

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:

Pagination continue.

- 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.

TRAVAUX ORIGINAUX

ECLAMPSIE PUERPÉRALE

Par ALBERT LAURENDEAU, M. D., de St-Gabriel de Brandon.

Monsieur le rédacteur en chef de l'*Union Médicale* m'écrivait un jour que ce journal était fait surtout pour le médecin de la campagne. J'écris donc cet article pour ce dernier, mais plus particulièrement pour les jeunes.

Représentez-vous un médecin de quelques mois d'exercice, aux prises tout à coup, avec cette effrayante maladie : l'éclampsie. Souvent, il ne pourra appeler un confrère plus expérimenté à son aide ; à la campagne, vous n'ignorez pas que les hommes de l'art sont parfois rares et dispersés, et qu'aussi, en certaines saisons, les chemins sont impraticables. Il est donc là, au lit de la malade, seul avec sa conscience, sa responsabilité et quelques aides qui le plus souvent ont perdu la tête. Il faut agir et agir promptement ; ce n'est plus le temps d'étudier, c'est le temps de résoudre.

Je dirai donc à mes jeunes confrères : Ayez toujours présents à la mémoire les préceptes que je vais m'efforcer de tirer au clair, et à l'occasion, agissez hardiment.

L'éclampsie justifie bien son étymologie, *eklamptsein*, explosion, car elle a, dans la soudaineté fréquente de son apparition, dans son allure terrifiante, dans sa terminaison souvent fatale, amplement de quoi justifier ceux qui l'ont ainsi dénommée. Mais n'allez pas croire cependant qu'elle éclate toujours comme un coup de foudre dans un ciel serein. Autrefois, la science médicale étant dans son enfance, l'on avait pas su reconnaître un grand nombre de symptômes précurseurs de cette maladie ; mais il n'en est plus ainsi.

Je vous ferai d'abord remarquer que l'éclampsie est beaucoup plus fréquente chez les primipares que chez les multipares. Des huit cas que j'ai observés dans ma clientèle, sept étaient des primipares et le dernier une femme à son troisième accouchement. Il est aussi très rare de voir survenir l'éclampsie durant es premiers mois de la grossesse ; je ne sache pas qu'il en existent de cas bien authentiques avant le quatrième mois. Le plus souvent, la maladie éclate après le septième mois.

Voyons maintenant la symptomatologie de cette affection. Lorsque vous serez consulté pour une femme enceinte, surtout si c'est pour une primipare et dans les derniers mois de sa grossesse ; si cette femme se plaint de douleurs à la tête, de vertiges, d'éblouissements, d'affaiblissement de la vue, d'œdèmes localisés soit aux membres soit à la face ou ailleurs, songez aussitôt à l'éclampsie, et ne négligez pas de faire l'examen des urines sur le champ. Si vous trouvez de l'albumine dans ses urines, et si en sus de ces symptômes il survient des nausées sans indigestion, accompagnées de crampes au creux épigastrique ; si votre

malade se plaint qu'il existe comme un brouillard entre elle et les objets qu'elle fixe ; si les douleurs à la tête deviennent lancinantes, si elle est agitée et accuse un malaise général ; prenez garde ; les crises convulsives sont imminentes. De tous ces symptômes, le plus remarquable est la présence de l'albumine dans les urines, car il est admis que environ vingt pour cent des primipares albuminuriques deviennent éclamptiques. De plus il est constant que les fonctions uropoïtiques sont considérablement diminuées sinon abolies, durant les vingt-quatre heures précédant la période confirmée.

À la campagne, le médecin n'a pas toujours occasion de constater ces symptômes préliminaires.

Lorsqu'une primipare souffre des accidents que je viens de décrire, les voisines se hâtent, pour la consoler, de lui déclarer : que ce n'est rien, que c'est dû à sa *position*, que ça va passer avec le reste ; et là-dessus, la malade de dormir tranquille jusqu'au moment où la grande crise éclate. Alors le mari, les parents prennent peur ; la nouvelle de cet accident circule d'un bout à l'autre de la *concession* en un clin d'œil ; les femmes accourent chez la malade et les chevaux courent chez le médecin et le curé.

Le curé commence d'abord et nous fait perdre quelquefois un temps précieux.

Au tour du médecin maintenant. Si la malade n'a eu qu'un ou deux accès, et que ces accès soient suffisamment espacés, vous pourrez constater, que son pouls est dur et un peu vite, que la température est normale, que la figure porte un cachet spécial d'hébétude ; assez souvent il faut répéter les questions et même la toucher au front ou au bras pour obtenir une réponse ; les yeux semblent un peu proéminents ; il y a souvent boiffissure des paupières.

Après un temps de repos, elle commence à s'agiter sur sa couche, ses bras, ses jambes remuent presque continuellement. Demandez-lui où elle souffre ? Elle vous répondra "à la tête" invariablement, à moins qu'elle n'ait des contractions utérines.

En observant un peu attentivement, vous verrez alors survenir quelques petits mouvements choréïques et comme saccadés des ailes du nez ; puis la face revêt, tout d'un coup, un état de stupeur et de fixité alarmant ; la scène change, la crise éclate, *eklampseïn*.

Les paupières battent, les globes oculaires roulent ou entrent en un *stagma*, le nez s'agite comme s'il était tiré tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, la bouche s'entrouvre et grimace, l'extrémité de la langue sort du centre de ce rire macabre, la tête fléchit sur le tronc en s'inclinant généralement davantage sur l'épaule gauche, en même temps tous les membres et le corps soubresautent, les poings, les doigts s'incurvent, les bras entrent en supination forcée.

À ce moment, tous les muscles ayant atteint leur maximum de contraction, la respiration est complètement suspendue ; les membres, les organes, la face gardent pendant quelques secondes une fixité, une immobilité plus effrayante encore que la période convulsive ; et rien n'est plus propre à évoquer le fantôme de la mort que l'état où se trouve cette pauvre infortunée. Après ces quelques secondes d'immobilité rigide, la détente survient, les masséters se contractent

vivement, les mâchoires déchirent, mutilent la langue qui proémine ; des convulsions cloniques des membres, du tronc, du cou, de la face succèdent aux contractions toniques ; les membres vibrent, les paupières s'ouvrent et se ferment vivement, la tête se balance, la malade mâchonne, et l'en entend des bruits de gargouillement dans les bronches et la gorge, le visage se congestionne, se cyanose puis devient livide, de la bave écumeuse et sanguinolente coule aux commissures labiales, et tout cet ensemble lamentable est hideux.

Enfin, après quelques minutes qui semblent des heures, la respiration commence à se rétablir, par coups saccadés de la poitrine, puis son rythme devient normal ; la face se décongestionne et tous les muscles entrent en résolution complète. Si alors vous prenez la température, vous trouvez qu'elle est normale, à moins qu'il n'existe quelque complication.

Le pouls augmente généralement de vitesse, proportionnellement au nombre de crises ; j'ai cependant vu dans quelques cas, le pouls atteindre 130 et au-delà dès la première crise et se maintenir ainsi un jour ou deux. Dans un cas dont je ferai l'historique plus bas, j'ai compté 150 pulsations à la minute après la seconde crise, et cette vitesse s'est maintenue plus de vingt-quatre heures.

Après deux ou plusieurs attaques, il y a généralement dilatation pupillaire, mais pas constamment ; peut-être cette mydriase serait-elle constante sans l'emploi du chloroforme, du chloral ou de médicaments à effets analogues au cours du traitement.

La caractéristique des intermèdes de cette maladie tragique est l'état des fonctions intellectuelles et sensorielles.

Aussitôt la première crise terminée, la malade reste prostrée, puis après quinze ou vingt minutes, elle ouvre les yeux et semble étonnée de l'anxiété qu'elle surprend chez ceux qui l'entourent. Cependant, cette impression est fugace et superficielle chez elle, car si on l'interroge, elle ne se rappelle rien ; pourtant si les intervalles entre les premières crises sont de longue durée, deux heures ou plus, elle reprend complètement connaissance. Mais, après plusieurs attaques et surtout quand ces attaques sont rapprochées, à une demie heure d'intervalle plus ou moins par exemple, elle demeure dans un état comateux profond, les facultés intellectuelles sont presque complètement abolies, les liquides qu'on lui verse dans la bouche ne provoquent même pas toujours la déglutition. Elle n'est cependant pas tout-à-fait insensible, car les contractions utérines amènent de l'agitation, des plaintes sourdes et des grimacements.

À l'augment comme au déclin de l'éclampsie, certaines anomalies du rythme respiratoire que vous observerez quelquefois, et rappelant le type du phénomène Cheyne-Stokes, ne devront pas vous alarmer outre mesure, ce symptôme n'a aucune signification morbide.

L'issue doit-elle être fatale : les crises se succèdent de plus en plus rapprochées, les contractures deviennent de plus en plus violentes, le coma dans les intervalles se fait de plus en plus profond, et la mort arrive, soit pendant un accès convulsif, soit en état comateux.

Si la terminaison doit être favorable, les attaques vont s'éloignant ; mais lorsqu'elles ont été nombreuses la malade demeure vingt-quatre heures, quelque-

fois plus, dans un état somnolent, inconscient, et l'hypnophrénose qui suit peut quelquefois durer plusieurs jours et même des semaines et des mois. Les facultés intellectuelles, mnémiques et sensorielles se rétablissent donc lentement.

Les lésions qui accompagnent l'éclampsie sont ; 1° d'ordre étiologique : néphrite épithéliale, laquelle peut devenir interstitielle ; 2° d'ordre symptomatique : accès épileptiformes, congestions et œdèmes divers, troubles fonctionnels de certains organes, altérations du sang, élimination d'albumine avec les urines, rétention de l'urée et de toxines encore mal définies, peut-être aussi formation de ptomaines dans l'économie, etc. ; 3° enfin, celles qui peuvent survenir comme complications : apoplexie, dystocie, etc.

Tout le cadre nosologique ne renferme aucune maladie qui ressemble à l'éclampsie, excepté l'épilepsie ; et le diagnostic différentiel sera facile à faire par l'examen des urines, l'état puerpéral et les circonstances qui auront précédé le premier accès.

Le pronostic est grave, moins qu'autrefois cependant. En effet, madame Lachapelle disait que la moitié des femmes éclamptiques succombaient ; Braun a dit qu'il en mourait environ un tiers ; Blot, Regnault et Devilliers, un quart ; et Cazeaux dit : " En consultant les faits assez nombreux que j'ai pu observer, je crois être dans le vrai en disant que lorsque les malades reçoivent assez promptement les soins convenables, la mortalité n'est guère que de un sur trois et peut-être quatre."

Je crois qu'actuellement, l'on peut encore de beaucoup réduire cette mortalité ; et pour ma part sur huit cas que j'ai rencontrés depuis que j'exerce, tous ont été guéris. J'en ferai l'historique détaillé tantôt.

Quant aux chances de survie du fœtus, abstraction faite des cas dystociques, tout dépend du nombre de crises que la mère a subies avant l'accouchement.

L'intensité de ces crises peut aussi entrer en ligne de compte.

En général, après douze ou quinze accès éclamptiques, l'on a très peu de chances de voir survivre l'enfant.

TRAITEMENT.—C'est ici qu'il faut agir promptement et hardiment. Pour rien au monde je ne voudrais mettre quelqu'une des miens, affectée d'éclampsie, entre les mains d'un homéopathe. En face de cette maladie, l'expectation serait déplorable, presque criminelle.

Aussitôt votre diagnostic établi, voyez à ce que la respiration, la circulation ne soient aucunement gênées ni au cou ni à la taille. Procurez-vous un bouchon de liège, et si cela ne vous est pas possible, faites-vous confectionner par un aide un morceau de bois tendre ayant à peu près la forme d'un bouchon de moyenne grosseur, puis enveloppez ce bouchon ou ce bois dans quelques doubles de toile ou de coton, et au début de chaque crise, introduisez ce bouchon habillé entre les mâchoires, tout en évitant de pincer la langue ou les lèvres ; vous maintiendrez ce corps entre les dents, afin d'éviter les morsures de la langue, aussi longtemps qu'il durera l'attaque.

Une fois l'accès terminé, hâtez-vous de saigner la malade, et saignez la au bras.

Quelle quantité de sang doit-on enlever ?

J'ai consulté plusieurs auteurs ; tous s'accordent à recommander la saignée, mais tous ne s'entendent pas sur la quantité de sang à retirer, ni même sur les indications de la limite à atteindre. Les uns disent ôtez 500 grammes, d'autres 1000, d'autres 2000. Ce serait sottise que de fixer d'avance la quantité de sang qui devra être enlevée dans tous les cas d'éclampsie.

L'intensité des symptômes, l'état pléthorique ou anémique du sujet et le degré d'intoxication de l'économie doivent guider le médecin dans l'appréciation quantitative de la saignée. Si l'état général de la malade paraît grave, si le pouls est dur, saignez, saignez abondamment, saignez jusqu'à ce que le pouls devienne petit et faible. J'ai l'habitude d'enlever, quand le cas est sérieux, deux, trois et quelquefois quatre pleines assiettes à soupe de sang. Et si après deux, trois heures ou plus, le pouls se relève et si les crises ne diminuent point d'intensité et de fréquence, je répète la saignée un peu plus modérément. En même temps je fais faire des applications fraîches sur la tête, et si les extrémités inférieures sont froides, je fais mettre aux pieds des briques chaudes, des bouteilles d'eau bouillante enveloppées dans une flanelle. Pas de sinapismes, pas de bains chauds, pas de traitement inutile, encombrant, douteux et souvent intempestif.

