

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

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

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

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

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'expertise médico-légale :

par le docteur G. VILLENEUVE,

médecin de l'hôpital Notre-Dame. (1)

En prime abord, il semblerait superflu d'insister sur la nécessité des expertises médico-légales chaque fois qu'il s'agit de mort suspecte et que la justice est appelée à s'enquérir des circonstances sous lesquelles elle est arrivée.

Des événements récents nous ont prouvé que la nécessité des expertises médico-légales n'est pas comprise en tous lieux et que, d'un autre côté, ces expertises ne sont pas toujours conduites de manière à fournir à la justice tous les renseignements qu'elle est en droit d'en attendre.

Les dernières assises de la cour criminelle en cette ville nous ont donné le spectacle (2) d'un prévenu amené à la barre pour répondre à une accusation d'homicide, sans qu'une autopsie eût établi une liaison directe entre le coup dont qu'il était accusé d'avoir porté et les causes qui avaient amené la mort. L'hon. juge Wurtele, légiste distingué, a considéré cette omission comme fatale à l'accusation et a recommandé au juré d'acquitter le prisonnier. En même temps, l'honorable juge a insisté sur la nécessité des autopsies dans les affaires criminelles, avant que le juré du coroner ne rende un verdict. Dire que dans ce cas, une autopsie faite après verdict rendu a révélé des lésions qui, décrites au jury, eussent donné une orientation tout autre à ses décisions, c'est assez prouver combien elle était nécessaire.

Pour le second point, le fait suivant servira de commentaires.

En parcourant les feuilles publiques, nous avons lu, avec un profond étonnement, dans la relation d'une triple fatalité, (3) que le médecin chargé de l'examen d'un des cadavres ne l'avait pas même dépouillé de ses vêtements et n'avait fait qu'explorer une blessure à la tête, causée par une arme à feu. L'entrepreneur des pompes funèbres, en procédant à l'embaumement de ce cadavre, trouva une blessure qui avait échappé aux recherches de l'homme de l'art. Comme dans ce cas on se trouvait en face d'une présomption d'un triple meurtre ou d'un

(1) Travail lu à la Société de médecine pratique de Montréal, le 16 juin 1893.

(2) La Reine vs. Ross.

(3) La tragédie de Clarenceville.

double meurtre avec suicide, la justice s'est trouvée ainsi privée de précieux renseignements qui eussent dissipé bien des doutes et écarté bien des suppositions.

Nous n'aurions point fait allusion à cette affaire en cour d'instruction, si la vive émotion qui s'est emparé de l'opinion publique n'avait trouvé écho dans la presse politique qui a justement protesté contre un tel état de choses.

Nous croyons qu'il est du devoir de la profession médicale d'élever la voix sur ces lacunes regrettables qui compromettent les intérêts de la justice et ceux des particuliers, et de proclamer la nécessité et l'importance des expertises médico-légales bien conduites.

I.—Lorsqu'il s'agit d'une mort suspecte, le problème à résoudre devant le jury du coroner appelé à se prononcer en première instance est complexe. Deux questions se présentent naturellement à l'esprit, et deux fonctions absolument différentes doivent être appelées, d'après nous, à en trouver la réponse, par des moyens qui leur sont propres, chacune dans leur sphère.

Quelle est la cause de la mort; et dans le cas de mort violente, quel en a été le mode, à qui en incombe la responsabilité?

Il nous semble que la détermination de la nature de la mort doit être le premier pas de l'enquête, et de là, l'autopsie, la procédure initiale à instituer. L'expertise médico-légale seule peut dire si la mort est naturelle ou si elle a été violente. Dans cette dernière alternative, c'est elle qui donne, dit Tardieu, la vraie signification des blessures ou des traces de blessures constatées à l'extérieur. En effet, les recherches faites à l'autopsie ont toujours pour but de déterminer précisément la relation qui existe entre une mort rapide ou subite et les lésions traumatiques que l'on rencontre à la surface du corps, et l'influence directe ou indirecte que des coups portés ont pu exercer sur une terminaison fatale.

Dans un cas d'empoisonnement, c'est encore l'expertise médico-légale qui analyse les symptômes qui ont précédé la mort, constate les lésions causées par le poison dans les organes et aidée de la chimie, de la physique et de l'expérimentation physiologique en décèle la présence dans l'économie.

II.—Nous faisons donc de la recherche de la nature de la mort une fonction médicale, se traduisant par une autopsie complète, qui doit être la phase initiale de toute enquête. C'est une question d'une importance vitale, et que la loi est absolument incapable de résoudre sans la coopération d'une autre méthode de recherche qui élucidera le problème, puisque sa solution ne peut découler ni des principes du droit, ni du criterium des préceptes abstraits ou prescrits de l'équité, mais de la connaissance des forces matérielles et des lois qui les régissent, de l'examen de la condition réelle ou apparente des choses, de l'étude de leur origine, leur essence, leur composition, leur fin.

Peu de personnes dans les circonstances ordinaires de la vie possèdent les principes les plus élémentaires des sciences. Le summum des connaissances que possède un individu porte sur une des branches des connaissances humaines à laquelle il s'applique plus particulièrement. Comment admettre alors que des jurés, choisis parmi les classes moyennes, le plus souvent au hasard puissent faire œuvre d'experts médicaux, là où les médecins légistes les plus distingués n'arrivent à une conclusion qu'au prix de recherches minutieuses et patientes et qu'en faisant appel à toute leur expérience. C'est trop compter sur le *bon sens* que de croire qu'il pourra trouver la solution de problèmes scientifiques et suppléer aux connaissances spéciales de l'homme de l'art.

Cependant l'opportunité de l'autopsie est laissée à la discrétion du coroner et du jury, par l'article 2689 des statuts refondus de la province de Québec.

" Article 2689 : Nul coroner ne doit ordonner un examen *post-mortem*, d'un cadavre sur lequel une enquête a été tenue, sauf à la demande de la majorité du jury, à moins que le coroner n'ait fait une déclaration par écrit, laquelle doit être rapportée et produite avec le rapport de l'enquête, comportant qu'à son avis, il est nécessaire de faire un examen *post-mortem* du cadavre, pour s'assurer si le défunt est mort par violence ou par moyens injustes."

Nous croyons, au contraire, que la loi devrait rendre obligatoire l'autopsie de tout cadavre sur lequel se tient une enquête, au lieu d'en faire une procédure exceptionnelle.

III.—Les véritables fonctions du coroner et du jury, et nous les croyons de la plus haute importance, sont de rechercher, lorsque l'expert a déclaré que la mort est due à des causes autres que des causes naturelles, si elle doit être imputée à un accident, à un suicide ou à un homicide ; de s'enquérir si l'accident est dû à une négligence quelconque, si l'homicide est justifiable ou si c'est un crime, et des circonstances dans lesquelles s'est accompli le suicide. Le coroner pourra exercer ses connaissances légales et le jury son bon sens dans l'examen de la preuve amenée devant eux. Ils agissent alors tous les deux chacun dans la sphère qui leur est propre.

C'est là la deuxième fonction dont nous parlions tout à l'heure, mais elle n'est pas de notre domaine et nous passons outre. Cependant nous ne voulons pas abandonner le sujet sans rendre un juste tribut à M. le coroner McMahon dont nous avons pu apprécier les connaissances légales et la parfaite urbanité.

IV.—Afin de fournir tous les renseignements qu'on attend d'elle l'expertise médico-légale doit être complète. L'expert doit noter avec soin l'aspect extérieur du cadavre, examiner minutieusement les organes et décrire l'état dans lequel il les trouve. Les taches, les vêtements, les objets qui entourent la scène du

crime supposé doivent être aussi l'objet de son attention. Toutes ces constatations doivent être consignées par écrit, sur les lieux mêmes où se fait l'expertise. Car, s'il est vrai, comme le dit Orfila, "des affaires compliquées sur lesquelles on a besoin de méditer dans le silence du cabinet, ces méditations ne portent que sur les conséquences des faits et non sur les faits eux-mêmes, à ceux-ci les méditations ne peuvent rien ajouter, ni rien changer."

Il est de la plus haute importance, que les pouvoirs publics exigent des médecins, commis à une autopsie, un rapport écrit complet sur leurs opérations.

V.—L'expert doit donner les conclusions que l'examen des faits lui inspirent. Il doit, dit Vibert : "savoir distinguer dans une question ce qui est nettement démontré, de ce qui n'est que probable, incertain ou douteux et exprimer dans une formule claire et précise des conclusions qui correspondent exactement à l'opinion qui se dégage de l'examen raisonné des faits."

Tout médecin appelé à donner son opinion ne doit la baser que sur des faits exacts et scientifiquement observés par lui ou démontrés par l'expertise médico-légale. Autrement, il doit s'abstenir et ne jamais donner des raisons spéculatives et incertaines, basées sur de simples conceptions de la pensée ou des considérations abstraites de l'esprit. "Il est de son devoir strict, ainsi que de l'intérêt de sa réputation, d'avouer son impuissance"

VI.—En terminant cette étude, nous citerons comme règle de conduite des experts devant les tribunaux les lignes suivantes que nous empruntons au *Bulletin de médecine légale* de Paris :

"Certains experts pensent que, soit dans leur rapport par écrit, soit à l'audience, leur mission doit se borner aux questions qu'on leur adresse, sans réticences, mais sans avoir ni à les provoquer, ni à les commenter, qu'agir autrement ce serait se faire l'auxiliaire du ministère public. Il y a là une grave erreur : l'expert ne doit pas se contenter de décrire exactement les lésions qu'il rencontre, et de répondre aux questions qui lui sont adressées à ce sujet ; il doit, s'il y a lieu, en tirer lui-même les conséquences, dire en quoi elle viennent à l'appui de l'accusation ou de la défense. Il a été désigné pour suppléer aux connaissances qui manquent aux magistrats, et à l'avocat, c'est à lui de les éclairer et d'appeler leur attention sur tel ou tel fait que l'examen médical lui a révélé et qui pourrait passer inaperçu, de leur en faire connaître l'importance. Ce n'est pas là prendre parti pour ou contre l'accusation, c'est l'accomplissement d'un devoir, et l'expert qui passerait ce fait sous silence sous prétexte qu'il n'a pas été interrogé sur ce point, n'aurait rempli sa mission que d'une manière incomplète."

162 rue St. Denis, }
MONTREAL, 16 juillet 1893. }

Role de la vessie pendant l'accouchement et la délivrance; rétention d'urine;

par le docteur Adrien OUMET, de Montréal.

La forme de la vessie chez la femme diffère de celle qu'elle a chez l'homme. Au lieu d'être ovoïde, avec une distension moyenne, elle est plus aplatie d'avant en arrière, et non symétrique; sa moitié droite est plus large que la gauche. Son bas-fond se prête à une plus grande distension latérale, à cause de la disposition du vagin et des organes pelviens en général. Cet aplatissement et cet élargissement sont plus marqués chez les femmes multipares que chez les primipares. Chez les premières, l'organe tout entier a plus de largeur que de hauteur. Haller admet que cet élargissement est dû à la pression que l'utérus gravide exerce sur son fond; par suite de grossesses répétées, cette expansion latérale deviendra de plus en plus marquée. Barlow attribue cette forme spéciale moins aux effets de la pression de l'utérus gravide qu'aux mouvements et aux frottements que l'utérus et ses annexes exercent sur la vessie. Il me semble que les deux causes doivent être invoquées.

Pendant les premiers mois de la grossesse, la forme et les rapports de la vessie changent peu. L'abaissement de l'utérus gravide, aussi bien que son poids, grâce à ses attaches solides avec la paroi postérieure de la vessie, empêcheront l'élévation de cet organe distendu par l'urine. Son expansion antéro-postérieure ne peut plus se faire, et à mesure que l'urine s'accumule, la vessie ne s'agrandit légèrement que dans le sens transversal, aussi les femmes à cette époque de leur grossesse ont-elles de fréquentes envies d'uriner. Lorsque l'utérus, à cause de son volume, est obligé de sortir du bassin et de prendre place dans la cavité abdominale, il n'en est plus tout à fait ainsi. Son expansion antéro-postérieure est toujours gênée par l'utérus; son extension latérale seule est facile. Quant à son extension en hauteur, elle ne se fera qu'après avoir abaissé la paroi vaginale antérieure.

C'est à cette époque aussi qu'il se produit une modification dans la situation de l'urèthre. Il forme en effet une courbure légère à convexité inférieure; si la vessie distendue entraîne sa portion vésicale en haut, la courbure augmente; si elle l'entraîne en bas, elle diminue ou disparaît. Ce changement de courbure a lieu aussi quand le vagin, entraîné en haut par l'utérus, entraîne lui-même en bas et en arrière le méat urinaire, qui cesse d'être avec le vestibule dans un même plan. Ces déplacements peuvent alors modifier la direction de l'orifice externe et rendent compte de la difficulté que l'on éprouve à pratiquer le cathétérisme.

À la fin de la grossesse, chez les primipares, la capacité de la

vessie est diminuée, à cause de la situation basse du segment inférieur de l'utérus et de la tête fœtale, et chez les multipares, tout à fait à la fin de la grossesse, le résultat est semblable, quoique beaucoup moins marqué, à cause de l'abaissement de l'utérus.

Dans quelques cas de grossesse (abdomen pendulum) la vessie peut être comprimée de haut en bas et par suite avoir de la tendance à faire hernie vers le périnée ou dans le vagin. Celui-ci, lorsqu'il existe une rétention d'urine, est refoulé, et sa paroi antérieure vient quelquefois s'appliquer contre l'orifice de la vulve où elle produit une tumeur qui peut faire saillie au dehors.

Au début du travail on peut observer des changements plus importants. L'urèthre est allongé, et la vessie est élevée au-dessus du pubis. Ce fait est démontré cliniquement : la direction de l'urèthre, la longueur du cathéter exigé, la petite quantité d'urine souvent retirée, aussi bien que les résultats d'un examen du vagin prouvent suffisamment que dans les circonstances normales, pendant le travail, la vessie a cessé d'être un organe pelvien et devient un organe abdominal.

Cette modification dans la situation de la vessie se produit qu'elle soit vide ou distendue par l'urine. En effet, pendant la période d'effacement et de dilatation du col, celui-ci est tiré en haut par les contractions utérines, et grâce à ses attaches solides au bas-fond de la vessie celle-ci le suit dans ses mouvements et devient abdominale. "La vessie urinaire, dit Smellie, chez la femme grosse, près du terme, est souvent tellement pressée par l'utérus qu'elle ne pourra contenir qu'une très petite quantité d'urine."

La rétention d'urine, au moment de l'accouchement, peut tenir à des causes inhérentes à la grossesse et à des causes étrangères. Nous savons que l'utérus, à partir du quatrième mois, remonte dans le grand bassin. Mais à la fin de la gestation, l'utérus qui, au début, se développe uniquement au niveau de son fond, s'amplifie dans les trois derniers mois, surtout aux dépens de son segment inférieur. Il éprouve bientôt après, chez les primipares, un mouvement d'abaissement dû à l'engagement plus ou moins profond de la tête fœtale. Cet engagement, que l'on observe souvent dans une première grossesse dès le huitième mois, n'a lieu que beaucoup plus tard chez les multipares où il peut même manquer tout à fait. Cet abaissement produit des phénomènes de compression qui se traduisent le plus souvent du côté de la vessie par une miction plus fréquente et moins copieuse. Lorsque le travail se déclare, la tête, fortement poussée par les contractions utérines, vient appuyer contre la face postérieure du pubis, et comprime en ce point le col et le bas-fond de la vessie.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

Quelle que soit la période de l'accouchement où l'on est appelé, il ne faut jamais omettre l'examen de la vessie. Les renseignements fournis par la parturiente sont souvent trompeurs : tourmentée par les douleurs de la parturition, préoccupée de l'issue de cet acte important, son attention est, toute entière, fixée sur ce point; tous les autres phénomènes la laissent indifférente. Ses réponses, tantôt vagues, tantôt trop affirmatives, ne doivent être acceptées qu'avec réserve. L'accoucheur devra lui-même tâcher d'arriver à la vérité. L'examen qu'il est obligé de faire pour se rendre compte de la marche du travail lui sera de la plus grande utilité. La palpation et le toucher lui permettront de constater l'état de la vessie. Lorsque celle-ci est distendue dans la cavité abdominale, les caractères suivants permettront de la reconnaître. Elle forme une tumeur distincte au-dessus du pubis, plus large en haut qu'en bas, séparée de la tumeur utérine arrondie par un sillon transversal ou oblique. Cette tumeur est molle, fluctuante, rénitente pendant une contraction, niée à son centre.

La femme éprouve une pesanteur au périnée, du ténesme vésical, des douleurs à la région hypogastrique, douleurs qui se propagent dans les aines et dans les lombes. Si on comprime cette tumeur, on éveille ou on accroît la douleur, le besoin d'uriner, et on détermine quelquefois l'issue d'un peu de liquide par le méat. L'utérus est remonté dans la cavité abdominale, son col vient appliquer le col de la vessie ou le bas-fond contre la symphyse et provoque de l'œdème de toute cette partie des organes génito-urinaires; on trouve alors une tumeur de la grosseur du pouce résultant de leur engorgement. La femme est alternativement immobile parce que tous ses mouvements retentissent sur la vessie, et agitée parce qu'elle essaie, par des efforts réitérés, d'expulser l'urine. Il y a de l'inquiétude, de l'anxiété, le pouls est petit, serré, fréquent; peu à peu la fièvre s'allume, le visage s'injecte, le ventre se tuméfie. Si alors la vessie n'est pas vidée, on ne tarde pas à voir se développer tous les symptômes d'une péritonite : nausées, vomissements, sueurs visqueuses exhalant une odeur urineuse, puis altération des traits, délire, coma, mort. C'est là le tableau des cas aigus, heureusement fort rares.

Lorsque la dysurie s'établit d'une façon lente et progressive, la vessie peut se laisser distendre à l'insu de la malade, et acquérir un volume énorme, sans occasionner, dès le début, ces symptômes généraux graves décrits ci-dessus. On peut cependant, pendant un moment, confondre cette vessie distendue par l'urine, avec l'ascite, une tumeur liquide de l'ovaire, une tumeur fibreuse de l'utérus, ou des organes voisins, ou encore faire penser à un début de travail ou même à une grossesse gémellaire, erreur de diagnos-

tic qui disparaît de suite si l'on emploie le moyen très précieux qui consiste à combiner le toucher vaginal avec la palpation hypogastrique. En pressant alternativement avec l'une et l'autre main, on perçoit le phénomène d'ondulation. Du reste le cathétérisme bien fait lèverait tous les doutes.

