant qu'il en reste des traces et que la langue n'a pas refait son épithélium. Les phénomènes abdominaux suivent parallèlement la même marche. Au début, on croirait avoir à faire, a priori, à de la péritonite généralisée: hypéresthésie abdominale, douleurs abdominales intolérables, tympanisme. Puis localisation après le premier accès dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, simulant tantôt de la colite de l'S iliaque avec phénomènes dysentériques, qui ne persistent pas au-delà d'un ou deux jours; tantôt simulant de la typhlite ou appendicite et se succédant, ce qui paraît bien indiquer que le gros intestin est le siège d'une localisation toute spéciale. On observe non seulement les phénomènes douloureux, et bien indiqués par le malade, de la colite ascendante ou descendante, mais encore il désigne lui-même une barre transversale hypo-gastrique. Les douleurs sont violentes, se localisent, deviennent lancinantes, pulsatiles, dans l'une ou l'autre fosse, pendant plusieurs jours; mais elles sont paroxystiques et précèdent de quelques quarts d'heure le début d'un nouvel accès, que le malade prévoit lui-même. La constipation est la règle; l'entéralgie est

(1) Service spécial de l'Agence Centrale de la Presse Scientifique Internationale, 99 Boulevard Saint-Germain, Paris.

(2) Communication du Dr Martin-Raget (d'Arles), le mercredi, 13 avril 1908, au Congrès de Médecine de Montpellier.

accompagnée de tympanite et de phénomènes de péritonisme. La palpation est douloureuse, et les doigts n'ont aucune peine à sentir, au niveau de l'une ou de l'autre fosse iliaque, un placard à limites diffuses et très douloureux, éveillant immédiatement l'idée d'une phlegmasie péricolite, et laissant soupçonner un phlegmon en voie d'évolution. L'examen rectal et vaginal ne révèlent rien de particulier : on sent de l'œdème, un peu de chaleur, et c'est tout. Vers le cinquième jour, ces phénomènes objectifs et locaux commencent à s'amender, mais les phénomènes rationnels d'entérocolite persistent toujours ; et le malade continue à faire des accès fébriles intermittents, avec un mauvais état général simulant celui de la pyochémie. Vers le quinzième jour, les localisations apparentes ont disparu, l'état général grave paraît amélioré, et les phénomènes abdominaux sont moins intenses. Reste alors une période d'état qui dure le double, le triple, et dont il m'a été donné d'observer deux cas dépassant deux mois. Le tympanisme cesse le premier ; l'entéralgie existe jusqu'à la convalescence, et l'entéroplégie l'accompagne. Les selles sont toujours très fétides ; quelques scyballes petites nagent dans un liquide bilieux, verdâtre, où se trouvent quelques râclures de boyaux.

J'ai observé le début dysentérique dans cinq cas ; mais il s'éteint dans les 48 heures. Dans l'intervalle des accès, la température devient entièrement normale et oscille entre 36°8 et 37°5.

L'impaludisme pouvait être mis en cause dans nos régions ; mais sauf deux malades à antécédents paludiques, datant de leur enfance, je n'ai pu en trouver traces chez les autres ; et à une époque où ne sévit pas la malaria, alors que nous nous trouvons en pleine épidémie de grippe. Je n'ai pas trouvé de rate hypertrophiée ni douteuse, sauf dans un seul cas (ce qui confirme la statistique de Comby, ne trouvant sur 5 autopsies de grippe qu'une seule fois la rate hypertrophiée). Pas de faciès impaludique.

Dans l'intervalle des accès, ce qui n'est pas le cas des malariciens, l'état général reste mauvais, état typhique, formes infectieuses, anorexie complète, état nauséux. Langue naturelle au début, puis envahie par le muguet ; vernissée ensuite, pendant la période d'état ; le malade se plaint de brûlure et de sécheresse de la bouche, qu'il généralise par un geste descendant jusqu'à l'estomac.

Je n'ai jamais trouvé d'albumine dans les urines. Le foie paraît normal dans tous les cas, et je n'ai observé aucune autre localisation organique ; du reste, tous les malades étaient des sujets robustes, et sans antécédents morbides. En revanche, j'ai presque toujours observé des névralgies lombo-abdominales, crurales, sciatiques et intercostales, aucun des malades n'a succombé. Pendant la convalescence, très longue du reste, le tube digestif est douloureux, et le moindre écart de régime, semble souvent tout remettre en cause ; ce que j'ai pu observer après 12 et 15 jours d'apyrexie complète ; ce qui n'est, en somme, qu'une nouvelle poussée auto-infectieuse.

Le CALOMEL, fréquemment administré, paraît rendre les plus grands services. L'ipéca m'a paru sans valeur. La QUININE m'a paru n'avoir aucune action, administrée par le tube digestif, où elle ne doit être que très peu et très inégalement absorbée. Dans 3 cas graves, j'ai dû y renoncer au bout de plusieurs jours, alors qu'en injections sous-cutanées, les résultats parurent évidents, à condition de les continuer des semaines entières, aux doses de 1 gramme 50, (bichlorhydrate). Trois de mes malades ont dû en absorber ainsi environ 25 grammes, sans en éprouver aucun malaise. Si l'impaludisme eut été en jeu, il est certain que la quinine en injections sous-cutanées, et à pareille dose, en eut eu raison en peu de jours. Les BAINS TIÈDES, dans 2 cas des plus graves, administrés dans l'intervalle des accès, m'ont paru très efficaces ; et l'ENTÉROCLYSE a complété le traitement.

## Société de Chirurgie de Paris (1)

SÉANCE DU 25 MAI 1898

*Corps étranger (sou) de l'œsophage thoracique chez un enfant. — Radiographie. — Oesophagotomie externe. — Mort cinq jours après par broncho-pneumonie.*

M. J. REBOUL (de Nîmes) communique l'observation d'un enfant de 3 ans qui avait avalé, en jouant, une pièce de monnaie de cinq centimes. L'enfant fut pris immédiatement de toux, de gêne de la déglutition. Ces accidents s'amendèrent un peu ; l'enfant pouvait prendre des aliments liquides. Un vomitif et un purgatif n'amendèrent pas l'expulsion du sou. M. Rebul vit l'enfant pour la première fois trois jours après l'accident. C'était un petit garçon frêle, débile, maladif scrofuleux. L'examen radioscopique, fait au laboratoire de M. Garcin, fit découvrir que le sou était situé dans l'œsophage thoracique, au-dessus du deuxième rétrécissement, au niveau du corps de la deuxième vertèbre dorsale. Un nouvel examen, aux rayons de Rœntgen, fait le lendemain et comparé à la radiographie prise la veille, montra que le sou était fixé. A cause de la disproportion existant entre la limite de la dilatation de l'œsophage d'un enfant de cet âge (15 millimètres) et le diamètre d'une pièce de monnaie de 5 centimes (25 millimètres), de la durée du séjour de ce corps étranger dans l'œsophage, de sa fixation et des lésions œsophagiennes qui avaient dû se produire, les procédés de refoulement et d'extraction par la bouche furent écartés. L'œsophagotomie externe, qui avait été proposée, fut alors acceptée et pratiquée le 11 mai à l'Hôtel-Dieu. L'incision fut faite suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche ; pas de ligatures ; section du muscle omo-hyoïdien. Le lobe gauche du corps thyroïde, très hypertrophié, masquait complètement l'œsophage. La pièce de monnaie était fixée dans l'œsophage thoracique, à trois centimètres environ de l'extrémité inférieure de l'incision de ce conduit ; l'extraction du sou ne put se faire qu'après dégagement. Les lésions des parois œsophagiennes ne permirent pas d'en faire la suture. Une sonde œsophagienne n° 20 fut introduite dans l'estomac ; elle servit à nourrir l'enfant à qui l'on donna en même temps des lavements alimentaires fréquents. L'enfant, qui avait assez bien supporté l'anesthésie au chloroforme et l'opération, eut une élévation de température le jour et le lendemain de l'intervention, avec agitation et convulsions, dues soit à une infection générale chez un enfant débile. Le troisième jour, chute de la température, état général bon. A la fin du quatrième jour, nouvelle ascension de la température ; l'enfant toussa. Le cinquième jour, pansement ; rien d'anormal du côté de la plaie. A l'examen du thorax, on constate une broncho-pneumonie, étendue à tout le poumon gauche, qui emporte l'enfant, sans souffrance, à la fin du même jour.

## REPRODUCTION

## La péricardite rhumatismale diagnostique et traitement

Par M. A. F. Plicoué.

La péricardite rhumatismale est, chez l'adulte, plus rare que l'endocardite. Chez l'enfant et chez l'adolescent, elle est, au contraire, une complication parfois difficile à reconnaître, mais d'une extrême fréquence et d'une grande importance clinique. La constitution épidémique, dont il est permis de parler, aujourd'hui que l'origine infectieuse du rhumatisme est non seulement probable, mais démontrée, joue certainement, elle aussi, un rôle. La péricardite a été d'une fréquence inusitée dans les rhumatismes si nombreux qui ont accompagné le printemps froid et pluvieux de 1898. Elle s'est montrée, dans certains cas où la grippe semblait venir s'ajouter au rhumatisme, d'une gravité exceptionnelle. L'occasion est donc favorable pour étudier ses formes cliniques et son traitement.

(1) Service spécial de l'Agence Centrale de la Presse Scientifique Internationale 93 Boulevard Saint-Germain, Paris.

\*\*

La péricardite rhumatismale, si elle n'est pas recherchée méthodiquement, passe assez facilement inaperçue. C'est surtout au début que les signes physiques et fonctionnels sont souvent vagues et incertains. Le diagnostic, à ce moment, a d'autant plus d'importance que c'est alors que le traitement a vraiment quelque chance d'agir.

Sur dix péricardites rhumatismales, neuf sont découvertes par l'auscultation méthodique. Les troubles fonctionnels sont, en effet, bien obscurs et bien peu marqués. Au lieu de s'élever, la température subit parfois, au moment où s'établit la péricardite un abaissement brusque et paradoxal, qui semblerait plutôt l'indice d'une détente dans le rhumatisme. La douleur est rarement assez vive pour éveiller l'attention du malade ; c'est plutôt, comme l'a montré Potain, une angoisse diffuse, une gêne obscure dans toute la région du cœur qu'une douleur vraie. Assez fréquemment, et le fait s'explique facilement si l'on songe aux rapports étroits du péricarde et de l'œsophage, la douleur se traduit surtout par un diaphragme entièrement pénible.

Les palpitations, les grandes crises douloureuses analogues à l'angor pectoris sont rares. Les signes de collapsus cardiaque, lipothymies et syncopes, pouls petit et oudulant, cyanose des extrémités, sont heureusement plus rares encore. Cette forme, où la péricardite se complique d'une véritable paralysie du myocarde, appartient aux grandes septicémies (variole, gangrène pulmonaire, érysipèle) bien plus qu'au rhumatisme articulaire aigu. Comme dans bien des affections cardiaques, le plus important des troubles fonctionnels est un symptôme d'ordre pulmonaire, la dyspnée. Cette dyspnée fait rarement défaut, et A. Petit a justement insisté sur son importance diagnostique. Quand elle manque au repos, elle apparaît à l'occasion du plus léger effort ; elle est souvent très pénible, très accentuée, empêchant le sommeil et évoquant l'idée d'une dyspnée pneumonique. Le battement des ailes du nez, ce signe auquel les anciens attachaient tant de valeur comme indice d'une brusque anxiété respiratoire, ne se voit guère que dans la péricardite et dans la pneumonie.

Mais, lorsque l'attention est attirée du côté du péricarde ou lors que le cœur est examiné méthodiquement, la péricardite est, en général, facilement reconnue. Les frottements superficiels mourant sur place, ayant leur maximum sur le bord gauche du sternum, vers le troisième ou quatrième cartilage costal, échappent rarement à l'examen. Ils sont presque toujours perceptibles, non seulement à l'oreille, mais à la main. Chez l'enfant, toutefois, ils peuvent être assez doux pour donner à l'oreille l'illusion d'un double souffle aortique. Parfois au contraire, en raison de l'énergie contractile du cœur, ils sont assez durs pour imiter, suivant la comparaison de Pierret, le bruit essoufflé d'une locomotive qui monte une rampe. Il est rarissime que, dans la péricardite rhumatismale, l'épanchement acquière une abondance suffisante pour masquer tout à fait les frottements. Ceux-ci persistent presque toujours ou reparaissent au moins dans la position assise, le tronc un peu penché en avant. Par contre, la péricardite s'accompagne très souvent de pleurésie gauche ; c'est une association très importante à rechercher. Si l'épanchement de la pleurésie rhumatismale est, en général, d'abondance modérée, de résorption rapide et facile, il peut aussi, et plus fréquemment que l'épanchement intrapéricardique, devenir une cause de compression et de collapsus cardiaque.

\*\*

Le traitement prophylactique de la péricardite, dans le rhumatisme articulaire aigu, est encore à trouver. Le salicylate de soude dont l'action sur la douleur articulaire est si rapide et si remarquable, ne met guère à l'abri des complications cardiaques. L'absence de douleurs aiguës, le soulagement apparent donné par le salicylate, peuvent même devenir une cause d'erreur en faisant croire la maladie terminée. La difficulté des mouvements dans les jointures restées légèrement endolories, la persistance même d'un état vague de maladie et d'inquiétude, indiqueront que l'infection est loin d'être éteinte.

C'est surtout quand les épaules, et particulièrement l'épaule gauche, auront été fortement touchées, quand le rhumatisme a frappé une série de grandes articulations, quand il s'agit d'un sujet fatigué, surmené, que la péricardite reste longtemps à craindre, même après la disparition des douleurs.

La meilleure précaution prophylactique consiste peut-être à protéger les épaules et toute la poitrine, par une épaisse couche de ouate, contre le refroidissement. Le refroidissement du thorax intervient très souvent comme cause adjuvante dans l'explosion de la péricardite. Le fait est d'observation courante dans les salles d'hôpital, où l'encombrement, l'insuffisance de la ventilation, forcent à ouvrir les fenêtres par des temps souvent humides et froids. En raison des transpirations abondantes qu'offrent les rhumatisants, le moindre courant d'air devient facilement l'origine d'une nouvelle poussée articulaire, d'une pleurésie, d'une péricardite.

Comme médicament interne, chez les rhumatisants très fatigués offrant une température élevée, le sulfate de quinine a peut-être plus de valeur préventive que le salicylate. C'est surtout au cas où l'examen du sang montrerait le microbe, si bien étudié, récemment, par M. Triboulet, microbe presque constant dans le sang des sujets gravement atteints, que le sulfate de quinine mériterait d'être donné d'une façon méthodique.

La péricardite déclarée le grand traitement reste la révulsion locale. Sans doute, on ne sera pas toujours aussi heureux que Stokes, qui, sous l'influence des applications de sangsues, déclarait voir se modifier et disparaître les frottements pour faire place à un murmure doux et presque imperceptible. Cette atténuation des frottements par les émissions sanguines lui semblait même un bon moyen de diagnostic entre ces frottements et les souffles valvulaires. Mais, il est certain que l'application de sangsues, de ventouses scarifiées, diminuent souvent très vite et beaucoup les troubles fonctionnels, dyspnée, dysphagie, angoisse précordiale. La vessie de glace, vivement recommandée par Bamberger et par Gendrin, est parfois mal supportée. Elle est peut-être plus nuisible qu'utile. Les applications locales d'onguent mercuriel belladonné recouvert d'une épaisse couche de ouate ou de flanelle ; les applications de pointes de feu, à la période de déclin, sont certainement préférables.

En résumé, sauf l'immobilisation, ici impossible, on traitera, au point de vue des précautions contre le froid, des résolutifs locaux, la *jointure cardiaque* comme une autre articulation gravement atteinte.