À l'intérieur, chloral et bromure de potassium à hautes doses, fréquemment répétées. Je donne 15 à 20 grains de chloral, 60 à 80 grains de bromure de potassium dans une once d'eau toutes les heures jusqu'à disparition des crises et des symptômes précurseurs de ces crises. J'ai fait prendre ainsi quelquefois jusqu'à 200 grains de chloral et deux onces de bromure dans l'espace de douze heures. S'il y a vomissements, ou si le coma est tellement profond que la déglutition soit abolie, l'on devra administrer le chloral et le bromure par le rectum à doses plus élevées, va sans dire.

Assez souvent l'on voit venir les attaques deux ou trois minutes d'avance par certains symptômes précurseurs, tels que : agitation des membres, contractions des ailes du nez, mobilité des globes oculaires, etc., alors j'ai l'habitude, dès que je puis prévenir cette attaque, de donner du chloroforme par voie atmidia-trique, une bonne dose d'un seul coup ; je suis convaincu qu'en observant attentivement la malade, l'on pourra ainsi lui éviter beaucoup d'accès.

Enfin, je donne par gorgées et très souvent répétées, alternativement, du lait et de l'eau pure.

Voilà tout le traitement, et par ce traitement, appliqué rigoureusement, j'ose croire que les huit cas d'éclampsie puerpérale que j'ai rencontrés ont été guéris.

Je relate maintenant ces huit cas.

Obs. I. Madame M. L., primipare, 22 ans. Résidence : environ dix milles de mon bureau. Accouchement commencé avec une sage-femme le 30 août 1879. À la première attaque d'éclampsie la sage-femme requiert un médecin.

Dès mon arrivée, j'apprends que la malade a eu trois accès à environ une heure d'intervalle chacun.

Pouls plein, dur, vitesse un peu augmentée. La malade répond passablement aux questions mais avec insouciance. Examen per vaginam; présentation du sommet en O. I. G. avec dilatation parfaite du col. Application de forceps, réussie en quelques minutes. Enfant vivante. Un peu plus d'une heure après l'accouchement, nouvelle et dernière crise éclamptique.

Je n'ai pas saigné cette malade parce que l'hémorrhagie utérine a été un peu forte, suffisamment pour faire faiblir le pouls. Je donnai deux doses de chloral et de bromure de potassium à une demi-heure d'intervalle. Chloral 20 grains, bromure 80 grains chaque dose. A la suite de ces deux doses, l'agitation cessa, la malade s'endormit d'un sommeil calme.

Son urine m'a donné une forte proportion d'albumine. Pas d'accident durant la convalescence.

Obs. II. Concerne madame E. S., de Mastigouche, 18 ans. Je fus appelé pour l'assister, à son premier accouchement le 14 février 1881. A mon arrivée, je constatai : présentation du sommet; contractions utérines fréquentes et douloureuses; col utérin fermé; pouls dur et un peu vite. La malade se plaint de douleurs vives et martelantes à la tête. Elle accuse en même temps un affaiblissement visuel marqué; elle voit, comme elle dit, du brouillard. Avant que j'aie pu prendre aucune mesure pour conjurer l'éclampsie que je redoutais, éclata la première crise. La seconde suivit à vingt minutes d'intervalle. Durant l'accalmie je retirai du bras deux assiettées de sang et je fis prendre une bonne dose de chloral et bromure.

J'interviens pour hâter l'accouchement. Je fais pénétrer l'extrémité de l'index dans le col utérin, puis deux, puis les quatre doigts et le pouce, en faisant graduellement et lentement des efforts pour produire la dilatation du col. A chaque accès, je quitte ce travail pour placer un bouchon habillé entre les dents de la malade. Puis je recommence à faire la dilatation forcée graduelle du col par les doigts et le pouce introduits en cône dans l'ouverture, ayant un point d'appui sur le sommet du fœtus.

Les crises éclamptiques se suivirent espacées de 20 à 30 minutes. Je continuai l'administration du chloral et bromure à forte doses renouvelées toutes les 30 minutes. Après la cinquième dose, je pus appliquer le forceps qui amena un enfant mort.

Dès la troisième attaque les facultés intellectuelles et sensorielles étaient presque complètement abolies. Les tranchées seules produisaient un peu d'agitation et quelques plaintes sourdes. L'accouchement terminé, je continuai le même traitement interne; alors, l'allure de l'affection changea un peu. Les crises s'espacèrent de plus en plus; cependant, le coma semblait devenir de plus en plus profond; la déglutition se faisait difficilement. Après la dixième crise, le pouls s'était relevé quoique vite. Je n'hésitai pas à renouveler la saignée; j'enlevai de l'autre bras deux petites assiettées de sang. Enfin la dernière attaque fut la quinzième. La malade fut ensuite vingt-quatre heures sans reprendre connaissance, ayant été en tout quarante-huit heures inconsciente et presque insensible. Entrée franche en convalescence. J'ordonne le régime lacté, jusqu'à

disparition de l'albumine dans les urines, ce qui advint environ dix jours plus tard.

Remarque : Je crois qu'il aurait été préférable d'employer, concurremment, le chloroforme, au début surtout, pendant la dilatation forcée du col et l'application des forceps, mais je n'en avais pas sous la main.

Au début de l'accouchement, l'enfant était vivant, je l'ai constaté.

Après la seconde saignée, le pouls a atteint 150 à la minute.

OBS. III. Le cas le plus sévère que j'aie rencontré. M. C. P. vint me chercher le 10 juin 1885 pour sa femme, primipare de 19 ans, résidant à trois milles de chez moi. A mon arrivée, je trouvai la malade en pleine crise éclamptique pour la troisième fois.

Elle s'était plainte, m'a-t-on dit, durant la quinzaine précédente de troubles divers, tels que : vomissements avec douleurs épigastriques ressemblant à des indigestions. amaurose mitigée, maux de tête violents, œdèmes des jambes, des mains, de la face et des parois abdominales. Deux femmes qui l'assistaient depuis sept ou huit heures m'ont déclaré qu'elle n'avait pas uriné en leur présence. Aussitôt la crise terminée je passe le cathéter qui amène seulement une ou deux cuillerées à soupe d'urine brune et concentrée. Pupilles dilatées ; pouls petit, compressible et vite ; température normale. La malade est inconsciente et presque insensible. Elle ne répond aux questions que par monosyllabes.

Je donne une bonne dose de chloral et de bromure ; je fais l'examen du col utérin ; pas de dilatation aucune. De suite je commence à faire la dilatation forcée, par manipulation digitale. Nouvel accès après trente minutes.

Je n'ose pas saigner, parce que la malade est très-anémique, le pouls petit et mou. Je continue le chloral et le bromure toutes les demi-heures, ainsi que la dilatation du col utérin. Les crises éclamptiques se succèdent avec une rapidité désespérante et amènent promptement un profond coma. Je fais appeler mon confrère le Dr D. ainsi que le prêtre. Après la dixième attaque, mon confrère et moi résolûmes d'intervenir en pratiquant des entailles au pourtour du col utérin, afin de permettre l'application des forceps. Avant de sectionner le col, l'ouverture en contraction pouvait atteindre la grandeur d'un cinquante sous. Le forceps amena un enfant mort. Les incisions au col utérin et l'extraction du placenta causèrent une hémorrhagie de moyenne intensité. A la suite et sous le même traitement, les accès éclamptiques se renouvelèrent, mais à des intervalles plus éloignés : quelquefois une heure, parfois deux heures entre les crises. Impossible de faire avaler les remèdes, après l'accouchement : les liquides stationnaient dans l'arrière-gorge et provoquaient des symptômes d'asphyxie. Nous donnons alors le chloral et le bromure par le rectum. Enfin le vingtième et dernier accès eut lieu vingt-quatre heures après le premier, et les fonctions intellectuelles n'apparurent que quarante-huit heures après la dernière crise.

Les suites furent heureuses, si ce n'est une glossite grave qui survint par suite des morsures violentes qu'elle s'était infligées dès les deux premières attaques.

Remarques : Je crois que j'ai eu tort de ne pas saigner la malade avant l'accouchement. Une petite saignée aurait probablement eu l'effet de diminuer

l'intensité de l'affection, et aurait peut-être pu permettre une dilatation suffisante du col utérin pour autoriser l'application du forceps sans faire d'incisions. Ces incisions furent au nombre de trois, et j'estime que chacune pouvait avoir environ trois-quarts de pouce. J'ai eu depuis plusieurs fois l'occasion d'examiner cette femme et de l'accoucher; les lèvres de chaque incision ne se coaptèrent pas, et le museau de tache est resté parfaitement séparé en trois sections. Je ferai remarquer seulement que cette femme a porté plusieurs enfants depuis et qu'elle n'a jamais eu de complications utérines ni du col, soit en parturition ou autrement.

OBS. IV. Je fus appelé à St-Damien pour assister Madame S. C. âgée de trente ans, à son troisième accouchement, le premier juin 1891. Le travail dura trois heures et je quittai la malade en bon état vers le soir. Toute la nuit suivante elle eut des douleurs utérines vives, et le lendemain avant-midi vers onze heures, éclata un premier accès d'éclampsie. J'arrive une heure plus tard. Quelques instants après mon arrivée, nouvel accès. Je donne chloral et bromure et je pratique une large saignée au bras. Entre temps, je débarrasse l'utérus de quelques petits caillots en prenant des précautions antiseptiques minutieuses. La convalescence suivit promptement. La seule chose digne de remarque dans ce cas, c'est que la malade a conservé presque intactes ses facultés intellectuelles entre et après les deux accès qu'elle eut.

OBS. V. Madame H. B., primipare, demeurant dans le village, âgée de vingt ans, eut un premier accès éclamptique en couches, pendant la période d'expulsion. Une application immédiate du forceps amena un enfant vivant. Saignée, chloral, bromure. Une autre attaque environ une heure plus tard; c'est la dernière.

La malade répondait bien à toutes les questions entre ces deux crises et après la dernière; mais, singularité: le lendemain, elle n'avait conservé la mémoire d'aucun fait concernant son accouchement: elle ne se rappelait pas même m'avoir vu.

Pas de complication durant la convalescence.

OBS. VI. Le 27 août 1893, j'accouchai Madame D. L., primipare. Elle avait fait onze à douze mois précédemment une fausse couche à trois mois. L'accouchement termina vers le matin, je la quittai un peu soucieux: la température était normale, mais le pouls battait 104, sans hémorrhagie; elle se plaignait aussi de douleurs agaçantes quoiqu'il n'y eut pas de caillots dans l'utérus et de lourdeur céphalique. À sept heures le même matin, éclata une première crise éclamptique violente. Appelé en toute hâte, je trouve la malade inconsciente et insensible. Forte saignée, chloral et bromure. Elle continua à tomber à terre en heures jusqu'au quatrième accès, où alors les intervalles commencent à s'allonger. Je ne cessai d'administrer le bromure et le chloral de demi-heure en demi-heure qu'après la sixième et dernière attaque: la déglutition se faisait difficilement, et la malade fut longtemps avant de reprendre connaissance.

La convalescence fut longue: un mois plus tard je trouvais encore de l'albumine dans les urines. Elle finit par se rétablir complètement.

OBS. VII. Cette observation concerne Madame J. B., primipare de dix-sept

ans accouchée le 18 novembre 1893, et est analogue en tous points à la précédente, si ce n'est que la convalescence se fit promptement.

Obs. VIII. Le premier février 1896, je fus consulté pour une jeune Dame P. H., 18 ans primipare à sept mois. Elle se plaignait de douleurs, de crampes à l'épigastre accompagnées de vomissements, maux de tête, vertiges, affaiblissement de la vue, œdème des extrémités inférieures. La famille croyait à une indigestion. Je me fis apporter quelques onces de son urine que je trouvai chargée d'albumine. Je prévins la famille des accidents qui étaient à redouter. Je prescrivis : régime lacté, strychnine et bromure de potassium. J'ai lieu de croire que le régime ne fut pas suivi exactement ; la malade demeurant à quatre milles de ma résidence, je n'eus pas occasion de la voir avant le 9 février, époque à laquelle eut lieu le premier accès éclamptique.

À mon arrivée vers une heure après-midi, je trouve cette jeune femme en pleine crise pour la seconde fois ; la première ayant eu lieu vers midi. Pouls 90, température normale, mydriase considérable, pupille insensible, malade inconsciente. Les parents m'assurent qu'elle n'a pas passé d'urine depuis la veille au soir et le cathétérisme n'amène que deux ou trois onces d'urine. Elle avale assez bien les 20 grains de chloral et les 100 grains de bromure que je lui fais prendre dans quatre onces d'eau. Le pouls étant dur, plein et fort, je pratique une saignée considérable : environ quatre assiettées de sang ; aussitôt le pouls monte à 125, devient mou, faible. Nouvel accès à trois heures. Il me faut administrer le chloral et le bromure par le rectum à cause des vomissements qui s'étaient déclarés au matin, et qui allaient augmentant de fréquence l'après-midi. Nouvel et dernier accès à six heures du soir. Toute l'après-midi et toute la nuit, je donnai du chloroforme par voie stomatique. Dès que la malade commençait à s'agiter, j'appliquais l'inhalateur, et le plus souvent trente à quarante gouttes suffisaient à ramener le calme durant quinze à vingt minutes.