CONSEQUENCES.

1o *A la fin de la grossesse.*—A cette époque chez les primipares, surtout, la tête s'engage dans l'excavation en poussant devant elle la paroi antérieure du segment inférieur de l'utérus, elle comprime le col ou le bas-fond de la vessie et peut donner lieu à une rétention d'urine. La vessie ne pouvant être vidée, il en résulte des douleurs très pénibles avec ténisme vésical, et par réflexe, contraction des parois abdominales. Sous l'influence de ces contractions répétées, l'utérus peut lui-même y participer, et le travail commencer prématurément. La rétention d'urine peut apporter un obstacle considérable à l'examen de la femme. Comment pratiquer le palper explorateur avec une tumeur liquide souvent très tendue et qui masque une grande portion de l'utérus ?

Quant au palper mensurateur, M. le professeur Pinard qui le pratique pourtant avec une grande certitude, a toujours eu soin de faire vider la vessie avant de le pratiquer. Cette simple constatation suffirait à montrer combien cette rétention est nuisible dans cette occasion, si elle n'était quelquefois cause d'une erreur très grave pour le fœtus, en amenant l'accoucheur à provoquer le travail à une époque où le fœtus n'est pas encore viable. La tête, dit le professeur Pinard, peut mal s'appliquer au niveau du détroit supérieur, ou déborder la symphyse alors qu'il n'y a pas rétrécissement du bassin quand la vessie est pleine d'urine et le rectum rempli de matières fécales.

2o *Pendant le travail.*—Lorsque l'urine séjourne longtemps dans son réservoir, elle subit une véritable décomposition dont la conséquence est l'altération de l'épithélium vésical qui normalement est imperméable. Dès lors l'ab-orption est possible, les matériaux de l'urine pénètrent dans le sang et donnent lieu à des accidents typhoïdes qui amènent le plus souvent la mort.

L'urine accumulée dans la vessie peut ralentir le travail à toutes ses périodes. Au début, alors que la tête n'est pas encore bien engagée, la vessie peut être située sur un des côtés du bassin, et, même quand il y a une petite quantité d'urine, elle rétrécit le diamètre transverse du bassin et empêche la descente régulière de la partie qui se présente. De plus, le segment inférieur de l'utérus se trouvant déplacé, la tête fœtale ou la poche des eaux n'appuiera pas franchement et régulièrement sur ce segment inférieur.

Les contractions utérines seront contrariées par ce déplacement

du globe utérin qui, par quelque partie de son segment inférieur, reposera sur le pourtour de l'excavation.

Lorsque la dilatation de l'orifice du col est complète, le travail peut encore être retardé par la fatigue qu'éprouve l'utérus épuisé par ses violentes contractions du début. La femme elle-même, tourmentée par les douleurs réflexes que lui cause le ténésme vésical et par les douleurs mêmes de l'accouchement, qu'on la sollicite à faire valoir, s'épuise à contracter ses muscles de la paroi abdominale qui deviennent impuissants au moment où ils seraient utiles, à la période d'expulsion. Les contractions utérines, après s'être ralenties progressivement, cessent tout à fait. Que d'applications de forceps n'ont pas eu d'autres indications que cette inertie utérine produite par un épuisement de cet ordre.

3o *Cystocèle*.—Lorsque la paroi antérieure du vagin est prolabée et qu'il existe une cystocèle vaginale, les symptômes de la rétention d'urine ne sont pas tout à fait les mêmes, et les conséquences sont beaucoup plus graves. La cystocèle vaginale, non seulement entrave le travail et le prolonge d'une façon considérable, mais elle le fait cesser par épuisement de la femme. Les contractions utérines ne reparaisent plus qu'à de longs intervalles et finissent même par disparaître complètement. Heureusement que cet obstacle est assez facile à reconnaître pour un accoucheur instruit et un peu expérimenté.

4o *Pendant la délivrance*.—Entre l'accouchement et la délivrance, la vessie distendue par l'urine joue un rôle très important; aussitôt après l'expulsion de l'enfant, l'utérus se rétracte et c'est grâce à sa rétractibilité que le placenta détaché peut être expulsé. Si à ce moment la vessie est distendue par l'urine, ce sac liquide empêchera les contractions utérines régulières, une portion de ce muscle creux ne se rétractera pas, le placenta qui peut être décollé à ce niveau, laissera des orifices sanguins béants et il en résultera une hémorrhagie qui pourrait être mortelle si on n'était pas prévenu.

Le palper explorateur rend à ce moment un grand service. On sait que le fond de l'utérus aussitôt après l'expulsion mesure environ quatorze centimètres au-dessus du pubis, c'est-à-dire qu'en général il est au-dessous de l'ombilic. Si donc, à ce moment, le fond de l'utérus atteint ou dépasse l'ombilic, on peut penser aussitôt à une hémorrhagie interne, mais si l'utérus tout en s'élevant très haut conserve son volume et sa consistance, il faut songer à l'état de la vessie et le palper fait aisément reconnaître la présence d'une tumeur molle, fluctuante, ou rénitente située au-dessus du pubis. L'action de la vessie distendue par l'urine au moment de l'expulsion du placenta a une importance beaucoup plus grande. La vessie, par le fait même de sa distension pendant l'accouchement, est momentanément paralysée.

On conçoit que dans ce cas, la rétention se produit facilement.

La vessie dilatée exerce sur le col de la matrice une compression qui peut s'opposer à l'expulsion du placenta et même à son extraction par le moyen du cordon. Alors la femme éprouve des douleurs d'un nouveau genre, qui proviennent de ce que l'arrière-faix s'approchant de l'orifice utérin comprime la vessie distendue et son col irrité.

Cette rétention du placenta avec le cordon pendant entre les jambes de la femme est une source de danger au point de vue de l'infection. Une complication encore plus grave est l'inertie utérine, qui par l'hémorrhagie qu'elle produit, menace la vie de la femme d'une manière immédiate. Cette hémorrhagie se continue sous l'influence du placenta utérin qui empêche la matrice de revenir sur elle-même, de sorte que la femme subit les conséquences d'un cercle vicieux dont elle ne peut sortir que par une délivrance artificielle, à moins qu'on ne vide la vessie.

PRONOSTIC.

Le pronostic de la rétention d'urine simple, sans déplacement de la vessie et sans complications ultérieures, est assez favorable pour la mère au point de vue de la vie. Ce pronostic est assombri par les ruptures qui se produisent sur les organes du canal pelvico-génital. Puis les contusions, les froissements que subit la vessie, sans amener la mort, peuvent être cause de fistules et de l'incontinence d'urine consécutive à une inertie et une paralysie de l'organe qui permettent une rétention d'urine considérable sans que la femme en ait conscience; et lorsqu'on lui dit d'uriner il ne s'écoule que quelques gouttes d'urine. Enfin, la lenteur du travail, l'épuisement que la femme en ressent, sans parler des hémorrhagies de la délivrance, peuvent occasionner une faiblesse consécutive de la mère dont elle est quelquefois fort longtemps à se remettre.

TRAITEMENT.

Le traitement découle des observations ci-dessus mentionnées. Si la femme ne peut uriner seule, il faudra la faire uriner avec une sonde propre qui sera mise doucement dans la vessie, car il s'est vu à quelques-unes que les fibres qui font la contraction de la vessie afin de chasser l'urine étaient tellement débilitées et même tout le corps, pour avoir été trop étendues, que l'urine n'en pouvait sortir.

Le cathéter ordinaire peut quelquefois être impossible à introduire, sa canelure ne s'adaptant plus à la situation nouvelle qui occupe l'urèthre. De plus les cathéters contenus dans les trousses de l'accoucheur se trouvent exposés aux souillures de l'air, et pensent occasionner des cystites, très rares aujourd'hui, depuis que les sondes en verre et en caoutchouc doivent être continuellement dans un bain antiseptique.

Si ces tentatives sont infructueuses, on peut essayer avec une sonde molle en caoutchouc qui suit mieux les canelures de l'urèthre. Le doigt introduit dans le vagin peut, en soulevant la tête de l'enfant, permettre une introduction plus facile. En plaçant la femme dans la position obstétricale on se facilite la tâche.

On peut encore recourir au vieux et excellent procédé indiqué par Mauriceau " la femme soulèvera, pour ce faire, elle-même un peu son ventre en les mains." En soulevant son ventre, elle remonte généralement la tête de l'enfant qui s'appuie sur le col ou le bas-fond de la vessie, ce qui évite de faire placer la femme dans la position genu pectorale, position à laquelle on aura cependant recours, si tous les procédés indiqués plus haut ne réussissent pas.

Enfin, il restera comme suprême ressource la ponction de la vessie. S'il y a cystocèle vaginale, on pratiquera le cathétérisme de la même façon, en ayant soin de tourner le bec de la sonde en bas. La vessie évacuée, il faudra soulever la tumeur, la remonter dans la cavité abdominale, jusqu'à ce que des douleurs viennent pousser la tête dans l'excavation et l'empêcher de se reproduire.

CONCLUSIONS.

La rétention d'urine pendant l'accouchement et la délivrance peut produire des résultats tellement graves pour la mère et l'enfant, que je puis conclure ainsi :

1^o Tout accoucheur appelé auprès d'une femme au début du travail, ou à n'importe quel moment, doit s'enquérir du temps écoulé depuis la dernière miction, et de la façon dont ses mictions se sont accomplies pendant la grossesse.

2^o L'accoucheur ne doit pas se contenter des réponses de la parturiente, mais pratiquer un examen attentif des organes génito-urinaires.

3^o Une petite quantité d'urine contenue dans la vessie suffit à amener des désordres graves ; l'accouchement doit vider naturellement ou artificiellement la vessie.

4^o S'il est toujours utile de vider la vessie, même dans l'accouchement naturel, il est de la plus haute importance de la vider quand il est nécessaire de pratiquer une opération obstétricale : version, application du forceps, opération césarienne, etc.

Paris, 16 mars 1893.

—N'oubliez pas que la méningite tuberculeuse s'annonce ordinairement des semaines ou des mois à l'avance par un amaigrissement graduel et progressif — W. A. N. DORLAND, in *Medical Progress*.

De la prophylaxie et du traitement de la fièvre puerpérale;

par A. LAPHORN SMITH, M.D., Laval, M. R. C. S., Montréal. (1)

Lorsqu'il s'agit de déterminer si nous avons un cas de fièvre puerpérale à traiter, nous devons nous rappeler que tous les cas de fièvre chez les femmes en couche ne sont pas nécessairement de la fièvre puerpérale. Nous devons beaucoup sur ce sujet au Dr H. C. Coe, de New York, puisque c'est lui qui le premier nous a fait remarquer que la fièvre chez l'accouchée peut être tout-à-fait indépendante des voies génitales. L'élévation thermique peut être due à la fièvre typhoïde, à une inflammation de l'appendice ou à quelques autres des nombreux désordres auxquels la plupart des femmes sont assujetties. Parmi les cas les plus difficiles à diagnostiquer, citons celui du Dr J. C. Cameron, de Montréal, dont la patiente attendait une lettre et était prise d'une fièvre intense chaque fois qu'à l'arrivée du facteur elle éprouvait une déception nouvelle. J'ai observé moi-même un cas où la température s'éleva à 105° le dixième jour. Cette élévation de température était due à un accès de colère que la femme éprouva à la réception de la note d'honoraires du médecin; la fièvre disparut dès qu'elle s'aperçut qu'il y avait eu erreur. Nous devons encore surveiller la phthisie aiguë, maladie assez commune à la fin de la grossesse.

En admettant toutefois que le diagnostic est certain et que c'est bien un cas de fièvre puerpérale, considérons un moment les agents producteurs des terribles symptômes qui en sont le cortège. La fièvre puerpérale provient de la semence de microbes; le *staphylococcus pyogenes aureus* probablement, ainsi que le streptocoque avec ou sans gonocoque, se multiplient sur une surface ble-sée dans le canal génito-urinaire, spécialement si elle est enduite d'un liquide propre à la culture des bacilles, tel que le pus, le sérum. Les microbes se nourrissent de matières mortes; ils ne peuvent pas croître sur une surface sèche, pleine de santé et de vie, mais ils excrètent des substances toxiques connues sous le nom de ptomaïnes, qui ont le pouvoir de détruire une mince couche de tissu environnant; cette couche de tissu mort fournira un terrain excellent qui servira à la nourriture, à la croissance et à la multiplication des bacilles. Les pathologistes les plus avancés considèrent que c'est l'entrée dans le sang de ces ptomaïnes et non celle des bacilles qui produit l'élévation de température, tandis que d'autres soutiennent que la fièvre est une fermentation due à la présence des bacilles dans le sang. Que ce soient les bacilles ou leurs excréta, lorsqu'ils sont absorbés dans le sang en quantité suffisante, ils causent d'abord une grande irritation des vasomoteurs ou du nerf grand sympathique, déterminent la contraction des capillaires et la pâleur de la peau, le tout suivi d'une réaction ou paralyse de ces mêmes capillaires, accompagnée de rougeur.

(1) Suite.—Voir la livraison de juin.

Maintenant voici une question très importante. C'est un fait bien prouvé que l'absorption des microbes ou ptomaines se fait bien plus vite lorsqu'ils sont accumulés dans une cavité fermée et soumis à une certaine pression, que lorsqu'ils ne font qu'enduire la surface d'une cavité qu'une large ouverture protège contre toute pression. Il est aussi bien prouvé que les microbes et les ptomaines dans une cavité ouverte seront presque aussi bien absorbés par les bandelettes poreuses de la gaze absorbante que par les lymphatiques et les veines.

Les deux considérations suivantes au sujet des différentes manières d'être des liquides infectés sont d'une grande importance : 1o Les liquides sont ou retenus sous pression ou rendus libres par une large ouverture. 2o Il y a une grande différence dans la quantité de bacilles et ptomaines absorbés, suivant que la dite cavité est ouverte et remplie ou ouverte et munie de drains et presque asséchée par de la gaze. Ces deux faits, dis-je, sont très importants, non seulement en chirurgie générale, mais tout autant en obstétrique, alors que la cavité intéressée est très riche en veines et lymphatiques béants. Chez la nouvelle accouchée, nous avons toutes les conditions nécessaires à la production d'une plaie infectieuse. Nous avons le périnée (qui est toujours plus ou moins déchiré) ainsi que de petites lacérations dispersées sur la muqueuse vaginale dans toute son étendue, mais surtout aux environs du col utérin. Le col lui-même est souvent déchiré ; dans tous les cas sans exception, nous avons cette grande surface formant une plaie vive par l'enlèvement du placenta qui laisse après lui une multitude de veines et de lymphatiques ouverts. D'un autre côté, des liquides infectés peuvent être poussés ou couler à travers les trompes de Fallope dans le péritoine pelvien, ce qui aurait pour conséquence inévitable une péritonite septique générale, la mort prompte, si la nature n'envoyait pas aussitôt une légion de corpuscules blancs qui nagent dans un flot de lymphes et ont pour mission de confiner les microbes aux trompes ou au moins à la cavité pelvienne dont ils produisent l'inflammation. Quelquefois cependant l'ovaire est envahi par les bacilles, et toute la cavité du péritoine peut devenir infectée avant que la nature ait eu le temps de la préserver.

Nous pouvons poser ceci comme axiôme : que la gravité des symptômes de l'infection septique est en proportions directes avec la quantité de microbes et de ptomaines absorbés et avec la rapidité plus ou moins grande de cette absorption. Au moins chez la femme, lorsque l'infection septique se fait par les voies génitales, la facilité et la rapidité de l'absorption augmentent suivant qu'elle se produit à un point plus ou moins élevé du canal. C'est ainsi que nous aurons des symptômes généraux relativement lents et peu graves si la septicémie n'est déclarée après la déchirure du périnée, ils présenteront plus de gravité si l'infection

provient d'une déchirure du col, si le germe septique a infecté la plaie vive laissée par le décollement du placenta, les symptômes seront encore plus graves; enfin la mort surviendra presque toujours si le péritoine lui-même, avec ses nombreux lymphatiques, est infecté.

Nous avons dit au commencement de cet article, que la fièvre puerpérale devrait ne plus exister; nous pouvons encore avancer d'un pas et dire que tout en admettant l'intervention de la fièvre puerpérale à cause du manque de précautions antiseptiques, la terminaison ne devrait jamais en être fatale. Comment pourrions-nous l'empêcher? Bien simplement: traiter tous les cas de fièvre puerpérale comme l'on traiterait une plaie infectée, par le lavage, la désinfection et le drainage. Si la température de toutes les femmes nouvellement accouchées était prise au moins à tous les soirs pendant dix jours, dans la majorité des cas on constaterait qu'elle ne s'élève pas au-dessus de 100°. Si la fièvre s'élève au-dessus de 100°, on doit traiter la patiente pour un commencement de septicémie puerpérale. On donnera matin et soir une abondante douche d'eau chaude.

Le médecin, pour deux raisons, devra donner lui-même au moins la première de ces douches: 1o afin d'être sûr au moins que la chose se fait; 2o afin de savoir si la garde-malade comprend comment il faut donner ces douches. J'ai déjà rapporté un cas où la garde-malade m'avait assuré qu'elle avait donné quotidiennement pendant plusieurs jours une douche vaginale d'eau chaude à la patiente, et plus tard j'appris que cette garde-malade croyait donner une douche vaginale en injectant l'eau sur les grandes lèvres. Dans la majorité des cas, une abondante injection d'eau chaude répétée quelques fois par jour aura bien vite raison de la fièvre. Si l'on n'a pas encore fait la suture du périnée on devra immédiatement prendre les précautions antiseptiques requises et procéder à l'opération. On peut faciliter le drainage naturel de deux manières: d'abord la patiente s'assoiera pour aller à la selle et uriner, ce qui chaque fois permettra l'expulsion complète des caillots et du sérum qui s'accumulent dans le vagin; en second lieu on tiendra la tête et le tronc élevés pour faciliter l'écoulement des liquides retenus dans l'utérus. D'après la connaissance que nous avons de l'obstétrique des peuplades sauvages, il semblerait que la nature leur a inculqué l'idée que le drainage doit se faire par gravité, puisque toutes ces femmes se tiennent assises immédiatement après l'accouchement. Si l'on tient la nouvelle accouchée rigoureusement dans le décubitus dorsal, la tête basse par crainte d'hémorrhagie, si l'on applique un coussin avec un bandage serré, le drainage est absolument impossible, puisque la matrice est par ce procédé poussée en bas et en arrière dans la cavité du sacrum et prend la position d'une bouteille le goulot en haut, de sorte que les lochies s'accumulent sans pouvoir s'écouler.