Si le cœur vient à faiblir, le meilleur médicament est assurément la digitale. Les doses faibles et répétées—10 centigrammes de poudre de feuilles, par exemple, en macération—préconisées par Gendrin, réussissent mieux que les doses massives. Quand le ralentissement du pouls vient indiquer la nécessité d'une interruption de la digitale, les toniques, champagne, alcool, quinquina, café, acétate d'ammoniaque, la remplaceront momentanément.

En cas, non seulement de faiblesse légère, mais de collapsus imminent, les injections sous-cutanées d'éther, de caféine, d'huile camphrée, les inhalations d'oxygène, trouveront, comme toujours leur place.

La nécessité de la ponction du péricarde sera tout à fait exceptionnelle ; celle de la ponction d'un épanchement pleural gauche compliquant la péricardite se rencontrera parfois.

(La Presse méd.)

#### Traitement de la diarrhée grave des jeunes enfants (choléra infantile, diarrhée infectieuse du sevrage)

Sous ce titre, le docteur Lesage réunit les diarrhées qui, d'emblée, ont un caractère de gravité, vu l'intensité des troubles digestifs et vu la rapidité et l'intensité de l'infection.

1° *Choléra infantile*. — Brusquement, une diarrhée simple devient intense, ou un enfant, en pleine santé, est atteint de troubles digestifs intenses. L'apparition rapide de vomissements abondants et

de diarrhée intense, à caractères spéciaux, la durée courte, la déchéance organique rapide, due à l'infection, la mort fréquente, sont les signes spéciaux du choléra infantile.

L'enfant vomit beaucoup. La diarrhée peut exister seule, avec ses caractères. C'est l'entérite cholériforme. Elle est intense, profuse, verte biliaire au début, puis aqueuse, séreuse, incolore ou jaunâtre, imbibant les langes, et ne contenant qu'une petite quantité de matières solides. La réaction est alcaline ou neutre. Quand il existe des poussées biliaires, toutes les selles sont acides.

Le ventre est mou, flasque, sans tympanisme. Au début, il existe de l'agitation, de la fièvre (à 38 degré), la peau est chaude, puis bientôt, la température baisse, plus vite pour la température centrale. L'algidité cholérique avec la cyanose apparaît. La mort est fréquente.

La cause la plus ordinaire est un microbe spécial qui, dans l'intestin, donne naissance au poison dit cholérique. Ce poison, étudié par Winter et Lesage, est cause de l'infection algide.

Le choléra infantile atteint plus souvent les enfants au biberon que les enfants au sein.

**Traitement.**—1° Diète absolue, l'ingestion du lait augmente les troubles digestifs. On recommencera l'alimentation par la diète relative, quand les symptômes gastro-intestinaux seront presque disparus. Les premières prises de lait seront glacées.

Pendant cette diète absolue, donner du thé (100 à 200 grammes par jour), pour calmer la soif, ou des petits morceaux de glace.

2° Donner 20 à 30 grammes de cognac ou de rhum, de 4 à 8 prises dans la journée, pur, glacé, ou dans du café noir, une cuillerée à café de la liqueur alcoolique dans une cuillerée à soupe de café noir.

3° Bain chaud à 37 ou 38 degrés, matin et soir, durant dix minutes. On le sinapisera dans les dernières minutes. Friction légère et enveloppement chauds ou ouatés. Boules d'eau chaude.

4° **Médication.** — Au début, alors qu'il y a de la fièvre, et qu'il n'y a pas trace de collapsus, donner 1 centigramme de calomel toutes les deux heures dans une cuillerée d'eau durant douze heures.

Ou la potion suivante, par cuillerée à café, avec glace, toutes les demi-heures :

Elixir parégorique.....	X gouttes.
Acide lactique.....	2 grammes.
Sirop simple ou de framboise.....	15 —
Eau.....	95 —
Essence de menthe.....	II gouttes.

Ou le mélange d'HCl et d'acide lactique :

HCl ou acide lactique .....	2 grammes.
Eau.....	95 —
Sirop.....	75 —

Durant la période d'algidité, 20 à 25 centigrammes de caféine dans de l'eau en 2 à 4 prises, seront souvent suivis d'un effet diurétique notable, et de l'élévation de la pression artérielle.

2° **Diarrhée infectieuse du sevrage.** — A la suite de l'ingestion d'une notable quantité d'aliments divers, que le tube digestif n'est pas encore apte à digérer, on peut voir survenir une diarrhée jaune ou gris fer, d'une odeur détestable et nauséabonde, accompagnée encore de vomissements. On note du tympanisme abdominal très marqué, avec un état général très intense (adynamie, coma, fièvre à 40 degrés (tant centrale que périphérique), état typhoïde, pas d'algidité, peau chaude, langue noirâtre, sèche, dyspnée (Sevestre), (congestion pulmonaire,) parfois convulsions (congestion méningée active). La mort est fréquente. La cause relève des fermentations intestinales de ces aliments.

**Traitement.**—Le calomel à la dose de 25, 30 et 40 centigrammes à jeun est tout indiqué (Sevestre). Joindre la diète absolue passagère, les bains chauds et l'alcool.

(La médecine Moderne)

Traitement de la blennorrhagie des enfants

(JULES JANET)

La blennorrhagie est surtout fréquente chez les petites filles ; néanmoins on peut également la rencontrer chez les petits garçons.

Viger a guéri d'une blennorrhagie totale (urètre antérieur et postérieur) un petit garçon de 2 ans à l'aide de lavages de permanganate de potasse de 12 centigrammes à 25 centigrammes pour 1000.

N'ayant aucune expérience de ce genre de traitement, je n'ose en fixer les règles.

Il n'en est pas de même de la blennorrhagie des petites filles qui est très commune et bien facile à soigner.

Les localisations du gonocoque chez les petites filles sont beaucoup moins nombreuses que chez la femme à cause du peu de développement des glandes uréthro-vulvaires qui constituent la plus grande difficulté du traitement des femmes adultes.

Les foyers les plus fréquents sont, chez les petites filles, la vulve et le vagin, beaucoup plus rarement l'urètre et le rectum et très exceptionnellement l'utérus et les annexes.

Le diagnostic de l'infection vulvo-vaginale ne présente aucune difficulté. Celui de l'infection urétrale se fait de la façon suivante : On lave la vulve et le vagin à l'eau boriquée, puis on introduit par l'orifice vaginal un explorateur olivaire de calibre approprié à tige résistante et grâce à cet explorateur on comprime l'urètre d'arrière en avant, on obtient ainsi une goutte urétrale si l'urètre est infecté. Il est bien entendu que l'on ne doit faire cette exploration que deux heures au moins après la dernière miction.

Le diagnostic de la blennorrhagie ano-rectale ne présente pas de difficultés.

Le diagnostic de la blennorrhagie utérine ne peut être fait qu'à l'endoscope. On se sert pour cela d'un endoscope urétral de verre court qui permet d'atteindre l'orifice utérin et d'examiner ses sécrétions. C'est une exploration difficile qui nécessite un outillage spécial : nous n'y insisterons donc pas.

Le traitement de ces diverses localisations est le même que celui des foyers homologues chez la femme, mais il nécessite des instruments plus petits. Celui que je préfère pour cet usage est une sonde de Nélaton à pavillon, très courte et très fine (5 centimètres de long, calibre 9 Charrière), percée seulement à son extrémité. Après avoir soigneusement lavé la vulve avec des tampons de cotons imbibés de permanganate de potasse à 50 centigrammes pour 1000, on remplit une seringue de la même solution. On arme son bec de la petite sonde, on graisse cette sonde avec un peu de glycérine, on l'introduit par l'orifice de l'hymen et on lave ainsi copieusement le vagin.

Tel est le traitement habituel de la vulvo-vaginite des petites filles. Au début de la blennorrhagie il doit être répété deux fois par jour, plus tard une seule fois. Il est si simple qu'on peut le confier à une personne de l'entourage de l'enfant.

Quand on soupçonne que l'on approche de la guérison, on écarte de plus en plus les lavages, puis on met l'enfant en observation, en tenant prêt à combattre les rechutes, qui sont du reste fréquentes, dès leur apparition.

Dans les autres cas, le traitement est plus difficile et ne peut être fait que par le médecin.

Il existe quelquefois chez les petites filles des diverticules muqueux para-urétraux assez profonds qui doivent être lavés spécialement avec la petite seringue armée d'une canule métallique fine dont j'ai parlé plus haut.

Si l'urètre est infecté, après avoir lavé la vulve et le vagin, on introduit dans l'urètre une nouvelle sonde de Nélaton, pareille à celle qui nous a servi à laver le vagin ; on évacue l'urine vésicale et on la remplace par la solution de permanganate à 25 centigrammes pour 1000 injectée à la seringue. On retire la sonde en continuant à injecter pendant la traversée urétrale : on seringue ensuite l'orifice urétral bien entr'ouvert et on fait uriner à l'enfant le permanganate

injecté précédemment dans la vessie. Il est prudent de ne répéter cette opération qu'une fois par jour et de la cesser aussitôt que l'urètre semble désinfecté, car il se désinfecte beaucoup plus vite que la vulve et le vagin et ne se réinfectera pas, si l'on a le soin de faire laver plusieurs fois par jour la vulve avec le permanganate à 50 centigrammes pour 1000. Cette dernière précaution est du reste utile dans tous les cas, même dans la simple vulvo-vaginite.

Le traitement de la blennorrhagie ano-rectale consiste à laver l'anus avec des tampons de coton imbibés de permanganate de potasse à 50 centigrammes pour 1000, puis à injecter dans le rectum avec une grosse sonde de Nélaton courte une cinquantaine de grammes de la même solution que l'enfant évacue immédiatement après par défécation. Ce traitement est répété une fois par jour.

(Journal de méd. de Paris)

#### Le cancer du sein chez l'homme

M. le Dr Emile Pigot étudie cette affection, assez rare il est vrai, mais dont les observations se sont multipliées depuis qu'elle est mieux connue.

Au point de vue anatomique, les formes du cancer qu'on rencontre le plus souvent sont par ordre de fréquence le carcinome, l'épithéliome et le sarcome. Au point de vue clinique, voici comment se présente habituellement l'affection.

Le plus souvent, le mal survient chez un homme qui a dépassé la cinquantaine ; c'est par hasard que, 4 ou 5 mois auparavant, il a remarqué que l'un des deux seins faisait une saillie un peu plus accentuée que l'autre ; et il a perçu une "grosseur" de la région, grosseur qui est dure ; il ne s'en est pas inquiété jusqu'au jour, où des douleurs sont survenues ; ou bien son attention a été attirée par une tache rosée à sa chemise, au niveau du mamelon, tache que s'est renouvelée ; c'est à ce moment qu'il va consulter.

A l'interrogatoire, le malade indique presque toujours, soit un coup qu'il aurait reçu au niveau du sein, soit des frottements, soit, comme chez un malade de M. Poirier, des succions répétées du mamelon, comme ayant marqué le point de départ de son affection.

L'examen de la région fait constater que la peau du mamelon est plissée, rétractée, que l'aréole présente une ou deux petites ulcérations qui saignent facilement ; la palpation révélera une induration de la région se présentant sous la forme d'une masse dure, plate, de la dimension d'une pièce de deux francs, mobile sur les plans profonds, mais ayant déjà contracté avec la peau des adhérences ; parfois faisant suite à cette tumeur un cordon induré qui suit le bord inférieur du grand pectoral, et conduit le doigt explorateur dans l'aisselle.

Là on trouve un ou plusieurs ganglions placés contre le thorax plus ou moins développés, mais durs et mobiles, tout à fait caractéristiques ; l'exploration des régions ganglionnaires voisines, négative du début, pourra, à une période plus avancée, relever l'existence de ganglions ayant les caractères ordinaires en ce cas.

L'état général est presque toujours bon ; s'il est troublé, ce n'est pas du fait de la lésion mammaire, et on trouvera une affection antérieure ou contemporaine dont ce trouble est tributaire. Car c'est un fait à remarquer, le cancer du sein n'altère l'état général qu'à une période déjà avancée de son évolution.

Parmi ces phénomènes, il en est quelques-uns qui méritent qu'on y insiste. C'est d'abord le volume qui, bien que parfois considérable, ne dépasse guère celui d'un œuf de pigeon ; c'est la rétraction du mamelon qui se produit très souvent et est très caractéristique, et c'est le suintement sanguinolent ou sanieux qui se fait très souvent par le mamelon et peut être un signe révélateur du début.

Il est à remarquer que la tumeur elle-même peut rester longtemps stationnaire ou du moins n'augmenter qu'insensiblement de volume ; mais, c'est là un fait particulier, brusquement, sous des influences qui nous échappent, elle acquiert rapidement un dévelop-

pement considérable, et s'accompagne alors des autres symptômes énumérés.

Il faut rapprocher ce fait des enseignements que fournit l'anatomie pathologique, qui montre des épithéliomas rompant les mailles du tissu conjonctif qui les environne, et se diffusant dans la région périphérique.

La douleur accompagne, dans la moitié des cas environ, la production de la tumeur ; mais elle n'apparaît qu'à une période assez tardive. Elle ne revêt pas le caractère des douleurs lancinantes qu'on rencontre, dans le cancer de la femme ; elle est, au contraire sourde, provoquée par les frottements ou les pressions, et assez rarement spontanée.

Dans certains cas, cependant, elle peut acquérir une grande intensité.

La marche de l'affection varie avec la nature de la tumeur, avec l'âge des malades et aussi avec leur état général ; c'est là un caractère commun avec le cancer du sein chez la femme ; mais elle présente dans la plupart des cas, ce caractère particulier sur lequel il a déjà été insisté, c'est que, tout d'abord très lente, presque insensible, elle s'accélère brusquement, et en 6 ou 8 mois, peut aboutir à l'ulcération, à la généralisation et à la cachexie.

M. Poirier avait déjà insisté sur ce fait particulier, et il rapporte dans sa thèse 26 cas dans lesquels la marche fut rapide à partir du moment où on commença à observer le malade, alors que certaines de ces tumeurs remontaient à 9, 10, et même 15 ans.

Ce qui est à noter enfin, ici, c'est que chez l'homme comme chez la femme, les récidives sont extrêmement fréquentes après l'opération. Celle-ci pour réussir doit être faite de très bonne heure.

(Gazette Méd. de Liège)

#### Recherche sur l'action médicamenteuse du placenta

(Dr Iscovesco de Paris.)

Je ne sais si le point de départ de mes recherches est exact. J'ai cru remarquer que les chiennes étaient rarement atteintes d'infection puerpérale et n'ai pu m'empêcher de rapprocher ce fait de l'habitude qu'elles ont de dévorer leurs délivres. J'ai pensé donc qu'il ne serait pas sans intérêt de rechercher l'action du placenta en thérapeutique. Chaque tablette représentait 25 centigrammes de placenta frais. L'animal choisi à cet effet a été la brebis, et c'est le résultat d'une année de recherches faites à mon dispensaire que j'ai l'honneur de communiquer au Congrès. Il est bien entendu que c'est sous toute réserve que je donne ces résultats, et que mes recherches ne portant que sur une centaine de cas depuis un an seulement, un travail rigoureux s'impose avant de pouvoir se prononcer définitivement. J'ai observé plus de cent cas. Ils se rapportaient :

1° A des métrites chroniques avec hypertrophie de l'organe et catarrhe concomitant sans lésions annexielles ;

2° A des métrites chroniques avec annexes touchés ;

3° A des involutions utérines anormales à la suite des couches.

Pour empêcher qu'une suggestion quelconque ne vicie les résultats, j'ai pour ainsi dire dissimulé mes tablettes au milieu de prescriptions anodines. Or, sur une soixantaine de cas relevant de la 1re catégorie, l'administration de 4 à 6 tablettes de placenta m'a toujours donné très rapidement une amélioration considérable de tous les phénomènes réflexes ayant pour point de départ les organes génitaux. Les douleurs si variées, les troubles gastro-intestinaux sont amendés au bout de très peu de jours, et ont toujours disparu presque complètement au bout de 15 jours à un mois de traitement. La suppression du traitement—comme contre-épreuve,—alors que la guérison n'est pas complète, fait reparaitre tous les troubles antérieurs.