Dans chaque crise, au début des convulsions cloniques, les yeux conjugués dévient fortement à gauche ; c'est là une observation que j'ai négligé de faire chez mes autres malades.

Par l'examen du col et du fond de l'utérus, j'avais constaté dès mon arrivée qu'il n'y avait pas de contractions utérines. Après la saignée, tout en surveillant le traitement, je commençai à faire la dilatation lente et forcée du col. Dès les premiers touchers, la matrice entra en léger travail. Deux heures plus tard, l'ouverture du col mesurait environ un pouce de diamètre, et à huit heures après-midi je fisais une application de forceps qui ramena une enfant vivante. Avant chaque toucher utérin, je donnais une dose de chloroforme et je m'en suis bien trouvé. Par ce moyen la femme est en repos complet durant les touchées et je n'ai pas de doute qu'en abolissant la douleur, on supprime le réflexe qui peut provoquer des accès.

Après la dernière crise, le pouls se maintint jusqu'au lendemain matin à 160 ; et les fonctions sensorielles et intellectuelles qui avaient été abolies, revinrent le surlendemain matin seulement ; elle avait donc été environ trente-six heures inconsciente. Après la seconde crise, par conséquent, à la période confirmée, la respiration devint stertoreuse, avec des arrêts subits momentanés, suivis d'un

pirations bruyantes, comme je l'ai déjà observé dans la congestion ou l'apoplexie cérébrale.

La convalescence marcha bien. Le régime lacté fit disparaître l'albumine en dix jours, après lesquels je n'en trouvais plus que des traces légères.

Obs. IX. Je ne compte pas ce cas parmi mes observations parce que j'arrivai seulement pour constater la mort très prochaine de la patiente. Le 17 août 1884 Madame G. D., qui en était à son second ou troisième enfant tomba d'éclampsie, assistée par mon confrère le Dr D. Le Dr D. me fit mander ainsi que mon père. J'étais absent. A mon retour je trouvai la femme mourante. J'appris en même temps par le Dr D. et mon père que dans ce cas l'éclampsie s'était compliquée d'apoplexie cérébrale.

Toutes les femmes concernées dans les observations ci-dessus, excepté celles des Obs. VIII et IX, ont eu d'autres enfants depuis, sans complications aucunes.

GÉNÉRALITÉS

Quelques médecins ont proposé de faire des distinctions de l'éclampsie suivant son origine. Ainsi on a voulu l'appeler urémique, nerveuse, hystérique, sympathique, essentielle, etc.; mais ces classifications nosologiques n'ont pas raison d'être, parce que l'éclampsie est une et toujours la même. *C'est une auto-intoxication*; mais entendons-nous. Il n'y a pas dans cette affection de produits nouveaux et toxiques fabriqués et absorbés par l'économie; c'est simplement l'élimination normale des déchets toxiques de la nutrition, des produits de désassimilation, de l'urée, des toxines etc., qui est entravée. Comment cela? Parce que le rein, cet émonctoire essentiel de notre machine vitale, est primitivement affecté. La suractivité de la circulation, de la nutrition, de l'hématose dans l'état puerpéral, la compression par le développement utérin surtout chez les primipares dont les parois ventrales sont fermes, surmènent, entravent les fonctions uropoïétiques et prédisposent aux affections rénales. De là, origine la néphrite, épithéliale d'abord, profonde, interstitielle ensuite, si un traitement approprié n'en arrête l'évolution.

Nous ne connaissons pas parfaitement l'opération intime qui se passe dans le glomérule, le tube urinaire, mais la résultante manifeste de cet état est: l'élimination par le rein et ses conduits de quantités notables d'albumine, la diminution pouvant aller jusqu'à l'arrêt complet de l'excrétion urinaire, et par là même, rétention dans l'organisme de tous les principes toxiques que l'émonctoire rénal a pour mission d'éliminer. Quels sont maintenant ces principes toxiques accumulés dans l'économie pouvant mettre une parturiente en pouvoir éclamptique? C'est là, la partie obscure de la pathogénie de l'état convulsif et comateux. Il y a de magnifiques recherches à faire dans cette voie; et voici quelques jalons pour ceux qui seraient tentés d'aller à cette découverte:

M. Bouchard ayant démontré que l'urée, l'acide urique, la créatinine ne sont pas toxiques, et pourraient être supportés à doses beaucoup plus considérables qu'elles n'existent ordinairement dans l'éclampsie confirmée, il s'agirait donc de déterminer quel rôle joue chacune des substances suivantes, accumulées dans

l'économie, soit séparément, soit en présence les unes des autres : les matières colorantes de l'urine, les pigments sanguins, les matières extractives : toxines et substances minérales. Il y aurait peut-être lieu aussi de se rendre bien compte si la suspension ou du moins l'atténuation de l'excrétion urinaire ou de certains principes constituants de l'urine, ne créent pas pour l'organisme un nouveau milieu apte au développement de certains bacilles non encore déterminés, ou tout au moins ne tendent pas à faciliter la formation de ptomaines pouvant provoquer l'éclampsie.

Mais passons.

Comment, et pourquoi se produisent les convulsions ?

Comment ? Par une irritation, une excitation des centres nerveux. Sous l'influence de cette irritation dont les principales origines sont toxiques, les centres moteurs échappent au contrôle de la volonté et entrent vivement en action ; par cette action, l'influx nerveux moteur est lancé par tous les cordons conducteurs avec une violence extrême pendant une durée de quelques minutes.

D'après certaines expériences de Messieurs Raymond et Arthaud, l'on pourrait conclure que les ganglions cervicaux supérieurs présideraient aux phénomènes convulsifs d'origine urémique. L'état puerpéral augmente aussi probablement la susceptibilité de ces centres nerveux.

Le coma qui suit la convulsion aurait pour cause : la congestion, l'œdème du cerveau, atteignant les couches corticales, supérieures, et sans doute aussi l'action sur cet organe de certaines toxines ou ptomaines d'origine urémique.

L'on pourrait peut-être explorer de nouveaux horizons dans cette voie, en observant que certaines toxines convulsivantes agissent seulement sur les parties inférieures du système encéphalo-rachidien : ainsi dans le tétanos, la rage, peut-être la chorée, l'hystérie etc., et par analogie l'empoisonnement par la strychnine ; d'autres agissent à la fois sur la totalité du système encéphalo-rachidien : ainsi dans l'éclampsie, l'épilepsie, etc., et par analogie, l'empoisonnement par l'absinthe.

Pourquoi ? Dans le but de débarrasser l'économie des produits toxiques qui l'encombrent. En effet, les convulsions provoquent l'hypersécrétion et l'hyperexcrétion de presque toutes les glandes, sinon toutes. Cette dernière considération est une vue nouvelle que je me propose plus tard de reprendre au long et d'appuyer par l'expérimentation. Je ferai simplement observer ici, ce travail étant déjà passablement long pour un article de journal, que tout effort convulsif, amené soit par auto-infection ou par intoxication, tend à débarrasser l'organisme des produits morbides qui le lèsent, ou qui entravent ses fonctions normales.

En un mot : dans un accès éclamptique, l'organisme appelle à son secours toutes ses énergies, et la convulsion est en définitive un grand effort pour amener l'élimination de l'agent pathogène.

L'on devra admettre, par exemple, que tous les individus, tous les systèmes nerveux ne possèdent pas la même susceptibilité : ainsi tel sujet réagira fortement contre de faibles doses de toxines bactériennes ou médicamenteuses, tandis que d'autres seront à peine affectés par des doses plus fortes ; et dans cette dernière donnée réside peut-être toute l'explication de certains états morbides, tel que l'épilepsie essentielle, l'hystérie, la chorée, etc. Une grande susceptibilité

de l'appareil locomoteur, ou une diminution du pouvoir contrôlant sur cet appareil constituerait donc une forte prédisposition aux maladies convulsivantes.

Il ne faut pas oublier, et ceci à son importance, au point de vue du traitement, que, un sujet étant en pouvoir convulsivant, les crises convulsives peuvent être provoquées par une irritation, une douleur, quelquefois un simple phénomène physique : ainsi agissent les tranchées utérines dans l'éclampsie, les lombrics, les ascarides dans les convulsions infantiles, le bruit, la lumière dans le tétanos, etc. L'interprétation de ces faits est d'ordre réflexe.

Le traitement logique, rationnel découle donc des données positives énumérées plus haut.

Quitte à me répéter, je dis : il faut saigner largement, donner à doses suffisantes le chloral, le bromure de potassium ou un autre bromure quelconque, en y adjoignant l'administration du chloroforme par voie atmidiatricque.

Il faut provoquer la diurèse par le lait, à titre médicamenteux, et faire disparaître autant et aussitôt que possible toute cause irritante et provocante des accès éclamptiques. Voilà le traitement dans ses grandes lignes.

La saignée soustrait une partie des principes toxiques qui saturent l'organisme et diminue la congestion du système nerveux central.

Le bromure de potassium, de même que tous les autres bromures (*strontium, ammonium, sodium*), a une action modératrice élective, sur la cellule nerveuse centrale présidant aux fonctions motrices. Il est aussi connu que le chloral agit sur cette même cellule, et de plus dans le même sens sur les couches supérieures de l'encéphale, d'où son action à la fois anticonvulsivante et hypnotique. Le chloroforme agit comme le chloral, mais d'une manière plus prompte quoique plus fugace.

Le lait reconstitue normalement certains principes du sang et provoque la diurèse.

Je passe sur certains petits détails pour ne pas me répéter. Cependant je crois devoir dire que rien ne serait plus logique que l'emploi d'injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum artificiel, surtout après une saignée copieuse ; mais je me suis abstenu d'en parler parce que je n'en ai pas fait l'expérience.

Je ne puis terminer ce travail sans essayer de résoudre un problème qui se dressera quelquefois formidable à vos yeux, parce que vous encourrez alors une grave responsabilité, d'autant plus que les accoucheurs les plus éminents sont divisés dans ce cas. Voici :

Relativement à la terminaison de l'accouchement, quelle conduite doit tenir le médecin en présence d'une femme éclamptique non accouchée ?

Je crois que :

1. Si l'enfant n'est pas viable, l'accoucheur ne serait pas justifiable de provoquer l'avortement ; il lui faudra même faire tout en son pouvoir pour éviter une fausse-couche spontanée.

2. Je suppose que le fœtus ait atteint au moins sept mois et soit par conséquent viable ; que doit faire le médecin ?

Les plus célèbres accoucheurs ne partagent pas tous la même opinion.

En m'en rapportant à mon expérience, voici quelle règle de conduite je

crois devoir conseiller dans ces circonstances. Si le cas ne me paraît pas très-grave, si la saignée et le traitement interne coupent promptement les accès, laissez faire la nature ; mais dans le cas contraire, n'hésitez pas à intervenir ; provoquez l'accouchement de la façon exposée plus haut sous l'influence du chloroforme. D'ailleurs, rien de plus logique : la grossesse étant la cause indiscutée de la néphrite, la néphrite étant la cause indiscutable de l'urémie, enfin l'urémie étant la cause admise des accès éclamptiques ; quoi de plus rationnel, que la terminaison immédiate de la grossesse pour combattre l'éclampsie.

Mais l'on dira : l'accouchement provoqué est long à terminer et les douleurs utérines augmentent le nombre et l'intensité des crises éclamptiques. A cela je réponds : Non. pourvu que l'on se serve du chloroforme en temps opportun, et que l'on hâte la dilatation du col utérin, suivie de l'application des forceps ou de la version comme je l'ai dit plus haut.

Maintenant, je termine cet article comme je l'ai commencé : *Je dis à mes jeunes confrères : ayez toujours présent à la mémoire les préceptes que je me suis efforcé de tirer au clair, et à l'occasion, agissez hardiment.*

Avril. 1896.

NOTE (1) SUR UN ÉPITHÉLIOMA HÉTÉRADÉNIQUE DE LA RÉGION RÉTRO-ANALE.

PAR M. LEGUEU ET A. MARIEN (de Montréal.)

Nous présentons à la Société l'observation d'un malade opéré par l'un de nous d'une vaste tumeur ulcérée de la région rétro-anale : les coupes histologiques nous montrent qu'il s'agit d'un épithélioma du type des tumeurs hétéradéniques. La tumeur avait envahi les deux fosses ischio-rectales en entourant complètement les parties postérieures et latérales du rectum sans envahir la paroi de l'intestin.

L'histoire clinique de ce malade est elle-même intéressante à plusieurs points de vue, par les difficultés du diagnostic d'une part, et par les résultats excellents d'une intervention large, et c'est ce qui nous a déterminés à vous communiquer ce fait.

Lorsque, le 15 août 1895, M. Legueu prit possession du service de M. Regnier à l'ariboisière, il s'y trouvait, depuis quelque temps déjà, un malade de 45 ans qui présentait, dans le pli interfessier, une tumeur ulcérée. Voici quels étaient ses caractères :

En arrière de l'anus, commence une vaste ulcération qui remonte à peu près jusqu'à la moitié de la hauteur du sacrum. Le pli interfessier est envahi

1) Lue à la Société Anatomique de Paris, novembre 1895.

en totalité ; à droite et à gauche, l'ulcération s'avance de quelques centimètres sur la fesse.

Le fond est formé par une surface rouge, granuleuse, saignant au moindre contact. Les bords sont surélevés : ils sont limités par une induration ferme, qui se perd insensiblement dans les parties profondes. A la limite de l'ulcération, la peau se termine par un liséré bleuâtre.