Comme nous l'avons déjà vu, l'absorption septique se fera en bien plus grande abondance si elle provient d'une cavité remplie quoique largement ouverte que si elle provient d'une cavité presque vide et ouverte. Si la matrice est dans la rétroversion, il y a encore un autre danger d'infecter le péritoine par l'écoulement qui se fait à travers les trompes de Fallope qui après l'accouchement sont presque toujours ouvertes.

Si après avoir lavé le vagin et bien drainé la matrice, la température ne s'abaisse pas dans les 24 heures, il ne faut pas perdre de temps mais laver immédiatement la cavité utérine avec de l'eau bouillie ou une solution de permanganat de potasse ou de peroxyde d'hydrogène. On ne doit pas employer le bichlorure après l'accouchement à cause de l'absorption mercurielle qui peut survenir. Nous devons résister à la tentation de donner des antipyrétiques puisque ce serait là un moyen de masquer les symptômes indicateurs de la maladie. Nous devrions plutôt préférer connaître le mal dans toute sa gravité et traiter le cas en conséquence. Si après avoir lavé la cavité utérine la température ne tombe pas dans les 24 heures nous pouvons être certains que le drainage est mauvais. C'est pourquoi nous devons placer la malade en travers du lit ou mieux encore sur une table, et après avoir de nouveau fait un lavage intra-utérin avec une sonde à double courant de Kelley, saisir la lèvre antérieure du col avec un double crochet, l'amener en bas doucement mais fermement, introduire ensuite les forceps dans la cavité et s'assurer qu'il n'y reste ni morceaux ni débris placentaires ou autre tissus en décomposition. Pour des raisons que je donnerai immédiatement, on ne doit pas faire de curettage à cette période, mais comme le recommande Politz on remplit la matrice avec de la gaze iodoformée ou sublimée en ayant le soin de laisser au dehors du col une longueur considérable des bandelettes que l'on enroule dans le vagin. Je dis de la gaze sublimée parce que le médecin n'a pas toujours sa possession de la gaze iodoformée, tandis que la première est très facile à préparer. Un des principaux motifs qui autorisent Politz à la reconnaissance perpétuelle que lui doit la profession médicale, est la réclame puissante qu'il fit en faveur du drainage utérin au moyen de la gaze.

Voici les raisons qui nous empêchent d'employer la curette à cette période: 1° Parce que, dans la plupart des cas, ça n'est pas nécessaire, le drainage seul mettra presque immédiatement fin à l'absorption des ptomaines qui alimentent la fièvre; 2° parce que même entre des mains expérimentées la curette est un instrument dangereux, et l'on rapporte un nombre suffisant de cas où des chirurgiens très habiles ont perforé le fond de l'utérus pour recommander de ne faire de curettage que lorsque c'est absolument nécessaire; 3° parce que dans tous les cas où j'ai employé ou vu employer la curette, aucun débris que n'aurait pas tout aussi bien délogé un simple lavage n'a été enlevé.

Une de mes patientes, enceinte de deux jumeaux, et arrivée au quatrième mois de sa grossesse eut une fausse couche, l'extraction du placenta se fit en entier, la température s'éleva à 105° et s'y maintint pendant plusieurs jours, elle s'abaisa cependant en quelques heures dès qu'on eut fait le lavage de la cavité utérine et facilité le drainage en y introduisant de la gaze iodoformée, après quoi la température resta normale.

Le drainage est la clef du traitement. Pourquoi chez certaines patientes non seulement un curettage bien fait et un bon lavage utérin n'apportent aucune amélioration, mais dans bien des cas le mal s'aggrave? Simplement, parce qu'après avoir bien lavé et cureté on a négligé l'introduction dans la matrice des drains nécessaires. Quelque soin que l'on prenne pour faire un parfait curettage, il est impossible de certifier qu'il ne reste plus là un seul germe septique. Plus on s'est évertué à bien curetter, plus on doit être assuré qu'il se produira un exsudat de sérum et de lymphé provenant des parois utérines. En introduisant de la gaze dans la matrice, elle absorbera cette lymphé et ce sérum dans les mailles de son tissu et les conduira au dehors. Sans l'introduction de la gaze, le col utérin se courbe et se ferme si bien que l'eau même ne pourrait pas le franchir. Ceci est clairement démontré par les deux cas suivants dont j'ai été témoin.

Dans le premier cas on avait fait quotidiennement des lavages intra-utérins avec une solution de bichlorure pendant plusieurs jours et comme la patiente n'éprouvait aucune amélioration, on fit le curettage sans trouver aucun débris placentaire ou autre; la température s'éleva encore davantage après l'opération et malgré les lavages intra-utérins que l'on fit régulièrement, la patiente mourut de péritonite.

Le second cas fut rencontré dans la pratique d'un confrère, on avait lavé la cavité utérine deux fois par jour avec une solution d'acide carbolique, puis avec du bichlorure, sans obtenir le moindre abaissement de température; l'examen fit distinctement découvrir qu'il y avait une anteflexion à angle aigu qu'il fallut redresser avec un double crochet avant qu'il fut possible d'introduire la sonde à double courant.

Comme l'état de la patiente s'aggravait et qu'au bout d'une semaine tout le contenu du bassin était pris en une masse compacte, on fit le curettage sans enlever de débris et on introduisit pour drains des bandelettes de gaze iodoformée.

Le jour suivant, la température était presque normale, elle s'y maintint et au bout de quelques semaines la malade était guérie. C'est une erreur de croire que parce que le col utérin est ouvert après un accouchement ou une fausse couche, que le drainage doit être bon. Au contraire, comme nous l'avons vu, l'utérus, encore molasse, est alors pressé en bas par le coussin et le bandage, jusqu'à ce qu'il se replie sur lui-même, de sorte que le canal utérin est complètement obstrué.—(A suivre).

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Danger et contre-indication de la morphine dans l'asphyxie de l'angine de poitrine.—Pour M. HUCHARD, la douleur n'est pas l'accident le plus important de l'angine de poitrine : c'est la syncope. Il est des cas d'angine de poitrine où le malade ne meurt pas subitement, mais dans lesquels il est pris de dyspepsie avec œdème pulmonaire qui amène la mort en 3, 4 ou 6 heures. Dans ces cas combattre la douleur par la morphine est au moins inutile et fait perdre un temps précieux ; il faut agir rapidement par des injections répétées d'éther, de caféine, de trinitrine, par des inspirations de nitrite d'amyle. Cette forme de l'angine de poitrine a été expérimentalement déterminée par Bethelheim, au moyen de la compression de l'artère coronaire antérieure ; le ventricule gauche diminue ses contractions, tandis que le ventricule droit, continuant à bien fonctionner, ne tarde pas à causer de l'œdème pulmonaire et l'asphyxie.

2o *Sur les causes d'insuccès de la digitale.*—M. Huchard divise en trois groupes les causes d'insuccès de ce médicament si précieux. Ces causes tiennent : 1o au médicament ; 2o à la maladie et au malade ; 3o au mode d'administration.

1o Les raisons d'insuccès dus au médicament proviennent de sa mauvaise qualité, et elles sont trop connues pour y insister. Aussi doit-on, pour les éviter, préférer la digitaline.

2o Les insuccès dus aux malades et aux maladies sont nombreux et nous intéressent plus particulièrement. Les pneumoniques tolèrent bien la digitale ; les typhoidiques la supportent mal. Le poison typhique en effet paraît, en ralentissant le pouls, agir un peu comme la digitale. Dans le rhumatisme articulaire aigu, la digitale abaisse insuffisamment la température. C'est dans les cardiopathies que ce médicament est surtout précieux. Toutefois, comme le fait remarquer Teissier, de Lyon, l'indication de la digitale repose sur l'état de compensation et non sur le siège de la lésion.

Il y a 4 périodes dans une cardiopathie avec lésion organique : 1o l'*Eusystolie*, la compensation est parfaite, la digitale est inutile ; 2o l'*Hypersystolie*, il y a excès de compensation et la digitale est nuisible ; 3o l'*Hyposystolie*, et 4o l'*Asystolie*, la com-

pensation diminue et disparaît, et la digitale est alors d'un usage précieux. L'état de la fibre cardiaque explique aussi de nombreux insuccès de la digitale, mais il ne faudrait pas, dans ces cas, être trop absolu. Souvent la faiblesse du myocarde tient plus aux barrages, aux obstacles, qu'à la dégénérescence du myocarde. L'obstacle levé, la digitale, jusqu'alors inactive, produit des effets merveilleux. Le barrage peut être cardiaque, par exemple quand il y a dilatation considérable et menaces de thrombose cardiaque. Une saignée préalable de 400 grammes permettra à la digitale d'agir. L'obstacle peut être hépatique et il faudra combattre la congestion du foie avant de donner la digitale. Il n'y a pas de barrage rénal et la digitale, quoi qu'on en ait dit autrefois, réussit très bien, même lorsqu'il y a imperméabilité rénale. Christison, en 1855, l'avait déjà fait remarquer; lorsqu'il y a sclérose du foie, la digitale est inactive. Withernig, du reste, avait déjà constaté que la digitale, utile dans les hydrophisies généralisées, n'agissait pas dans les hydrophisies enkystées. Le barrage périphérique doit être combattu par des mouchetures avant l'administration de la digitale.

M. Huchard avoue que lui le premier a trop insisté sur les dangers de l'emploi de la digitale quand il y a excès de la tension artérielle. Ce médicament régularise plus qu'il n'augmente la tension artérielle. Dans certaines arythmies, telles que le pouls à rythme couplé et tricouplé alternant, la digitale augmente les accidents. Dans les tachycardies compensatrices, sur lesquelles M. Rigal a insisté, dans les tachycardies par compression du nerf vague, dans les tachycardies bulbaires la digitale est nuisible ou tout au moins inactive. Dans l'asystolie avec dyspepsie ou état gastrique, ce médicament n'agit qu'après un purgatif;

3o Le dernier groupe de causes d'insuccès tient au mode d'administration. M. Huchard est d'avis de donner la digitale à dose massive. Il soumet ses malades au repos, au régime lacté exclusif, leur donne un purgatif, et le quatrième ou cinquième jour, il leur fait prendre 50 gouttes d'une solution à 1/1000 de digitaline en une fois. Il est d'avis de ne pas donner d'autres médicaments avec la digitale pour éviter les antagonismes et bien se rendre compte de l'action du remède. Il ne conseille pas d'employer la voie hypodermique, l'absorption de la digitaline se faisant mal à cause de l'irritation qu'elle produit sur le tissu cellulaire. — *Société de thérapeutique.*

La bromuration à hautes doses dans l'épilepsie, par M. FÉRÉ, in *Revue de médecine.* — La surveillance de la bromuration, dit l'auteur, consiste dans l'examen fréquent des malades à nu pour constater l'état de la peau, et dans les pesées faites aussi à nu pour établir le bilan de la nutrition. Quand il existe des lésions cutanées ou une diminution permanente du poids, il faut

veiller avec le plus grand soin sur le tube digestif, principalement lorsque le malade se trouve dans des conditions de déplétion physique ou morale, et en particulier quand la température est très basse. Dans ces conditions les accidents du bromure seraient nécessairement néfastes à brève échéance. Il ne faut pas temporiser ou perdre un temps précieux en ayant recours aux moyens qui réussissent dans les cas de bromuration à doses modérées, il faut supprimer immédiatement le médicament et hâter l'élimination par l'intestin à l'aide des purgatifs, par la peau à l'aide de la pilocarpine en injections sous-cutanées.

Remèdes spécifiques contre la pleurésie, la pneumonie et la méningite, par VON VELTIN, in *Berliner Klin. Wochenschrift*.— L'auteur part de ce principe, que nous ne connaissons pas encore de remèdes spécifiques, ce mot étant pris dans son acception la plus rigoureuse. Mais il se fait fort de démontrer que pour ce qui concerne la pleurésie, dans 90 p. 100 des cas on peut définir l'origine de la maladie de telle sorte que la guérison pourra être obtenue après emploi de remèdes bien déterminés.

Le plus souvent la pleurésie est d'origine tuberculeuse. Or, quand elle est apyrétique, la pleurésie tuberculeuse guérit presque toujours sous l'influence du seul repos au lit et d'un traitement par la créosote (dose quotidienne, 1 gr. à 1 gr. 2). Encore faut-il intervenir avant l'apparition des *bacilli tuberculosi* dans les crachats, le diagnostic pouvant se faire d'après les seules données de l'examen stéthoscopique; là-dessus l'auteur s'est étendu très longuement.

Quand la pleurésie éclate brusquement et que l'examen stéthoscopique fait constater l'absence de foyers tuberculeux dans les sommets, un examen et un interrogatoire minutieux du malade feront presque toujours découvrir des manifestations rhumatismales du côté des jointures, en admettant que la pleurésie ne vienne pas compliquer une attaque franche de rhumatisme poly-articulaire. Presque toujours on apprendra que, peu de temps avant le début de la pleurésie, les malades ont ressenti des douleurs dans une ou plusieurs jointures.

En pareilles circonstances, la pleurésie est justiciable de la médication salicylée, à condition que celle-ci soit instituée peu de temps après l'apparition de l'épanchement: débiter par de fortes doses, jusqu'à 8 grammes de salicylate de soude dans les vingt-quatre heures, pour descendre ensuite progressivement à 3 grammes. Continuer la médication jusqu'à disparition de l'épanchement. Pour abrégé la durée du traitement, on peut, le premier jour, substituer au salicylate de soude l'antifébrine ou l'antipy-rine.

L'auteur ne croit pas qu'il existe une pleurésie franche primitive. Dans la région où il exerce, les cas de pleurésie qu'il a observés se répartissaient ainsi, eu égard à leur origine:

Pleurésie tuberculeuse, 50 0/10 des cas; pleurésie rhumatismale, 40 0/10 des cas. Les cas restants (10 0/10), étaient d'origine septique ou carcino-pneumonique, etc.

—Contre la pneumonie des enfants, la quinine, au dire de l'auteur, agit comme un spécifique. M. Veltou prescrit la quinine, associée à l'apomorphine, cette dernière étant administrée à titre d'expectorant. Pour un enfant de 3 à 4 ans, la dose quotidienne de quinine est de 0 gr. 4; pour un enfant de 2 ans, elle est de 0 gr. 3; pour un enfant au-dessous de un an la dose quotidienne comprendra autant de fois 3 centigrammes que l'enfant a de mois d'âge. Quand la dose de quinine est trop forte, les enfants deviennent agités, leur peau devient livide et cyanosée. En fait de préparation quinique, il faut donner la préférence au chlorhydrate, en raison de sa plus grande solubilité. On prescrira par exemple, chez un enfant de 3 à 5 ans :

Rec. Chlorhydrate de quinine..... 1 gramme.
Acide chlorhydrique..... q. s. pour dissoudre.

Eau distillée..... }
Sirop simple..... } àâ 20 grammes.

M.—Prendre la moitié, le matin à 10 heures et l'autre moitié, le lendemain à la même heure.

La dose quotidienne d'apomorphine, pour un enfant du même âge, est de 18 milligrammes. Chez les enfants au-dessus de 1 an, on administrera d'abord le quart de cette dose, puis on fera prendre au besoin les trois autres quarts, jusqu'à production de l'effet voulu. L'apomorphine sera prescrite en suspension dans l'eau additionnée de 0,26 d'acide chlorhydrique dilué.

—M. Velden a rappelé ensuite qu'il y a quelque dix ans, en Allemagne, on a préconisé l'iodure de potassium comme un remède abortif de la pneumonie, lorsqu'il est administré au début de la maladie. M. Velden a vérifié dans une certaine mesure l'exactitude de cette assertion. Quand l'iodure de potassium est administré à doses massives, dans le courant des six ou douze heures qui suivent le frisson initial, il fait tomber la fièvre en très peu de temps; mais l'infiltration pneumonique n'en suit pas moins son cours. Quand le médicament n'était administré qu'entre la douzième et la vingt-deuxième heure après le frisson initial, la température corporelle redescendait bien au niveau normal: mais vers midi, ou dans l'après-midi du lendemain, elle remontait de nouveau un peu au-dessus de 38°; une seconde dose d'iodure de potassium était alors nécessaire pour abattre la fièvre d'une façon définitive. Quand l'iodure de potassium était administré plus de vingt-quatre heures après le début de la pneumonie, la médication échouait totalement.

En somme, lorsqu'on peut intervenir à temps, il faut prescrire l'iodure de potassium à la dose de 6 grammes au moins, à prendre en une fois. M. Velden fait préparer d'avance des solutions ainsi formulées :

Rec. Iodure de potassium.	6 grammes.
Eau distillée.....	12 —

M.

Quand il est appelé auprès d'un malade qui est au début d'une pneumonie, il fait prendre lui même cette solution diluée dans un demi-verre d'eau. Il la fait prendre en une seule fois ; en deux fois, si le malade a des vomissements. Il a soin de prévenir l'entourage que si une partie de la solution est vomie, il faut réadministrer au malade une quantité égale à celle qui a été rejetée. Enfin, il importe de répéter que le malade, une fois débarrassé de la fièvre, n'est pas pour cela guéri, et qu'il ne guérit pas plus vite que s'il n'eût pas été traité par l'iodure de potassium. Il échappe simplement aux dangers de paralysie cardiaque, qu'il eût courus en cas de déformation critique survenant entre le sixième et huitième jour.

Enfin d'après Velden, l'iodure de potassium administré à la dose quotidienne de 3 à 6 grammes agirait à l'égal d'un spécifique dans les cas de méningite cérébro-spinale. Son efficacité serait comparable à celle du salicylate de soude dans les cas de rhumatisme polyarticulaire aigu. Cette efficacité serait en rapport avec les propriétés antibactérienne de l'iode.