J'ai suivi au spéculum et par l'examen local tous les utérus ainsi soignés et j'ai pu constater une décongestion progressive de l'organe, une diminution de volume sensible ainsi que la disparition de sa sensibilité provoquée.

Les résultats obtenus dans la seconde catégorie de cas sont identiques à ceux de la première. Enfin, dans 6 cas d'involution utérine anormale, les résultats ont été absolument remarquables, et de plus, l'ingestion du placenta m'a semblé favoriser la sécrétion lactée. Je me hâte d'ajouter que l'ingestion du placenta ne semble avoir aucune action directe sur le catarrhe de la muqueuse, mais l'utérus étant préalablement modifié par le traitement placentaire, le catarrhe cède très facilement au traitement que j'ai institué à cet effet et qui consiste à pratiquer dans la cavité utérine des instillations de liquides médicamenteux, généralement une solution de sulfate de cuivre à la dose de II à V gouttes.

Ayant de plus dans l'esprit ce fait incontestable : la rareté de la tuberculose fœtale, j'ai été amené aussi à essayer les tablettes de placenta dans la tuberculose pulmonaire, et je ne l'ai fait que dans trois cas. Les résultats m'ont étonné, et c'est avec une grande hésitation que je les donne. Je suis obligé cependant de dire que les tablettes de placenta ont paru avoir une action très nette, et que dans tous les cas les phénomènes locaux ont cessé d'augmenter alors qu'il s'agissait de tuberculoses qui semblaient prendre une évolution rapide. Il faut être d'autant plus réservé pour ces résultats que je n'ai que trois cas.

Enfin, dans deux cas de syphilis tertiaire très grave, le traitement placentaire, quoique sans action directe, m'a paru agir pour ainsi dire comme une espèce de mordant pour le traitement ioduré.

Le traitement placentaire, dans ces deux derniers cas, a été institué par voie hypodermique.

(Gazette de Gynécologie.)

#### Traitement du diabète

Par le professeur G. LEMOINE

On peut considérer le diabétique comme un individu dont les fonctions de la cellule hépatique et de la cellule nerveuse ont une exagération d'activité. C'est sous cette double action que le diabète existe et se maintient. On doit donc pour le guérir chercher à diminuer l'activité de la cellule hépatique et celle du système nerveux.

Contre le diabète gras, le plus souvent arthritique, aucun médicament ne réussit comme l'antipyrine. M. Lemoine le considère comme le spécifique de cette forme.

Chez un malade congestif, urinant peu, dont l'insuffisance hépatique est notable, et si l'on perçoit chez lui l'odeur du diabétique, odeur fade due à l'élimination de l'acétone par les voies respiratoires, donnez l'antipyrine à faibles doses en l'associant au benzoate de lithine, ainsi qu'il suit :

Cachets : Benzoate de lithine..... 0 grammes 50  
Antipyrine..... 0 — 50

Donnez trois cachets par jour : un le matin, un à midi, un troisième le soir, avant de manger, dans un verre d'eau de Vichy, de Saint-Yorre ou des Célestins.

Si vous ne craignez pas des accidents nerveux, portez la dose d'antipyrine à 2 grammes 50 et celle de lithine à 2 grammes que vous continuerez pendant huit jours.

Non seulement l'antipyrine fait disparaître le sucre des urines, mais les symptômes gênants, tels que les névralgies, la migraine et les céphalalgies parfois insupportables disparaissent.

Après un traitement de quinze jours le sucre a à peu près complètement disparu, cessez alors l'usage de l'antipyrine pour y revenir pendant une nouvelle période de quinze jours. Le sucre une fois disparu, continuez la médication par les alcalins et donnez la préférence à la lithine sur le bicarbonate de soude.

Benzoate de soude..... 0 grammes 50  
Carbonate de lithine..... 0 — 50

Pour un cachet. Donnez deux cachets par jour, une demi-heure avant les repas et dans une eau alcaline.

Sous l'influence de ce traitement, suivi plus tard quinze jours par mois, s'il le faut encore, le sucre disparaît pour ne plus revenir.

Dans les cas de diabète causés par une excitabilité nerveuse avec nuits troublées et sommeil difficile, vous aurez encore recours à l'antipyrine, mais à doses moindres, vous l'associerez au bromure de potassium ; enfin vous donnerez des alcalins et de l'eau de Vichy. Vous ajouterez au bromure du phosphate de soude comme tonique du système nerveux.

Chez les diabétiques nerveux vous administrez 1 gramme d'antipyrine avant les deux principaux repas, et 2 grammes de bromure et 50 centigr. de phosphate de soude avant de se coucher :

Bromure de potassium..... 40 grammes  
Phosphate de soude ..... 10 —  
Eau..... 300 —

Faire prendre une cuillerée à bouche dans un bol de lait ou une infusion quelconque sans sucre.

Au bout de quelques jours les nuits sont calmes, le sommeil non interrompu. Vous continuerez cette médication bromurée pendant un mois sans arrêt.

Enfin, soumettez les malades à une hygiène physique spéciale, recommandez-leur la chasse, l'escrime, les sports, sans oublier les travaux manuels ordinaires.

(Le Nord médical et Lyon méd.)

#### Le signe palmo-plantaire dans la fièvre typhoïde

M. le Dr Quentin étudie, dans les *Archives de médecine*, un signe particulier de la fièvre typhoïde qui jusqu'ici n'a été signalé que par le Dr Filipoviez (d'Odessa) et qui a été observé également par M. Achard sur plusieurs malades de son service.

Il est singulier que ce signe, qui est à peu près constant, puisque M. Quentin l'a trouvé chez 44 malades sauf un, ait échappé jusqu'ici à la plupart des observateurs.

Voici en quoi il consiste : il s'agit d'une coloration jaune de la paume des mains et de la plante des pieds, coloration surtout prononcée au niveau des parties saillantes de ces régions. On ne peut mieux comparer la teinte que prennent ces parties qu'à celle qu'on peut trouver à la pulpe du pouce et de l'index et même jusque sur l'éminence thénar chez les fumeurs peu soigneux.

Dans les cas les plus typiques, toute la face palmaire de la main et des doigts est sèche, parcheminée et d'une teinte jaune citron sur laquelle tranchent des parties presque brunes situées au niveau de la tête des métacarpiens. Ces parties plus colorées sont en outre le siège d'une hyperphasie très prononcée des couches épidermiques. Les différents plis de flexion conservent leur aspect normal et jamais la face dorsale n'est atteinte.

Au pied, les parties les plus colorées sont celles qui constituent les points d'appui de l'organe sur le sol : talon, tête du premier et du cinquième métatarsiens. Toutefois, dans de nombreux cas, le signe palmo-plantaire est plus facile à constater à la main qu'au pied, peut-être à cause de l'épaisseur normale des couches cornées sur ce dernier organe.

Pendant la convalescence toutes les parties atteintes sont le siège d'une desquamation active. "L'épiderme se renouvelle au moment de la convalescence et la desquamation est surtout abondante à la plante des pieds où l'épiderme se soulève, jaunit et se détache par plaques arrondies.

Le signe palmo-plantaire atteint son maximum d'intensité vers le quinzième jour ; puis il reste stationnaire. Pendant la convalescence, la coloration est voilée par la desquamation abondante qui se fait aux régions atteintes. Mais en soulevant avec l'ongle les squames superficielles, l'on aperçoit les couches épidermiques profondes beaucoup plus colorées.

La coloration jaune persiste longtemps après que la desquamation a cessé et on a pu la constater chez des malades complètement

guéris, sur la main desquels on ne pouvait pas soulever la plus mince lamelle épidermique, cinquante jours après le début de la maladie.

L'intensité de la coloration et celle de la desquamation ne sont nullement en rapport l'une avec l'autre et ce signe spécial n'a aucune signification au point de vue du pronostic.

Le signe planto-palmaire est intéressant à connaître, car il se rencontre dans presque tous les cas de fièvre typhoïde; mais ce qui lui retire de son importance au point de vue du diagnostic différentiel, c'est qu'on peut le rencontrer, assez rarement il est vrai, dans d'autres maladies, comme le rhumatisme ou la tuberculose.

M. Puentin explique la production de ce phénomène par un trouble de nutrition des tissus épidermiques, troubles dus à l'élimination par la peau des produits toxiques fabriqués par la maladie.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

#### Gauses de l'infiltration locale des tissus a la suite des injections d'ergotine

Par M. le Dr MUELMER (de Munich.)

Quelles que soient les précautions anti ou aseptiques que l'on prenne, il arrive souvent qu'à la suite des injections sous-cutanées d'ergotine, on ait une plaque indurée, plus ou moins étendue, due à l'infiltration du tissu cellulaire et donnant parfois l'impression d'un chancre induré, on même temps que les malades en éprouvent une assez grande gêne. Non seulement cet accident est désagréable, par les douleurs qu'il provoque, mais il peut arriver que le jeune médecin, non prévenu, soit ainsi conduit à des erreurs de diagnostic parfois regrettables.

M. le Dr Mueller, s'appuyant sur les caractères spéciaux d'un cas qu'il a eu l'occasion d'observer pense que ce noyau induré consécutif aux injections d'ergotine est dû à une nécrose aseptique du tissu adipeux sous-cutané. Il y aurait là une action directe de l'ergotine sur les vaisseaux, amenant une constriction passagère susceptible d'entraver momentanément la nutrition du tissu adipeux et aboutissant ainsi à une nécrose aseptique. De fait, cet accident est surtout fréquent chez des personnes obèses. Pour l'éviter le Dr Mueller recommande, lorsqu'on fait l'injection, de prendre de la main gauche un repli de la peau et d'enfoncer perpendiculairement l'aiguille de Pravaz dans toute sa hauteur.

(*Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.*)

#### Régime alimentaire dans la diathèse uratique, la goutte, les coliques néphrétiques ou hépatiques

##### PERMIS :

**Potages :** Potages clairs au bouillon, potages maigres, soupes aux herbes.

**Poissons** de toute espèce. Huîtres, coquillages, caviar.

**Œufs** crus, à la coque, cuits durs.

**Viande et volaille,** gibier, jambon, peptones, graisse, beurre.

**Légumes et farineux :** Légumes frais, légumes d'hiver bouillis, blanchis à l'eau salée, qu'on fait revenir au beurre fondu, salades fraîches assaisonnées au jus de citron, radis roses et noirs, champignons. Peu de pain.

**Dessert :** Fruits crus et cuits, fromage, poudings légers au lait et à la féculé. Confiture de cerises, de fraises, de citrons.

**Boissons :** Jamais froides, dégoûtées, abondantes (se régler sur l'excrétion urinaire) eau et eaux minérales, un peu de vin rouge vieux si nécessaire. Crème et lait. Thé et café légers. Infusion de grains torrifiés.

##### DÉFENDU :

Plus de 3 repas par jour. Tout excès d'alimentation, les grands diners, les soupes épaisses, les sauces vinaigrées et les roux, les pommes de terre, les tomates, l'oseille, les épinards, les marrons, les épices, les conserves, les pâtés, les poudings, la pâtisserie, les pâtés au

beurre, le sucre, le chocolat, les spiritueux, le vin, surtout s'il est doux, la bière, le tabac, le café. On ne doit jamais se servir de vinaigre pour la préparation des aliments.

Bien surveiller les troubles digestifs. " On doit garder une certaine mesure dans l'alimentation solide et liquide, ne pas manger plus que l'estomac ne peut digérer, ni moins que la quantité nécessaire à l'organisme pour entretenir les forces. (*Ibid.*)

## FORMULAIRE

#### Mixture contre la gastro-enterite aigue des enfants. (M. A.-C. DUTT)

Sous-nitrate de bismuth.....	2 grammes.
Elixir parégorique.....	} à XL gouttes.
Teinture de camomille.....	
Glycérine.....	8 grammes.
Eau distillée de cannelle.....	50 —

Mélez.—Faire prendre par petites cuillerées à café toutes les 3 heures.

#### Traitement des hémorrhoides

Dans les cas d'hémorrhoides non procidentes :

Vaseline.....	15 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 — 20
Antipyrine.....	1 — 50
Salol.....	1 —
Cire.....	Q. S. pour consistance assez solide

Appliquer dans l'anus 2 à 3 fois par jour gros comme une petite noisette.

Quand les hémorrhoides ont de la tendance à sortir, on emploiera la pommade suivante aux mêmes doses :

Vaseline.....	20 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 — 15
Tannin.....	1 —
Extrait de ratanhia.....	0 — 50
Extrait de belladone.....	0 — 10
Cire.....	Q. S.

(*Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.*)

#### Traitement des taches pigmentaires et du masque de la grossesse

Kaolin.....	4 grammes.
Pétréoline.....	10 —
Glycérine.....	5 —

(*Journal de Méd. de Paris*)

#### Mixture pour le pansement du panaris osseux (M. S. SCHUSTER)

Iode métallique.....	0 gr. 10 centigr.
Teinture d'iode.....	} à 5 grammes.
Teinture de ratanhia.....	
Iodure de potassium.....	2 —
Glycérine.....	30 —

Mélez.—Usage externe.

Une fois le panaris incisé, on introduit dans la plaie, jusqu'à l'os, une lamère de tarlatane aseptique imbibée du liquide ci-dessus formulé, puis on applique par dessus une compresse imprégnée d'une solution d'acétate d'alumine.

(*Semaine Médicale*)

#### Procédé pour enlever les corps étrangers sous les ongles

On ramollit l'ongle avec un bout d'allumette trempé dans une solution de potasse caustique au dixième, on enlève la bouillie cornée avec un éclat de verre, raclant l'ongle, on applique une nouvelle couche de potasse; nouveau raclage, et on arrive alors sur le corps étranger qu'on peut aisément enlever.

*Gaz. des Hôp.*

## TRAVAUX ORIGINAUX

## La bicyclette

Par M. le docteur F. X. J. DORION, de Québec.

(Suite et fin)

**LE GUIDON** :—Le rôle du guidon est d'appuyer et diriger ; il doit appuyer sans obliger le corps à prendre une position vicieuse, ce qui demande de bien placer les poignées ; il doit diriger en dépensant peu de force, ce qui exige une assez grande longueur de son bras.

Or comment sont faits les guidons ?

Chacun connaît la position vicieuse que prenaient et que prennent encore les amateurs de bicyclette ; ils se courbent en arc de cercle pour atteindre le guidon augmentant par là, disent-ils, leur force d'impulsion et diminuant la résistance de l'air. Confessons que cela peut soulager le cycliste par un vent contraire, que cela peut même augmenter la force de la jambe, mais aux dépens du libre jeu des organes thoraciques et abdominaux.

Or, quelle chose est la plus importante, que la jambe agisse fortement, ou que les organes thoraciques et abdominaux fonctionnent librement ? Poser la question, c'est la résoudre. Cette position inclinée que prennent tous les coureurs peut bien leur être utile pour vaincre un concurrent ou établir des records de vitesse mais elle est fatale à leur santé dont l'intégrité subit un record inverse. Un simple regard jeté sur la figure 4 fera comprendre notre pensée mieux qu'un long discours.

Découpons un morceau de papier suivant la figure A (fig. 4) ; Représentons y les organes P poumons, C cœur, F. foie, etc ; plions ensuite ce papier suivant les angles décrits par les lignes a b (fig. 4-A) de manière à former la figure B représentant la position du cycliste ; incliné sur la machine comme on le voit, la diminution de volume est surtout apparente entre l'ombilic et l'appendice xiphoidé, mais la compression des organes est égale dans toute la région thoraco-abdominale, d'autant plus que les bras, tendus sur le guidon, rétrécissent encore latéralement cette poitrine déjà si comprimée de haut en bas.