La masse de l'ulcération est adhérente, elle est immobile sur les parties sous-jacentes.

Quand on fait le toucher rectal, on trouve en arrière du rectum, à un centimètre au-dessus du sphincter, une tumeur dure comme du bois, régulière à la surface, qui soulève la paroi postérieure du rectum, sans que celle-ci semble envahie dans sa muqueuse. La tumeur semble cependant faire corps avec la paroi rectale, dont il est impossible de la séparer : elle a le volume d'une mandarine environ. Elle fait aussi corps avec le fond même de l'ulcération dont elle est une dépendance.

Les ganglions inguinaux sont intacts.

Les caractères de cette ulcération, ou mieux de cette tumeur ulcérée, ne permettaient guère à première vue de faire un diagnostic.

Il y avait à peu près deux ans que la tumeur avait débuté, par une espèce de furoncle. Depuis lors l'ulcération s'était étendue, et sa base s'était indurée : elle avait résisté à toute une série d'opérations partielles, telles que grattage, cautérisation, etc.

Le diagnostic d'épithélioma avait été tout d'abord éliminé à cause de la lenteur de la marche de cette tumeur, à cause de l'absence d'adénopathie et de la conservation de l'état général.

On avait pensé à l'actinomycoïse, et à plusieurs reprises on avait fait en vain la recherche des actinomycètes et soumis inutilement le malade au traitement par l'iodure de potassium.

Bien que rien dans le passé du malade, ni dans son état actuel, n'autorisât à penser à la tuberculose, les médecins de St-Louis, à qui M. Legueu envoya le malade en consultation, formulèrent sans hésiter le diagnostic de tuberculose cutanée.

La recherche des bacilles resta cependant négative.

Ce diagnostic fut accepté toutefois sans réserve, et M. Legueu se proposait d'opérer ce malade lorsque des accidents graves vinrent en quelque sorte lui forcer la main.

A deux reprises différentes, en effet, des hémorragies se produisirent abondantes, en nappe, difficiles à tarir dans leur source, si ce n'est après des cautérisations multiples et répétées ; et les jours du malade furent rapidement compromis. Il fallut donc intervenir.

1er Septembre. *Extirpation*, par M. Legueu.

La masse ulcérée est circonscrite par une large incision, qui passe partout en tissu sain ; à droite et à gauche on enlève une partie des muscles fessiers. Dans le fond, le sacrum et le coccyx sont mis à nu.

De grandes difficultés se produisent quand il s'agit d'extirper la partie

inférieure de la tumeur. A côté du prolongement central, que l'on sentait du côté du rectum, il est deux prolongements latéraux, qui plongent dans les deux fosses ischio-rectales, et qu'il n'est possible de poursuivre qu'après avoir fait des débridements secondaires pour se donner du jour de chaque côté.

Le tout est d'ailleurs extrêmement confondu avec la paroi du rectum dont il faut sculpter l'épaisseur sur l'index introduit par l'anus. Heureusement la tumeur est partout encapsulée, et on parvient à l'enlever par morceaux, mais en totalité.

Au cours de ces manœuvres, le sphincter a sauté dans sa circonférence postérieure. Dans le fond de la plaie, on voit en haut le sacrum et le coccyx dénudé, au-dessous la paroi postérieure du rectum également à nu et amincie. De chaque côté les fosses ischio-rectales ouvertes montrent des lambeaux déchirés des muscles releveurs de l'anus.

La partie supérieure de la plaie est suturée sur une mèche de gaze salolée en saillie en arrière du rectum. Une autre mèche introduite dans le rectum sort par l'anus : la circonférence postérieure de l'anus reste flottante entre les deux mèches de gaze.

Au cours de l'opération, le malade a perdu relativement peu de sang ; de nombreux vaisseaux ont été pincés et liés.

Depuis lors la cicatrisation s'est opérée lentement, mais la vaste perte de substance s'est comblée. Après une longue période pendant laquelle le malade a eu de l'incontinence des matières, après quelques incidents sans importance et inutiles à rappeler ici, le malade a guéri. Bien que le sphincter ait été compromis, le malade peut aujourd'hui (13 novembre) garder ses matières : la plaie est presque complètement cicatrisée, l'état général est excellent, et toutes réserves faites au point de vue d'une récurrence ultérieure, on peut considérer la guérison comme obtenue.

Voici les résultats de l'examen histologique de la tumeur fait par M. Marien

La tumeur a le volume de deux poings. A l'œil nu, son aspect est granulé et bourgeonnant.

A la coupe, elle se présente sous forme d'un tissu grisâtre, rosé, avec des tractus fibreux. La consistance est très inégale. Par le raclage, on obtient très peu de liquide.

Les coupes *microscopiques* faites à la périphérie nous montrent une néoformation de cellules épithéliales pavimenteuses stratifiées, affectant une disposition papillaire. Les plus jeunes cellules, reconnaissables à leur coloration plus intense par le picro-carmin et à leur forme cubo-cylindrique, sont implantées directement sur un stroma fibreux, qui occupe le centre de la papille.

Sur d'autres coupes, ces mêmes cellules épithéliales prennent la forme de l'épithéliome *lobulé*, présentant des globes composés de cellules épidermiques disposées en cercles concentriques.

Enfin, sur des coupes faites dans la profondeur de la tumeur, l'on voit de longs boyaux composés des mêmes cellules épithéliales pavimenteuses et offrant l'aspect de l'épithéliome *tubulé*.

Les tubes sont anastomosés entre eux et disposés au milieu d'un stroma

fibreux. Les cellules jeunes, qui sont à la périphérie des cylindres, sont implantées perpendiculairement au tissu fibreux. Les cellules voisines deviennent polyédriques, se colorent d'une façon moins intense et celles qui sont au centre des boyaux paraissent avoir subi une certaine dégénération cornée.

En somme, il s'agissait d'un épithélioma. Ce qu'il y a de particulier dans ces coupes, c'est la réunion sur une même tumeur de trois des types classiques de l'épithélioma de la peau.

Au point de vue clinique, nous ferons encore remarquer les difficultés et les hésitations du diagnostic, et nous insisterons sur le bénéfice qu'a retiré le malade d'une intervention radicale, et qui au premier abord paraissait excessivement grave et compliquée.

Paris, janvier 1896.

Balanite.

Bains généraux prolongés. Repos. Chaque jour trois bains locaux tièdes avec de l'eau de guimauve suivis d'une irrigation avec de l'eau boriquée tiède. On la fait avec une seringue uréthrale introduite entre le prépuce et le gland. Chaque irrigation exige un litre d'eau. Immédiatement après, faire une injection avec :

Nitrate d'argent.....	1 gramme
Eau distillée.....	100 "

Fournier.

Blennorrhagie.

Extrait de Saturne.....	4 grammes
Sulfate de zinc.....	0 gr. 40
Laudanum de Sydenham.....	0 gr. 40
Eau distillée.....	200 grammes

F. S. A. Usage externe.—*Dujardin-Beaumetz.*

Bronchite aiguë.

Poudre de polygala.....	8 grammes
Racine d'ipéca concassée.....	4 "
Eau bouillante.....	150 "
Infuser, filtrer et ajouter	
Miel dépuré.....	60 "

Par cuillerées à café.—*Trousseau.*

Bronchite chronique.

Vin créosoté

Créosote de hêtre.....	3 grammes
Alcool.....	100 "
Vin de Bagnols.....	300 "
Sirop simple.....	100 "

1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir dans un verre d'eau sucrée avec du sirop de groseilles.—*Dujardin-Beaumetz.*

CAUSERIE MÉDICALE

PAR M. le DR EUG. MERRILL DESAULNIERS.

Que de choses étonnantes nous ont été révélées dans ce siècle de progrès. Il s'écoule peu de temps sans que l'on enregistre une découverte qui nous émerveille. Chaque année presque, nous réserve des surprises.—1895—Mil huit cent quatre-vingt quinze a révélé au monde la sérothérapie qui nous a tous épatés. Les microbes pathogènes eux-mêmes ont été stupéfiés. Le sérum les a abasourdis, obstrués et annihilés. Ce microbe, épouvantail d'hier, est devenu quasi un jouet. En effet les savants dans leurs laboratoires en rient bien. Avec leur bagage scientifique, ils le cultivent, le contrôlent, le maintiennent et l'annéantissent à leur volonté, sans pour cela attacher aucune légende à leur œuvre...

Mil huit cent quatre-vingt seize (1896), ne fait pas trêve à l'élan...

Les rayons Roentgen à leur apparition ont créé toute une sensation dans les hautes régions scientifiques,—mais bref—ce sujet défraie la chronique depuis assez longtemps. Tout de même quel triomphe pour la science.

Il y a de quoi s'ébahir.—Imaginez-vous, ou plutôt constatez. Des rayons d'une source lumineuse ayant la propriété singulière de traverser les corps opaques. Il y a un demi-siècle aurait-on dit qu'une telle chose était possible? Voyez-vous d'ici la scène? on vous aurait bien vite traité d'imposteur, sinon, on se serait au moins apitoyé sur votre sort, en vous classant parmi le plus fiéffé des imbéciles; pourtant remarquez-le bien, nous n'assistons qu'au réveil de la science. Que nous réserve donc l'avenir? et que résultera-t-il de ce progrès incessant? Une chose certaine c'est que les connaissances modernes renverseront nombre d'anciennes théories. Comme le dit un écrivain, vous verrez peu à peu s'évanouir toutes les superstitions et croyances d'antan et cela par la science qui en a déjà détruit un grand nombre sans essayer toutefois encore de s'en prendre au principe vital dont on ignore l'adresse exacte.

Quelques mots des dernières expériences de nos maîtres d'Europe et de l'essai de nouveaux appareils.

La sérumthérapie vient de faire un pas de plus. Quoiqu'une certaine école en dise du mal, elle ne fait pas moins beaucoup de bien dans la majorité des cas où elle est employée.

M. Chantemesse, adepte distingué de la méthode, a lu un travail, il y a quelques jours, devant la société de Biologie de Paris sur l'application de la sérothérapie dans la fièvre typhoïde. Après avoir rappelé toutes les difficultés qu'il y a à faire le diagnostic bactériologique de la fièvre typhoïde par les procédés déjà employés qui amènent parfois des confusions, il cite Elsmar qui a préconisé

tout récemment un procédé par lequel le diagnostic bactériologique se fait d'une manière plus certaine et plus rapide. (Il consiste dans la culture dans une solution d'iodure de Potassium.) A l'appui de sa thèse il rapporte ses expériences qui ont donné d'excellents résultats. Dès les premiers jours de l'infection dans des cas de fièvres très bénignes il a pu par ce procédé déceler le bacille d'Eberth.

Le diagnostic bactériologique étant donné comme positif, ce qui était très important afin d'inoculer le vrai bacille et d'éprouver judicieusement le sérum, ce savant a ensuite suivi la même méthode que dans la diphtérie, c'est-à-dire qu'il a obtenu par des inoculations successives sur le cheval un sérum qu'il a injecté à doses minimales à un cobaye, cette injection au cobaye a donné pour résultat l'immunité contre des inoculations virulentes.

Voyant ces expériences couronnées de succès, il a injecté du sérum dans trois cas de fièvre typhoïde manifeste et le résultat a été des plus satisfaisants. M. Clantemesse dit qu'aussitôt la défervescence s'est produite et la guérison est survenue rapidement. Il semble que la maladie a été jugulée.

Vivons donc avec l'espoir que ce prodigieux sérum nous parviendra bientôt.

Le silicofluorure de Mercure.—Voici l'antiseptique du jour.—Ce sel vient d'être proclamé comme étant le plus puissant des antiseptiques actuellement connus. Un des célèbres médecins de l'hôpital Bichat a fait des essais variés et nombreux du silicofluorure de mercure et en est venu à la conclusion susdite.

Si l'on exprime, dit-il, par 1 le pouvoir antiseptique du sublimé, le pouvoir antiseptique du silicofluorure de mercure est égal à 2. Un autre avantage paraît-il, vient du fait que ce sel serait, à en juger par les expériences, moins toxique que le sublimé.

A l'hôpital Bichat on l'a employé de la manière suivante. En solution à 1 0/1000, et en pommade à la vaseline, au titre de 1 pour 2000. Il exerce une influence des plus remarquables et des plus rapides dit-on sur les plaies opératoires, sur les abcès chauds et les abcès froids, et sur l'exzéma, etc. : tout cela sans présenter aucun inconvénient appréciable.

A bientôt l'essai dans un de nos hôpitaux.

Le Phonendoscope va reléguer dans l'oubli, notre vieux compagnon d'hôpital, le stéthoscope. Nous devons cette dernière découverte à M. le Docteur Bianchi de la faculté de Parme. La phonendoscopie simplifie la méthode d'exploration des organes du corps. Si vous voulez c'est une combinaison de l'auscultation et de la percussion. Mais au lieu de percuter comme aujourd'hui, on se contente de frotter d'un doigt la surface de la peau dans la région de l'organe à explorer : les vibrations produites par ce frottement sont recueillies par le Phonendoscope. On obtient dit-on par ce mode de percussion de très beaux succès, même quand la percussion actuelle n'a donné aucun résultat.

Le cœur, les poumons, le foie, les reins, l'estomac, la rate, tous ces organes

sont délimités d'une façon précise : en plus, si l'on poursuit les recherches, on arrive à délimiter les interlobaires des poumons, les cavités du cœur, etc.