Traitement de la fièvre typhoïde par l'acide borique.—Un confrère russe, M. le docteur J. Tortchinsky (de Saint-Pétersbourg) a obtenu, dans la fièvre typhoïde, d'excellents résultats par l'emploi du traitement suivant :

Il commençait par administrer, suivant l'âge du malade, de 8 à 15 grammes d'huile de ricin avec 5 à 20 gouttes d'essence de térébenthine. Dès que l'action purgative de cette médication s'était produite, il avait recours à l'usage interne de l'acide borique. Il le prescrivait (en poudre ou en solution) à la dose de 0 gr. 60 centigr., à 1 gramme pour les adultes, et de 0 gr. 20 à 0 gr. 60 centigr. chez les enfants, dose qui était répétée trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. Sous l'influence de cette médication, M. Tortchinsky a constaté, dans la généralité des cas et au bout de quatre ou cinq jours, une diminution notable de la fièvre et de la diarrhée, ainsi que la disparition du tympanisme abdominal ; en même temps les selles perdaient leur fétidité et prenaient une consistance normale ; la diurèse augmentait, la langue redevenait humide et l'état général s'améliorait. A partir du moment où l'amélioration de l'état général était suffisamment accusée, notre confrère cessait l'administration de l'acide borique pour s'adresser aux toniques.

M. Tortchinsky a pu se convaincre, au cours de ses observations, que les effets remarquables de l'acide borique peuvent être encore augmentés par l'addition à ce médicament de petites doses (de 0 gr. 12 à 0 gr. 30 centigr.) de quinine, d'acétanilide, de naphthaline, ou de salol. L'association de l'acide borique et de la quinine serait surtout utile dans les périodes avancées de la fièvre typhoïde, lorsqu'il existe des symptômes cérébraux, ainsi que pour le traitement des rechutes.

M. Tortchinsky a employé la médication boriquée chez 240 malades atteints de fièvre typhoïde. Sur ce nombre, 9 malades seulement sont morts, et encore ont-ils succombé à la période de convalescence, soit pour avoir quitté trop tôt le lit, soit par suite d'un écart de régime. Chez les 231 autres, l'affection a revêtu, sous l'influence du traitement, une forme bénigne; sa durée a été sensiblement abrégée et les complications ne se sont montrées que très rarement.

De tous ces faits notre confrère conclut que l'usage de l'acide borique constitue le traitement le plus efficace de la fièvre typhoïde: c'est, en outre, un procédé thérapeutique à la fois simple, commode et exempt de tout danger et inconvénient.—*Nice médical.*

Un nouvel analgésique local.—La phénylcocaïne, par P. POINSOT, directeur de l'École dentaire de Paris.—La phénylcocaïne se prépare de la façon suivante: on place dans un tube en verre 50 centigrammes d'acide phénique cristallisé-synthétique avec 1 gramme de cocaïne chimiquement pure (et non pas de chlorhydrate de cocaïne); ensuite on fait fondre ces deux médicaments à une douce chaleur produite par la flamme d'une lampe à alcool. Au mélange on ajoute 20 grammes d'huile de vaseline chimiquement pure et stérilisée et 10 grammes d'huile d'arachides stérilisée; on continue à chauffer très doucement jusqu'à combinaison complète.

Cette préparation possède sur les solutions aqueuses de chlorhydrate de cocaïne les avantages suivants:

1° Action absolument locale; pas de diffusion possible; pas de phénomènes généraux;

2° Conservation des propriétés de la cocaïne pure;

Nous évitons ainsi les sous-combinaisons souvent très toxiques résultant de la décomposition des vieilles solutions aqueuses de chlorhydrate de cocaïne.

La phénylcocaïne se conserve indéfiniment; on la trouve dans le commerce en tubes stérilisés, bouchés à la paraffine, de la contenance d'un gramme.

Il est utile de chauffer légèrement les tubes avant d'employer le mélange analgésique.—*Annales des maladies de l'oreille et du larynx.*

MEDECINE

Du brightisme.—M. DIEULAFOY, (*Académie de médecine*, 6 juin 1893) veut attirer l'attention sur quelques symptômes nouveaux de brightisme. On connaît bien, dit-il, les différentes modalités de l'urémie, l'urémie épileptiforme, l'urémie délirante, l'urémie comateuse ou apoplectiforme, l'urémie dyspnéique, la céphalée urémique, l'urémie cardioartique, l'urémie rénale. Toutes ces différentes formes peuvent elles se révéler par des symptômes précoces ? C'est ce que veut étudier M. Dieulafoy.

Sur soixante observations de brightiques, recueillies dans son service, l'albuminurie manquait dans un quart de cas.

Il relate un certain nombre d'observations, qui se ressemblent toutes : accidents urémiques plus ou moins intenses, petits signes du mal de Bright et, durant tout le séjour des malades à l'hôpital, pas la moindre trace d'albumine.

Par contre, beaucoup de sujets ont de l'albumine dans les urines à divers moments de la journée, ces sujets n'auront jamais d'accidents urémiques ; car, n'ayant pas de lésions rénales, ils ne seront jamais des brightiques.

L'albuminurie étant inconstante, quels sont les signes qui peuvent permettre de reconnaître les accidents urémiques ?

Ces petits accidents précoces de la maladie de Bright, qui peuvent exister sans l'albuminurie, sont les suivants :

Troubles auditifs, beaucoup plus fréquents encore que les troubles oculaires, marqués par des bourdonnements d'oreille, de la dureté de l'ouïe, très rarement de la surdité ; M. Dieulafoy les a constatés 34 fois sur 60 ; vertige de Ménière, vertige rebelle à toutes les médications, même au sulfate de quinine, et qui cède en quelques jours au régime lacté ; phénomènes du doigt mort, localisé à quelques doigts pour les deux mains, rarement à tous, durant quelques minutes à un quart d'heure ; les démangeaisons, attirant l'attention par leur tenacité ; envies fréquentes d'uriner, la pollakiurie, confondue autrefois, à tort, avec la polyurie.

Il est un autre symptôme sur lequel M. Dieulafoy a le premier insisté : c'est l'impressionnabilité exagérée des brightiques au froid, c'est la chryestésie. Elle existe surtout aux membres inférieurs, aux genoux, aux mollets, aux pieds. Cette chryestésie a été signalée 37 fois sur 60 observations. M. Dieulafoy cite encore le signe de la temporale : l'artère se dessine sous forme de flexuosités saillantes ; elle est dure et simule une artère athéromateuse.

A côté de ces petits accidents, il faut citer les crampes dans les mollets, fort douloureuses, survenant la nuit, réveillant les malades. C'est un des accidents les plus constants. M. Dieulafoy l'a observé 46 fois sur 60 observations.

Les épistaxis, peu abondantes, se répétant tous les jours, pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, sont consignées 34 fois sur 60 observations.

M. Dieulafoy a décrit également, au nombre de ces petits accidents, un symptôme auquel il a donné le nom de secousse électrique. Au moment où le malade va s'endormir ou est endormi, il est réveillé brusquement par une secousse unique, violente, comparable à une décharge électrique, véritable convulsion clonique. Ce symptôme est noté 25 fois sur 60.

Ce sont ces petits accidents du brightisme qui, à défaut des œdèmes et de l'albuminurie, permettront de faire le diagnostic du mal de Bright. Isolés, ils ont peut-être peu de valeur; groupés, ils imposent le diagnostic.

Ces petits accidents prennent, à plus forte raison, une grande importance lorsqu'ils coexistent avec les œdèmes et l'albuminurie. En effet, ils sont souvent associés aux grands symptômes de la maladie de Bright. Mais il ne s'agit pas de ces malades. Il s'agit de ceux qui ont eu des accidents peu bruyants, jusqu'au jour où surviennent les accidents graves. C'est ce que l'on voit chez les goutteux et les arthriques; chez les syphilitiques; chez des gens atteints de maladie infectieuse, fièvre typhoïde, pneumonie, scarlatine. Chez ces malades, les petits accidents du brightisme sont rattachés à la maladie causale, comme la céphalée, par exemple, à la syphilis, et cela jusqu'au jour où les grands signes de l'urémie font reconnaître l'erreur. Il est un critérium qui permet de déceler ces accidents, c'est leur amélioration sous l'influence de régime lacté.

M. Dieulafoy termine par les conclusions suivantes :

Autant l'albuminurie est un symptôme inconstant, infidèle et trompeur, autant la présence des petits accidents du brightisme peut être d'un secours précieux dans le diagnostic de la maladie de Bright, à toutes ses périodes, dans ses formes plus ou moins frustes, dans ses formes plus ou moins latentes. Il y a une grande urémie et une petite urémie.

Ce qui domine la situation dans la maladie de Bright à toutes ses phases, ce qui crée le danger, ce n'est pas ce qui passe au travers des reins, c'est ce qui ne passe pas. Ce n'est pas parce que les reins laissent passer tous les jours quelques centigrammes ou quelques grammes d'albumine, qu'il y a danger; le danger vient de ce que les reins altérés ne laissent plus passer, en quantité voulue, les éléments de dépuraction qui constituent la sécrétion urinaire normale.

Le poison retenu dans l'économie peut s'y accumuler rapidement

et à forte dose, si la dépuration urinaire est gravement compromise, et alors éclatent les grands symptômes de l'urémie brightique. Mais si l'atteinte portée à la dépuration urinaire est légère, le poison met un temps plus ou moins considérable à s'accumuler dans l'économie, et le malade est sous le coup de cet état que je viens de décrire sous la dénomination de brightisme latent ou petite urémie.

La constatation du brightisme n'implique pas fatalement un pronostic grave pour l'avenir. Fort heureusement, bien des gens, des syphilitiques, des gouteux, des chlorotiques, sont entachés de brightisme sans arriver fatalement aux grands accidents urémiques. Mais quand on a les petits accidents de brightisme, c'est un avertissement dont il faut tenir compte; il faut se soigner et se soigner rigoureusement, qu'on soit albuminurique ou qu'on ne le soit pas.

D'autres conclusions s'imposent encore, c'est que l'albuminurie ne doit pas être notre guide, ni dans le pronostic, ni dans le traitement du mal de Bright. Au point de vue du pronostic, ce ne sont pas les gens qui ont les urines les plus albumineuses qui sont le plus gravement compromis; on peut être fort malade avec peu d'albumine ou pas d'albumine du tout.

Au point de vue du traitement, je pense, pour ma part, que le régime lacté domine le traitement et il ne doit pas être seulement imposé aux brightiques albuminuriques, il doit être imposé à tout individu présentant la grande ou la petite urémie, avec ou sans albuminurie.

La question du brightisme, ainsi envisagée, pourra nous permettre, je le crois, d'élargir le cadre de l'ancienne description de la maladie de Bright. Cette description ne sera plus strictement resserrée dans la dichotomie des néphrites parenchymateuses, car les petits accidents du brightisme évoluent dans toutes les formes des néphrites. Le brightisme s'associe volontiers à quelques états pathologiques auxquels j'ai déjà fait allusion et ces associations morbides méritent d'attirer toute notre attention.

Au nombre de ces associations, je fais figurer, comme étant la plus importante, le brightisme arthritique, le syphilo-brightisme et le chloro-brightisme.—*Gazette des hôpitaux*.

Traitement climatérique de la phthisie, par J. A. LINDSAY, médecin de l'Hôpital des phisiques de Thronemount.—En phthisiothérapie, la médication par le climat, modificateur hygiénique de premier ordre, est, à coup sûr moins fertile en désillusions que le système thérapeutique le plus rationnel. Il n'en faudrait point conclure, toutefois, que la climatologie soit une science exacte. Elle ne l'est et ne le sera jamais, pas plus que la médecine elle-même.

Le climat peut-il s'attaquer aux causes mêmes de la phthisie?

Cela est fort douteux ; le mal est de tous les climats, et ni le froid, ni la chaleur, ni l'humidité, ne possèdent d'influence étiologique réelle. L'égalité thermique n'est point, non plus, défavorable à la production du mal, puisque, dans les climats d'altitude, où la phtisie est fort rare, les changements de température sont fort communs. L'agglomération et l'air confiné favorisent l'éclosion du mal, enrayé au contraire par l'éparpillement de la population : cela n'est pas douteux.

La vie en plein air est antagoniste de la phtisie, provoquée, au contraire, par l'inhalation d'une atmosphère *prérespirée* : sur 1,000 pêcheurs ou laboureurs, une centaine succombent à la tuberculose, tandis qu'il meurt 450 potiers ou fabricants de limes. La phtisie ravage le cloître, la prison, le séminaire. En prédisposant aux bronchites et aux pneumonies, certains climats, et en première ligne celui de l'Angleterre, préparent évidemment un terrain favorable à l'ensemencement tuberculeux. Et la prédisposition héréditaire est aussi très puissante, et c'est surtout contre elle qu'un bon climat constitue une thérapeutique étiologique vraiment efficace.

Lindsay ne reconnaît point à la phtisie une contagiosité *clinique* bien importante. Sans méconnaître la véracité théorique des transmissions bacillaires, il affirme, avec raison, que les cas de contagion réelle sont fort rares.

Il n'est point de climat idéal pour le tuberculeux, et même il faut reconnaître que l'influence climatérique est plutôt *indirecte* : elle agit bien plus en modifiant les habitudes et le genre de vie que la maladie elle-même. Eloigner d'un milieu prédisposant aux phlegmasies broncho-pulmonaires ; permettre la vie en plein air, sans entrave météorique ; substituer à la tristesse débiliteuse d'un climat brumeux l'action tonique de la lumière et de la chaleur solaires ; arracher enfin le sujet au sol humide, aux agglomérations urbaines, aux habitudes d'hygiène défectueuse, tels sont, d'après Lindsay, les grands principes directeurs du choix d'un climat pour les tuberculeux. L'amélioration de l'état local et surtout l'accroissement des forces physiques de la nutrition seront les conséquences inévitables de ce choix scientifiquement réalisé.

Un grand nombre de jours ensoleillés, un air plus tonique que sédatif, voilà les *desiderata* les plus ordinaires en climatothérapie. Les climats *stimulants*, qui augmentent l'activité nerveuse, sont les hautes altitudes, les stations marines sèches, le climat du désert. Les climats *sédatifs*, qui diminuent l'activité nerveuse, sont le climat marin humide et celui de l'Océan. Il faut se défier de la fréquence des vents, nuisibles à un grand nombre de *sanatoria* pour tuberculeux. Le vent est funeste au phtisique.

Le climat de montagne (caractérisé par la rareté et la pureté de l'air, la présence de l'ozone, la forte radiation solaire, l'abondance de lumière et l'absence de brouillards) possède une

activité incomparable contre la phtisie torpide, la phtisie hémorragique sans grands désordres locaux, les vieilles pleurésies, les pneumonies à résolution incomplète. Les principales contre-indications, bien connues des médecins de l'Engadine, sont : les troubles circulatoires, la sénilité, la goutte, le rhumatisme, les maladies nerveuses, la dyspepsie avancée et le tempérament éréthique en général, caractérisé, comme chacun sait, par une sorte d'irritabilité neuro-circulatoire particulière.

Les voyages en mer (et le voyage d'Australie principalement), sur des bateaux à voiles, présentent également de grands bénéfices curatifs. L'apaisement de la toux, le réveil de l'appétit, la disparition de toute fatigue morale et physique, dans le calme et l'inactivité de la traversée, tonifient et vitalisent les malades qui ne sont ni émaciés ni par trop fébricitants. L'action des voyages en mer (il faut bien le dire) est surtout profitable aux phtisiques scrofuleux ou rachitiques.

Écrivant surtout pour ses compatriotes, Lindsay nous met au courant, en détail, de la climatologie australienne, et nous parle, avec éloges, de la salubrité de ce pays, dont les plaines intérieures conviennent fort bien à un grand nombre de phtisiques. La Tasmanie offre, du reste, aux malades un refuge temporaire contre les fortes chaleurs de l'été australien. Quant à la Nouvelle-Zélande, son climat humide, venteux et variable ne convient aucunement à la tuberculose. La Californie ne mérite point, non plus, la réputation sanatorienne que certains médecins américains ont voulu lui faire. Le Cap de Bonne-Espérance est préférable, du moins dans l'intérieur sud africain.

Le climat d'Alger convient assez bien au phtisique lymphatique, à fibres molles. Le climat de Pau est débilitant et ne s'applique nullement aux tuberculeux. Lindsay se montre, d'ailleurs, assez peu enthousiaste de nos stations climatiques françaises : il considère même Nice, Cannes et Menton plutôt comme des stations automnales de transition que comme de véritables stations d'hiver.

Après une courte revue des sanatoria de l'Angleterre (Ventnor, Bournemouth, Hastings, Queenstown, etc.) l'auteur étudie, d'une manière assez compendieuse, les divers types de la phtisie pulmonaire chronique et s'efforce d'élucider les indications symptomatiques et les questions de périodes surtout, qui précisent le mieux le climat convenable à chacun de ces divers types. Il donne, d'ailleurs, aux malades les conseils les plus pratiques (de véritables conseils d'Anglais) pour leur voyage ; il les engage, notamment, à éviter les fatigues et les excitations, à limiter leurs désirs de voir et à chercher à reproduire le plus possible la vie familiale. Il faut, dès que la nécessité du déplacement a été reconnue, se soumettre fermement à tous les sacrifices nécessaires, les yeux fixés sur le but à atteindre, qui est la guérison. "Il ne s'agit

point, dit-il, du *spes phthisica* du tuberculeux mourant, mais d'un espoir assez ferme pour obtenir l'acceptation des grands changements de la vie, nécessités par le traitement climatérique." — On ne saurait mieux dire.—Dr E. MONIN, in *Journal d'hygiène*.

La dyspepsie motrice et son traitement.—Le diagnostic de la dilatation de l'estomac est bien souvent porté, comme le fait remarquer le Dr MAIN, sans qu'il soit rigoureusement justifié par un examen sérieux. Il existe, dit-il, un grand nombre de malades ayant des estomacs qui se vident mal, des estomacs dont la motricité et la contractilité sont atteintes, mais qui ne sont pas dilatés. C'est là un fait que nous avons été à même de constater assez souvent. Il s'agit, en général, d'individus arthritiques, amaigris, au teint bistré, à peau sèche, à tendances hypocondriaques.