Dans cette position que sont devenus les poumons, le cœur, le foie, l'estomac et les intestins ? Pressés en avant et refoulés contre l'épine dorsale comme quantité négligeable ; et cela, au moment où les organes thoraciques, surtout, sont appelés à fournir leur summum de travail. Comment s'étonner ensuite s'il y a de l'essouffement, si le cœur se vide mal et s'il y a des intermittences ? Sans mettre en jeu l'excès de travail accompli par la jambe, la position trop inclinée serait suffisante pour expliquer ces accidents.

La compression des organes abdominaux à moins d'inconvénients ; cependant, il est facile de voir que cette position de l'estomac et des intestins présente peu de qualités eupeptiques, surtout après un repas. Ajoutons que les lombagos douloureux qui tourmentent encore le coureur longtemps après sa descente du bicycle n'ont d'autres causes que la position inclinée.

Heureusement que les fabricants ont tenté de remédier à ces inconvénients ; on fait aujourd'hui des guidons mobiles qui peuvent changer de position suivant le goût du cycliste pour la course rapide ou normale. Il en est de formes multiples mais on

peut les rattacher à deux types principaux : les horizontaux courbés depuis un angle léger jusqu'à un angle presque droit et les guidons à double courbure horizontale et verticale.

Chacune de ces formes a ses adeptes. Voici la conclusion à laquelle l'expérience nous a amené :

La double courbure, permettant d'allonger le levier, doit être préférée car le bras du guidon a besoin d'être plutôt long que court pour ménager l'avant-bras, vite fatigué surtout chez les novices.

Les poignées, plutôt grosses que petites pour ne pas obliger la main à une contraction trop énergique, seront sensiblement parallèles à l'axe de la bicyclette parce qu'alors les mains sont dans une position qui s'approche plus de la naturelle. Pour ne pas obliger le tronc à se pencher en avant, ces poignées seront placées dans le prolongement d'une ligne horizontale passant par le plan de la selle (fig. 5) ou à 2 pouces au-dessus suivant la longueur des bras du bicycliste.

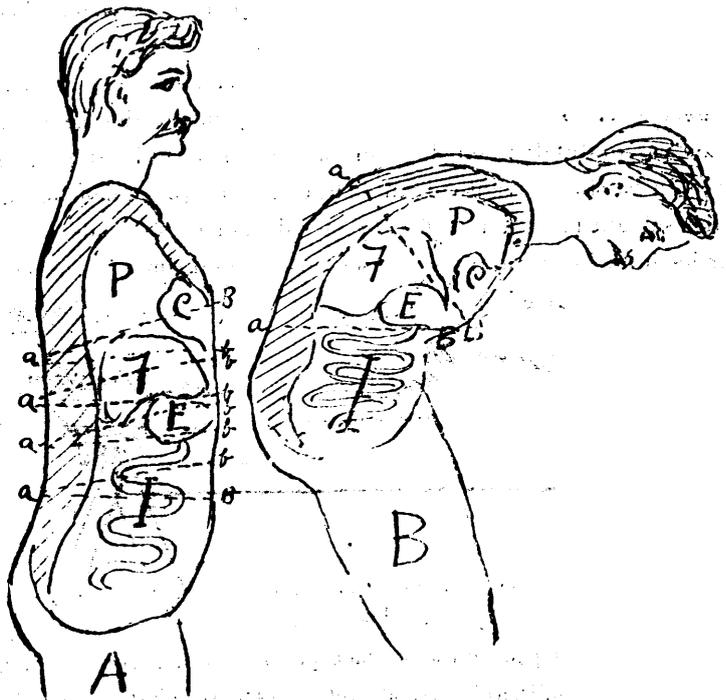


Fig. 4

De la sorte le coureur se trouve à combiner, à une assiette solide, une inclinaison en avant assez grande pour satisfaire à la fois aux lois de la force, du centre de gravité, de l'élégance, du confort et de l'hygiène. De plus le sportsman assure ainsi sa meilleure position possible sur la selle, comme nous le verrons plus tard. Mais le tronc ne doit jamais se redresser assez pour provoquer la cambrure de la région des lombes, ce qui aurait pour effet de remédier à un inconvénient par un autre peut-être un peu plus grand.

Pour en finir avec le guidon, ajoutons que la main ne doit jamais serrer convulsivement les poignées. Sans être de ces experts qui guident leur bicyclette les mains dans leurs poches, un cycliste de force moyenne doit pouvoir diriger sa machine du bout des doigts dans les chemins ordinaires. Beaucoup se plaignent de courbature et d'épuisement des muscles de l'avant-bras pour avoir négligé cette particularité.

**La Selle** : Une bonne selle doit avoir les qualités d'un bon siège et le cycliste doit s'y asseoir aussi confortablement que sur une chaise. Comment sommes-nous donc assis sur une chaise ?

"L'homme à pied", dit le capitaine Guédeville dans son traité d'équitation, "a les os des hanches plus en avant et plus haut ; le rein est plus ou moins croux. L'homme, bien assis sur une chaise, n'a plus le bas du dos concave et les os des hanches sont un peu inclinés en arrière, ils se trouvent sur la verticale des os du siège ; les cuisses occupent alors une position horizontale." Le bicycliste en selle doit avoir le bassin posé de la même manière mais avec les genoux descendus pour permettre à la jambe d'atteindre la pédale ; dans quel rapport sont les os du bassin avec la selle ?

Il est deux tubérosités osseuses recouvertes de bourses séreuses qui jouent le plus grand rôle dans l'acte de s'asseoir les ischions. Placés de chaque côté d'organes importants que leur prééminence protège, c'est sur elles que repose alors tout le poids du corps ; les organes placés entre elles, coccyx, anus, et vulve chez la femme, coccyx, anus, prostate, bulbe, corps caverneux et bourses chez l'homme ne doivent subir aucune compression. Autrement il en résulterait des irritations et des congestions aptes à provoquer l'écllosion d'accidents graves.

Le bicycliste doit donc s'asseoir sur les ischions mais en évitant également la position cambrée de la taille et la position penchée en avant car toutes deux ont le même inconvénient qui est d'incliner l'axe du bassin en avant suivant la ligne d o, ce qui ramène en bas les pubis suivant la ligne b c (fig. 6) et fait porter le poids du corps sur les branches montantes des ischions en comprimant tous les organes situés entre elles.

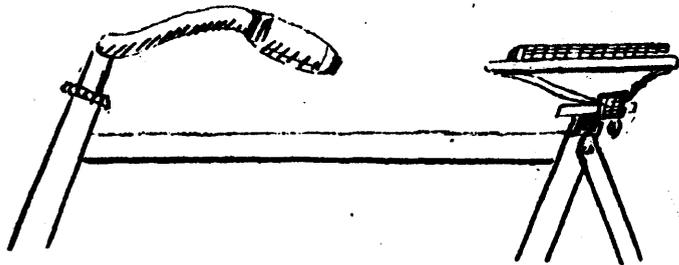


Fig. 5

Mais ce n'est pas tout de se bien poser, il faut encore avoir une bonne selle, et malheureusement, cette dernière n'est pas aussi répandue qu'elle le devrait et n'a pas encore détrôné ses devancières. Il s'est fait des selles de formes aussi variées que les marques de fabrique de la bicyclette mais on pourrait les ramener à deux types principaux : les anciennes à base élastique, et les nouvelles à base rigide.

Les selles anciennes, constituées par un morceau de cuir tendu entre les deux extrémités d'une lame élastique, (fig 6, F) sont assez moelleuses, mais dans les moindres secousses, leur diamètre antéro postérieur se raccourcissant leur surface devient plus concave (fig. 6 G.) et le pommeau vient heurter rudement les bourses ou d'autres organes qu'il devrait respecter. De plus, ces selles ont une fente linéaire dans une grande partie de leur longueur ; or, par la pression des jambes et la courbure de la surface de cuir les bords de cette fente se joignant et même se croisant, il en résulte une arête plus ou moins tranchante toute prête à s'insinuer dans le pli interfessier pour y causer du désordre parmi les parties exposées à porter sur son sommet. Il suffit de se rappeler la structure du périnée pour comprendre combien il doit être incommodé par ce contact.

Prenons, d'arrière en avant, le coccyx dont la pointe peut être

contusionnée et s'enflammer, l'anus dont les veines du pourtour si sensibles à la pression peuvent se congestionner et devenir l'origine d'hémorroïdes douloureuses sans compter le pruritus ani qui s'observe assez souvent ; chez les personnes du sexe, la vulve dont la compression, outre le danger d'inflammation des glandes vulvo vaginales expose, surtout chez les jeunes filles, à l'irritation du clitoris et conséquemment à l'habitude de mauvaises pratiques dont l'inconvénient est bien grave ; de plus la compression provoquant dans la vulve un afflux sanguin, cette congestion s'étend aux organes voisins d'où turgescence de l'utérus et de la vessie, inflammation du canal de l'urèthre et dysurie, chose assez fréquente chez les femmes pour ne pas la provoquer artificiellement.

Chez l'homme les inconvénients sont peut-être encore plus graves : Certains individus, surtout les prédisposés, se plaignent de rétentions presque complètes d'urine, dues à une hypertrophie congestive de la prostate ; le bulbe, les corps caverneux et les bourses sont plus ou moins malmenés ; des individus nous ont consulté pour des érections nocturnes douloureuses accompagnées de pollutions, et,

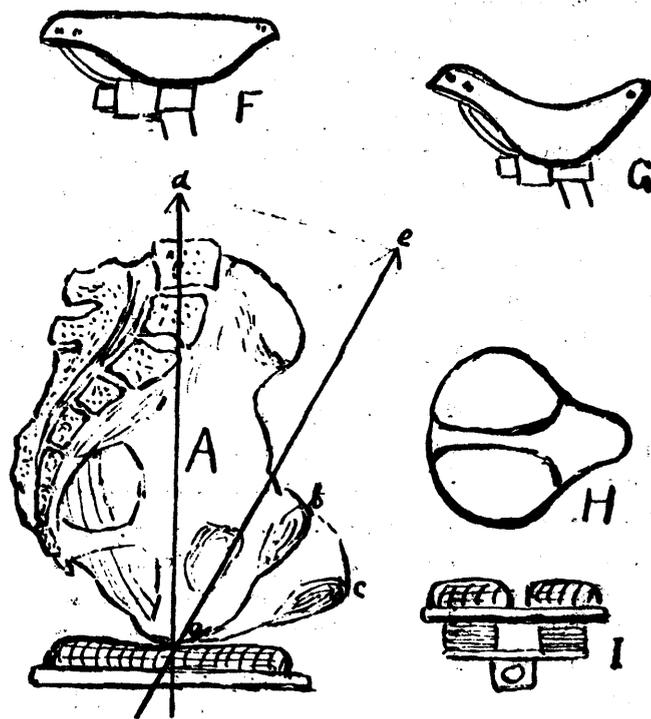


Fig. 6

dernièrement encore, un jeune mari est venu nous demander l'explication d'une impuissance qui n'avait pas coutume d'être son partage. La simple inspection de la selle d'une bicyclette dont notre client s'était servi la veille pour une longue promenade nous donna l'explication de ce fait : la selle avait un pommeau malfaisant.

Quelques jours de repos ont remis les choses en parfait ordre ; mais, notre client a été trop radical dans sa cure en renonçant absolument à un passe temps agréable et même utile quand il aurait été si facile de remédier à cet inconvénient en faisant disparaître la cause du délit.

Sans recourir au coussin, siégeant dans le fond de la culotte, comme certains bicyclistes l'ont fait, il était possible de remédier aux inconvénients présentés par le siège de la bicyclette, et il a été fait, dans ce sens, des efforts couronnés d'assez de succès.

Les selles, nouvellement mises sur le marché, ont une surface rigide et plane, leur pommeau est court, et, sur la partie la plus

large de leur surface, destinée à recevoir les ischions, on a fixé deux consinets rimbouffés, de formes variables, mais séparés entre eux de manière à laisser la partie médiane libre (fig. 6, Het I), de sorte que le perinée est absolument à l'abri de toute pression. Mais, pour ne pas faire perdre le bénéfice de l'élasticité de l'ancienne selle, fort appréciée surtout dans le passage des grosses ornières, on a placé, au-dessous de la partie rigide, un ressort à boudin ou à lame qui obéit bien aux chocs tout en laissant la partie supérieure de la selle toujours la même (fig. 6, I).

Cette selle n'est peut-être pas parfaite, mais comme elle remédie à la plupart des inconvénients reprochés à la bicyclette, nous croyons que son adoption rallierait au cyclisme beaucoup de récalcitrants.

La tâche que nous nous étions imposée touche à sa fin. Les nombreux médecins qui, jusqu'à présent, se sont occupés de la bicyclette en ont presque toujours parlé d'une manière générale; nous avons voulu être plus précis et dire quelques mots de l'influence de quelques unes de ses parties sur le bien être de l'individu qui la monte. De la sorte, celui qui voudra faire du cyclisme saura où porter ses investigations pour se procurer une machine qui ne lui soit pas dommageable. Il est bon de se préoccuper de l'élégance, du poids et du prix d'une bicyclette, mais il est encore mieux de s'assurer si son système de propulsion, ses tubes, sa selle et son guidon n'offensent pas l'hygiène.

Nous ne croyons pas opportun de nous étendre sur les états dans lesquels on peut pédaler et les maladies susceptibles d'être améliorées ou aggravées par cet exercice; le sujet a été traité si complètement et si souvent que ce serait faire des redites inutiles. Un principe général suffira: que ceux qui peuvent se livrer à des exercices un peu actifs peuvent faire de la bicyclette sans danger, avec cette restriction qu'ils ont besoin d'un peu d'empire sur eux même pour ne pas se laisser entraîner, ce qui est ici plus facile qu'ailleurs à cause d'un certain état cérébral particulier au cycliste et qui le fait se fatiguer presque sans s'en apercevoir.

Les phlegmatiques, assez peu sensibles à l'émulation pour laisser passer une voiture ou un cycliste à leurs côtés, sans s'acharner à les dépasser et même à les suivre, seraient donc les privilégiés de la bicyclette, ceux qui pourraient pédaler avec profit.

Quant aux ambitieux qui seraient tentés de se laisser entraîner hors des limites d'une vitesse raisonnable, nous leur conseillons de se remémorer de temps à autre cet aphorisme d'un vieux médecin paradoxal: "On marche avec ses jambes, on court avec ses poumons, on galope avec son cœur, on résiste avec son estomac et on arrive avec son cerveau", pas toujours au but qu'on se proposait d'atteindre, témoin le champion Rivière perdant l'esprit pendant une course de longue haleine.

Dr. DORION,

155, Rue St-François, Québec.

ERRATA: — Dans le premier numéro traitant ce sujet (46). Vers la fin de la première colonne, lire "non soupçonnés" au lieu de "soupçonnés".

## Société médicale de Québec

SÉANCE DU 23 JUIN 1898.

Monsieur le Président occupe le fauteuil.

Après les affaires de routine, M. le docteur Paradis, de St-Thomas, nous fait lecture d'un travail remarquable ayant titre: "*Le Médecin à la Campagne*" qui intéressa visiblement l'assemblée et valut à son auteur les félicitations de Monsieur le Président.

En second lieu, le secrétaire donne lecture d'une lettre d'un citoyen de la ville dans laquelle il demande à la Société Médicale de bien vouloir s'occuper par les moyens qu'elle jugera convenables, de certaines réformes qui s'imposent pour le plus grand bien du public à notre Hôpital Civique.

Après considération il est convenu que le plaignant fasse sa demande au Comité de Santé d'abord; si alors on refuse ou néglige de remédier au mal signalé, la Société se fera un devoir de s'occuper de la question.