Dans les cas de fractures, le phonendoscope peut rendre de bons services. Si on applique l'instrument sur l'une des extrémités de l'os fracturé, les vibrations produites alors, par le frottement, ne se propagent plus à l'oreille dès que l'on presse sur l'autre fragment. Je crois que cet appareil présente un grand intérêt à cause de sa précision et parce qu'il permet de faire des recherches aux moins capables en percussion, même à ceux qui ne sont pas doués sous le rapport de la subtilité de l'ouïe. Tous les médecins, mais surtout ces derniers sauront apprécier ce nouvel appareil.

Je me contenterai faute d'espace de signaler à mes lecteurs de *L'Union Médicale* l'apparition du Sphygmomètre.

Cet instrument, qui possède simultanément les qualités du sphygmographe et du sphygmomètre, sera d'une grande utilité pour les physiologistes.

À plus tard une description détaillée de l'appareil.

L'on sait toute la frayeur, aussi la douleur que causent à nos bons patients les pointes de feu.

L'on préconise en ce moment dans certains hôpitaux l'emploi du gaiacol en applications cutanées, pour produire l'anesthésie dans l'opération ci-haut mentionnée et dans les interventions chirurgicales de peu d'importance.

Bronchite chronique infantile.

1° Au déjeuner une cuillerée à soupe de :

Sirop de quinquina.....	300 gr.
Arséniate de soude.....	0 gr. 10 centigr.

2° Au dîner une cuillerée à soupe de :

Huile de foie de morue.....	150 gr.
Elixir de garus.....	} àâ 50 gr.
Sirop de quinquina	

3° Eau de goudron au repas. Vésicatoire à demeure sur le bras. Quand l'expectoration est abondante, deux perles de santal matin et soir dans une infusion d'eucalyptus.—Régime : Lait salé, légumes à la graisse, vin de quinquina et autres reconstituants.—*Bouchut*

Broncho-pneumonie.

Calomel.....	} àâ 0 gr. 10 centigr.
Opium	
Tartre stibié	

Mélez et divisez en 6 paquets.

Un toutes les deux heures dans du pain azyme.

Si congestion pulmonaire intense, saignées, ventouses sèches, vomitifs, vésicatoires.—*Lasègue*.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

CONTAGION MÉDICALE DE LA SYPHILIS, extrait d'une leçon de M. le professeur FOURNIER.—*Union Médicale*, 20e année, No 5.

Le professeur Fournier divise sa leçon en deux parties bien distinctes : la contagion qui va du médecin au malade, celle qui va du malade au médecin. Ce sont deux sujets très importants de la pratique courante, et qui valent la peine qu'on s'y arrête. Le médecin peut-il, par accident ou par mégarde, donner la syphilis à un patient ? Le patient, de son côté, peut-il contaminer son médecin ? Le professeur Fournier répond : malheureusement oui, et il cite de nombreux exemples.

Le médecin peut transmettre le virus syphilitique par ses mains, par ses instruments ou par le transport de substances organiques d'un organisme syphilitique sur un organisme sain.

Contagion par les mains.—Elle se produit de deux manières. Le médecin, après avoir touché un chancre induré ou un ulcère syphilitique, touche une plaie simple chez un autre malade. Le médecin ou la sage-femme portent au doigt une plaie syphilitique quelconque. Exemples : Un médecin (cité par Hutchinson), ayant à l'index un chancre induré, examine une jeune femme affectée d'hémorrhoides : quatre semaines après survient un chancre. Un autre médecin, qui se trouvait dans le même cas, pratique le toucher vaginal chez une femme absolument indemne : quatre semaines après, trois chancres syphilitiques apparaissent sur la vulve. Au XVIIIe siècle, une sage-femme contagionne 50 de ses patientes ; celles-ci à leur tour transmettent la maladie dans leur famille. En deux mois l'on compte 80 victimes. Il y eut une épidémie du même genre, en 1874, à Brives ; elle fut rapportée à l'Académie de Médecine par le Dr Bardinet. Il y eut au delà de 100 victimes.

Contagion par les instruments.—Les instruments qui peuvent servir à ce mode de contagion sont : le bistouri, la lancette, les ventouses, le scarificateur, le stylet, le spéculum, la sonde, l'abaisse-langue, le laryngoscope. Il faut aussi mentionner les objets de pansement : charpie, éponges, linges, etc... Dans le siècle passé et au commencement du nôtre, les ventouses étaient appliquées par des barbiers ou des femmes qui pratiquaient aussi la saignée. L'histoire de la médecine fait mention, dans les temps passés, de 13 épidémies de syphilis, et de 6 dans le nôtre, épidémies propagées par des ventouses. Le nombre des personnes atteintes fut quelque fois très grand (200). Dans l'une de ces épidémies, la ventouseuse, qui avait la bouche garnie de plaques muqueuses, lavait ses verres avec sa salive. On a vu de nos jours, en Autriche (1876), un barbier saigner trois personnes qui eurent chacune un chancre juste sur l'emplacement de la piqûre. D'ailleurs, qui ne connaît pas les dangers du rasoir commun chez le barbier. On a vu des ouvertures de furoncle ou d'abcès, ou encore la circoncision, faites avec un bistouri, être suivies d'un chancre, et cela même à l'hôpital St-Louis. A Paris, il y a une trentaine d'années, un spécialiste très en vogue, qui pratiquait toujours le cathétérisme de la trompe d'Eustache avec la même sonde, contamina 70 de ses clients. Enfin, il y a des cas prouvés de contagion par le spéculum, l'abaisse-langue, et même par le crayon de nitrate d'argent : mais dans ce dernier cas, c'est le porte-crayon qu'il faut incriminer.

Contagion par transport de substances organiques d'un organisme syphilitique sur un organisme sain.—On cite autrefois des cas de contagion à la suite de transplantation dentaire. Aujourd'hui l'on ne transporte plus de dent d'un individu dans la bouche d'un autre ; c'est une opération oubliée. Voici un cas de contagion à la suite de greffe. Un homme présente à la cuisse une grande plaie qui ne guérit pas. On fait une greffe qui réussit très bien, la plaie commence à se cicatriser, mais on plain tissu de cicatrice apparaît un chancre. Grand émoi. Le sujet à qui l'on avait emprunté les lambeaux était le fils du malade. On l'examine et on le trouve en pleine période secondaire avec des plaques muqueuses. On a observé des épidémies de syphilis à la suite de vaccination, surtout dans les régiments. (1)

Le médecin, lui, dans sa pratique, peut être infecté par la face, soit en se grattant la figure pendant un pansement ou un examen, soit en recevant la salive d'un malade auquel il est à faire la cautérisation de la gorge. Mais c'est surtout par les mains qu'il se fait infecter. Le chancre au doigt est par excellence le chancre médical. Une excoriation quelconque, de l'eczéma, une engelure, enfin, la plus périlleuse et la moins remarquée, une *envie*, telles sont les portes d'entrée. L'infection a lieu pendant les opérations pratiquées sur la verge, le toucher vaginal, les manœuvres obstétricales, ou à la suite de blessures reçues pendant une autopsie.

Le médecin doit donc : 1) se garder d'explorer les lésions syphilitiques ; 2) s'il y est obligé, protéger les doigts portant une excoriation quelconque, si petite soit-elle, soit par des bandelettes agglutinatives, soit par une couche épaisse de collodion.

C'est un fait remarqué que la syphilis professionnelle est toujours très grave. De tous les médecins contaminés que le professeur a connus, la plupart sont morts. On a attribué cette gravité spéciale, de la maladie au mode de contagion par le doigt. Ce n'est pas l'avis du professeur Fournier. Si la syphilis a chez le médecin un effet plus prononcé, c'est que ce dernier, connaissant la gravité de son mal, est déprimé moralement ; que, par sa profession, il est surmené physiquement ; qu'enfin, soit par scepticisme ou par négligence, il se soigne mal ou se fait mal soigner. Trois causes puissantes qui diminuent la force de résistance organique. A l'*Union Médicale*, plus qu'ailleurs peut-être, nous comprenons l'importance des remarques du professeur Fournier.

LES SOUFFLES CARDIO-PULMONAIRES, clinique du Dr Huchard à l'hôpital Necker.—*Bulletin Médical*, vol. X, No 22.

Le professeur Huchard a eu dans son service deux malades qui ont fait entendre à l'auscultation des souffles cardiaques sans être porteurs de lésions valvulaires. L'un était un rhumatisant, et les bruits ont disparu comme ils étaient venus, du jour au lendemain. Chez l'autre, une femme albuminurique, Labadie-Lagrave, Duroziez et Huchard lui-même avaient posé le diagnostic d'insuffisance aortique. L'autopsie fit voir que le cœur de la malade était absolument indemne. Le clinicien de Necker en profite pour donner une clinique sur les faux-cardiaques et les souffles cardio-pulmonaires.

Ces bruits, signalés par Laennec, ont été étudiés par Potain, qui les a nommés. Ils sont produits par la lame du poumon gauche (lame de Luschka) qui recouvre une partie de la face antérieure du cœur. C'est ce que prouve l'expérience de François-Frank, qui, prenant un chien qui offre un souffle extra-cardiaque, détermine la cessation immédiate de celui-ci par l'opération suivante : il soulève, au moyen d'un crochet mousse introduit sous la plèvre, la partie de poumon reposant sur le cœur. Le souffle disparaît. Dès que le crochet est retiré et les organes remis en place, le bruit se reproduit de nouveau.

(1) Nous avons expliqué, dans notre dernière revue d'hygiène, le pourquoi de ces contagions.—Réd.

Les souffles extra-cardiaques sont des bruits respiratoires rythmés par le cœur. On ne les entend pas lorsque le cœur est très gros, parce que le poumon est déplacé ; non plus dans l'emphysème. On les remarque surtout chez les sujets nerveux, dans la chlorose, le goître exophthalmique, la fièvre typhoïde, l'endocardite, le saturnisme, dans toutes les maladies qui ont pour effet d'exciter un cœur modérément développé. La position couchée est la plus favorable à l'auscultation. Chez les malades souffrant de congestion pulmonaire ou de pneumonie, le souffle extra-cardiaque peut prendre le caractère crépissant (Renaut). Voici les caractères particuliers aux souffles extra-cardiaques :

1° *Siège*.—On les rencontre un peu partout sur la surface du cœur, mais ils sont surtout mésocardiaques.

2° *Temps*.—Neuf fois sur dix, on les entend au moment de la systole ; mais ce qui les caractérise, c'est qu'ils ne durent qu'un instant et ne correspondent pas, comme les souffles valvulaires, à toute la durée de la systole.

3° *Intensité et timbre*.—Le souffle cardio-pulmonaire est d'ordinaire doux, comme aspiré, superficiel. Il peut cependant être rude et sifflant.

4° *Variabilité*.—Contrairement aux souffles organiques, les souffles extra-cardiaques disparaissent souvent après un certain temps (quelques semaines ou quelques mois). Ils peuvent aussi varier ou disparaître complètement suivant que le sujet est assis ou couché. Les malades n'offrent pas les symptômes subjectifs des cardiaques vrais.

5° *Propagation*.—Les souffles extra-cardiaques ne se propagent pas aux parties voisines ; ils s'éteignent sur place.

Le frottement péricardique s'éteint aussi sur place. Mais il n'a pas le même timbre (bruit de cuir neuf, de neige écrasée, etc.), il augmente par la pression du stéthoscope, il n'est pas isochrone, à cheval (Gubler) sur les bruits du cœur, mais à côté (Sibson).

Le professeur Huchard conseille d'être prudent dans le diagnostic des lésions valvulaires, de ne rien faire à la légère avant de prescrire la digitale.

DANGERS ET INCONVÉNIENTS DU VÉSICATOIRE, Société de Thérapeutique, séances des 11 et 25 mars 1896.—*Bulletin Médical*, vol. X, Nos 22 et 26.

C'est le docteur Huchard qui le premier élève la voix contre l'emploi du vésicatoire en général, et du vésicatoire cantharidé en particulier. Il vient d'avoir dans son service un cas de néphrite cantharidienne très grave à la suite de l'application d'un vésicatoire, au creux épigastrique. L'absorption sur une surface dénudée se fait si facilement, que l'on peut voir, lorsque la perméabilité rénale n'est plus complète, comme dans l'artério-sclérose, une néphrite interstitielle, latente jusque là, se manifester après l'application d'un simple vésicatoire. Ce mode de traitement peut aussi devenir dangereux chez un vieillard souffrant de pneumonie, pour la même raison. Le docteur Huchard renonce à employer désormais les vésicatoires, même dans le cours et la période apyrétique de la pleurésie. "Je connais bien, dit-il, les inconvénients et les méfaits du vésicatoire, mais je ne lui trouve aucun avantage dans la plupart des maladies. L'heure est arrivée de consommer sa décadence."

Le docteur Ferrand désapprouve cette condamnation absolue. Le vésicatoire peut rendre de grands services lorsqu'il n'y a pas de contre-indication à son emploi. Ainsi il favorise la résorption de l'épanchement après les huit ou dix premiers jours de la période aiguë de la pleurésie. Il suffit, pour éviter les accidents, de ne pas renouveler trop les applications et de bien panser les plaies lorsqu'il y en a.

Le Dr de Crésantignes se prononce contre l'emploi des vésicatoires dans les maladies infectieuses fébriles. Il cite deux cas de mort dûs à ce mode de traitement.