Les symptômes sont à peu près ceux qu'on attribuait jadis à la dyspepsie flatulente : ballonnement, éructations après les repas, poussées congestives sur la face, envies de dormir. La constipation est souvent opiniâtre. En recherchant le clapotage, on le trouve quatre à sept heures après le repas, mais il ne dépasse pas la ligne qui va de l'ombilic au rebord des fausses côtes. A jeun, l'estomac ne descend pas au-dessous de cette ligne.

L'existence de stigmates hystériques n'est pas très rare. Mais tout cela ne suffit pas pour faire admettre la dilatation de l'estomac. Il s'agit bien plutôt d'une simple insuffisance motrice, et la constipation corrobore cette opinion.

Le traitement consistera à pratiquer l'antisepsie gastro-intestinale comme dans la dilatation de l'estomac, afin de restreindre les fermentations qui résultent de la stase alimentaire. L'auteur recommande les cachets suivants :

Benzo-naphtol.....	} à 10 grammes.
Hydrate de magnésie.	
Bicarbonate de soude	

Mélez et divisez en trente cachets.

Prendre un ou deux cachets à chaque repas.

En même temps on supprime le gibier, les mollusques, les crustacés et l'on prescrit les légumes verts, les féculents en purée, les pâtes alimentaires, les fruits cuits, le laitage, les crèmes, les viandes légères sans sauce.

Les boissons doivent être rationnées et l'on ne dépassera pas, à chaque repas, un verre de liquide composé de vin blanc très léger, non alcoolisé, coupé largement d'une eau peu minéralisée.

Pour augmenter la contractilité de l'estomac, nous avons la noix vomique, l'ipéca, les boissons chaudes, l'électricité et le massage.

L'action de la noix vomique est mal connue, et ses effets sont très contestés.

L'ipéca peut donner de bons résultats, employé à très faibles doses et pendant la période digestive.

Les boissons chaudes et l'électricité, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, ont également été vantées.

Le massage gastro-intestinal, bien exécuté, a le double avantage d'exercer son action sur les muscles lisses de l'estomac et de l'intestin, et de combattre efficacement l'atonie gastrique et la constipation.

Celle-ci peut être également vaincue par l'usage de la poudre laxative suivante, dont on fait prendre une cuillerée à dessert dans un demi-verre d'eau, le soir en se couchant :

Follicules de séné passés à l'alcool et pulvérisés....	}	ââ 6 grammes.
Soufre sublimé et lavé....		
Poudre de fenouil	}	ââ 3 —
— de badiane.....		
Crème de tartre pulvérisée.		2 —
Poudre de réglisse.....		8 —
Sucre en poudre.....		25 —

Dans ces affections, on ne doit pas non plus négliger le traitement général.

L'hydrothérapie, sous forme de douche écossaise, suivie de frictions au gant de crin, peut rendre de grands services.—*Revue de thérap. méd. chirurg.*

La mort dans la chorée de Sydenham.—La mort est si exceptionnelle dans la chorée de Sydenham qu'on ne tient guère compte, dans le pronostic, de cette éventualité. M. le Dr GUILLEMET montre cependant dans sa thèse que cette rareté n'est peut-être pas telle qu'on l'admet généralement. En additionnant les statistiques de Germain Sée, Bonnaud et Triboulet, on arrive à trouver que la terminaison fatale survient, dans la chorée, 18 fois sur un ensemble de 720 cas, soit 2.5 pour 100.

C'est surtout entre 7 et 20 ans que la mort a été observée et, suivant la remarque de Raymond, jamais avant l'âge de 7 ans.

La mort survient presque toujours par le fait de complications, et ces complications sont surtout cardiaques ou pulmonaires (endocardite végétante avec embolie cérébrale, péricardite, myocardite, ou véritable chorée du cœur).

La mort survient aussi sans complications, par le seul fait de l'intensité de la maladie qui détermine une agitation extrême et se termine par un véritable état de collapsus.

Mais, et c'est là un des points sur lesquels insiste M. Guillemet dans son travail, à côté des faits où l'intensité extrême de la cho-

rée devait faire porter un pronostic fâcheux, il est des cas où alors que la chorée était d'intensité moyenne, la mort n'en est pas moins venue terminer la scène sans qu'aucune complication puisse être invoquée pour l'expliquer. " On aurait tort, dit Leudet à ce sujet, de vouloir établir le pronostic d'une manière absolue, d'après l'intensité des mouvements; le pronostic serait souvent alors erroné." Et il rapporte une observation où la mort survint, sans complication, dans un cas de chorée moyenne.

Enfin, il peut arriver que la mort survienne subitement dans un cas de chorée vulgaire et considérée comme sans danger. C'est ce qui est arrivé dans une observation rapportée par M. Guillemet : il s'agissait d'une malade de 16 ans, entrée dans le service de M. Joffroy pour une chorée d'intensité moyenne : les mouvements, quoique continuels, n'étaient pas violents; il n'y avait pas de délire, pas de troubles mentaux. Quoiqu'il n'y eût pas de rhumatisme dans les antécédents, le cœur fut examiné très soigneusement; il présentait un léger bruit de souffle à la poitrine, mais à peine marqué. Tout allait bien, lorsque la malade mourut brusquement sur son lit au moment où on croyait qu'elle s'endormait. L'autopsie ne put être faite, mais probablement n'eût-on rien trouvé, puisque Leudet, dans un cas à peu près semblable, ne rencontra aucune lésion.

Quel qu'ait pu être le mécanisme de la mort dans ce cas, on peut en tirer la conclusion que, même lorsque la chorée a une intensité moyenne, et alors qu'il ne s'y joint aucune complication, le pronostic doit toujours être réservé, car la mort peut survenir brusquement sans que rien ait pu la faire prévoir.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Déontologie médicale.—L'Association syndicale des médecins de la Seine a rappelé le vote qu'elle avait déjà émis antérieurement, à propos d'un fait communiqué par un des ses membres, sur les rapports des médecins de Paris avec les médecins des stations thermales. Les médecins des eaux doivent s'interdire formellement de soigner, en dehors de leurs stations respectives, les malades qui leur sont adressés par un confrère.

Autre question posée par M. Le Blond :

" Un médecin appelé chez un malade a-t-il le droit de donner ses soins au malade quand le médecin qui l'a précédé a cessé ses visites et quand le client déclare qu'il ne veut plus désormais avoir recours à ses conseils ? "

A l'unanimité, l'assemblée a répondu par l'affirmative avec les deux amendements suivants : 1o A la condition que le deuxième médecin n'ait pas connu le malade par l'intermédiaire du premier; 2o A la condition qu'il se soit assuré que le premier médecin a été payé.—*Mouvement thérapeutique,*

CHIRURGIE.

Du traitement antiseptique des plaies. (1)—Clinique de Sir Joseph LISTER au *Kings College Hospital*, de Londres.—Et maintenant je désire relever une erreur que j'ai faite dans une publication antérieure. Pour détruire les microbes qui pourraient se trouver dans la gaze, je recommandais la solution de sublimé au 1/4000. Nous avons vu que cette solution ne possédait pas des propriétés aussi germicides que nous les lui avions supposées. Mais il paraît, en outre, que cette propriété, le sublimé la perd entièrement aussitôt qu'il vient en contact avec le cyanure de mercure et de zinc, lorsqu'on fait par curiosité un triple mélange soluble qui a une action très peu germicide. Le triple sel paraît aussi être très irritant ; et alors, en employant le bichlorure de mercure, nous manquions presque entièrement le but que nous nous sommes proposé, et nous perdions en même temps une partie du bon effet du double sel, dont une partie était lavée dans le processus, tandis que la solution résultant pouvait causer une irritation inquiétante. Aussitôt que j'eus décrit ce pansement, un chirurgien de nos hôpitaux vint me trouver en me disant qu'il l'avait employé et qu'il y a trouvé de grands inconvénients. Il l'avait appliqué pour une plaie de tête (crâne), et toute la peau couverte de ce pansement, était excoriée. J'ai appris qu'il l'avait appliqué trempé dans une solution de sublimé, et nous pouvons comprendre maintenant l'irritation qui en résultait.

Il est absolument inutile d'avoir la gaze trempée dans une solution phéniquée au 1/20 ; la simple humidité y suffit. Elle sera mouillée avec avantage ainsi qu'il suit : la gaze est ordinairement divisée en pièces de 2 à 5 mètres, enroulées en 8 longueurs. On les déroule, une moitié de celles à mouiller sont arrosées grossièrement avec la lotion. Les pièces sèches et mouillées sont alors alternativement superposées, et le tout bien enroulé ; au bout de quelques minutes toute la masse devient uniformément humide. On peut le faire faire par un infirmier qui enroule toute la gaze dans une pièce de mackintosh afin d'éviter l'évaporation ; et si l'on a pris la précaution de bien rouler le tout avec la surface caoutchoutée à l'intérieur pour prévenir le contact de la face du tissu et de la gaze, et la pénétration d'humidité par capillarité, elle restera humide pendant des semaines. Employée de cette façon, on peut être absolument sûr que la gaze de double cyanure

(1) Suite et fin.—Voir le numéro de juin, p. 309.

empêchera la pénétration de microbes malfaisants ; et comme nous l'avons vu, elle contient un élément antiseptique bien pénétré et n'irrite point ; et si j'ajoute que c'est tout ce que nous pouvons demander en fait de pouvoir absorbant, vous verrez qu'elle approche le plus notre idéal. L'ayant employé constamment pendant plus de 4 ans, à l'hôpital et en ville, avec des résultats très satisfaisants, j'y ai pleine confiance en vous la recommandant.

Voilà un échantillon de cette gaze prête à l'emploi : Vous le voyez, elle est de couleur mauve, tandis que le cyanure pur de mercure et de zinc est une poudre blanche impalpable. J'avais autre part, exposé, suffisamment les raisons pour lesquelles j'ai employé les matières colorantes, mais je vais les récapituler ici brièvement. Lorsque le sel pur est dissous dans l'eau et qu'une pièce de gaze est passée dans le liquide et desséchée, il se trouve qu'au moindre contact la poudre se sépare de la gaze et irrite beaucoup les fosses nasales. J'y ai d'abord remédié avec de l'amidon, et ayant remarqué que l'amidon en solution aqueuse devient adhérent aux particules du double sel et se précipite complètement avec lui, j'ai pensé que peut être certaines matières colorantes se comporteraient comme l'amidon et qu'il serait alors possible de colorer le sel incolore avec la couleur de la gaze qui en est chargée s'il était uniformément distribué pendant la fabrication. J'ai trouvé par expérience que les différentes matières colorantes se comportaient en effet comme je l'espérais, jusqu'aux matières différentes comme le bleu de Prusse, l'hématoxyline et plusieurs couleurs d'aniline. Mais, ce à quoi je ne m'attendais pas, il s'est trouvé dans beaucoup de ces matières que lorsque le précipité coloré fut dissous dans l'eau et la gaze trempée dans cette solution et séchée, sans emploi aucun d'amidon, l'odeur désagréable fut évitée. Les particules colorantes, bien qu'en très petites quantités par rapport au sel, attachaient celles de ce dernier, à ce qu'il semblerait.

Dans ma dernière publication à ce sujet j'ai recommandé l'hématoxyline. Mais j'ai appris depuis que l'effet était encore plus satisfaisant avec une couleur d'aniline, le chlorhydrate de mauveine, connue dans le commerce sous le nom de resalane purifiée. J'ai ici un échantillon de cette poudre mauve, ce cyanure coloré, dû à M. Morson de Southampton. Pour en charger la gaze il est traité dans un mortier avec un pilon dans une solution d'acide phénique au 1/20 dans la proportion de un gramme 80 centigrammes pour un demi-litre environ, et la gaze, qui doit être très absorbante, épaisse de 8 largeurs à peu près, est trempée dans le liquide ; ce liquide se trouve avantageusement dans un bassin ayant à sa partie inférieure une grille sous laquelle la gaze passe en ayant soin que le liquide coule toujours en mouvement pour prévenir la précipitation du sel. On suspend alors la gaze pour se dessécher à la température de l'air. La solution phéniquée est employée de pré-

férence à l'eau, d'abord parce que la poudre y est beaucoup plus soluble et aussi parce qu'il est à désirer que les substances seules que la gaze pourrait contenir, soient stérilisées. L'acide phénique de très bon marché satisfera bien, et la solution restée après le dessèchement de la gaze pourrait servir encore au même usage. Cela ajoute à peine aux dépenses de préparation.

C'est un procédé très simple. Pendant toute l'année que j'ai préparé ma propre gaze, pour l'usage hospitalier et en ville, j'en étais très satisfait. Pour l'usage hospitalier je conseillerais de la préparer dans l'établissement même, pour raison d'économies...

On pourrait ainsi dans ce cas l'envelopper dans le mackintosh, si elle est en partie seulement sèche, pour éviter aux infirmiers la peine de la mouiller.

On pourrait aussi charger la gaze en quelques minutes au besoin dans la pratique privée.

J'ai ici une pièce de 6 verges de gaze absorbante non préparée, enroulée en 8 longueurs. Je l'humecte bien avec une solution phéniquée au 1/20, et mets sur une surface, grossièrement, de la poudre avec une poivrière. Je l'enroule alors, et en la pressant pendant 1-2 minutes dans les doigts, je produis, comme vous voyez, une diffusion uniforme suffisante de ce sel comme l'indique la couleur. Si cela avait été fait par un aide avant l'opération, et que la gaze mouillée eût été enroulée dans un taffetas pour absorber l'humidité superflue, ce serait prêt pour l'emploi. Une pièce de 6 yards serait un large pansement dans beaucoup de cas. En somme je vois que ce qui a été employé de poudre ne dépasse pas 6 grammes, et comme M. Morson procure le cyanure coloré pour 25 francs la livre, ça reviendra seulement à trente centimes, de façon que je ne peux pas être considéré comme dépensier. Si vous n'avez pas à votre disposition de gaze absorbante, des morceaux de toile, ayant des qualités absorbantes excellentes, peuvent ainsi être traités.

Ces vieilles compresses ainsi préparées et pliées plusieurs fois, feraient un très bon pansement. De la même façon on pourrait traiter les bandages qu'on voudrait rendre antiseptiques, par exemple ceux qui sont employés près la peau pour contenir les parties molles dans le moignon après l'amputation de cuisse.

Si nous voulons prévenir un libre écoulement, nous appliquons un morceau de fin mackintosh, imprégné d'acide phénique, à l'extérieur du pansement pour éviter le passage direct du sang et du sérum. Ça empêche sans doute un peu la coagulation par évaporation, mais ça ne fait rien, pourvu que le pansement soit antiseptique.

Il y a encore un autre cas où la poudre de cyanure colorée peut être souvent employée avantageusement, surtout en la traitant suffisamment avec l'acide phénique au 1/20 pour faire une sorte de boue ou de crème qu'on peut appliquer avec une brosse de poils

de chameau là où il y a très peu d'espace entre la plaie et la source de contamination. J'ai pu ainsi, à plusieurs reprises, éviter la suppuration au voisinage de l'anus, comme je ne l'ai pu faire autrement. Le dépôt de l'antiseptique sur la peau prévient la pénétration des microbes dans la plaie en suivant les lacunes existantes en-dessous du pansement utile. Il y a aussi des endroits, comme le pubis, où la crème de cyanure appliquée aux poils les convertit avec avantage en une sorte de barrière continue avec le pansement.

On pourrait me demander comment il se fait que j'ai obtenu de bons résultats en me servant de la solution sublimée pour produire un effet germicide sur la gaze ; car je n'exagère pas en disant que pendant les deux années environ où je suivais cette pratique, je n'ai pas eu d'accidents septiques toutes les fois que le tégument était sain et qu'il y avait un champ large pour le pansement. Ce succès était sans doute en partie dû au peu de solubilité de ce double sel, prévenant ainsi la disparition des parties profondes de la gaze. Mais je l'attribue encore à une autre circonstance. Je lavais toujours avec une solution phéniquée au 1/20 une grosse masse de la gaze qui devait être employée pour la plaie, pour la délivrer du bichlorure irritant. Je faisais alors sans intention la stérilisation non seulement de la portion de gaze, mais aussi des parties avoisinantes où l'acide phénique restant avait pénétré. Et cette manière de faire, n'étant pas si parfaite qu'un mouillage systématique de toute la masse, est néanmoins un procédé expéditif pour obtenir le même résultat.

En changeant le pansement nous avons pour règle absolue de couvrir la plaie avec un antiseptique avant de laver les parties impures voisines, pour éviter l'infection de la plaie. Nous nous servons à ce propos d'acide phénique au 1/40. Quant aux époques de change du pansement, il est certain que celui appliqué immédiatement après l'opération doit, dans plusieurs cas, être laissé plusieurs jours. Cependant, quand il y a grand écoulement, je préfère enlever le 1^{er} pansement après 24 heures. Nous nettoyons alors la plaie du sérum et des corpuscules qui seraient la source la plus grande des accidents. Comme c'est encore bien mouillé à cette période, on soulève la gaze de la plaie sans la déranger nullement, et toujours le malade ne manque pas de se déclarer satisfait avec le changement du premier pansement. Il y a, cependant, des cas spéciaux, comme le moignon après l'amputation de cuisse, où par exception on pourrait déranger la plaie en changeant le pansement.

En conclusion, je tiens à remarquer que je me plais à constater, avec le temps qui a marché, que l'espoir que j'ai exprimé au Congrès international de Londres il y a onze ans, se justifie, à savoir que l'emploi de l'antiseptique se répandrait dans le monde... Mais en même temps je dois exprimer mes regrets de voir quelquefois

qu'on se donne de la peine inutile dans quelque direction et on néglige les points essentiels de façon qu'avec la meilleure volonté on n'a pas toujours les meilleurs résultats. Mais je veux espérer que cette leçon vous sera utile en attirant votre attention sur les conditions essentielles du succès.—*Journal de méd. et de chir. prat.*

Quelques cas de chirurgie pratique.—M. DEMONS rapporte à la *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux* quelques faits de chirurgie pratique qui lui semblent offrir un certain intérêt.

Ce sont d'abord deux cas de trachéotomie d'urgence.