Enfin M. le docteur Ahern fait rapport d'un cas très intéressant et très documenté d'ectopie du testicule, qu'on lira du reste avec plaisir dans un prochain numéro de *La Revue Médicale* ainsi que le travail de M. le docteur Paradis.

En raison des élections de juillet et des assemblées que nécessitera la visite à Québec de la Société Médicale Canadienne, la séance est ajournée au mois de septembre.

C. R. PAQUIN M. D.  
Secrétaire.

## Assemblée générale des médecins du district de Québec

Mardi, le 21 juin, a eu lieu au Salon de l'Université Laval de Québec, sous la présidence de M. le Dr Ahern, une assemblée générale des médecins du district de Québec, pour entendre le rapport du comité et aviser au choix des candidats à la représentation de ce district, dans la chambre des gouverneurs.

Le procès verbal de la séance de février est lu et adopté, puis le secrétaire est appelé à faire la lecture du rapport du Comité.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Messieurs,

C'est pour s'acquitter de sa dernière obligation envers les médecins du district électoral de Québec, que le comité nommé par vous en février dernier, a l'honneur de vous réunir ce soir en assemblée. Depuis sa formation, grâce à l'empressement avec lequel la presque totalité de la profession a répondu à son appel, il a travaillé sans relâche par tous les moyens jugés honorables, pour mener à bonne fin la tâche réellement difficile que vous lui aviez confiée. Aussi est-il heureux de vous faire rapport que le succès le plus éclatant a couronné ses efforts.

Bien avant sa nomination les membres du comité avaient constaté que la grande majorité des médecins ignoraient en pratique, pour ne pas dire plus, le fonctionnement du bureau des gouverneurs, le nom des représentants, le but et l'objet.

Le premier soin du comité a été de renseigner tous ceux qui semblaient vouloir s'intéresser à une telle organisation.

Au cours de ce travail préliminaire le comité ayant appris qu'un travail antagoniste à celui demandé par l'assemblée était organisé dans le but de ramasser vos procurations pour les faire servir au maintien du régime actuel, le comité, dis-je, a cru prudent de se servir des mêmes armes afin d'arriver plus sûrement aux grandes réformes qui s'imposent depuis si longtemps. Ces réformes qui ont été demandées par toute la presse médicale et qui ont servi de programme au comité dans l'exécution de ce qu'il a cru être son devoir peuvent se résumer de la manière suivante:

1° Abolition du vote par procuration,

- 2° Election des gouverneurs par district.
- 3° Abolition de la-bibliothèque.
- 4° Pas de laboratoire.
- 5° Réforme dans l'administration des finances.
- 6° Diminuer la contribution annuelle.
- 7° Changer le registraire.
- 8° Eliminer du bureau ceux qui sont opposés à toutes ses réformes.
- 9° Donner un code pénal au bureau de discipline.
- 10° Délivrer les médecins des charlatans par des lois plus effectives.

11° Employer les deniers du Bureau pour des fins plus généralement utiles et profitables à la fois aux médecins de la campagne et à ceux de la ville.

Voilà le programme avec lequel votre comité a sollicité les procurations dans le district de Québec. Aussi c'est avec enthousiasme qu'il a été reçu et appuyé.

Aujourd'hui, 183 procurations du district sont enrégistrées à Montréal et entre les mains de notre président. Le plus lourd de la besogne a été de faire payer les arrérages et les contributions de l'année courante. On était si peu habitué à cela. Pour ne pas perdre le fruit de son travail, le Comité a jugé prudent de percevoir l'argent, de l'envoyer au Dr Benoît, à Montréal, qui s'est chargé de faire enregistrer les procurations, nous les retourner avec le reçu officiel pour chaque médecin en règle.

De ce travail \$366.00 de contribution annuelle et 5 à \$600 d'arrérages sont entrées par l'entremise du Comité dans la caisse du Bureau.

Le Comité a lieu de croire qu'une bonne majorité des médecins du district seront présents à l'assemblée de Montréal en juillet prochain.

Maintenant le comité laisse à l'assemblée le soin de décider ce qu'il reste à faire avant l'élection.

Croyant que son travail est terminé, qu'il ne lui reste plus rien à faire pour assurer le succès de la grande cause adoptée par la profession de toute la province, le comité vous prie de bien vouloir accepter sa résignation avec ses remerciements pour la confiance que vous aviez mise en lui.

Avant de terminer le comité ne peut s'empêcher de vous dire qu'au cours de son travail il a été témoin de choses contradictoires et fort étranges, c'est que privement le plus grand nombre des gouverneurs semblant d'accord à vouloir les réformes que nous demandons, n'en ont pas moins continué à travailler contre. En second lieu, qu'on s'est laissé dire sur tous les journaux des choses d'un caractère très sérieux sans qu'on ait jugé à propos d'en détruire le mauvais effet.

En plus, il croit devoir protester contre les attaques malveillantes lancées contre ses membres par ceux-là mêmes qui avaient demandé sa formation.

Le tout humblement soumis.

Membres	{	L. CATELLIER, président.
du		A. VALLÉE.
Comité		CHS. VERGE.
		P. V. FAUCHER.
		C. R. PAQUIN, secrétaire.

Ce rapport est adopté à l'unanimité.

M. le Président invite alors M. le Dr Catellier qui a pris une part si active et si louable dans tout ce qui a été fait par le Comité, à bien vouloir donner son opinion sur ce qui reste à faire.

Se rendant au désir du président, M. le docteur Catellier est d'avis que la première question à décider est celle qui a trait à la représentation de chaque district.

Actuellement, dit-il, les districts ne sont pas représentés d'une façon équitable. Il y a des districts qui ne le sont pas du tout, tandis que d'autres comptent jusqu'à trois gouverneurs. En second lieu

des districts v. g. district de Québec, comptent jusqu'à 66 médecins tandis que d'autres n'en renferment que 18 et 23.

Nous avons cru, dans le comité, qu'il serait juste que chaque district électoral devrait se composer d'un nombre à peu près égal de médecins et être représenté par un gouverneur choisi parmi eux et par eux.

La distribution la plus rationnelle, selon nous, devrait être la suivante. Elle diffère quelque peu de celle adoptée par la chambre des gouverneurs, mais nous serions pour que l'on se basât sur elle pour choisir nos candidats de district.

Districts.	Comtés.	Médecins.			
Beauco	Beauce	18			
	Dorchester	6			
		24			
Montmagny	Bellechasse	9			
	L'Islet	8			
	Montmagny	10			
		27			
Kamouraska	Kamouraska	10			
	Témiscouata	15			
		25			
Gaspésie	Gaspé	5			
	Bonaventure	7			
	Rimouski	15			
		27			
Chicoutimi	Chicoutimi et	}	11		
	Lac St Jean				
	Saguenay	3			
	Charlevoix	9			
		23			
Québec	{	côte nord	{	Portneuf	16
		Québec		16	
		Montmorency		6	
			38		
	{	côte sud	{	Lévis	18
		Lotbinière		10	
		28			

Je propose donc, continue le docteur Catellier, secondé par les docteurs Robitaille et Boulet, que l'assemblée adopte cette division des districts pour nous guider dans le choix des candidats à l'élection des gouverneurs. Adopté à l'unanimité.

Maintenant si vous me demandez quel est le meilleur moyen de choisir les candidats, je crois, dit-il, qu'il serait sage de confier à chaque district le soin d'élire lui-même son représentant. Ainsi nous mettrions en pratique un des principes pour lesquels nous combattons.

A cet effet, il est proposé par le docteur P. Boulet, secondé par le docteur A. Robitaille, que les médecins de chaque district fassent eux mêmes le choix de leurs représentants à l'élection des gouverneurs en juillet prochain en se basant sur la division du district électoral tel qu'établi par cette assemblée dans la motion précédente.

Que chaque voteur envoie son bulletin portant le nom du candidat de son choix au président de l'assemblée, qui, lui, devra en faire le dépouillement le 5 juillet prochain en présence de deux scrutateurs nommés par cette assemblée.

Que l'élu de la majorité du district soit supporté par les procurations qui sont entre les mains du président,

D'abord tout le monde paraît d'accord à adopter cette motion. Mais après considération plusieurs, tout en louant le principe de la motion ne peuvent admettre que la chose soit praticable et donnent l'appui des raisons irréfutables. En conséquence, M. le docteur Paradis, de St Thomas, propose, secondé par MM. les docteurs Brophy, de Ste-Foye, et M. Genest, de St-Bernard :

Qu'attendu que les médecins ont donné leurs procurations librement, avec confiance et sans conditions au président, que ce dernier s'en serve sans restriction pour élire les hommes qu'il croirait digne de représenter et les districts et la ville. Adopté unanimement.

Mais M. le Président dit qu'il n'est pas prêt à assumer seul une telle responsabilité, qu'il a besoin de l'aide d'un comité nommé par l'assemblée.

Alors pour se rendre à ce désir, il est proposé par le docteur A. Jobin, secondé par les docteurs Dorion, Genest et Savard que le président soit aidé des membres du comité électoral qui viennent de donner leur démission pour faire le choix des candidats à l'élection des gouverneurs pour le district et la ville de Québec. Adopté à l'unanimité.

En dépit des protestations des membres du comité il reste admis, convenu, que le choix des candidats devra être fait par eux et le président de l'assemblée, M. le docteur Ahern.

M. le docteur Catellier fait alors un chaleureux appel à tous les médecins pour les engager à se rendre à Montréal, le 13 juillet.

MM. les docteurs Ahern et Brophy parlent dans le même sens.

Enfin il est proposé par le docteur A. Jobin, secondé par le docteur Dorion, que cette assemblée vote de chaleureux remerciements au comité électoral de Québec pour le travail effectif qu'il a fait jusqu'à présent. Cette motion fut adoptée par de longs applaudissements, puis l'assemblée fut dissoute.

Par ordre

C. R. PAQUIN,

Secrétaire.

## CORRESPONDANCE

### Lettre à MM. les Médecins

C'est le moment de dire qu'il y a évidemment "péril dans la demeure". Le dernier truc employé pour escamoter ni plus ni moins les procurations des médecins nous donne une preuve manifeste du malaise qui s'accroît de jour en jour parmi les partisans du régime Beausoleil, à l'approche des élections.

On ne saurait concevoir un procédé plus infâme que celui qui vient d'être tenté, en désespoir de cause, comme dernier moyen de sauver la barque des gouverneurs en grand danger de sombrer sous la vague menaçante de l'opinion.

Chacun sait que le système des procurations si utile dans le passé à certaine coterie qui savait en abuser pour se maintenir au bureau des gouverneurs, en dépit du sentiment général, est devenu cette année entre ses propres mains un véritable engin de destruction.

C'est-à-dire que la grande majorité des procurations enrégistrées jusqu'à présent est en faveur d'un mouvement de réforme dans le Bureau Actuel des Gouverneurs du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec.

On a d'abord essayé de toutes sortes de subterfuges pour enrayer et retarder l'enregistrement des procurations hostiles au bureau actuel, mais sans succès.

Le comité de réforme étant parfaitement organisé a pu déjouer jusqu'à présent toutes les intrigues et faire valider ses procurations en dépit des obstacles.

Or, voici qu'avec la fin de juin, le délai légal pour l'enregistrement des procurations allait expirer.

Les partisans du régime Beausoleil s'étant comptés se sont aperçus qu'ils étaient le petit nombre et que leur sort allait être bientôt scellé.

Que faire pour éviter le désastre imminent ?

Il n'y a pas un instant à perdre ; deux jours de grâce, c'est tout ce qui reste pour ranimer un brin d'espoir.

On se met aussitôt à l'étude de ce problème de vie ou de mort. Chacun médite dans son cerveau mille et une intrigues qui sont alternativement considérées comme insuffisantes à sauver la situation.

Tout-à-coup le moyen est trouvé, il est digne des plus tristes réputations européennes.

Le voici :

On rédige à la hâte une procuration sur carte postale à l'adresse de M. le Régistrateur du Bureau Médical (M. Beausoleil), que l'on expédie à tous les médecins qui ont déjà donné leur procuration en faveur du mouvement de réforme.

Sur cette formule, les médecins sont invités sur un ton tout-à-fait paternel et benin à autoriser M. un tel, gouverneur du Collège, à voter *spécialement* en faveur de M. un tel, révoquant toute autre procuration générale ou spéciale donnée avant ce jour.

Une circulaire qui accompagne la procuration explique le but de toute cette attention dont vous êtes le sujet étonné.

On vous rassure béatement en vous affirmant que cette nouvelle procuration est à seule fin de valider définitivement la première déjà donnée et que des rumeurs soupçonnent de non-efficacité.

Or voici le résultat que l'on attend de ce procédé ; c'est qu'un certain nombre de médecins éloignés des sources d'information se laisseront prendre à ce truc et voyant le nom de celui qu'ils avaient primitivement chargé de les représenter inscrit sur cette procuration croiront à un changement de tactique et signeront de bonne foi cette perfide autorisation à voter exactement à l'encontre de leur opinion.

En vérité, nous le répétons, il faut que le sort du Bureau actuel soit bien risqué pour que ses partisans consentent à user de semblable subterfuge.

Il faut surtout éprouver bien peu de respect envers les membres de la Faculté pour tenter d'escamoter ainsi leur vote libre et indépendant.

C'est l'opinion de tous les médecins que nous avons rencontrés et qui nous ont exprimé leur indignation, qu'un Bureau de gouverneurs maintenu à la faveur de semblables procédés devrait être jugé incompetent à protéger les intérêts de la profession et indigne de subsister.

Si ce truc que nous dénonçons obtenait le résultat désiré par ses auteurs la question de l'abolition du Collège des médecins et chirurgiens, devenu plutôt nuisible qu'utile aux intérêts professionnels, se poserait d'elle-même.

En attendant le dénouement, nous espérons que ce dernier effort de condamné aura le résultat qu'il mérite.

Nous profiterons de l'occasion pour signaler aux médecins l'importance de leur présence à Montréal, le 13 juillet, en aussi grand nombre que possible afin de pouvoir parer tout événement et déjouer personnellement toute ruse qui pourrait être employée par les adversaires du mouvement de réforme dans le but de remporter l'élection.

Jusque là, nous les exhortons aussi à se mettre prudemment en garde contre toute communication, qu'ils pourraient recevoir, ne portant pas la signature de l'un des membres du comité d'organisation du mouvement de réforme.

VOTRE COMITÉ.

## REPRODUCTION

De la syphilis de l'estomac

Par M. le professeur DIEULAFOY.

Conclusion : 1° La syphilis de l'estomac n'est pas aussi rare qu'on pourrait le supposer.

2° Les lésions syphilitiques de l'estomac se présentent sous de formes variées : érosions hémorragiques, secchymoses de la muqueuse, infiltration gommeuse de la sous-muqueuse, plaques gommeuses, gommées circonscrites, pulcérations gommeuses, cicatrices d'ulcères gommeux.

3° Ici, comme dans toutes les pertes de substance des parois stomacales, il est probable que l'action du suc gastrique continue ce que le processus ulcéreux initial a commencé.

4° Les symptômes de l'ulcération syphilitique de l'estomac peuvent rappeler tous les symptômes de l'ulcère simple : douleurs xyphoïdienne et rachidienne, intolérance stomacale, vomissements alimentaires, grandes et petites hématoméses, melaena, amaigrissement cachectique.

5° Aucun de ces symptômes ne permet d'affirmer la nature syphilitique de la lésion stomacale. Toutefois les signes de l'ulcère simple survenant chez un syphilitique, il est permis de supposer que la lésion stomacale est elle-même syphilitique.

6° Il ne faut donc jamais oublier de rechercher la syphilis dans les antécédents d'un malade atteint des symptômes de l'ulcère simple ou de l'exulceratio simple.