Le Dr Bardet répudie la vésication cantharidée, mais il conserve la médication révulsive, si utile dans certains cas : névralgies, douleurs thoraciques, etc.

Le Dr Créquy rappelle que certaines parties du corps sont plus tolérantes que d'autres ; les membres, par exemple, sont plus tolérants que la cage thoracique. Une hydarthrose, même considérable, est nettement améliorée par l'application d'un vésicatoire. Il s'agit simplement d'être prudent dans l'emploi de cette médication.

Le Dr Mathieu est d'avis qu'on peut se passer du vésicatoire, même dans la pleurésie. Les plaies cutanées sont toujours inutiles, sinon dangereuses. La pleurésie est une maladie qui a tendance à guérir par elle-même, comme beaucoup d'autres.

Le Dr Capitan partage cette manière de voir. Il ne fait exception que pour les petits vésicatoires employés contre la salpingite et certaines dyspepsies douloureuses.

Le Dr Huchard soutient de nouveau son idée : les quelques succès du vésicatoire ne compensent pas ses inconvénients.

La discussion s'est prolongée durant toute la séance du 25 mars, et n'a rien amené de nouveau. Les défenseurs les plus zélés du vésicatoire, comme le Dr Ferrand, ont eux-mêmes admis que ce mode de traitement expose à l'absorption toxique, à des troubles du côté du rein, et les résultats heureux sont limités à un nombre de cas très restreint. Tout le monde a admis que le maniement du vésicatoire est dangereux, demande des précautions, et beaucoup pensent, avec Huchard, qu'il vaut mieux s'en passer.

L'APPENDICITE ET SON TRAITEMENT, communication de M. LeDentu à l'Académie de Médecine, séance du 24 mars 1896.—*Bulletin Médical*, vol X, No 25.

Le professeur Dieulafoy a amené récemment devant l'Académie de Médecine la question de l'appendicite. Il est d'avis que les accidents graves qui surviennent lorsque l'appendice est enflammé sont produits par la rétention dans la cavité de matières stercorales ou autres et de corps étrangers. Les germes maintenus dans une cavité close se développent avec plus de facilité et peuvent même déterminer l'inflammation du péritoine sans qu'il y ait perforation, simplement en transsudant à travers ou en infiltrant la paroi congestionnée. On peut démontrer expérimentalement ce passage des micro-organismes à travers la paroi de l'appendice en liant chez un animal une anse intestinale. La rétention du contenu de l'appendice est amenée par un rétrécissement dû à un calcul ou à l'épaississement de la paroi dans une portion limitée. Telle est la théorie de Dieulafoy, et qui est généralement admise.

Le professeur LeDentu est de la même opinion, quant à la cause. Il désire surtout attirer l'attention du corps médical sur les dangers de la temporisation dans le traitement des appendicites. Sans doute, toutes les appendicites ne nécessitent pas l'intervention chirurgicale. Mais il ne faut pas s'endormir dans une dangereuse sécurité. Le péril est quelquefois difficile à reconnaître ; dès qu'on l'a reconnu, il faut se hâter d'agir. Comme l'a dit M. Dieulafoy, on ne regrette jamais d'être intervenu ; on regrette quelquefois de n'être pas intervenu du tout ou de n'être pas intervenu au moment opportun. La médecine doit, très souvent et à temps, appeler la chirurgie à son secours.

LeDentu est d'avis qu'il ne faut pas intervenir chirurgicalement dans tous les cas d'appendicites, et à n'importe quelle période de la maladie. Il faut savoir choisir le moment opportun. Il croit, avec Roux, de Lausanne, qu'une intervention en pleine péritonite aiguë est dangereuse.

Voici la description que donne LeDentu des cas favorables à l'abstention. — Une douleur plus ou moins brusque, plus ou moins vive se déclare dans la fosse iliaque droite. De ce point partent des irradiations sous forme de coliques générales. Le malade vomit deux ou trois fois, ou ne vomit pas. Puis un

calme relatif s'établit. La douleur, quoique encore aussi intense, quoique facile à réveiller à la moindre pression, est plus sourde. On sent bientôt au point douloureux quelque empâtement. Le ventre se ballonne légèrement. En même temps une faible poussée fébrile se déclare; le pouls monte en proportion, mais les vomissements ne se reproduisent plus, le faciès reste à peu près normal, la respiration n'est pas anxieuse. Il n'y a pas de malaise général, pas d'agitation. Au bout de quelques jours, quelquefois assez tôt, une détente franche survient. Il ne persiste qu'un peu d'empâtement et de sensibilité dans la fosse iliaque. La guérison est assurée, soit après perforation d'un point de l'intestin par où se fait l'évacuation d'un abcès, soit par résorption du pus."

Le professeur LeDentu ajoute ici une remarque importante. À la suite de ces cas heureux de guérison, les rechutes sont très fréquentes, presque inévitables. L'appendice une fois touché s'enflamme avec la plus grande facilité. Il est donc de beaucoup préférable, lorsque l'appendicite est tout à fait calmée, d'intervenir chirurgicalement et de réséquer l'appendice. A moins que la guérison n'ait été très rapide et que l'on ne juge inutile de faire aussi hâtivement l'extirpation de l'appendice.

Chez une seconde catégorie de malades, le début de l'appendicite est le même, mais la réaction inflammatoire est plus intense, plus franche. Il y a du météorisme, sans les signes classiques de la péritonite, cependant. C'est une péritonite localisée qui aboutit à la constitution d'un abcès enkysté. L'intervention chirurgicale, que l'on avait retardée, s'impose alors. Elle sera bénigne lorsque l'abcès est sous-jacent à la paroi abdominale, et limitée par les anses intestinales en arrière et sur les côtés. Il s'agit d'une simple incision suivie de l'extirpation de l'appendice lorsqu'il est flottant, car il ne faut jamais, quand on le peut, rompre les adhérences. Mais l'intervention chirurgicale devient grave lorsque l'abcès, non adhérent à la paroi abdominale, est étalé derrière le caecum et plonge plus ou moins dans le petit bassin. Il faudra, pour aller à sa recherche, rompre des adhérences, écarter des anses intestinales, et le foyer, une fois ouvert, se trouvera en communication avec le reste de la cavité péritonéale. L'infection locale risque alors de se généraliser très vite. On peut regretter dans ces cas de ne pas être intervenu plus tôt, mais il faut bien se rappeler que l'apparition du pus au milieu des fausses membranes est d'une précocité extraordinaire.

Et maintenant voici les cas où l'hésitation et l'expectation ne sont pas permises. "Le début est brusquement annoncé par une douleur intense. Celle-ci, loin de se calmer, va en augmentant, ou bien, après le paroxysme initial, elle s'établit et persiste à un degré élevé. En même temps tous les signes de la péritonite aiguë classique se montrent: vomissements, ballonnement et sensibilité du ventre entier, faciès grippé, angoisse respiratoire, agitation, délire. A quelque moment qu'apparaissent ces symptômes, ils constituent une indication formelle à l'intervention. S'ils se déclarent d'emblée et persistent au-delà de quelques heures, il n'y a plus qu'une chose à faire: la laparotomie et la recherche de l'appendice."

Le professeur LeDentu ajoute, il a soin de faire remarquer que c'est là le nœud de la question, que la septicémie péritonéale la plus grave est souvent celle dont les symptômes sont les plus discrets. Il donne pour exemple le cas suivant. Un homme reçoit un coup de pied de cheval en plein ventre. Peu de douleur, pas de ballonnement du ventre, pas de vomissements, température normale dans l'aisselle. Par contre, le pouls est fréquent et concentré, les yeux sont ternés, les extrémités froides et cyanosées. Cet homme se lève cependant, poussé par un besoin de mouvement irrésistible; ils se tient debout, il marche, mais quelques heures après l'accident il meurt presque subitement, et à l'autopsie on découvre une rupture très étendue de l'intestin. C'était une septicémie péritonéale sur-aiguë. On pourrait avoir les mêmes symptômes après une perforation de l'appendice, et rien n'est trompeur comme ces formes dépressives de la septicémie péritonéale.

En résumé, le professeur LeDentu se prononce en faveur de l'intervention chirurgicale dans l'appendicite. Cette intervention sauve la vie du malade dans les cas aigus ; elle prévient les récidives, qui pourraient être dangereuses dans les cas peu graves.

CHIRURGIE

NÉPHRO-URÉTÉRECTOMIE ; EXTIRPATION SIMULTANÉE DU REIN ET DE L'URÈTÈRE. par le Dr Howard A. KELLY, professeur de gynécologie à la John Hopkins University.—*John Hopkins Hospital Bulletin*, vol VII, Nos 59, 60.

Le Dr Kelly publie trois observations de cas où il a pratiqué de trois manières différentes la néphro-urétérectomie. L'article, accompagné de photographures, est trop long pour être reproduit, nous paraît avoir une importance assez grande, et nous en publions le résumé.

Obs. I. Jeune fille. Tuberculose du rein gauche et de l'urètre. Opérée le 30 mars 1893.

Incision de 16 centimètres (6½ pouces) sur le côté de l'abdomen et parallèle à la ligne semilunaire. L'opérateur divise les muscles, ouvre le péritoine, déplace les viscères vers la droite, ouvre le péritoine postérieur sur le côté externe du colon, qu'il repousse vers la droite de manière à découvrir l'urètre élargi reposant sur le muscle psoas. L'urètre sert de guide pour atteindre le rein dans son atmosphère graisseuse. L'énucléation est difficile. Le rein est cystique et adhère, surtout vers le hile, au tissu adipeux environnant qui contient, par places, du tissu fibreux. L'énucléation faite, les vaisseaux sont ligaturés par quatre ligatures à la soie fine et le rein est enlevé. L'opérateur détache ensuite, en descendant, l'urètre d'un lit cellulaire jusqu'au détroit pelvien et ligature chemin faisant les vaisseaux ovariens. Une fois l'urètre libéré d'avec l'artère iliaque commune et la veine, l'opération devient plus difficile. A quatre centimètres au-dessous du détroit pelvien (1½ pouce), point où l'urètre se dirige en avant, le tissu cellulaire devient si dense que l'opérateur se décide à ne pas aller plus loin, à cause de l'état de faiblesse de la malade. Il ligature l'urètre sur le plancher pelvien et le sectionne de manière à laisser deux lambeaux en biseau, puis il enlève alors le rein et l'urètre dans toute sa portion abdominale et la moitié de sa portion pelvienne. La muqueuse de l'extrémité inférieure de l'urètre qui dépasse la ligature est stérilisée au thermocautère, les lambeaux sont réunis par six sutures à la soie fine et abandonnés. Irrigation de l'abdomen avec la solution saline ordinaire. L'opérateur introduit alors, pour lui servir de guide, la moitié d'une main dans l'abdomen, et, cherchant l'endroit le plus mince de la région lombaire gauche, l'incise sur une longueur de trois centimètres (1¼ pouce). Il introduit ensuite par l'abdomen une mèche de gaze longue de 14 centimètres (5½ pouces) et la fait ressortir dans la région lombaire. L'incision péritonéale postérieure, près du colon, n'a pas besoin d'être suturée ; l'apposition est très bonne. La longue incision abdominale est fermée par des sutures au crin de Florence séparées. La mèche de gaze placée dans la région lombaire sert à drainer du sérum sanguinolent ; on l'enlève le cinquième jour. Réunion complète par première intention.

L'urine, qui était chargée de pus, devient claire immédiatement. Le 11 de mai, le Dr Kelly essaie d'enlever l'extrémité inférieure de l'urètre laissée dans le bassin par une incision vaginale ; mais il ne peut y réussir à cause d'un tissu cicatriciel très dense, saignant abondamment à la moindre incision. La patiente est aujourd'hui (février 1896), grasse et en bonne santé. Il ne lui reste qu'un inconvénient : l'émission fréquente de l'urine.

Obs. II. Melle P., 23 ans. Rein gauche tuberculeux. Opérée le 18 décembre 1895.

Toilette de tout le côté gauche de l'abdomen. La patiente est couchée sur le côté droit avec un oreiller sous l'aîne. L'incision commence sur le bord des fausses côtes, juste vis-à-vis les muscles verticaux du dos, et se dirige en bas vers le milieu de la crête de l'os iliaque, puis contourne à la distance de 2 centimètres ($\frac{3}{4}$ pouce), par une courbe légère, l'épine iliaque antérieure et supérieure, et se dirige ensuite obliquement et en bas vers l'extrémité inférieure de la ligne semi-lunaire gauche, à un pouce au-dessus de la symphyse du pubis. L'opérateur fait d'abord le tiers postérieur de l'incision, puis, ayant ligaturé les vaisseaux rénaux et sorti le rein et l'uretère, il termine en deux fois le reste de l'incision, après en avoir refermé l'extrémité postérieure. La première incision avait 12 centimètres de long ($4\frac{3}{4}$ pouces), depuis le rebord des côtes, et le carré des lombes jusqu'à un point au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Elle traversait des parois abdominales modérément grasses, et trois couches épaisses de muscles pour finir dans le tissu graisseux suspéritonéal. Ce tissu est écarté et le péritoine qui recouvre le colon descendant, mis à découvert, est repoussé en dedans. L'opérateur, avec ses doigts, va alors à la recherche du rein qu'il trouve dans sa position normale, protégé par les côtes. Il déchire ensuite, tout autour de l'organe, l'atmosphère graisseuse, ce qui fait saigner légèrement la capsule à deux ou trois endroits adhérents, puis il attire doucement le rein en bas et l'amène complètement en dehors de l'incision. L'opérateur dégage alors les vaisseaux du rein, les presse dans un clamp, opère leur ligature à la soie fine, et les laisse retomber dans l'abdomen. Le rein est enveloppé dans un paquet de gaze et une serviette afin de ne pas contaminer la plaie. Ensuite l'opérateur continue de libérer l'uretère jusqu'au petit bassin avec ses doigts en déplaçant le colon et l'S iliaque. On facilite l'opération en tirant vers le bas le rein et son uretère, pendant qu'avec les doigts l'on décolle le tissu cellulaire. L'opérateur ferme alors l'incision par cinq sutures au fil d'argent qui maintiennent juxtaposés les tissus musculaires et fibreux. Il laisse cependant une ouverture, à l'angle supérieur, de $2\frac{1}{2}$ centimètres de long (1 pouce) afin d'y mettre un drain de gaze.