Dans le premier, il s'agit d'une fillette trachéotomisée pour croup depuis une quinzaine de jours. La plaie est cicatrisée, la guérison paraît assurée. Seul, un léger cornage persiste pour lequel le chirurgien continue à visiter son opérée. Un dimanche soir, avant dîner, M. Demons va la voir et la trouve joyeuse, courant au milieu de la chambre. Satisfait de son état, il se retire, son parapluie sous le bras et est reconduit à la porte par la domestique qui tient à la main, pour l'éclairer, une lampe allumée. Tout à coup, se ravisant, la mère court avec sa fille derrière le chirurgien, le priant de regarder encore la cicatrice opératoire. M. Demons, abaissant du doigt le foulard qui enveloppe le cou de l'enfant, s'apprête à faire l'examen désiré quand, subitement, l'enfant pâlit et tombe sans mouvement et sans vie des bras de la mère affolée qui s'échappe en criant: ma fille est morte. M. Demons recommande formellement à la domestique de rester à ses côtés avec la lampe allumée qui seule éclaire cette scène épouvante; il jette l'enfant sur un fauteuil, sort de sa trousse un bistouri et d'un coup, sans perdre le temps d'enlever le foulard, fend la trachée. Rien n'en sort, ni sang ni air. Retirant de sa trousse une sonde de femme, il l'introduit alors dans la plaie trachéale et pratique une insufflation que vient seconder la respiration artificielle. Au bout d'un long moment apparaît une première inspiration, semblable à celle des mourants; puis, peu à peu, une seconde inspiration. La malade enfin respire et revient à la vie. Au bout de toutes ces manœuvres, le chirurgien s'aperçoit, non sans surprise, qu'il a gardé son chapeau sur la tête et son parapluie sous le bras. La mère a conservé de cette épreuve une impression si cruelle que pendant trois ans elle a voulu qu'on laissât la canule à demeure. Il n'en est résulté qu'une petite fistulette précervicale, grosse comme une tête d'épingle.

Conclusions: 1^o Le chirurgien doit toujours avoir sa trousse sur lui;

2^o Si la domestique s'en fût allée avec sa lampe, elle eût laissé dans l'obscurité l'enfant morte et le chirurgien impuissant à lui porter secours.

Second cas. Un dimanche encore, après déjeuner, M. Demons part voir un malade, cette fois sans sa trousse. Au moment où,

de retour, il va rentrer chez lui, il est abordé par un monsieur qui sort effaré d'une voiture et le prie de venir immédiatement trachéotomiser un de ses parents qui étouffe. Le médecin de ce malade est absent dans le moment, mais il a donné ses instructions pour que tous les instruments nécessaires à la trachéotomie fussent procurés chez M. Gendron. Ces instruments sont prêts, il n'y a qu'à s'en servir. M. Demons arrive chez le patient et le trouve étendu sur un canapé, mourant. Mettant aussitôt la main sur les instruments placés sur une table à sa portée, il ne trouve parmi eux aucun bistouri. Cet instrument avait été égaré par la famille. Lui-même, sans trousse, n'a pas de bistouri sur lui. Prenant alors une paire de ciseaux, il ponctionne la trachée avec la lame pointue et, par le rapprochement de la seconde lame, il sectionne la paroi trachéale. L'extrémité d'un soufflet est immédiatement introduite dans la plaie et des insufflations énergiques effectuées par une des personnes présentes, pendant que le chirurgien fait la respiration artificielle. Le malade revient à la vie. Il vécut encore un jour.

Morale : Avec une paire de ciseaux et un vulgaire soufflet, on peut trachéotomiser et faire revivre un moribond.

M. Demons cite un *cas instructif de cathétérisme* dont il a été le témoin il y a quelque temps. Appelé à la campagne pour faire uriner un vieux prostatique, il arrive auprès du malade quand celui-ci était soulagé. Après avoir subi pendant tout un jour les cathétérismes répétés de trois médecins, le patient avait fini par uriner. Deux médecins, tout d'abord, avaient inutilement introduit une sonde dans la vessie et persistaient dans leurs manœuvres infructueuses quand, par aventure, vint à passer dans la localité un troisième confrère qui fut invité à leur prêter main forte. Celui-ci, mieux avisé, retira la sonde d'où rien ne sortait et l'examina. Elle était obstruée d'un bout à l'autre par un long *coagulum sanguin*, résultat de cathétérismes antérieurement pratiqués par le malade lui-même. Une sonde perméable est alors introduite et l'urine aisément s'écoule, à la grande satisfaction du malade, mais au grand désappointement des deux autres médecins. La leçon était facile à donner, mais dure à recevoir.

Dans une autre circonstance, il s'agissait d'une erreur commise par M. Demons lui-même. Une vieille dame, très grasse, vint le consulter pour une *tumeur de l'abdomen située au-dessus de l'ombilic*. Cette tumeur paraît profonde, vaguement fluctuante et donne issue par la ponction à un liquide trouble. M. Demons pense à un kyste mésentérique; vu la gravité de l'intervention dans le cas actuel, il renvoie la malade en lui conseillant de patienter jusqu'au moment où la tumeur viendrait à augmenter. Au bout de quelque temps, la tumeur s'était beaucoup accrue et la malade, décidée à se faire opérer, vint à Bordeaux. Incision sus-ombilicale, de la paroi abdominale, dénudation du kyste, recherche du pédi-

cule qui tient à l'utérus. Il s'agissait d'un kyste de l'ovaire. La méprise venait de ce que la paroi abdominale, très flasque et très adipeuse, était retombée entraînant avec elle l'ombilic au-devant du pubis. Le kyste avait paru sus-ombilical, il fut pris pour un kyste du mésentère. En réalité, il avait une origine pelvienne et son point de départ dans l'ovaire. Cette erreur de diagnostic entraînait à la fois une erreur de pronostic et de traitement: gravité très grande de l'intervention et abstention dans le cas de tumeur mésentérique, au contraire, avec le kyste de l'ovaire, opération indiquée d'emblée et facilement suivie de guérison, comme chez cette malade.

M. DUDON tient à rappeler deux erreurs de diagnostic dont il a été le témoin à Paris, en 1867.

Dans un cas, il s'agissait d'un homme porteur, au niveau du troisième espace intercostal gauche, d'une énorme plaie au milieu de laquelle émergeait un corps dur, noirâtre, pris par le chef de service et son entourage pour un *séquestre du siernum*. On donne du chloroforme, on agrandit la plaie, on saisit le séquestre avec des pinces, on le retire; ce n'était point un os, mais un morceau de fer. Une fois éveillé, le patient raconta que, pendant la guerre de Crimée, il avait reçu au cou un éclat d'obus qui devait être le corps étranger retiré par l'opérateur. Cet éclat d'obus était descendu de la région cervicale, avait traversé impunément le médiastin antérieur et sans porter aucun dommage aux organes importants de la région, était venu se faire jour à la partie antérieure de la poitrine. L'erreur du diagnostic parut grossière. Elle était précisément due à ce que le corps étranger était trop apparent. S'il eût fallu aller à sa recherche avec un stilet au fond d'une plaie étroite, le choc de l'instrument eût donné lieu à une résonance métallique. Ici, on s'était contenté de le toucher du doigt; de là l'erreur du chirurgien et de ses élèves.

Le même jour, dans le même service, le même chirurgien opérait un gargon de vingt ans pour une tumeur du premier espace inter-métacarpien de la main droite. Grosse comme une cerise, elle ressemblait à un *kyste sébacé*. Incision, dissection de la tumeur. Cello-ci tenait en haut et en bas. On la libère après ligature c'était un anévrysme de l'artère radiale.—*Journal de médecine de Bordeaux.*

Abcès urinaire et infiltration d'urine. par M. CERNÉ, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Rouen.—Voilà deux affections ou, si l'on veut, deux degrés d'une même affection, dont on aurait pu croire le pathogénie fixée depuis Voillemier *ne varietur*. Les classiques, même les plus récents, en traient le tableau d'une manière semblable :

“ Par suite d'un rétrécissement de l'urèthre très serré, le malade éprouve de grandes difficultés à vider sa vessie et il fait des efforts

anormaux. La pression du liquide derrière l'obstacle dilate le canal, puis éraïlle la muqueuse amincie; l'urine filtre dans le tissu cellulaire. Ou quelques gouttes seulement y pénètrent, et en irritant le tissu, produisent un petit phlegmon qui deviendra l'abcès urinaire; ou la déchirure est brusque, large, et l'envahissement diffus du tissu cellulaire amène l'infiltration d'urine vraie avec ses conséquences d'inflammation diffuse et gangréneuse."

Telle est en quelques mots la théorie partout et invariablement reproduite, et depuis J. L. Petit, bien des auteurs ont cité des cas où le patient ressentit, paraît-il, un brusque soulagement au moment où la vessie se vidait dans son tissu cellulaire; où, comme le disait Chopart, son urètre "se crevait."

La parenté presque absolue des phénomènes observés dans l'infiltration d'urine spontanée et l'infiltration traumatique par rupture de l'urètre ne pouvait, semble-t-il, laisser de doute sur la réalité du processus pathologique.

Cependant, un certain nombre d'objections pouvaient bien être élevées contre cette théorie unique :

1o On voit beaucoup de rétrécis chez qui le canal est devenu à peu près imperméable, dont on est obligé de ponctionner la vessie et qui ne peuvent pas "crever" leur urètre, malgré les efforts les plus désespérés; chez qui même la palpation ne montre pas la moindre petite tumeur urinaire en arrière du point rétréci.

2o Chose plus grave peut être, on voit des infiltrations d'urine se produire avec des rétrécissements insignifiants. L'auteur de l'article du "Traité de chirurgie" tout récemment publié, M. Fargue, dit que nous en savons tous des exemples et rappelle deux observations publiées par Vignerou en 1891, sous ce titre: "Rétrécissements larges et infiltration d'urine." Aucun de ces auteurs ne tire cependant de ces faits d'autre conclusion que de signaler la friabilité pariétale du trougon d'urètre en arrière du rétrécissement. Au moins cette friabilité ne serait-elle pas la règle, d'après ce que nous disions plus haut.

3o Enfin l'objection capitale, décisive, est que dans un certain nombre de cas, au moment où l'on incise la tumeur urinaire ou le phlegmon diffus périnéal, le foyer de l'abcès ne communique pas avec l'urètre, et par conséquent ne contient pas d'urine.

C'est là un fait qui vient d'être bien mis en lumière par M. Bazy, dans une leçon qu'a publiée le *Progrès médical* en décembre 1892, et qui a permis à l'auteur d'édifier une nouvelle théorie des accidents dont nous parlons ici.

Mais avant d'aller plus loin, il nous paraît utile d'exposer l'observation typique qui s'est présentée à nous quelques jours après publication de la leçon de M. Bazy.

OBSERVATION I. — X..., âgé de 54 ans, entre dans le service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu le 19 janvier 1893, avec tous les signes d'une large infiltration d'urine qui a envahi le scrotum, le pénis, les deux régions inguinales, surtout la droite.

Il y a 10 jours déjà qu'a débuté l'affection par une sensation de malaise et des frissons. Le 12 janvier, il s'aperçoit de la présence d'une tuméfaction au niveau du périnée. On a d'abord mis des cataplasmes ; au moment de son entrée, une petite ouverture se fait sur la ligne médiane en arrière des bourses.

Interrogé sur ses antécédents, X... déclare qu'il a eu une blennorrhagie il y a 32 ans, et qu'elle a bien guéri. Depuis 10 ans, il n'a pas de véritable gêne de la miction.

Le diagnostic ne pouvant faire aucun doute, vu la tuméfaction, le sphacèle commençant en plusieurs points (scrotum, verge) l'ouverture spontanée doit être regardée comme insuffisante, et de larges débridements au bistouri sont pratiqués. Ils donnent issue à du pus horriblement fétide et à une sérosité jaunâtre que l'on peut regarder comme de l'urine.

J'indiquais en même temps aux élèves les intéressantes remarques de M. Bazy, et je désirai leur faire vérifier qu'ici nous avions très probablement affaire à une infiltration vraie, explicable par la théorie courante.

Je ne pus introduire par le méat une sonde suffisante et m'aperçus qu'il y avait là un rétrécissement n'admettant guère plus que la sonde cannelée ordinaire. Mais, le méat incisé au bistouri, j'introduis sans la moindre difficulté une sonde n° 17, qui donna issue à une quantité notable d'urine absolument claire. La sonde élevée ne ramène pas la moindre goutte de pus.

Donc, rétrécissement du méat, pas de rétrécissement profond, intégrité de la paroi uréthrale étaient parfaitement évidents.

Je passe sur les péripéties de la guérison, qui fut très lente et sujette à des poussées de lymphangite m'obligeant à faire des débridements nouveaux jusque sur la paroi abdominale et la cuisse gauche, avec tous les signes du phlegmon diffus ordinaire.

Trois semaines environ après l'entrée du malade, il se plaint un jour de douleurs dans l'urèthre, et son urine contient du pus jaune bien lié, en quantité notable. Cette évacuation purulente dure environ 8 à 10 jours ; à aucun moment nous n'avons constaté de passage de l'urine par le périnée, et quand il quitte l'hôpital le 12 avril, il n'y a pas trace de fistule, la cicatrisation est parfaite, sans que je sois intervenu en quoi que ce soit dans l'urèthre, qui a son calibre absolument normal.

Nous ne pensons pas qu'on puisse trouver observation plus concluante. Rétrécissement du méat permettant facilement la miction, production d'un phlegmon diffus périnéal offrant tous les caractères de l'infiltration d'urine, sans communication avec l'urèthre, comme le démontrent des urines claires, limpides ; communication secondaire seulement au bout de trois semaines, sans apparence de fistule uréthrale.

La pathogénie des accidents est des plus évidentes. Cet homme a depuis longtemps un rétrécissement du méat, dont la cause nous

échappe, mais qui doit être dû à quelque chancre. Il a eu une blennorrhagie probablement mal guérie, malgré les apparences (n'a-t-on pas dit que la blennorrhagie ne guérissait jamais ?) ou en a contracté une nouvelle inaperçue ; en tout cas une infection permanente légère s'est établie, favorisée par l'écoulement difficile de l'urine. Comme toujours, c'est dans le cul de-sac du bulbe que s'est localisée et éternisée l'inflammation. D'une manière incontestable, c'est de là et non du voisinage du rétrécissement qu'est parti le phlegmon diffus périnéal.

C'est, en effet, d'un simple phlegmon diffus qu'il s'agit, et il est bien impossible de conserver ici l'étiquette d'infiltration d'urine.

Si l'on doit donc rejeter la théorie ancienne, il vient de suite à l'esprit que les accidents inflammatoires que nous observons au pourtour de l'urèthre rentrent dans la pathogénie générale des infections. Le point d'inoculation des germes infectieux, la porte d'entrée a le même siège qui était assigné aux ruptures : c'est le cul-de-sac du bulbe, où l'on sait que se localise la blennorrhée, et qui constitue si facilement un lieu de rétention de produits septiques.

L'agent pathogène, c'est le gonocoque ou plus probablement peut-être un autre microorganisme qui vient souvent s'associer à lui.

Nul doute que les rétrécissements soient la condition par excellence de cette inoculation et de l'infection consécutive. La cause plus prochaine, variable suivant les sujets, sera probablement l'existence ou l'absence d'une ulcération plus ou moins superficielle de la muqueuse. Sans doute, là comme ailleurs, faut-il faire entrer en ligne de compte l'état général, l'état de réceptivité propre à l'individu et pouvant dépendre d'une foule de circonstances, tantôt inconnues, tantôt faciles à saisir.

Nous publions encore une seconde observation différente de la première comme marche, mais tout aussi convaincante comme pathogénie.

OBSERVATION II. — Il s'agit d'un homme âgé de 45 ans, alsacien, peu intelligent d'ailleurs, qui entre à l'Hôtel-Dieu pour une vieille fistule uréthro-périnéale.

Il ne se souvient pas d'avoir eu de blennorrhagie. En 1878, se produit un abcès périnéal, ouvert spontanément ; par cette ouverture, il n'aurait jamais perdu d'urine. Quelque temps après (son rétrécissement continuant évidemment à progresser), il est pris d'accidents de rétention qui nécessitent l'emploi d'une petite sonde. En 1891 il entre à l'hôpital Necker et y reste 15 jours ; on lui fait une dilatation progressive jusqu'au n° 55 de la filière Béniqué.

Très peu de temps après, abcès urineux suivi de l'établissement d'une fistule. Il rentre à Necker dans le service de Horteloup, où on lui fait une uréthrotomie externe, et probablement une uréthroplastie. Il en sort le 13 mai 1892, complètement guéri.

En octobre de la même année, se reproduit un abcès urinaire suivi de fistule.

C'est pour cette fistule qu'il entre dans notre service en octobre 1892, son canal admet avec un peu de gêne, d'emblée, un no 17.

La fistule est débridée au thermo-cautère, mais à son départ, en mars, il persiste une fistulette qui laisse passer un peu d'urine.

Là encore, comme on peut le voir, les accidents ne sont nullement en rapport avec la théorie de Voillemier. Un premier abcès se produit avant que le rétrécissement soit devenu très serré, il ne laisse pas passer d'urine. Quand nous le voyons, après une série d'accidents et d'interventions, une fistule s'est reproduite derrière un rétrécissement *très large*.

Comme le dit M. Bazy, ces cas sont très probablement la règle; la théorie de Voillemier ne représente que l'exception. Elle n'est probablement jamais vraie dans les abcès urinaires simples; elle est probable, vraisemblable, et sans doute vraie, dans quelques cas seulement d'infiltration d'urine. Si ce chapitre doit être conservé dans les *Traité*s classiques, il demande au moins à être remanié de fond en comble.—*Normandie médicale*.

Les limites de la lithotritie.—(*Congrès des Sociétés savantes*)
—M. le Dr DESNOS lit un travail sur les *limites de la lithotritie*. Grâce au perfectionnement de l'asepsie et de l'antisepsie de la vessie, la lithotritie constitue aujourd'hui l'opération de choix dans l'immense majorité des calculeux. Les contre-indications tirées des déformations de la prostate, de l'étroitesse ou des trop grandes dimensions de la vessie, du volume ou de la dureté trop grande du calcul, sont des *stérés*; il en est de même de l'âge avancé, et un vieillard, âgé de quatre-vingt-cinq ans, récemment lithotritié, se levait au quatrième jour. Il semblerait donc que la taille ne devrait plus être employée qu'à titre exceptionnel, si les progrès de la chirurgie moderne ne permettaient de viser un autre but en même temps que l'extraction du calcul. Beaucoup de calculeux sont atteints d'hypertrophie de la prostate; or, on sait qu'aujourd'hui les opérations dirigées contre cette affection réussissent et donnent de bons résultats. Quand il y a coïncidence de ces deux affections, il est donc permis, au lieu de se borner au broiement du calcul par la lithotritie, de recourir à la taille, qui constitue, elle aussi, une opération dépourvue de gravité et qui, dans certains cas, permet d'aborder la prostate et de la modifier. Comme exemple, l'orateur cite un malade lithotritié par lui sept fois en cinq ans, à qui il a pratiqué l'excision d'une partie de la prostate et qui depuis lors a expulsé des graviers à la suite de coliques néphrétiques, sans en garder dans la vessie.