7° En pareille circonstance, le traitement doit être aussitôt institué : préparations mercurielles et iodure de potassium.

8° La notion de la syphilis, comme cause des ulcérations stomacales, est d'autant plus importante à connaître qu'elle permet de guérir des malades qu'on serait tenté de livrer à l'intervention chirurgicale.

(Bulletin de l'Académie de Médecine.)

## Sur la valeur diagnostique du serum artificiel dans la tuberculose

On sait que le Dr Sirot, de Beaune, a démontré que le sérum artificiel peut déceler chez l'homme la tuberculose, comme le fait la tuberculine de Koch.

Chez les individus indemnes de tuberculose, il n'y a pas de réaction fébrile, dans les 9 heures qui suivent l'injection. Chez les individus apyrétiques, en possession de tuberculose, il se fait dans les 9 heures qui suivent l'injection une réaction fébrile. L'injection est inoffensive.

M. Terre a cherché à contrôler ces assertions par l'expérimentation sur les animaux. Ses essais sur les cobayes lui ont montré :

1° Que l'injection de sérum artificiel détermine, chez les cobayes tuberculeux, une réaction fébrile comme celle que provoque la tuberculine ; une réaction de même ordre se produit chez les cobayes sains, mais elle est très faible. Le seul fait à retenir, c'est que l'hyperthermie, chez les tuberculeux, est très notable et constante.

2° Une élévation de température notable ne se produit que chez des animaux nettement tuberculeux ; dans les premiers temps d'évolution de la maladie, les cobayes ne réagissent pas ou très peu.

3° Ces injections semblent inoffensives, car des cobayes soumis plus de vingt fois à ce traitement et inoculés de tuberculose depuis plus de deux mois, sont encore vivants actuellement.

4° La réaction paraît due aux sels de soude, l'inoculation d'eau pure ou de bouillon étant sans effet.

(Bourgogne-Médicale)

## Nouveau traitement pour ranimer les enfants nés en état de mort apparente

D'après le *Journal de Médecine et de thérapeutique infantiles*, M. Belfort Brown préconise un moyen qui permettrait de ranimer les enfants nés en état de mort apparente, et d'affirmer la mort, quand il demeure sans effet.

On sait que chez l'enfant mort-né la chute de la température rectale est rapide ; elle descend à 10 ou 15 degrés au-dessous de la normale. Tant que cette chute de la température n'est pas constatée, on doit faire des tentatives pour ranimer l'enfant. Un autre signe différentiel est dans l'état de la pupille qui, chez le mort-né, est largement dilatée, et chez l'autre, est petite et peu modifiée. Le meilleur traitement, d'après l'auteur, consiste à injecter dans chaque bras quatre ou cinq gouttes de whisky et une goutte de teinture de belladone. S'il n'y a aucune réaction, on injecte de l'eau stérilisée sous la peau et, dans l'intestin, un mélange d'eau et d'ammoniac. S'il n'y a aucune réaction et que la température continue à baisser c'est une preuve certaine de mort.

Dans le cas de mort apparente, immédiatement après l'injection hypodermique, les yeux s'ouvrent, les muscles respiratoires entrent en jeu et l'enfant pousse le cri caractéristique du nouveau-né ; puis, le cœur se met en mouvement, le pouls devient perceptible au poignet, et la cyanose disparaît. On enveloppe alors l'enfant dans une flanelle chaude, et on place des bouillottes d'eau chaude autour de lui. S'il y a lieu, on peut répéter les injections hypodermiques.

(Abeille méd.)

## BIBLIOGRAPHIE

## La famille nevropathique

Théorie tératologique de l'hérédité de la prédisposition morbide et de la dégénérescence, par le Dr CH. FÉRÉ, médecin de Bicêtre. Deuxième édition revue et augmentée. (F. Alcan, éditeur.)

L'auteur s'est proposé d'expliquer l'hérédité des maladies nerveuses et leur parenté avec les maladies diathésiques étant admises, comment celles-ci peuvent se manifester en dehors de l'hérédité.

M. Féré montre que ces exceptions, connues sous le nom d'hérédité dissemblable et d'hérédité collatérale, se trouvent dans les familles tératologiques qui, souvent, sont aussi des familles pathologiques. Ce qui est pathologique, ce sont des troubles de nutrition de la période embryonnaire ; entraînant des effets différents suivant l'époque à laquelle ils se produisent. Les troubles du développement commandent la prédisposition morbide. Ces troubles réalisent une destruction progressive des caractères de la race ; la dégénérescence, quelle que soit sa cause, peut être définie une dissolution de l'hérédité, qui aboutit, en fin de compte, à la stérilité.

Un chapitre est consacré au caractère tératologique de la dégénérescence. L'auteur montre par des expériences, qu'il n'y a aucun rapport nécessaire entre une déformation et telle ou telle cause de dégénérescence ; il reproduit dans des couveuses artificielles les mêmes dissemblances que dans les familles tératologiques ou pathologiques. Des faits cliniques et expérimentaux semblent indiquer que l'on peut, en agissant sur la nutrition de l'embryon, résister aux influences dégénératives.

L'auteur, depuis la première édition, paru il y a quatre ans, a continué ses recherches ; aussi a-t-il pu faire de nombreuses additions, notamment aux chapitres traitant de l'hérédité tératologique, des rapports des malformations et de la prédisposition morbide, de la tératogénie expérimentale, de la prophylaxie. — Parmi les chapitres nouveaux ajoutés à cette deuxième édition, nous signalerions celui qui est relatif à la parenté morbide des tumeurs.

En vente chez Déom Frères, 292 rue St Denis Montréal. Prix : 90 cts.

# TABLE DES MATIÈRES

## TRAVAUX ORIGINAUX

<p><b>A</b></p> <p>Amygdales. De l'hypertrophie des — et de son traitement par M. le Dr L. N. J. Fiset, 161. <i>suite</i>..... 165</p> <p>Association médicale Britannique Congrès 1897 médecine, 61 ; Chirurgie, 62 ; Hygiène, 64 ; Assurance. Le médecin d'—sur la vie, M. le Dr J. P. Boulet, 129.</p> <p><b>B</b></p> <p>Bains d'air chaud sec, par M. le Dr P. V. Faucher..... 337 <i>suite</i>..... 345, 353</p> <p>Bicyclette. La—, par M. le Dr F. X. J. Dorion..... 361 <i>suite</i>..... 369, 377</p> <p>Blessure. Observation d'un cas de — de la verge et du sacrum autoplastie, par M. le Dr J. F. Dussault... 321</p> <p><b>C</b></p> <p>Choledochotomie, M. le Dr M. J. A. Ahorn..... 9</p> <p>Chronique médicale. Asler et Richet, Dr Os..... 113</p> <p>Chronique retrospective, C. V. 178</p> <p>Contusion suivie d'une arthrite suppurée et d'une ankylose M. le Dr E. Paquet... 153</p>	<p><b>D</b></p> <p>Diphthérie. De la—et son traitement, statistiques, par M. le Dr J. E. Laberge... 121</p> <p>De la—à la campagne, par M. le Dr S. Geo. Paquin... 225</p> <p><b>E</b></p> <p>Ecole. L'état hygiénique des —rurales, par M. le Dr J. G. Paradis..... 145</p> <p>Electricité. De l'—statique en médecine, par M. le Dr Chs. Vergo..... 297 <i>suite</i>..... 305, 313</p> <p>Estomac. Un cas de dilatation aiguë de l'—, par M. le Dr A. Jobin..... 177</p> <p>Etude sur la cause ou condition première de toute maladie, M. le Dr C. R. Paquin 33. <i>suite</i>..... 41</p> <p><b>F G</b></p> <p>Grossesse. Sur un cas de—gémellaire avec avortement et expulsion des foetus ainsi que des annexes à des époques différentes, M. le Dr F. X. J. Dorion..... 105</p> <p>Cas de—extra-utérine, Laparotomie, Guérison, par M. le Dr A. Laphorn Smith. 249</p> <p><b>H</b></p> <p>Hystérectomie. Les indications pour l'—vaginale avec un rapport de quelques cas, M. le Dr A. Laphorne Smith..... 137</p>	<p><b>I J K L M</b></p> <p>Matrice. Traitement de deux cas de tumeur fibreuse de la — expulsées à la suite du traitement électrique, par M. le Dr A. Laphorn Smith 281</p> <p>Microbes. Influence de la lumière sur les —, M. le Dr F. Boulanger ..... 49</p> <p><b>N</b></p> <p>Nez. Manifestations pathologiques à distance dans les maladies du— M. le Dr L. N. J. Fiset ..... 25</p> <p>Cas de corps étranger dans les fosses nasales, par M. le Dr L. N. J. Fiset..... 265</p> <p><b>O</b></p> <p>Occlusion intestinal aiguë. De l'intervention électrothérapeutique dans le traitement de l'—, par M. le Dr Brochu..... 1</p> <p>Oeil. Considérations sur les affections syphilitiques de l'—, M. le Dr J. Jehin Prume <i>suite</i>..... 73, 81</p> <p><b>P</b></p> <p>Paupières. Opérations sur les —, par M. le Dr Jehin Prume..... 233 <i>suite</i>..... 241</p> <p>Phénomènes. Les — psychiques et la médecine, par M. le Dr C. Vergo..... 201 <i>suite</i>..... 209, 217</p>	<p>Phimosi et ses complications M. le Dr Henri Lasnier... 97</p> <p>Placenta prævia. Cas de — M. le Dr P. V. Faucher... 17</p> <p>Prospectus. La Direction... 1</p> <p><b>Q R S T</b></p> <p>Ténorrhaphie. De la—son histoire et sa thérapeutique chirurgicales appuyées d'une observation, par M. le Dr Alfred V. Roy..... 89</p> <p>Tuberculose. Histologie et traitement climatérique de la —, par M. H. A. Larue.. 145</p> <p><b>U V</b></p> <p>Vaccination. De la—obligatoire, M. le Dr Art. Simard <i>suite</i>..... 57, 65</p> <p>Virulence et immunité, par M. le Dr A. Roussseau... 185 <i>suite</i>..... 193</p> <p>Vomissements. Du traitement électrothérapeutique des —incoercibles de la grossesse, par M. le Dr M. D. Brochu..... 273 <i>suite</i>..... 289</p>
---	--	---	--

## REPRODUCTIONS

<p><b>A</b></p> <p>Abcès. Traitement sous cutané des—..... 144</p> <p>Abdomen. Sur la palpation de l'—dans le bain tiède... 60</p> <p>Absorption—diadermique des médicaments et notamment du fer au moyen de l'électricité..... 309</p> <p>Accouchement. Clinique d'—de Gynécologie..... 11</p> <p>Action du chloroforme de la morphine et de l'éther sur le travail de l'—..... 290</p> <p>Acide. L'—lactique comme moyen de traitement de l'endométrite et de la vaginite..... 136</p> <p>L'—picrique dans les blépharites..... 123</p> <p>—picrique dans l'urétrite 223</p>	<p>Aéné. Injections endermiques de formaldéhyde dans l'—rosacée..... 240</p> <p>Effets favorables du lactophosphate de chaux dans le traitement de l'—et de la furonculose..... 252</p> <p>Les —..... 224</p> <p>Adénopathie. De l'—trachéo-bronchique d'origine tuberculeuse chez les enfants..... 86</p> <p>Adénite. Traitement des —chroniques de nature tuberculeuse..... 192</p> <p>Agoraphobie et le syndrome de Ménière..... 358</p> <p>Alcoolisme chronique, Jeffroy 275</p> <p>Alimentation. De l'—des tuberculeux..... 21</p> <p>Allaitement. —chez les femmes enceintes..... 325</p>	<p>Alumine. Acétate d'—dans la métrorrhagie..... 327</p> <p>Ammoniaque. Comment il faut prescrire le chlorhydrate et l'acétate d'—..... 277</p> <p>Anesthésie. Statistique de—..... 191</p> <p>Nouveau procédé d'anesthésie locale..... 283</p> <p>Ankyloses. Des—du coude et leur traitement chirurgical..... 6</p> <p>Anthrax. Comment doit-on traiter l'—..... 23</p> <p>Antigalactologue. Du camphre comme—..... 292</p> <p>Anupyrine et quinine contre l'influenza..... 245</p> <p>Antioxine. L'—dans le tétanos voir tétanos.....</p> <p>Aphtes. Nature et genèse des —de Bednor, Alvarez..... 182</p> <p>Apoplexie. Traitement de l'—, par prof. Grasset..... 234</p>	<p>Appendicite. Diagnostic différentiel de l'—et de la salpingite..... 190</p> <p>Traitement médical de—..... 247</p> <p>L'—et les maladies des annexes..... 251</p> <p>Argent. Nitrate d'—dans l'ongle incarné voir ongle.</p> <p>Ascaride. Migration curieuse d'un—lombricoïde..... 118</p> <p>Asepsie et Anesthésie dans la chirurgie urétrale..... 118</p> <p>Asthme. Traitement de l'—en dehors de la période des accès, Barié..... 14</p> <p>Traitement de—par le sérum antidiphthérique..... 166</p> <p>L'—..... 340</p> <p>Traitement de—..... 366</p> <p>Ataxie locomotrice. Le traitement de l'—par l'élongation vraie de la moelle épinière..... 183</p>
--	---	--	---

Ataxie locomotrice et Lamalou 308

**B**

Bactérie. La physiologie des	346
Bains. Les - sinapisés dans la broncho-pneumonie des enfants, 326. suite	329
Belladone. La—chez les enfants, Comby	229
Bicyclette. Sur le rôle de la — dans l'étiologie et la thérapeutique médicales, Soc. Méd. des Hôp. de Paris	29
Cœur et —, H. Huchard	76
Blennorrhagie. Traitement de la—par l'eau chaude, <i>Bul. Méd.</i>	112
Traitement de la — par les lavages, Valentine	145
Traitement de la — chez la femme	199
Revue clinique du traitement de la — par les grands lavages de permanganate de potasse, Janet	213
A quel moment doit-on considérer une—guérie	319
La—maladie générale	366
Traitement de la — des enfants, Janet	373
Blepharite. Les—et leur traitement, E. Valude	37
Acide picrique dans le traitement des —	223
Boissons. Question des — pendant les repas	318
Bosses et Bossus	12
Bromures. Les — dans l'épilepsie	335
Bronches. Traitement de la dilatation des —	367
Broncho-pneumonie. Des bains sinapisés dans la — des enfants	326
Brûlures. Injection de sérum artificiel dans les—graves. Guérison des — par le permanganate de potasse, —de l'œil par la chaux	151 231
Bubon. Traitement du — chancreux, Berdal	112
<b>C</b>	
Cancer. Traitement du—épithélial	7
Traitement du — de l'estomac	38
Un nouveau symptôme du —, C. Bogdan	94
Topographie et contagion du—, Noël	150
Traitement chirurgical —du rectum, Péan	158
Le—chez la femme, Solé	172
De l'opération du — du sein	207
Traitement palliatif du — utérin	276
Le—du sein chez l'homme	374
Cardiopathie. Complexe et néphrite par intoxication plombique, Jaccoud	154
Carie. La prévention médicale de la — dentaire	141
Chirurgie. Notes sur la—rurale, prof Pancet	164
suite	171, 179, 186, 203, 212
Petite—	380