L'opérateur prolonge ensuite son incision vers le bas jusqu'à 3 centimètres ($1\frac{1}{2}$ pouce) au-dessus du ligament de Poupart et presque parallèle au ligament, et il la termine sur le *mons veneris* à l'extrémité inférieure de la ligne semi-lunaire gauche. La couche musculaire est mince et se coupe facilement. À l'angle inférieur de l'ouverture, l'extrémité inférieure du ligament rond est découvert sur une longueur de 3 centimètres, et à 1 centimètre au-dessous ($\frac{3}{8}$ pouce) les vaisseaux épigastriques profonds traversent l'incision entre le péritoine et le fascia. Ces vaisseaux sont chargés d'une double ligature et sectionnés. L'opérateur ne divise pas le ligament rond, mais le repousse sur le côté. Il repousse de même doucement la mince épaisseur de péritoine qui sépare le champ opératoire du petit intestin, et découvre l'artère iliaque externe longeant le bord du petit bassin avec le grand muscle psoas en dessous et au-delà les nerfs cruraux et le muscle iliaque. Au-dessous de l'artère la veine iliaque externe repose à plat sur la paroi du petit bassin. L'uretère est alors facilement dégagé de son lit jusqu'à la base du ligament large, simplement en le tirant avec les doigts et sans lier aucun vaisseau. Le ligament large empêche l'opérateur d'aller plus loin; les tissus de la base, l'artère utérine et les veines recouvrent l'uretère d'une bande solide et étroite. On ne peut pas sentir l'utérus sur le côté médian. L'opérateur soulève avec son doigt le ligament large entre l'uretère et la paroi du petit bassin et passe à l'aide d'une aiguille montée, en dedans de son doigt, une ligature, puis une deuxième à 1 centimètre en dedans de la première, et il sectionne les vaisseaux utérins entre les deux. En passant la première ligature, l'aiguille pique la veine iliaque externe, occasionnant un saignement sanguin considérable qui dure quelques minutes, puis cesse spontanément.

ment, et qui nécessite une troisième ligature. L'opérateur réussit alors, en divisant le ligament large à sa base, à libérer l'uretère jusqu'à sa portion intravésicale. Tout effort de traction ne sert alors qu'à démontrer son adhésion intime à la paroi vésicale. Le Dr Russell, assistant, introduit son doigt dans le fond du cul de sac du vagin, tandis que le Dr Kelly, en poussant son doigt à l'extrême limite de la portion dégagée de l'uretère, rencontre la seconde phalange du doigt de son assistant. En d'autres termes, l'opérateur a disséqué l'uretère jusqu'à 5 centimètres (2 pouces) plus bas que la route vaginale.

Durant la dernière partie de l'opération, la patiente repose sur le dos. Une longue incision s'étend depuis le rebord inférieur des côtes, en arrière, jusqu'à la symphise. L'extrémité supérieure est fermée dans sa partie profonde, la partie inférieure est entièrement ouverte, et la peau n'est suturée en aucun point. Le rein et son long uretère repose en travers du ventre, sur le côté droit, l'uretère entrant par l'angle inférieur de la plaie. En pressant alors l'uretère avec ses doigts, l'opérateur fait remonter le liquide qui s'y trouve et pose un clamp sur l'uretère à 2 centimètres ($\frac{3}{4}$ pouce) de la vessie ; il l'attache ensuite à mi-chemin entre la vessie et le clamp avec de la soie assez forte ; puis, après avoir enveloppé l'extrémité inférieure de gaze pour prévenir toute contamination en cas de perturbation, il sectionne l'uretère le long du clamp. Il enlève le rein et l'uretère long de 25 centimètres (9 pouces).

La portion d'uretère laissée au-delà de la ligature est stérilisée avec de l'acide carbolique pur appliqué sur du coton, et on la laisse retomber sur le plancher pelvien, à 5 centimètres (2 pouces) de la surface cutanée.

Pas une ligature n'est appliquée entre les vaisseaux du rein et les vaisseaux utérins durant cette urétérectomie. On sutura les parois abdominales avec du fil d'argent pour les muscles et du catgut pour le tissu adipeux et la peau. On laissa dans l'extrémité inférieure de la plaie un petit drain qui touchait le plancher pelvien. Le pouls durant l'opération se maintint à une moyenne de 136 et la malade eut tout le temps une cyanose assez prononcée. La convalescence se fit régulièrement et sans complication.

Obs. III.—Mme K. W., 30 ans.—Tuberculose rénale.

Dans cette opération, le Dr Kelly fit son incision beaucoup moins longue, 16 centimètres seulement ($6\frac{1}{2}$ pouces) et s'étendant en travers de l'abdomen sur la ligne ombilicale. Comme dans la précédente, il dégagait le rein en arrière du péritoine, l'amena au dehors, le libéra, puis, avec une main introduite dans l'abdomen, en dehors du péritoine toujours, et pendant qu'avec l'autre il tendait l'uretère en tirant sur le rein, il dégagait l'uretère de son tissu environnant jusque dans le petit bassin, à la base du ligament large. L'uretère s'étant brisé, l'opérateur réussit à mettre une ligature sur l'extrémité qui restait et à la sectionner juste derrière le ligament large. Alors, ayant désinfecté le vagin, il glissa l'une de ses mains dans celui-ci et lui fit rejoindre celle qui était dans le petit bassin, jusqu'à ce qu'il n'y eut plus entre l'extrémité de ses doigts que l'épaisseur de la paroi vaginale. Celle-ci fut alors perforée par le vagin, l'ouverture agrandie en avant vers le col de la vessie, ce qui permit d'introduire un forceps, d'aller saisir les fils de la ligature placée sur le bout restant de l'uretère et d'amener celui-ci dans le vagin, où il fut maintenu pendant que l'on suturait la paroi abdominale après avoir placé un drain.

L'état de l'opérée étant satisfaisant, on la plaça dans la position de la lithotomie, on écarta l'incision vaginale avec des rétracteurs, on déplaça le col utérin à gauche avec un ténaculum, et l'opérateur put ainsi, malgré trois ruptures successives de l'uretère, le libérer jusqu'à son insertion vésicale et l'enlever. Il sutura ensuite le paroi vaginale afin d'arrêter le saignement, mais laissa ouvert la perforation première du cul de sac, afin d'établir le drainage par une pièce de gaze iodoformée laissée dans le vagin.

La patiente entre en convalescence sans un symptôme défavorable et retourne bientôt chez elle.

Après avoir rapporté les trois opérations que nous venons de résumer, le Dr Howard A. KELLY ajoute : "Je regarde ces trois cas comme un progrès réalisé vers le meilleur mode opératoire. A l'avenir, dans tous les cas, je ferai de préférence une incision sur le côté de l'abdomen suffisamment longue pour permettre l'extirpation du rein et l'introduction de la main et de l'avant bras allant dégager l'uretère jusqu'à la voûte du vagin. J'attacherai alors l'uretère à son point le plus inférieur et enlèverai toute la partie supérieure avec le rein. Je compléterai l'opération en enlevant l'extrémité vésicale de l'uretère par le vagin, la patiente étant dans la position de la lithotomie."

LES TRAITEMENTS RÉCENTS DE L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE, par le Dr Bazy, chirurgien de l'hôpital Tenon.—*L'Union Médicale de Paris*, Vol. 51, No. 11.

Depuis la note publiée dans ce journal par White, de Philadelphie, sur le traitement de l'hypertrophie prostatique par la castration, depuis surtout son deuxième mémoire lu le 28 mai 1895, à la réunion de l'Association chirurgicale américaine, à New-York, et le lendemain à Niagara-Falls, à la réunion de l'Association génito-urinaire américaine, quelques chirurgiens ont eu l'attention attirée dans tous les pays par la possibilité de guérir par des méthodes indirectes l'hypertrophie prostatique. C'est ainsi qu'on a été amené à faire la castration soit simple, soit double, la ligature des cordons spermatiques, la résection et la ligature des canaux déférents.

Je ne reviendrai pas sur le point de départ de la méthode exposée par White, ici, et qui réside dans l'analogie établie par Velpeau, puis par Thompson, entre les fibro-myomes utérins et l'hypertrophie prostatique.

La répugnance des malades et des chirurgiens à accepter et à proposer la castration en a conduit quelques-uns à lui substituer la résection avec ou sans ligature des canaux déférents.

Harrison, dès 1893, publiait une observation déjà ancienne. Haynes (de Los Angeles) en publiait une autre. Pavone, puis Isnardi, en publiaient d'autres cas ; après eux vinrent Chalot, Guyon, Routier.

La ligature et la résection des cordons spermatiques a été proposée par White et expérimentée par lui sans succès, puis faite par Mears, Stafford, etc., par moi-même dans un cas que je publierai.

Toutes ces méthodes ont eu des succès et des insuccès.

Il faut dire cependant que le plus grand nombre de succès appartient à la castration, et à la castration double.

Je dis castration double, parce qu'on a proposé la castration simple, qui aurait l'avantage de la castration double sans en avoir les inconvénients. Or, il est bien démontré que l'absence ou l'ablation d'un seul testicule n'a aucune espèce d'influence sur le volume de la prostate ni sur la miction.

S'il est vrai que les individus atteints de cryptorchidie, d'atrophie congénitale ou infantile des testicules aient une prostate atrophie rudimentaire, il n'en est pas de même des monorchides. J'ai eu l'occasion de voir un assez grand nombre de monorchides atteints d'affections des voies urinaires, et chez lesquels j'ai été amené à examiner la prostate ; chez aucun je n'ai trouvé d'asymétrie. Mon attention a redoublé depuis la publication des faits de castration simple ou double, dans l'hypertrophie prostatique ; or, mes examens n'ont fait que me confirmer dans mes premières remarques.

Les atrophies ourliennes se comportent de même ; les castrations simples pour néoplasmes ont le même résultat. Godard l'avait remarqué depuis longtemps.

L'atrophie prostatique a donc pour condition l'atrophie ou la disparition des deux testicules. Tant qu'il en reste un, il semble qu'il y ait une sécrétion

interne, indépendamment de la spermatogénèse, suffisante pour maintenir l'intégrité prostatique.

C'est la conservation de cette sécrétion interne qui semble dominer la situation bien plus que la sécrétion des spermatozoïdes, parce qu'on ne s'expliquerait pas beaucoup comment l'hypertrophie prostatique se montre à une époque où cette spermatogénèse s'affaiblit et devient même nulle.

Cette atrophie testiculaire double, qui semble être la condition de guérison de l'hypertrophie prostatique, on l'a cherchée dans la résection et la ligature des canaux déférents.

Assimilant les glandes testiculaires aux autres glandes de l'organisme, on a pensé qu'en oblitérant son conduit excréteur, on déterminerait l'atrophie du testicule, comme on atrophie les glandes salivaires, le pancréas, le rein, etc., par la ligature de leurs canaux excréteurs, de manière à en amener la disparition totale.

Mais on n'a pas réfléchi que le testicule échappe précisément à cette loi.

La tératologie, en nous faisant voir un testicule presque normal avec un canal excréteur absent; la pathologie, en nous montrant l'intégrité du testicule conservée, malgré des oblitérations du conduit excréteur (épididymites, tuniculites blennorrhagiques et tuberculeuses); l'expérimentation, en faisant voir que la section des canaux déférents n'était suivie d'aucune modification du testicule, qu'elle laissait les individus aptes au simulacre de la reproduction, comme l'ont montré depuis longtemps A. Cooper et Curling, tous ces faits devaient nous mettre en garde contre la réalité des effets dans l'application de cette conception fautive.

Et cependant on a cité des observations suivies de succès partiels, d'améliorations plutôt que de guérisons. Comment les expliquer? A mon avis, de deux façons, l'une me paraissant plus probable que l'autre.

Dans la première hypothèse, il ne s'agirait que d'une coïncidence. Il ne faut pas abuser du mot; mais ces coïncidences sont fréquentes dans l'évolution des symptômes de l'hypertrophie prostatique, car il n'est pas rare de voir la miction devenir plus facile ou plus difficile à la suite de la plus petite influence.

La simple constipation peut empêcher la miction, qui redeviendra facile à la suite d'un simple purgatif ou d'un lavement.