PÉDIATRIE.

Le lait stérilisé employé dans l'alimentation infantile.— M. le Dr BLUZE, délégué de la Société médicale du quatrième arrondissement de Paris, a fait au *Congrès des Sociétés savantes*, une communication sur le *lait stérilisé employé dans l'alimentation infantile*. Les 30 enfants qui font l'objet de ce travail ont été pesés tous les huit jours aussi régulièrement que possible; ce sont des enfants confiés pendant le jour à une crèche de Paris où la stérilisation du lait est faite chaque jour. I. Sur ces trente enfants, 19 étaient au sein avant d'être mis au lait stérilisé: 1^o 9 de ces enfants dont l'âge moyen est de trois mois et demi environ, ont semblé souffrir de cette modification de régime; 2^o 4, âgés de sept mois, ont continué à avoir une croissance normale à très peu de chose près. 3^o 6, âgés de 7 mois et demi en moyenne, ont au contraire sensiblement profité de l'adjonction du lait stérilisé à l'alimentation naturelle. II. Les onze dernières observations concernent des enfants antérieurement nourris au biberon. La croissance, dans tous les cas, a été supérieure à la moyenne normale. Une observation est intéressante parce qu'elle a presque la forme d'une expérience de laboratoire. L'enfant, nourrie au biberon chez elle, entre pesant 5,900 grammes. On la met au lait stérilisé; le 20 juillet elle pèse 6,200 grammes. Donc augmentation de 300 grammes en 14 jours. La crèche ayant été licenciée le 29 juillet, l'enfant part bien portante chez elle, où elle est remise au biberon. Quand elle rentre le 10 août, elle pèse 6,295 grammes; donc elle n'augmente que de 95 grammes en 13 jours. On la remet à la crèche au lait stérilisé. Le 14 septembre elle pèse 6,970 grammes. Donc augmentation de 19 grammes 85 par jour. III. Sur les 30 enfants observés, aucun enfant n'a été atteint d'accidents gastro-intestinaux; les deux seuls qui ont été malades l'étaient revenus de chez eux après une absence de 13 jours.—*Conclusions*: I. L'alimentation au sein reste préférable à toute alimentation artificielle chez les enfants ayant moins de 7 mois. II. A Paris et dans la classe ouvrière, les enfants de plus de 7 mois élevés au sein, auxquels on donne en surplus du lait stérilisé, ont, grâce à ce supplément d'alimentation, une croissance supérieure à la moyenne. III. Toujours, dès qu'un enfant ne peut être élevé au sein, l'alimentation par le lait stérilisé se montre supérieure à l'alimentation par le lait ordinaire et doit lui être préférée. IV. L'usage exclusif du lait stérilisé met les enfants à l'abri de tous accidents gastro-entériques.

M. le Dr LEDÉ fait à la section une communication sur la *stérilisation du lait* employé pour l'élevage des enfants du premier âge. Les procédés de conservation du lait, la pasteurisation et la stérilisation en grand ne peuvent assurer les mères de ne pas voir paraître des symptômes de diarrhée et de gastro-entérite. Le lait stérilisé dans des flacons d'un litre et même d'un demi-litre ne permet pas d'éviter aux enfants la gastro-entérite, car le lait stérilisé a perdu ses propriétés spéciales sitôt que la bouteille est entamée. Aussi est-il de toute nécessité que la bouteille ne contienne que le lait nécessaire pour un repas. Des appareils fort ingénieux ont été inventés; mais outre leur prix d'achat souvent élevé, les différentes pièces, caoutchouc, bouteilles spéciales, goulots rodés à l'émeri, se détériorent facilement ou peuvent s'égarer. Aussi le Dr Ledé a-t-il réuni, dans un appareil simplifié, toutes les indications exigées pour la stérilisation du lait. La mère peu fortunée achète, surtout à Paris, le lait d'une valeur de 30 centimes environ le litre. Ce lait doit être stérilisé sitôt l'arrivée dans le logement. Dans un panier à verres sans cloison, de 16 à 18 centimètres de diamètre, on place des bouteilles de verre blanc employées en pharmacie, d'une contenance de 90 grammes. Les bouteilles bien lavées sont remplies d'environ 60 grammes de lait pour la première semaine, de 90 grammes de lait pour les deux semaines suivantes; on peut ensuite employer des bouteilles de 110 grammes; ces bouteilles étant placées ainsi dans le panier, le tout est plongé dans un récipient du ménage (marmite, pot au feu, etc.) et de l'eau y est versée jusqu'au niveau du lait dans les bouteilles pour former un bain-marie. Sitôt que cette eau est en ébullition, on recouvre la marmite de son couvercle et on prolonge l'ébullition lente pendant 45 minutes. A ce moment le panier est enlevé, et les bouteilles sont bouchées avec des bouchons de liège toujours nettoyés et propres. Sitôt le lait refroidi, les bouteilles sont plongées dans une terrine contenant de l'eau froide. Le lait ainsi stérilisé se conserve facilement pendant quelques jours; mais il est préférable, étant donnée sa qualité inférieure, de le consommer dans la journée même ou au plus tard le lendemain. Il est essentiel de rejeter le lait qui serait coagulé pendant l'ébullition au bain-marie. Lorsque le lait doit être donné à l'enfant, la bouteille est plongée dans de l'eau tiède pour réchauffer le lait; le bouchon de liège est enlevé et est remplacé soit par une tétine de caoutchouc, soit mieux encore par le galactophore employé par M. le Dr Badin dans son service de la Charité et que l'on peut construire à des prix très modiques. La stérilisation du lait est donc rendue facile pour la mère de famille, qui doit, lorsqu'elle ne peut élever son enfant au sein, assurer à ce jeune être une nourriture aussi parfaite que possible et lui éviter les troubles gastro-intestinaux si fréquents dans les premières semaines de la vie. Par la stérilisation ainsi pratiquée, le lait de vache est plus facile-

ment digestible pour l'enfant, et, chose non encore expliquée, ne se coagule pas en masse sitôt son arrivée dans l'estomac. Ce procédé de stérilisation devrait être indiqué aux nourrices et aux éleveuses, et son emploi ne peut que diminuer la mortalité des enfants dans les trois premiers mois de l'existence. Tel est le résumé d'une méthode facile de stérilisation du lait que le docteur Ledé a fait connaître à la section de médecine.—*Progrès Médical*.

Hémorragies gastro-intestinales chez le nouveau-né.—M. HERGOTT, de Nancy, a fait une communication à la Société obstétricale de France, sur ce sujet important. Il distingue d'abord les méléna et les hématomésés secondaires d'origine maternelle ou autre. Quant aux hémorragies gastro-intestinales vraies, leur origine est variable. On a remarqué la brièveté du cordon, les ulcérations (signalées par Devergie) sur la muqueuse gastro-intestinale. Ces ulcérations ont été signalées par de nombreux observateurs. On les a attribuées à la dégénérescence graisseuse des artérioles, à l'action du suc gastrique, à des embolies des artérioles de l'estomac (Léopold). Ces causes ont pu être exactes dans des cas pour lesquels elles ont été invoquées : mais il y a des cas où l'on n'a rien trouvé. On a pu songer à l'obstruction des canaux portés, à l'engorgement respiratoire.

Ces hémorragies sont rares : les classiques leur attribuent la proportion de 10/00. M. Hergott, sur 3,000 accouchements, en a vu deux cas. Dans l'un d'eux qu'il rapporte, l'enfant né en état de mort apparente, puis ranimé, eut au bout de six heures une hémorragie intestinale et mourut aussitôt. A l'autopsie on ne trouva rien dans le tube digestif. pas de traces d'ulcérations ; le foie était le siège manifeste d'apoplexies partielles. Le sang fut examiné par M. Baraban et reconnu normal. Le cœur droit était très dilaté et le cœur gauche, au contraire, bien moins dilaté que d'habitude. Il y avait arrêt de développement de celui-ci ; peut-être les deux enfants perdus antérieurement par la mère étaient-ils morts de la même lésion. Il est probable que là était la cause des hémorragies. Après la suppression du canal artériel, il y a eu insuffisance du cœur gauche et hypertension dans le réseau veineux y compris celui du tube digestif.

M. HERGOTT compare le mécanisme de ces hémorragies à celui que l'on observe pour les hémorroïdes, qui disparaissent quand la cause mécanique de l'étranglement a disparu.

M. BAR trouve le cas de M. Hergott très démonstratif. Il a observé trois cas d'enfants ayant eu des hémorragies soit intestinales, soit ombilicales ou même en suffusions superficielles. Dans un cas, après la vaccination, il y eut hémorragie par la piqûre, puis par l'intestin, puis par le nombril. L'enfant mourut. Le sang renfermait du streptocoque ainsi que dans les deux autres cas. Il y a donc probablement une maladie hémorragipare des nouveau-nés, d'origine infectieuse.

M. TARNIER demande s'il y avait chez l'enfant de M. Hergott congestion de la peau ou des conjonctives, et pourquoi prédominance de la congestion sur le système digestif.

M. HERGOTT répond que c'est probablement la saignée intestinale qui a amené la diminution de la congestion cutanée que l'on eût dû voir.

M. TARNIER fait observer que, dans le cœur présenté par M. Hergott, il y a outre la diminution de la cavité du cœur gauche l'atrophie relative de ses parois. Il y a donc eu arrêt de développement complet.

M. PINARD a vu récemment deux cas d'hémorragies de ce genre. L'un de ces enfants succomba au troisième jour; l'autopsie fut faite et on trouva une muqueuse entièrement congestionnée, au point que l'on crut qu'il y avait eu ingestion de liquide antiseptique au lieu d'eau sucrée.

Dans le deuxième cas, il y eut méléna et hématomèse le soir de la naissance; l'hémorragie cessa le troisième jour et l'enfant guérit.

M. GUÉNOT rapporte un cas semblable à ce dernier. Au troisième jour l'enfant eut des hémorragies, jusqu'à sept par jour. Sans aucune médication l'enfant se rétablit de lui-même.

M. OUI a vu deux cas de ce genre à la clinique. Ces deux enfants guérirent simplement en les mettant dans la couveuse et en leur faisant boire de l'eau alcoolisée.

Traitement de la constipation chez les enfants.—M. le Dr TISSIER a réuni, dans un article des *Annales de médecine*, sur la constipation chez les enfants, un certain nombre de formules qui peuvent être utilisées contre cet accident.

Au-dessus d'un an, on peut faire usage de l'huile de ricin (5-10 grammes), facilement prise lorsqu'elle est associée au vin de Malaga à parties égales ou donnée dans du bouillon dégraissé, du jus d'oranges, de l'infusion de café ou un looch.

On peut encore donner une décoction faite avec des pruneaux et 2 ou 3 grammes de follicules de séné.

A partir de 3 ans, on peut donner diverses autres préparations. Voici quelques-unes des formules les plus recommandables :

Régliasse.....	60 grammes.
Séné pulvérisé.....	60 —
Soufre lavé.....	30 —
Poudre de fenouil.....	30 —
Sucre.....	180 —

1 à 2 cuillerées à café par jour.

Extrait hyalcooolique de cascara ...	0 gr. — 50
--------------------------------------	------------

Sirop simple.....	50 —
-------------------	------

Teinture de cannelle.....	2 —
---------------------------	-----

1 à 2 cuillerées à café.

Scammonée..... 0 gr. 10 à 0 gr. 15
 Sucre..... q. s.

pour un paquet.

Teinture de Baumé..... 1 gramme.
 — de rhubarbe..... }
 — de cannelle } àâ 10 —

XX gouttes au commencement de chaque repas.

Teinture de cascarille..... }
 — de rhubarbe..... }
 — de cannelle..... } àâ 10 grammes.
 — de colombo..... }
 — de gentiane }
 — de noix vomique..... 5 gr. (J. Simon.)

X gouttes dans un peu d'eau froide avant chaque repas.

L'huile de ricin et les sels de soude et de magnésie conviennent au cas où l'on veut provoquer la purgation.

Sulfate de soude..... 10 à 30 grammes.
 Sirop de menthe..... 30 gr.
 Eau..... 120 gr.

ou, dans une tasse de bouillon aux herbes :

Acide tartrique..... }
 Bicarbonate de soude..... } 10 à 30 grammes.

Sirop de limons..... 60 gr..

Eau q. s.

Sulfate de magnésie..... 10 à 30

Infusion de café..... 100 gr.

Sirop de sucre 30 —

Citrate de magnésie 10 à 30 gr.

Sirop de cerises..... 30 à 50 —

Eau 120 —

Tartrate de soude et de potasse (sel de Seignette).

5 à 20 grammes.

Chorée.

P.—Sirop de bromure de fer } àâ
 Eau de fleurs d'oranger..... } 2 onces

M.—Dose : Deux cuillerées à thé, dans un peu d'eau, trois fois par jour, après les repas.—*Practitioner.*

Tuberculose.—*Petresco.*

P.—Iodoforme 20 à 40 grains

Essence d'eucalyptus..... 1 once

Essence de térébenthine 1 once

Essence de gaiac 1 once

Créosote..... 1 once

M.—En inhalation et en vaporisation, à dose de 5 gouttes ou plus.—*La Roumanie médicale.*

FORMULAIRE.

Dipsomanie.—*E. C. Mann.*

1 ^o P.—Sulfate de quinine.....	2 grains
Oxyde de zinc.....	2 grains
Capsicum	2 grains
Sulfate de strychnine.....	$\frac{1}{10}$ grain
Arsenic.....	$\frac{1}{100}$ grain

M.—Pour une pilule, à prendre trois fois par jour.

2 ^o P.—Nitrate de strychnine.....	1 grain
Eau distillée.....	$\frac{1}{2}$ once

M.—*Dose* : Huit minimes (par jour) en injection sous-cutanée, pendant huit jours, puis quatre minimes par jour, pendant huit jours encore.

3 ^o P.—Vin d'ipécac	2 à 3 gouttes
--------------------------------------	---------------

Déposer simplement ces gouttes sur la langue, si le malade se plaint de nausée et de vomissement.

4 ^o P.—Teinture d'opium désodorisée	1 drachme
Extrait fluide de jusquiame.....	1 drachme
Hydrate de chloral.....	1 drachme
Bromure de potassium	1 drachme
Teinture de capsicum	$\frac{1}{2}$ drachme
Teinture d'aconit	5 minimes
Eau de menthe.....	q. s. pour f. 4 onces

M.—*Dose* : Deux cuillerées à soupe, dans un demi verre d'eau, le soir au coucher, pendant quatre à cinq jours, si le malade souffre d'insomnie.

5 ^o P.—Bromhydrate d'hyoscine.....	1 grain
Eau distillée.....	9 drachmes
Alcool rectifié	1 drachme

M.—*Dose* : 5 à 10 minimes au besoin, en injection hypodermique s'il y a menace de délire.

Pharyngite rhumatismale.—*Braishin.*

P.—Acide salicylique	20 grains
Pyrophosphate de fer	5 grains
Phosphate de soude.....	1 grain
Eau.....	$\frac{1}{2}$ once

M.—A prendre en une dose, et répéter tous les quatre heures.—*New York Medical Journal.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - DR A. LAMARCHE.

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

MONTRÉAL, JUILLET 1893.

BULLETIN.

Le Bureau provincial de médecine et la loi médicale.

Comme nos lecteurs ont pu s'en rendre compte par notre livraison de juin contenant le rapport officiel de l'assemblée de mai du Bureau Provincial de médecine, les Gouverneurs du Collège ont discuté, à cette assemblée, plus d'un sujet important pour la profession.

Le premier point en litige a été le suivant: Il y a dans l'Acte médical qui nous régit actuellement une clause qui se lit ainsi:

" Des quatre années d'études exigées par le présent Acte (1), au moins trois termes, de six mois chacun, seront employés à suivre des cours dans une Université, Collège ou Ecole de médecine incorporée reconnu par ce Bureau; les premiers de ces cours seront ainsi suivis *durant la session qui suivra immédiatement l'examen préliminaire*, et les derniers le seront *durant la quatrième année d'étude*, et le candidat devra subir son examen sur les matières finales du curriculum à la fin de la session de sa quatrième année d'étude."

Conformément à ces dispositions, le Bureau ne tient aucun compte des années de cours universitaires qu'un élève peut avoir suivis avant l'obtention de son brevet. De même aussi il ne peut permettre qu'un élève subisse dans les écoles et universités son examen final avant la fin de sa dernière année de cours, laquelle doit ainsi coïncider avec la quatrième année d'études.

A la réunion de mai, plusieurs gradués se sont présentés dont

(1) Par les mots *quatre années d'études* on doit entendre ici l'espace de quatre années complètes (48 mois) entre la date de l'admission à l'étude de la médecine et la date de la licence provinciale.

le *brevet* était daté de mai 1889, le diplôme l'étant de mai ou avril 1893 quoique l'examen final eût été subi un an auparavant, en 1892. Après une assez vive discussion, il a été résolu que, pour la dernière fois, le Bureau accorderait la licence à ces candidats, mais qu'à l'avenir, le texte de la loi, tel que nous venons de le citer, serait rigoureusement appliqué.

La question du *Bill médical* est derechef sur le tapis. Discussion prolongée et très agaçante pour ceux qui sont médecins avant d'être avocats. L'établissement d'un Bureau central d'Examineurs pour l'admission à la pratique et pour l'octroi de la licence *ad praticandum* a été le sujet de récriminations, d'interpellations, de réponses aigres-douces qui menaçaient de prendre une allure chronique quand M. le docteur Marsil, le Nestor du Bureau, ennuyé avec raison de ce verbiage inutile, a proposé la formation d'un comité dit *Comité de législation médicale*, chargé de préparer, s'il y a lieu, un projet de loi médicale qui devra être soumis à la prochaine session de la Législature de Québec. Ce comité sera composé de neuf membres : quatre représentants de la profession médicale en dehors des Facultés, quatre représentants des universités (un pour chaque Faculté de médecine) avec M. le Président du Bureau *ex officio*.