Chloral dans la fièvre typhoïde voir fièvre typhoïde	...
Chloro-anémie. Du régime alimentaire chez les chloro-anémiques	224
Chlorose. Traitement de la— prof. Hayem	184
—tyroïdienne	198
De quelques effets physiologiques des inhalations d'oxygène au point de vue de leur action sur les globules sanguins dans la —	238
Cholécytite calculueuse compliquée d'adénite lombosacrée, M. Monlonguet	140
Circconcision. Technique de la—	197
De la—	335
Circonvolutions motrices. Compression des—par abcès cérébral traumatique, M. Monlonguet	134
Cirrhose. Etiologie de la— hépatique des buveurs	98
Cocaïne. Solution chaude—	152
Cœur et bicyclette	76
Sur les changements de forme et de position du — étudié avec les projections radioscopiques	108
Arythmie du—chez les enfants	117
Traitement des maladies du — par la gymnastique suédoise	231
De l'action diurétique du massage de l'abdomen dans les affections du —	359
Coliques. Régime dans les — néphrétique ou hépatiques	376
Coma. Traitement hypodermique du—, <i>Journ. de méd. de Paris</i>	39
Congrès Français de Chirurgie X <sup>e</sup> —, 114, 122, 233, 138, 148	148
IX <sup>e</sup> — international d'hygiène et de dermatographie, Madrid	307
—Français de médecine	308, 315
—des sociétés savantes	316
Conjonctivite. Le calomel dans la — blennorrhagique des nouveaux-nés	167
Constipation. Traitement de la — habituelle chez la femme, Pincus	15
Traitement de la — chez les enfants	95
Traitement de la — chez les nourrissons	303
Continuité de la vie. De la — comme base d'une conception biologique, Virchow	136
Convulsions. Traitement des — de l'enfance	249
De l'anesthésie chirurgicale dans les—graves de l'enfance	257
Coqueluche. Traitement de la—	142
Traitement de la — pour la résorcine	326
Traitement de la — par la résorcine	326
Cordon. Nouvelle méthode de traitement du—chez les nouveaux-nés, <i>Presse méd.</i>	94
Les ligatures du—	239

Cornée. Comment on extrait les corps étrangers de la— <i>Jour de méd. de Bruxelles</i>	157
Corps étrangers. Sur un nouveau procédé de détermination de la position des — par la radiographie	258
Corps étranger "sou" de l'œsophage thoracique chez un enfant	371
Coryza. Remède contre le —	358
Crampe des lecteurs. Une analogie, H. Wright	91
Créosote. Indications et contre indications de l'emploi de la—dans la phthisie pulmonaire	124
Créosote dans la péritonite tuberculeuse voir tuberculose	...
Cravasses. Traitement des — o-gergures	147
Cystite. Injection intravésicale d'air stérilisé dans la — tuberculeuse, Raunond	118

**D**

De taire. Traitement conservatoire de la carie	87
Des affections — dans leurs rapports avec les fonctions génitales chez la femme	115
Traitement des douleurs consécutives aux extractions— <i>Bul. méd.</i>	184
Dentifrice. Du choix d'un—	197
Diabète. Traitement du — insipide par l'ergot de seigle Un remède antique contre le — sucré	349
Traitement du —	375
Diarrhée. Traitement de la — grave des enfants	372
Diathèse. Régime dans la — uratique	376
Digestif. Maladies du tube— Soupault	127
Diphthérie. Le diagnostic bactériologique et le diagnostic clinique de la — prof. Grancher	42
suite	50
De la durée de l'imminuée conférée par une première attaque de —	198
Action de l'huile créosotée sur l'expulsion des fausses membranes de la —	199
Traitement local de la —	215
Le diagnostic douteux du bacille de la —	223
Dormir. Comment doit-on —	231
Dover. Comment il faut prescrire la poudre de —	246
Dysménorrhée. De la — hystérique	218
Dyspepsie. Traitement des — par le massage de l'estomac W. H. Huchard	100
Les — nerveuses et leur régime	300
Dystocie. Des kystes dermoïdes de l'ovaire comme cause de — Fieux	158

**E**

Eau de mer en injections intraveineuses	199
Eclampsie postpartum	35

Eczéma. Traitement de l'— par l'acide picrique, A. Brousse	87
Traitement de l'— infantile	250
Embarras gastrique. Traitement de l'— fébrile chez les enfants	326
Endométrite. L'iodoforme et l'éther dans le traitement de l'— cervicale	221
Traitement non-opératoire de l'—	239
Entéro-colite. Traitement de l'— muco-membraneuse	119
Enterocolite. De l'— infectieuse d'origine grippale à forme intermittente	370
Entéroptose	336
Enveloppements. Des — à l'alcool	257
Epilepsie et son traitement	32
Troubles de la parole dans l'—, Wosky	165
De l'— larvée à forme gastrique	259
Son traitement de l'— par l'opium et les bromures	335
Epithélioma de la vulve— injection locale post opératoire — Emploi du sérum antistreptococcique, M. A. Morelle	85
Traitement des — de la peau	238
Ergot. — de seigle dans le diabète voir diabète	...
L'ergotine en injection cause d'infiltration locale	376
Erysipèle. Traitement de l'— par les pulvérisations chaudes de liqueur de Van Sweeten, G. Küss	31
L'Erysipèle	237
Nouveau traitement abortif de l'—	320
Estomac. Traitement du cancer de l'— voir cancer Du repos absolu de l'— avec alimentations rectales exclusives dans certaines affections de l'—	259
Excitation cérébrale chez les enfants	357

**F**

Faim. Effets psychiques de la—	335
Fibrome. Un cas de — nasopharyngien, traité par le curetage, guérison, Gaudier	18
Fièvre typho-malarienne. Etude clinique sur la — etc.	334
Fièvre typhoïde. Traitement de l'alopecie de la—	39
Sero-diagnostic de Widal dans la—, E. F. Fison	45
Traitement de la —	69
De l'uro-diagnostic de la —	79
Traitement de la — par les lavements huileux, Paget	667
Simplification du procédé de sero-diagnostic de la — Sur la contagion hospitalière de la —	206
Le chloral dans la —	245
L'irrigation abdominale médiate dans la —	285



- O**
- Obésité. Traitement de l'— sans modifications du régime..... 224
- Obstétrique. Les "Gros Enfants", an point de vue de l'—, Audebert..... 165
- De l'exploration externe ou —..... 322
- Oedèmes. Procédé du traitement des— de l'anasarque.. 222
- Ongle. Traitement de l'incarné par le nitrate d'argent..... 319
- Opium. L'— dans l'épilepsie A propos du traitement par le permanganate de potasse dans l'empoisonnement par l'—..... 335
- Orbite. Pronostic et traitement des plaies de l'—..... 107
- Oreille. Un nouveau mode de se servir de la chaleur sèche dans les maladies de l'—moyenne, etc..... 102
- Un peu d'hygiène de l'— Boland..... 214
- Technique pour l'extraction de certains corps étrangers dans les—..... 269
- Des médications dangereuses dans le traitement des maladies de l'—..... 331
- De l'évidement pétro-mastoidien dans les suppurations anciennes de l'—..... 138
- Ostéomalacie. Symptômes prémonitoires de l'—..... 327
- Ovarine. Effets favorables de l'ingestion d'—..... 320
- Ozène. Nouveau traitement de l'—..... 192
- Deux nouveaux traitements de l'—..... 259
- Ozone. Application de l'— à l'hygiène publique et à l'hygiène de l'alimentation à l'aide de procédés spéciaux. 307
- P**
- Panaris. Du bicarbonate de soude dans le traitement du—..... 191
- Paralysie générale. Le prurit comme symptôme de— 190
- Paraphimosi. Réduction du — par la compression manuelle progressive associée aux irrigations d'eau froide, Guyot..... 165
- Parasites. Les— du cancer et du sarcome..... 284
- Parturientes. De deux cas d'asystolie et d'un cas d'œdème aigu du poumon observés chez les —..... 267
- Passage de substances du fœtus à la mère..... 277
- Pénis. Ligature de la veine dorsale du — pour impotence fonctionnelle..... 109
- Péricardites. Les symptômes pseudo-pleurétiques et pseudo-aortiques de la —, Huchard..... 317
- La—rhumatismale, diagnostic et traitement..... 371
- Périnécorrhaphie. Quand et comment faut-il pratiquer la — après l'accouchement.. 244
- Peritonite. Traitement de la — septique généralisée... 269
- Nouvelle technique de drainage de la cavité péritonéale..... 304
- Périviscérites. Les—disséminées, un nouveau syndrome clinique, Huchard et Deguy 205
- Permanganate de potasse, dans le traitement de l'empoisonnement par l'opium. 335
- Phtisie. Indications et contre-indications de la créosote dans la — pulmonaire, Lemoine..... 124
- L'acétate de Thallium contre les sueurs nocturnes des phtisiques..... 282
- Placenta. Traitement du—prævia, Hofmîer..... 159
- Pourquoi la face fœtale du — est-elle grenue..... 253
- Traitement du—prævia... 338
- Recherche sur l'action médicamenteuse..... 374
- Plaies. A propos du traitement des — infectées, recherches sur les propriétés du formol et du parachlorophénol Pronostic et traitement des — de l'orbite..... 107
- Pansemment des — au moyen d'os décalcifié... 141
- Traitement des — par le menthol, le camphoroxol et le naphthoxol..... 349
- Pleurésie. L'avenir des pleurétiques et l'origine tuberculeuse de la —, Jacoud... 26
- Sur la signification du soufflement dans la pleurésie serofibrineuse..... 267
- Pneumatocele. Sur un cas normal de — mastoïdien spontané..... 260
- Posologie infantile. Acide chlorhydrique—Digitale—Fer—..... 16
- Suite Fougère male—Huile de ricin—Quinine—Salicylate de soude—Tannigène—Sulfonal—Trional..... 23
- Pouls. Contribution à l'étude du — dans les maladies infectieuses fébriles..... 155
- Prolapsus du rectum chez un enfant de 5 ans..... 140
- Prostate. Sur la compression digitale de la —, A. Guipin 59
- Comment passer le cathéter chez le prostatique, Waterhouse..... 175
- Efficacité de l'injection d'huile dans les canaux déférents pour produire l'atrophie de la —..... 198
- Les interventions chirurgicales chez les prostatiques 222
- Protargol dans le traitement de l'uréthrite..... 304
- Prurit. Traitement du — vulvaire pendant la grossesse. lo — comme symptôme de paralysie générale..... 190
- Psoriasis. Traitement du— par l'eau oxygénée..... 200
- Pyérites. Traitement médical des—..... 308
- Pylore. Resection du—..... 198
- Pyosalpingite. Traitement de la — par les ponctions aspiratrices et l'usage interne du sublimé..... 325
- Q**
- Quinine. Antipyrine et — contre l'influenza..... 84
- De l'emploi de la — en injections hypodermiques..... 359
- R**
- Rectum. Traitement chirurgical du cancer du — voir cancer.....
- Injections rectales d'arsenic..... 311
- Réssection du—avec abaissement à l'anus du bout supérieur..... 115
- Prolapsus du — chez un enfant de 5 ans. Gangrène et perforation large de l'intestin hernié. Résection, Guérison, Reboul..... 140
- Refroidissement. Du rôle pathogénique du —..... 191
- Du — comme cause morbide 221
- Régime alimentaire dans la diathèse uratique, la goutte, les coliques néphrétiques ou hépatiques..... 376
- Rein. Valeur pronostique du varicocèle dans les tumeurs du —, Legneu..... 150
- Ancrage du —, H. Reed... 160
- Resorcine dans la coqueluche Rhénite. Traitement de la — chronique par les tampons de glycérine..... 216
- Rhumatisme. Traitement des douleurs du — par les badigeonnages de salicylate de mathyle, E. Duplessis..... 143
- Le microbe du —, Triboulet, Coyon et Zadoc..... 166
- Traitement local de la douleur dans le — articulaire aigu..... 236
- Bactériologie du — articulaire aigu..... 237
- Rougeole. Transmissibilité expérimentale de la — aux animaux..... 285
- Rupture du sinus rétro-périnéal et perforation recto-vaginale..... 51
- S**
- Sacro-coxalgie. De la — et de son traitement, Chaise... 18
- Saignées. La — les vomitifs et les vésicatoires..... 251
- Suite..... 240
- Salicylate de soude. Le — dans le traitement des exsudats pleurétiques scléreux..... 141
- Salol et antisepsie des voies urinaires voir voies urinaires
- Salpingite. Diagnostic différentiel de l'appendicite et de la —..... 190
- Contraction abdominale totale pour — suppurées, Monprofit..... 124
- Scarlatine. Nouveau signe clinique observé dans la — 275
- La —..... 351
- Scolioses. Sur la correction opératoire des — graves... 134
- Traitement de la —, Bolhaut 135
- Scrofule. Diagnostic clinique de la —, Neuman..... 71
- Section complète du nerf sciatique poplité interne par coups de fusil, etc., Reboul 115
- Séquardo-thérapie..... 315
- Séro-diagnostic voir fièvre typhoïde.....
- Stomatites. Le chlorate de potasse dans le traitement de la — aphteuse, Rev. des Mal. de l'Enf..... 165
- Strictures. Traitement de la — urétrale par la dilatation 141
- Sublimé dans la méningite.. 128
- Surmenage. Traitement du — intellectuel, Romme... 207
- Suture. Un nouveau mode de —, Zweifel..... 175
- Syphilis. Diagnostic de la — Fournier..... 228
- Serothérapie dans la —... 286
- Nouveau traitement de la — récidivée..... 319
- Considération sur le traitement de la — en général et de la — tertiaire en particulier..... 366
- De la — de l'estomac..... 382
- T**
- Terreurs. Des — nocturnes chez les enfants et de leur traitement..... 290
- Tétanos. Deux cas de — traités avec succès par l'antitoxine..... 252
- Thallium. Acétate de — dans la phtisie voir phtisie.....
- Thérapeutique électrique. Sur les applications nouvelles du courant ondulatoire en —, notes de G. Apostoli... 126
- Thérapeutique générale des maladies infectieuses..... 28
- Suite..... 35
- Des tuberculoses d'ordre chirurgical et plus spécialement ostéo-articulaires... 136
- Thyroïde. Corps — dans l'hémophylie..... 223
- Toux L'hydrastis canadensis contre la — et l'expectoration..... 191
- Trajets fistuleux. Traitement des — suppurants..... 187
- Tranchées. Traitement des — utérines, Audebert..... 79
- Trigonal. Du — comme hypnotique..... 238
- Trompe. Manière d'introduire le cathéter dans la — d'Eustache, Clininal Chronico.. 160
- Trucs. Les petits — de la pratique..... 208
- Tuberculose pulmonaire et syphilis associée, Jacoud... 9
- Du traitement des tuberculeux, exposé de l'état actuel, Ryan..... 95
- Symptôme de la — rénale chez l'enfant..... 140
- Sur la valeur diagnostique du serum artificiel dans la — 328

Diagnostic précoce de la — pulmonaire par les injections du sérum artificiel ou par l'iodure de potassium 156  
 Diagnostic précoce des affections tuberculeuses du thorax par la radioscopie 195  
 Diagnostic différentiel de la — pulmonaire et du mal de Bright 196  
 Les longues trèves de la — et son reveil par la grippe 236  
 Traitement de la — péritonéale par les lavements créosotés 292  
 Diagn. précoce de la — 335, 349  
 Prophylaxie de la — 335  
 Prophylaxie de la — ce que doivent faire les praticiens 355  
 Diagnostic précoce de la — pulmonaire en particulier chez les chlorotiques 333

Typhisme. Etude clinique sur le —, sur la fièvre paludéenne et sur la fièvre typhomalarionne 334

U

Ulcères. Les — cutanés 188  
 Urémie. Traitement des principaux accidents de l' — 119  
 Utérus. Amputation du col utérin exécuté suivant un procédé mixte et complétée par le raccourcissement et le redressement de la paroi antérieure de —, Pigevin 29  
 Traitement des névralgies incurables du cancer de l' — par la résection des racines postérieures des nerfs de la queue de cheval 192  
 Traitement médical des fibrômes de l' — 333  
 Urètre. Traitement de l' —

coulement de l' — consécutif à l'emploi des injections de permanganate de potasse 167  
 Le protargol dans le traitement de l'urétrite 304  
 Traitement de l'urétrite blennorrhagique chronique par les instillations d'acido pierique 323

V

Vaginite. L'acide lactique dans le traitement de l'endométrite et de la — 136  
 Vaginisme avec orgasmes vénériens liés à la réplétion vésicale, Petit et Valon 78  
 Variole. méthode de Finsen dans le traitement de la — 182  
 Vers, diagnostic des — intestinaux sans examen des selles 151

Verues. Traitement des — 143  
 Vesicatoires voir saignée...  
 Voies respiratoires, de l'emploi de l'ichthyol dans le traitement des — 189  
 Voies urinaires. Salol et antiseptie des —, *Abell. méd.* 174  
 Vomissements. Traitement des vomissements de la grossesse par l'eau oxigénée 167  
 Contre les — d'origine utérine 260  
 Vomitifs voir saigné...  
 Vulve. Double — abdomino-vaginale pour laparatomie Monprofit 123  
 Vulvo-vaginite. Traitement de la — chez les petites filles 102

FORMULAIRE

A

Acétanilide 304  
 Acné. Pommade contre les pustules de l' — volumineuse 176  
 Contre l' — 312  
 Airol. Pâte à l' — pour le pansement occlusif de plaies, Traitement de la blennorrhagie par l' — 278  
 Aménorrhée. Traitement de l' — chez une jeune fille chloro-anémique 8  
 Traitement de l' — 248  
 Amygdalite. Gargarisme contre l' — lacunaire, 48, 192  
 Anémie. Pilules contre l' — consécutive aux accès de fièvre palustre, M. Rockwood 72  
 Anorexie. Gouttes contre l' — M. H. Hadard 130  
 Antiasthmatique. Mixture Chyney 72  
 Antiblennorrhagiques. Mélange pour injections 8  
 Antidysentériques. Cachets, M. Kartulis 48  
 Antinovralgique. Calmant contre les affections douloureuses générales ou locales, M. Gengeot 136  
 Liniment —, M. Eulenburg 152  
 Cachets — 224  
 Antiseptique. Cachets pour l' — intestinale dans la fièvre typhoïde, Royster 24  
 Mélange pour l' — intestinale 55  
 Aphtes. Collutoires contre les — des enfants 327  
 Appendicite. Mixture contre les vomissements de l' —, Pick 8  
 Aristol. Notes sur la préparation de la pommade à l'aristol, F. Paucier 120  
 Arthrite. Liniment contre les douleurs de l' — blennorrhagique, E. Hirtz 96

Ascarides. Mixture contre — chez les enfants, M. C. W. Townsend 48  
 Les papiers antiseptiques voir papier...  
 Asthme. Traitement des accès d' — par l'arsenic, W. Murray 104  
 Solution pour injections hypodermiques contre l'accès d' — bronchique 200

B

Blennorrhagie. Traitement de — par l'airol voir airol...  
 Solution contre la — 287  
 Boroglycérolanoline. La — nouvel excipient, Pruyss 40  
 Bouche. Tablettes pour les soins de la — 224  
 Bronchoectasie infantile, Mollé d'Annais 24  
 Traitement hypodermique de la —, Roussel 40  
 Brûlures. Mixture contre les — et coupures, Haalfeld 32  
 Topique pour — 292  
 — *Presse méd.* 112

C

Cancer. Lavements alimentaires dans le — de l'estomac 104  
 Carie. Mixture pour le pansement de la — dentaire 24  
 Cascaro sagrada. Pilules de — pour les enfants, Pruyss 44  
 Moyen d'administrer le — 320  
 Caustique corride 287  
 Cheveux. Solution pour traiter l'accroissement des — 224  
 Chloro-anémie. Contre la —, Moraczewski 104  
 Chlorose. L'arsenic et le fer contre la — 208  
 Coliques. De l'emploi par usage externe du salicylate de méthyle dans les — hépatiques 315  
 Contagions. Sur la contagion réduite à ses limites véritablement scientifiques et sur les conséquences hy-

giéniques qui en découlent 316  
 Contusions. Le collodion mentholé dans les —, Nancé 96  
 Coqueluche. Du traitement des cas graves de la — 304  
 Coryza. Traitement du — aigu simple ou compliqué "hay fever" 40  
 — chez les enfants lymphatiques 176  
 Contre le — aigu 208  
 Méthode abortive du — des nourrissons 240  
 Coupure. Mixture contre les — et brûlures, Saalfeld 32  
 Crayons mentholés, *Gaz Hebd* 112  
 Crevasses. Pommade contre les — des mains, Sleffen 144  
 Cystite. Pilules contre la — chronique, Jays 60  
 Traitement de la — blennorrhagique aiguë 292

D

Dentition. Collutoire contre la — laborieuse, Brugeille 8  
 — douloureuse 152  
 Désinfection. Solution pour la — des locaux 327  
 Diarrhée. Potion contre la — fétide de la période initiale de la scarlatine, N. Filaton 144  
 Potion contre la — des tuberculeux, Bricomoret 144  
 Digestifs. Cachets — et stimulants, *Gaz. Hôp.* 80  
 Diphthérie. La teinture de myrrhe contre l'angine de la — 341  
 Dyspepsie. Potion contre la — flatulante, Murrell 8  
 Formules pour le traitement de la — par hyposthénie gastrique, A. Robin 160  
 Dysenterie. Suppositoires contre la — des enfants, Guida 88

E

Eau dentifrice, Desjardins-Beaumetz 104

Eczéma. Contre l' — 253  
 Traitement de l' — vulvaire chronique et rebelle des petites filles 350  
 Epilepsie. Traitement de l' — J. Voisin 120  
 Erysipèle de la face 232  
 Formule de gélée antiseptique contre l' — 253  
 Estomac. Cachets contre les crises douloureuses de l'ulcère de — M. Bod 72  
 Lavement alimentaire dans le cancer de l' —, Jacond 104

F

Favus ungueal. Mixture contre le — 312  
 Fièvres intermittentes. Formulaire hypodermique de la quinine dans le traitement des —, Rosenthal 40  
 Fièvre typhoïde. Cachets pour l'antiseptie intestinale dans la —, Royster 24  
 Furoncles 302  
 Furonculose 194

G

Gale. Teinture de benjoin contre la —, Holstun 32  
 Gargarisme contre les angines infectieuses, les stomatites et les périostites alvéolo-dentaires 341  
 Gastro-entérite. Mixture contre la — des enfants 376  
 Gerçures des mamelons, *s.Méd.* mod 112  
 Goitre. Liniment contre le — parenchymateux, Pollak 61  
 Traitement du — 320  
 Grippe. Potion contre la — Desjardins-Beaumetz 144

H

Hémoptysie. Injection sous-cutanée pour arrêter l' —, Capetan 152  
 Hémorroides. Liniment contre les — 55  
 Contre les — 152

Traitement des—..... 376	Masque de la grossesse. Traitement des taches pigmentaires et du—..... 376	Phtisiques. Pulvérisations dans la chambre des—... 136	Tétanie. Formules pour le traitement de la—d'origine gestro-intestinale chez les enfants, E. Tordeus..... 112
Hoquet. Sirop composé contre le—..... 336	Méningite. Potion contre la — tuberculeuse chez les enfants..... 232	Plaies. Poudre pour le pansement des— suppurantes, Schwartz..... 55	Tœnia. Traitement du—..... 341
Huile de foie de morue. Sur la manière d'administrer l'—, Bricemoret..... 128	Migraine. Contre la —..... 232	Remèdes contre les— occasionnées par l'usage des mauvaises chaussures..... 79	Toenifuge. Potion..... 269
— chez les scrofuleux..... 269	Myrengite. Solution contre la — chronique sèche..... 40	Contre les— chancreuses Gaz. Hebd..... 167	Topique calmant..... 61
Hydrastis canadensis contre la toux des phtisiques..... 336	Myocardite. Potion contre la — des enfants, Sevestre.... 32	Traitement des — fistuleuses par un mélange d'iodoforme et de baume du Pérou..... 224	Toux. Potion contre la—des phtisiques, Rolland..... 61
Hyperchloridrie. Poudre composée contre l'— gastrique, M. Al..... 61	<b>N</b>	Traitement des — fistuleuses par un mélange d'iodoforme et de baume du Pérou..... 224	Mixture contre la — quinteuse de la bronchite aiguë 72
Traitement contre l'— Cardarellie..... 96	Naphtol. Une formule pour administrer le—..... 192	Pommade. Notes sur la préparation de la — à l'aristol. 120	Potion contre la —..... 367
Traitement de l'—..... 350	Néphrites. Formule pour le traitement des—..... 48	Potion expectorante..... 96	Trachome. Solutions pour le traitement des formes graves de— par l'iodure d'argent à l'état naissant..... 200
<b>I</b>	Neurasthénie. Pilules contre la —..... 208	— Tœnifuge..... 269	Trional. Formule du..... 327
Injections. Solution claire de cocaïne et de sublimé corrosif pour—hypodermique 232	Névralgies des tabétiques... 144	Prurigo. Solution contre le — 292	Tuberculose. Potion contre la minigite tuberculeuse et la — pulmonaire aiguë chez les enfants..... 72
Poudre composée pour — vaginales..... 240	Mixture pour le traitement local des douleurs névralgiques..... 287	Prurit. Traitement du—anal. 6	Pilules contre la—..... 208
Insomnie. Traitement de l'— 253	Nez. Traitement du—rouge 327	Lotion contre le—anal.... 112	<b>U</b>
Iodisme. Mixture pour éviter l'— lorsque l'on donne de l'iodure de potassium..... 312	<b>O</b>	Lotion contre le—scrotal. 144	Ulcères. Poudre composée pour le pansement de l'— variqueux de la jambe..... 208
Iodoforme. Formule pour l'administration de l'— aux phtisiques..... 128	Ongles. Procédé pour enlever les corps étrangers sous les —..... 376	Traitement interne du —. 192	Pour panser l'—douloureux du col..... 260
Desodorisant de l'—..... 304	Orchite blennorrhagique et son traitement..... 248	Ptyriasis. Contre le—versicolor..... 77	Urètre. Solution pour l'anesthésie de l'— au moyen d'injections rectales..... 200
<b>J K L</b>	Oxyures vermiculaires. Traitement des —, Comby..... 32	<b>Q R</b>	Utérus. Pilules pour le traitement des exudats péritérités et pelvipéritonitiques..... 200
Lacto-phosphate de chaux. Sirop de—pour les enfants 48	<b>P</b>	Rhumatisme. Injections sous-cutanées entre les affections —, Bozzolo..... 79	<b>V</b>
Lumbago. Liniment révulsif contre le —, Gaz. Hebd.. 80	Panaris. Mixture pour le pansement du— osseux..... 376	Traitement du—par le salicylate de méthyle par la voie stomacale, Lasserre... 184	Vaginite blennorrhagique... 167
Laryngite. Mélange pour le traitement local de la tuberculeuse..... 87	Papiers phéniqué..... 216	— Chronique..... 336	Vernis antiseptique, Nicaise. 55
Lavement alimentaire dans le cancer de l'estomac, Jacoud..... 104	— salycilé..... 216	<b>S</b>	Vormifuges. Pilules..... 232
Laxatifs pour les sujets hépatiques..... 312	— au sublimé..... 216	Savon pour nettoyer les dents 240	Mixture contre le ver solitaire..... 287
Liniment. Calmant contre les affections douloureuses générales ou locales..... 136	— hémostatique..... 216	Scarlatine. Solution contre l'angine scarlatineuse.... 47	Vins de Quassia ferrugineux 232
— antinévralgique, Eulenburg..... 152	Paraldéhyde. Formulaire de la —..... 320	Sciaticque. Pilules contre la — 96	Vomissements. Contre les— de l'appendicite..... 8
Lupus. Traitement du — Barbe..... 40	Pelade. Traitement contre la —, Balzer..... 200	Scofule. Succédané de l'huile de foie de morue dans le traitement de la — chez les enfants..... 269	Paquets contre les — consécutifs à l'anesthésie chirurgicale..... 192
Lycéol. De l'emploi du — dans le traitement de la goutte, de la gravelle et des coliques néphrétiques.. 312	Pellicules. Contre les —..... 350	Sécrétion. Suppression de la — lactée, Dejourie..... 48	<b>W X Y Z</b>
<b>M</b>	Pepsine. La — en thérapeutique, Journ. des Prat..... 119	Mélange pour tarir la — lactée, Bigom..... 72	Zona. Formules pour le traitement du—, Dumesnil.... 61
Mal de mer. Remède contre le —, Cilchanski..... 40	Pharyngite. Pulvérisations contre la—sèche..... 104	Serum. Formules diverses du — artificiel..... 87	
	Phlébites. Traitement des — constitutionnelles..... 224	Spermatorrhée. Contre la — Pilules contre la —..... 341	
	Phtisie. Pilules créosotées pour le traitement de la — Romerger et Testevin..... 48	Sycosis. Contre le—, Brocq. 176	
	Contre les sueurs de la — Presse méd..... 120	Syphilides du cuir chevelu.. 192	
	Iodoforme dans la — 128	Syphilis. Traitement prophylactique de l'hérédité..... 184	
	L'hydrastis canadensis contre la toux de la —..... 336	<b>T</b>	
		Teint, teinte terreuse du —... 359	

## NOUVELLES ET VARIÉTÉS

Assemblée annuelle de l'Association Médicale du Canada, 48.	Sherbrooke..... 261	Dr E. P. Benoit.... 262, 294, 320	Lettre de M. le Dr E. P. Benoit à M. le Dr Brosseau... 350
— générale des médecins du district de Québec 228, 379	Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec..... 287	Dr M. J. Ahern..... 262	Manifeste électoral par le Dr L. J. O. Sirois..... 270
Bibliographie. Chirurgie du cou..... 312	La prochaine élection du bureau provincial et la — Beausoleil..... 263	Votre Comité..... 262, 359	Question d'actualité par M. le Dr L. J. O. Sirois..... 293
La famille névropathique. 382	Lettre - de Sherbrooke... 280	Election. La prochaine — et le Régistraire du C. des M. et C. de la P. de Q..... 328	Société médicale de Québec, Rap. séance, 25 sept. 1897. 88
Bureau provincial de médecine..... 168	Comité de Législation du Bureau Provincial de médecine..... 80	Erratum..... 112	Rap. séance du 14 oct. 1897. 105
— Comité de législation.... 176	Correspondances	Laboratoire du collège des médecins, par M. le Dr Sirois..... 327	Rap. séance du 11 nov. 1897. 132
Programme du—provincial actuel..... 269	Dr P. V. Faucher..... 55, 248	Lettres de M. le Dr A. T. Brosseau à l'Union méd et M. le Dr L. J. O. Sirois 342, 359	Rap. séance du 9 déc. 1897. 163
Circulaires — du comité électoral des médecins de la province de Québec..... 254	Dr A. Vallée..... 120	Lettres à M. le Dr Brosseau, par M. le Dr Sirois.... 343, 368	Rap. séance 20 janv. 1898. 211
— du comité de réélection du Bureau médical de Québec..... 254	Dr J. G. Paradis..... 128	Lettre de M. le Dr J. B. A. Lamarche à M. le Dr Brosseau..... 350	Rap. séance, 10 fév. 1898. 127
Lettres — du district de	Dr A. Simard..... 254, 278, 312	Lettre à M. le Dr Brosseau..... 350	Rap. séance, 24 mars 1898. 275
	Drs C. R. Paquin et P. V. Faucher..... 261	Lettre de M. le Dr J. B. A. Lamarche à M. le Dr Brosseau..... 350	Rap. séance, 21 avril 1898. 307
	Dr E. P. Lachapelle..... 261, 298	Lettre à MM. les médecins.. 381	Rap. séance, 26 mai 1898. 346
			Rap. séance, 23 juin 1898. 379
			Tarif des médecins voir Comité de Législation.....