Cette proposition a été acceptée avec plaisir par la presque totalité de l'assemblée, heureuse de pouvoir se débarrasser d'une question brûlante que la discussion et la polémique n'avaient guère avancée jusque là.

Le comité s'est réuni à Montréal le premier mercredi de juin. Étaient présents : les docteurs Marsil, Gibson, Chèvrefils, Beausoleil, Craik (McGill), Campbell (Bishop), Simard (Laval, Québec), Rottot (Laval, Montréal), et Brosseau, secrétaire de la section montréalaise. En l'absence du Dr J. J. Ross, président *ex officio*, M. le Dr Campbell occupait le fauteuil de la présidence, le Dr Beausoleil agissait comme secrétaire du comité.

Après une discussion assez accidentée au sujet du Bureau central et des amendements à faire subir à la loi médicale actuelle, on a adopté la résolution suivante, sur proposition du docteur Rottot appuyé par le docteur Chèvrefils :

" Que les assesseurs du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec aient le pouvoir d'examiner les candidats aux divers examens de médecine ;

" Qu'un système uniforme d'examen médical soit basé sur cette proposition ;

" Que telle organisation constitue le Bureau provincial d'examen en rapport avec l'examen des facultés médicales de la province ;

" Que lorsque MM. les assesseurs du Collège des médecins et chirurgiens ne seront pas satisfait de l'examen d'un élève, ils auront le pouvoir d'examiner de nouveau tel élève, et de faire un rapport conforme à leur appréciation ;

“ Que le Bureau médical devra nommer autant d'assesseurs que chaque Faculté médicale formera de jurys d'examen, jusqu'à concurrence de six ;

“ Que cette proposition soit transmise à chaque Faculté médicale, avec prière de faire rapport, par son représentant, à la réunion du cinq juillet prochain, du *Comité de législation médicale*.”

Comme il est facile de le voir, la proposition Rottot-Chèvrefils n'a qu'un but, celui d'augmenter les pouvoirs des assesseurs en les au'orisant à prendre une part active à l'examen des élèves des Facultés, à interroger les candidats, tout comme si l'examen se subsistait devant un Bureau central.

Le cinq juillet, autre réunion du comité. Présents : les docteurs Marsil, Gibson, Chèvrefils, Beausoleil, Rottot, Simard, Craik, McConnell (substitut du Dr Campbell) et Brosseau. Le Dr Marsil préside. Le Dr Simard communique une lettre de M. l'abbé Laflamme, alors secrétaire de l'Université Laval de Québec, informant le représentant de la Faculté de Québec que l'Université Laval n'a aucune objection à ce que les assesseurs interrogent les candidats aux examens du Baccalauréat et du Doctorat en médecine.

A son tour, le Dr Rottot donne lecture d'une résolution de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal, Faculté de médecine Laval à Montréal, adoptée le 15 et le 20 juin 1893 et par laquelle l'École-Faculté approuve la proposition Rottot-Chèvrefils.

M. le Dr Craik fait ici rapport, oralement, que l'Université McGill est opposée à l'idée de donner aux assesseurs du Bureau médical le pouvoir d'interroger les candidats aux examens de médecine.

M. le Dr McConnell dit que la Faculté Bishop n'a pu se réunir pour discuter ce sujet, mais il est sous l'impression que cette faculté est aussi opposée à l'augmentation des pouvoirs des assesseurs.

Le Dr Gibson se lève alors et, appuyé par le Dr Brosseau, propose que le Comité approuve la proposition Rottot-Chèvrefils et en fasse rapport au Bureau médical qui doit se réunir en septembre prochain, à Québec. Cette motion est adoptée par un vote de sept contre deux.

Les docteurs Brosseau et Chèvrefils proposent enfin qu'au cas d'insuccès de la motion Rottot-Chèvrefils, une dernière proposition, rédigée par M. le Dr Simard, soit soumise au comité. Cette proposition se lit comme suit :

“ Attendu qu'il appert que le Bureau de médecine de la province d'Ontario serait disposé à accorder la réciprocité aux *diplômés licenciés* du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, pourvu que ce diplôme ait été obtenu par un examen subi devant le dit Bureau de médecine de la province de Québec ;

“ Et attendu que par suite de l'uniformité de la formule de la licence octroyée par le Bureau provincial de Québec, ceux qui ont subi déjà ou qui subiront à l'avenir l'examen devant le dit Bureau provincial ne pourraient pas prouver *primâ facie* leur droit à une telle réciprocité ;

“ Qu'il soit résolu que la formule de la licence provinciale indique à l'avenir : si cette licence a été donnée sur simple présentation d'un diplôme universitaire, ou si elle a été donnée à la suite d'examens devant ce Bureau ;

“ Et qu'il soit résolu, en outre, de demander au Bureau provincial de médecine d'Ontario la réciprocité pour ceux des médecins de la province de Québec qui sont dans ce dernier cas, c'est-à-dire qui ont subi leur examen médical devant ce Bureau.”

Nous n'avons pas à discuter ici les avantages que peut offrir ou ne pas offrir la motion Simard. Il ne suffit pas qu'il *appère* que l'Ontario acceptera notre licence après examen devant le Bureau de Québec. Il faut, en plus, avoir la preuve *écrite* et libellée en bonne et due forme par l'Ontario, acceptant cet arrangement et accordant la réciprocité dans les mêmes conditions. Plus d'une fois on nous a dit et répété que le Conseil médical d'Ontario n'accordera jamais la réciprocité des licences tant qu', dans les provinces-sœurs désirant cette réciprocité, on n'exigera pas cinq années d'études médicales. Dans le cas où cet *on-dit* serait l'expression de la simple vérité, il faudrait y regarder à deux fois.

Nous ne sommes pas étonné de voir les Facultés anglaises McGill et Bishop, s'opposer à la proposition Rottot-Chèvrefils, en faisant appel aux *droits et privilèges* conférés à ces institutions par leurs chartes respectives. Nous aurions été, au contraire, très surpris de les voir accéder — sans grincer — à cette mesure, *comme étant de la plus grande opportunité*.

Mais il est un point qu'il ne faut pas oublier et qui peut singulièrement modifier l'action du Bureau et du Comité de législation dans cette question. La loi médicale qui nous régit actuellement dit ceci :

“ Le Bureau provincial de médecine fera de temps en temps, quand l'occasion le demandera, des règlements :

“ 1o Pour la ligne de conduite des examinateurs, et pour prescrire les sujets et le mode d'examen, le temps et le lieu où seront tenus ces examens, et en général, fera les règlements qu'il jugera convenables et nécessaires relativement à ces exercices, pourvu que ces règlements ne soient pas contraires aux dispositions de cet acte ;

“ 2o Pour réglementer l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, quant aux qualifications préliminaires, à la durée de l'étude et au cours d'étude que devront suivre les étudiants ; pourvu toujours que ces règlements ne soient pas contraires aux dispositions de cet acte, et qu'aucun changement

dans le cours d'étude établi par le Bureau ne vienne en vigueur qu'un an après qu'il aura été fait;

"30 Pour nommer des assesseurs, pour visiter et assister aux examens médicaux dans les diverses universités, collèges et écoles incorporées de la province, et faire rapport au Bureau provincial sur la nature de ces examens.....et au cas où tel rapport serait, en aucun temps, défavorable à aucune université, collège, et école incorporée, le Bureau provincial pourra, dans ce cas et dans ces circonstances, refuser la licence et l'enregistrement des degrés ou diplômes des institutions au sujet desquelles il a été fait tel rapport, tant que tels examens n'auront pas été amendés.

"A cette fin, le Bureau provincial nommera ou élira des assesseurs, dont deux ou plus devront assister aux examens de chaque université, collège ou école de médecine incorporée, d'accord avec un règlement à être passé ci-après par le Bureau."

Ceci posé, il devient facile de conclure que le Bureau provincial de médecine n'est peut-être pas obligé de se présenter devant la Législature à la prochaine session pour faire amender le code qui régit actuellement la profession. Il n'a qu'à confirmer les règlements déjà adoptés et mis en force, à en faire d'autres au besoin, comme la loi l'y autorise, et à se moquer des mécontents et des grincheux.

Charlatania.

Un journal politique sert à ses abonnés le plat suivant, à la date du 11 juillet 1893. Nous citons, textuellement; les italiques seules sont de nous :

"OPÉRATIONS AUX YEUX."

"Madame E. L..., de C..., âgée de près de 84 ans, aveugle depuis quatre ans, vient d'être rendue à la *vie* par une sérieuse opération aux yeux faite à l'hôpital privé du Dr X..., oculiste de N... Après quinze jours de traitement, cette dame est *retournée* chez elle avec une bonne vue.

"Le Dr X... vient de faire une autre grave opération qui heureusement est très rare. Le fait est que dans ses quinze ans de pratique des yeux, c'est le premier cas du genre qu'il rencontre; dans les services d'hôpitaux qu'il a faits en France et à New-York, il n'en a jamais vu un seul cas.

"C'est un enfant de 14 mois qui souffrait depuis deux mois d'une façon horrible d'une diphtérie des deux yeux.

On l'amena à la consultation du Dr le 3 juillet courant, et il n'eut rien autre chose à conseiller aux parents que l'enlèvement complet des deux yeux, chose qui fut faite dès le 4 courant. Cette opération l'a parfaitement soulagé et depuis lors il ne souffre plus et dort, ce qu'il n'a pu faire depuis plusieurs semaines. Si cet enfant eût été convenablement traité, il eût pu conserver au moins un œil. La négligence est cause fréquente de calamités."

Nous prions nos lecteurs de ne pas se scandaliser au vu de semblables affiches. Nos cartons en renferment bien d'autres que nous réservons pour la prochaine occasion.

:

On sait combien sont fréquents les efforts de vomissements au cours de l'anesthésie chloroformique. Ces vomissements, qui tiennent la plupart du temps à l'impureté de l'anesthésique, peuvent se traiter de la manière suivante :

1o. Augmenter la dose de chloroforme, afin de produire une rapide sédation des contractions du diaphragme.

2o. Compression du phrénique gauche, ou même des deux phréniques, à l'aide des pouces placés immédiatement au dessus de l'extrémité sternale de la clavicule. (Dr Joos.)

3o Prendre une compresse, la tremper dans de l'eau bien froide, et l'appliquer sur le cou du malade. L'effet est immédiat et la compresse doit être changée aussitôt qu'elle commence à s'échauffer. L'effet du froid, absolument local, agit comme la compression sur les nerfs phréniques.

:

À la Société de thérapeutique de Paris, M. Constantin PAUL est revenu sur l'efficacité des sulfites dans l'antisepsie de l'intestin. C'est surtout, dit-il, dans la fièvre typhoïde que l'on peut les prescrire. Il ajoute que les lavements de solutions froides et étendues de sulfites ont l'avantage d'abaisser la température, d'empêcher les selles involontaires en entraînant les matières, et de désinfecter ces dernières.

:

Le nom de *Tomomanie* vient d'être appliqué, par Schiffers, à une certaine manifestation hystérique caractérisée par un désir morbide des malades de se faire opérer pour des bobos purement imaginaires. A ce propos, le *Medical Record* se demande avec anxiété ce qui pourrait bien arriver si une hystérique affectée de tomomanie s'adressait, pour traitement, à un chirurgien affecté d'opératomanie (*mania secandi*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LEFERT—*La pratique dermatologique et syphiligraphique des hopitaux de Paris. Aide-mémoire et formulaire*, par le professeur Paul LEFERT; librairie J. B. Baillière et Fil-, 19, rue Hautefeuille (près le boulevard St. Germain), à Paris. 1 vol. in-16 de 288 pages, cartonné: 3 francs. Ce volume fait partie du *Manuel du médecin praticien*.

Tous les praticiens sauront gré à M. le docteur P. Lefert de leur présenter, en un petit volume clair et précis, la *pratique des dermatologistes et des syphiligraphes des hôpitaux de Paris*.

Cet ouvrage, dû à la collaboration de quatre-vingt médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, renferme plus de quatre cents consultations sur les cas les plus nouveaux et les plus variés.

Pour faciliter les recherches et pour rendre par cela même le livre plus utile, il a été complété par deux tables alphabétiques, l'une par noms d'auteurs, l'autre par ordre de matières. De telle sorte que l'on peut à la fois avoir l'opinion de tel ou tel professeur sur les diverses questions qui sont à l'ordre du jour, et en même temps passer en revue l'opinion des divers chefs de service sur un sujet déterminé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

—M. le Dr M. T. BRENNAN a transporté son cabinet de consultation au No. 200 rue St. Hubert.

—Sir William DAWSON, M. A., L. I. D., F. R. S., C. M. G., principal et vice-chancelier de l'Université McGill, vient de se démettre de ses fonctions pour cause de santé.

—M. le Dr L. A. DEMERS, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, est parti, le 24 juin, pour Paris, où il a l'intention de passer un an à suivre les services d'hôpitaux.

—Le Dr Henry W. WILLIAMS, professeur d'ophtalmologie à l'Université Harvard, a promis à la Faculté de médecine la somme de \$25,000, à titre de fondation pour une chaire d'ophtalmologie. Mlle E. Ellis a donné \$10,000 aux sections de physiologie et de pathologie de la même Université.

Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal, Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal.—A la réunion mensuelle du 6 juillet, de la Faculté, M. le docteur O. F. MERCIER, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame, a été nommé agrégé de l'Ecole de médecine.

Hopital Notre-Dame. — Durant la vacance d'été, les services de l'hôpital sont distribués comme suit: *Médecine*: Dr A. R. MARSOLAIS. — *Chirurgie*: Dr O. F. MERCIER. — *Gynécologie*: Dr M. T. BRENNAN. — *Ophthalmologie, Otologie et Laryngologie*: Dr A. A. FOUCHER. — *Pédiatrie*: Dr IS. CORMIER. — *Dispensaire général*: Dr Louis DÉSY.

Université Laval, Québec.—M. l'abbé J. C. K. LAFLAMME, ci-devant secrétaire de l'Université Laval, à Québec, vient d'être élu Recteur. Nous félicitons de cet heureux choix et le nouveau Recteur et l'Université.

A la séance de clôture des cours de la Faculté de médecine, le 26 juin, les élèves dont les noms suivent ont reçu leurs degrés:

Docteurs en médecine.—MM. J. Dorion, E. Brindamour, C. G. Rancourt, E. Mathieu, avec très grande distinction; A. Jobin, avec grande distinction; A. Fréchette, avec distinction; M. Blais.

Bacheliers en médecine.—MM. A. Clark, A. Dufresne, B. Miville Deschênes, J. Richard, E. Gélinas, A. Lessard, J. Dionne, A. Roy, P. Crispo, E. Morin, L. Fiset, H. Fiset.

Nécrologie.—CANADA.—A Joliette, Qué., MM. J. E. RIVARD et Camille MAGNAN, bacheliers en médecine de l'Université Laval à Montréal, noyés au cours d'une excursion de pêche sur la rivière Joliette, le 18 juin 1893. — A Trois-Rivières, M. le docteur G. A. BOURGEOIS.

ETRANGER.—A Rome, M. le docteur MOLESCHOTT, professeur de physiologie à l'Université de Rome.—A Nancy, M. le docteur FELTZ, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Nancy.—A Paris, M. Michel PETER, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker, et M. le docteur Emile VIDAL, ancien médecin de l'hôpital St. Louis, bien connu par ses travaux et découvertes en dermatologie et en syphiligraphie.

Naissance.

CHARLEBOIS.—Le 18 mai 1893, à Iroquois Mountain, Michigan, E. U., la femme du docteur L. A. Charlebois, M.D., Laval (1891) a mis au monde un fils.

Décès.

LEBLANC.—A Montréal, le 20 juin dernier, à l'âge de 34 ans et 9 mois, Dame Marie-Rose-Alma Boyer, femme de J. A. LeBlanc, M.D.

VARIÉTÉS.

Les injections de liquide organique de Brown-Séguar.—*Quantum mutata!* Il fut une époque, et elle n'est pas encore bien éloignée de nous, où le corps médical (avec une touchante unanimité), accueillait par des rires moqueurs les communications de ce pauvre M. Brown-Séguar. Comment ce vieillard, avec ses étranges communications, pouvait-il avoir la prétention de trouver des adeptes? L'Académie des sciences n'était donc plus composée que d'infirmes et de gâteux pour tolérer ces immorales plaisanteries! Et patati! et patata! comme cela se chante dans les *Dreyons de Villars*; les commérages allaient leur train dans Landerneau.

Un jeune docteur, séduit par les théories de Brown-Séguar, appliqua la méthode à quelques malades. Bien lui prit d'être déjà reçu aux hôpitaux, car, on le disait tout haut, jamais il n'y fut ar-
4. On lui reprochait comme un crime d'avoir ajouté foi aux théories Séguardiennes.

Ce cher confrère, comme il doit rire en ce moment. A peine deux ans se sont écoulés depuis qu'on le traînait aux gémonies, et ceux-là qui le condamnaient ne peuvent plus lormir sans avoir inoculé dans leur journée au moins trois ou quatre malades avec du rein, avec du foie ou de la substance grise.

Après Constantin Paul et sa substance grise, c'est *Bouchard* qui montre, au Congrès de l'association pour l'avancement des sciences, les résultats surprenants fournis par l'injection du suc thyroïdien dans le myxœdème; c'est *Merklen* qui rapporte à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'un artério-scléreuse paraplégique notablement amélioré par des injections de liquide testiculaire; c'est *Chantemesse* qui chante ses succès dans des cas analogues; c'est *Comby* qui diminue la glycosurie avec des injections de suc pancréatique. Enfin, M. *Dieulafoy* vient de constater les effets remarquables des injections de néphrine (substance rénale du bœuf digérée dans la glycérine et l'eau salée, puis filtrée), dans un cas absolument désespéré d'urémie. La sécrétion urinaire, interrompue depuis cinq jours, a reparu dès le deuxième jour des injections.

Liqueur enchanteresse de Brown-Séguar, te voilà réhabilité! Avec toi la vieillesse ne serait plus qu'un heureux printemps si la mort, qui se moque des meilleures théories et des plus savants théoriciens, ne venait faucher impitoyablement ceux que tu croyais faire vivre éternellement.—*Petit médecin des familles.*