J'ai déjà cité le cas d'un malade n'ayant pas uriné lui-même depuis huit mois, et qui, dans la nuit qui a précédé une lithotritie, a uriné deux fois abondamment, qui a uriné pendant l'opération, qui a reperdu ensuite pendant une quinzaine de jours la faculté d'uriner seul, et qui, maintenant, plus d'un mois après, continue à n'avoir besoin de se sonder que deux fois par jour, matin et soir, et encore pourrait-il s'en dispenser peut-être une fois. Or, le calcul n'agissait pas ici mécaniquement, et sa disparition n'a été pour rien dans le retour de la miction.

Voilà un exemple; on pourrait en citer beaucoup d'autres.

L'autre hypothèse est celle de la section des nerfs de Cooper qui accompagnerait la section des canaux déférents; Prjewalski pense avoir démontré que l'excision de ces nerfs amène l'atrophie de la prostate.

Quant à la nécessité de la ligature des canaux déférents admise par Isnardi, ligature pouvant amener seule l'oblitération des canaux, condition indispensable de l'atrophie testiculaire, elle n'est rien moins que prouvée, attendu que cette oblitération a lieu ainsi que A. Cooper et Curling l'ont démontré depuis longtemps, après la simple section, sans cependant atrophier le testicule.

La section des canaux déférents : pour but de laisser à l'homme le testicule moral.

C'est pour obéir à cette prescription qu'on a proposé de remplacer le testicule absent par des corps étrangers aseptiques.

C'est dans ce même but que je pourrais proposer chez l'homme, ce que j'ai fait chez le chien, à savoir l'ablation du testicule seul, en laissant l'épididyme, ou la ligature du testicule entre lui et l'épididyme de façon à en amener l'atrophie.

Cela serait d'autant plus indiqué, si on se décidait à une opération, que l'épididyme est en général volumineux chez les prostatiques, et que leur illusion pourrait être conservée; le résultat serait, dans tous les cas, aussi complet qu'avec une opération amenant l'atrophie du testicule.

Toutes ces opérations ont donné des succès et des insuccès thérapeutiques; il n'est pas encore possible, parce que les renseignements fournis par les observations sont insuffisants, de préciser les indications de cette opération. A l'enthousiasme du début pour la castration a succédé une période de réaction qui se traduit actuellement par du scepticisme.

Ce scepticisme doit avoir pour conséquence un examen approfondi des cas à traiter, l'étude bien complète du malade, de la prostate, celui de la vessie, afin de pouvoir tirer des conclusions fermes.

Dans tous les cas, il faudrait, pour juger une méthode thérapeutique applicable aux prostatiques, ne prendre que des cas anciens, ceux dans lesquels la probabilité du retour de la miction spontanée est faible ou nulle, et non les cas récents, ceux qui en sont à leur première ou deuxième atteinte de rétention. Ici, en effet, les chances du retour de la miction spontanée sont tellement grandes, que toute intervention, quelle qu'elle soit, peut amener un résultat, attendu que le même résultat peut être obtenu sans intervention d'aucune sorte.

On a prétendu que ce résultat, quand il se montrait, était dû, non à la diminution du volume de la prostate par changement anatomique, mais à la décongestion de l'organe permettant la miction.

Mais cette décongestion n'est pas prouvée; de plus, elle survient dans bien des circonstances où la miction n'est pas rétablie par cela même.

On a négligé un autre organe, la vessie, dont l'influence est si importante. Cette influence, je l'ai montrée à propos de la rétention dans les rétrécissements, dans un article paru dans ce journal et dans la thèse de Condamy: elle peut être aussi grande chez les prostatiques.

Ces opérations seraient dynamogéniques, par rapport à la vascularisation et à la contractilité vésicales.

Mais avant de recourir à ces opérations, il ne serait peut-être pas mauvais d'essayer d'un traitement dont les effets ne sont pas irréparables, ce qui lui constitue une supériorité sur les autres opérations; ce serait l'opothérapie thyroïdienne, telle que je l'ai instituée (voir *Presse Médicale*, 29 février 1896), ou prostatique comme Reinert et moi l'avons essayé.

En écrivant cet article, j'ai eu pour but de mettre nos confrères en garde contre des tentatives thérapeutiques irréparables, contre des enthousiasmes, des emballements qu'ils pourraient regretter, et les avertir que le succès pourrait ne pas toujours suivre les opérations qu'ils pourraient, sur la foi des autres, conseiller.

TRAITEMENT PRÉCOCE DES TUMEURS BLANCHES, par le Dr BILHAUT.—*Revue Médicale*, vol. V, No 91.

Le docteur Bilhaut termine son article par les conclusions suivantes :

1. Il est actuellement admis que les tumeurs blanches sont de nature tuberculeuse.

2. En raison du mode d'invasion de certains cas, ceux, par exemple qui succèdent à la fièvre typhoïde, au rhumatisme articulaire aigu, à la rougeole, à la scarlatine, il est permis de se demander si le micro-organisme qui leur donne naissance est constant :

3. S'il est unique ;

4. S'il est associé à d'autres microbes. Des recherches sont à diriger dans ce sens.

Au point de vue du traitement :

5. Il est de rigueur de faire un diagnostic aussi hâtif que possible et de sou-

mettre *rigoureusement* le patient aux procédés dits de *conservation* : extension continue, *réelle*, immobilisation *complète*, avec ou sans révulsion.

6. La méthode sclérogène ne semble pas avoir tenu ses promesses.

7. L'ignipuncture profonde ou superficielle est un moyen infidèle.

8. Les procédés de conservation ne sont réellement efficaces que dans la période initiale.

9. Dans le stade des attitudes vicieuses, le traitement chirurgical, seul, est rationnel.

10. Il consiste dans la large ouverture de l'articulation malade, et le nettoyage complet des tissus fongueux, par une dissection minutieuse.

11. S'il existe des lésions du squelette, le traitement sera complété par l'évidement des os et, au besoin, par la résection.

12. Cette dernière opération sera faite par la méthode sous-périostée.

13. L'intervention chirurgicale sera *aseptique* et non antiseptique, *précoce* et *complète*.

14. Cette méthode est, *seule*, de nature à préserver l'organisme de l'infection ultérieure et d'assurer parfois à l'articulation atteinte le retour au fonctionnement physiologique qui lui est dévolu.

15. L'intervention chirurgicale a un quantum de gravité, moindre que l'expectation.

16. Les résultats obtenus par l'intervention chirurgicale, bien faite, sont supérieurs à ceux qui accompagnent l'ankylose spontanée.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

HÉMORRHAGIE PAR INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA, par le professeur TARNIER.—Voir le numéro d'avril.

C'était bien une insertion centrale du placenta que nous avons chez cette femme, ainsi d'ailleurs que le prouve le placenta que je vous ai montré mardi.

Voici, en outre, une pièce sèche que la Maternité a bien voulu nous prêter.—C'est une femme qui est morte pendant sa grossesse ; vous y voyez le placenta, inséré centre pour centre. L'insertion du placenta centre pour centre sur le col de l'utérus est donc bien réelle ; cette pièce en est une preuve indiscutable et, si cette insertion avait besoin d'être démontrée, elle le serait par la seule vue de cette pièce anatomique.

J'en reviens à l'exposé de l'observation.

Cette femme était couchée au lit No 39, elle est grande, vigoureuse. Elle avait eu déjà trois enfants et se trouvait enceinte pour la quatrième fois. Les dernières règles dataient du 9 au 12 juillet ; cette femme devait donc être à terme le 12 avril.

Le 6 janvier—c'est-à-dire à peu près à six mois de grossesse,—cette femme fut prise de pertes de sang modérément abondantes, non accompagnées de contractions ou de douleurs utérines.

C'est bien là le caractère des hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta ; ces hémorrhagies sont petites, elles s'arrêtent bientôt, pour reparaitre un peu plus tard.

Ici les choses se sont bien à peu près passées ainsi ; mais, contrairement à ce qui se passe habituellement, le sang a continué à suinter pendant quatre ou cinq jours, la femme perdant extrêmement peu, — mais c'est là une anomalie qui aurait pu faire douter de l'insertion vicieuse.

Quinze jours avant son entrée dans le service, nouvelle perte qui dura cinq

jours. Le 2 mars, encore une nouvelle hémorrhagie, accompagnée de quelques douleurs.

Enfin la malade est entrée dans le service le samedi 3 mars au matin. Je la vis. On avait fait des injections chaudes et l'hémorrhagie continuait.

J'examinai la femme, son ventre était à peu près celui d'une grossesse de sept mois. Le col était entr'ouvert, laissant passer les deux doigts. En pénétrant dans le col on arrivait sur une surface irrégulière, bosselée, avec une saillie paraissant présenter la résistance placentaire. Le col avait une longueur de 5 centimètres et, au-dessus de l'orifice interne, on sentait les cotylédons et, sur le pourtour, on sentait aussi fort nettement que le tissu placentaire adhère, sur toute la périphérie, à la paroi utérine.

Je savais donc que le placenta recouvrait tout l'orifice utérin et c'était donc ou une insertion partielle ou une insertion centrale,—et si l'insertion était partielle, elle se rapprochait beaucoup de l'insertion centrale.

Je pensai que, dans ce cas-là, je pourrais peut-être tirer profit de la perforation du placenta, recommandée par Deventer et par Goudrin et effectuée par eux et par bien d'autres. J'introduisis complètement ma main dans le vagin, non sans faire éprouver quelque douleur à la femme qui poussait des cris très forts.

Voilà ma main dans le vagin. Je voulus alors trouver le placenta avec l'index ou le médius. Ce ne fut pas sans quelque peine que je parvins à dilater les cotylédons placentaires.

Voilà enfin les cotylédons déchirés et mes deux doigts arrivent sur le chorion. Je me mis alors en devoir de rompre les membranes. Je sentais la tête au-dessus. J'ai des ongles assez forts, tous capables de rompre les membranes et je ne me sers jamais que des ongles pour faire cette rupture.

Je sentis que les membranes étaient assez résistantes, mais je finis enfin par rompre le chorion. Je me plaçai alors contre le dos de la femme et, dans cette position plus commode, je crus avoir fini par faire la rupture complète des membranes.

Je me croyais au bout de mes peines. Il n'en fut rien. Je retirai ma main, rien ne vint : le liquide ne coulait pas. J'avais senti un flot de liquide et pourtant il ne se produisait pas d'écoulement.

J'avais, en effet, rompu le chorion, mais l'amnios était resté intact. Je réintroduisis ma main et je sentis alors comme un voile membraneux qui était repoussé au-dessus du chorion. Quand je poussais mon doigt plus haut, ce voile se laissait refouler ; il fuyait en haut, à droite, à gauche... suivant le point vers lequel je portais mon doigt. Je connus fort bien cette sensation-là.

Je reconnus que l'amnios était intact et je me mis en devoir de rompre cet amnios. Je n'y parvins qu'en le comprimant contre la tête de l'enfant, et en donnant un coup un peu brusque.

Voilà donc le placenta largement ouvert. Je retirai ma main et fis une injection chaude. La femme ne perdit plus.

Il était 4½ heures. À 5 heures du soir, l'hémorrhagie reprit.—Il faut donc savoir que l'hémorrhagie peut continuer après la rupture des membranes.

À 6 heures du soir, la dilatation était complète. La femme tomba en syncope. M. Demelin, inquiet, se mit en devoir de pratiquer la version par manœuvres internes. Il introduit la main, traverse le placenta et le voilà dans la cavité utérine. Il veut aller à la recherche des pieds, mais sa main se trouve dans un sac amniotique ; il ne peut pas trouver l'ouverture que j'avais pratiquée dans l'amnios. Il ne peut pénétrer dans l'utérus. Partout il trouve une couronne adhérente au col. Il décola le placenta, rompit de nouveau les membranes, pénétra dans l'utérus et termina la version.

On fit des injections d'éther à la femme qui était en syncope, on la ramena en employant les divers moyens usités en semblable occasion.

Malgré tout, la malade se mit encore à perdre du sang après la délivrance et une nouvelle hémorrhagie se déclara.

Ces hémorrhagies sont la conséquence de ce fait que les vaisseaux utéro-placentaires déchirés restent ouverts et sont cause de la reproduction de l'hémorrhagie. Cette hémorrhagie vient du segment inférieur qui, n'étant pas assez riche en fibres musculaires, ne se resserre que difficilement. Quo faut-il faire dans ce cas ? Il faut faire le tamponnement du col et c'est justement à ce moyen qu'eut recours M. Demelin. Aussitôt le tampon placé, l'hémorrhagie s'arrêta.

On entoura en même temps les membres inférieurs de la malade d'une bande compressive, afin de maintenir le sang au cerveau et au cœur. La femme se remonta un peu ; mais, à 7 heures du soir, elle a une nouvelle syncope qui est traitée comme la première, et, à 9 heures, elle allait mieux, et M. Demelin m'écrivit qu'elle pourrait s'en tirer.

La malade va mieux, en effet aujourd'hui. Elle n'est point encore tout-à-fait hors d'affaire ; elle a été très fatiguée, très épuisée par les opérations successives qu'elle a subies : Perforation du placenta, version, tamponnement, etc. ; mais elle va sensiblement mieux.

La température est bonne ; elle n'a pas dépassé 37°8.

La femme peut donc être considérée comme guérie, mais l'enfant est malheureusement mort ; il a succombé pendant que je perforais le placenta. Avant de commencer à procéder à cette opération, les battements du cœur étaient bons ; ils se sont troublés pendant que j'opérais et nous ne les avons plus entendus du tout après que la perforation a été faite.

Voilà le résumé de cette observation que l'heure avancée m'a obligé un peu à abrégé. Je la reprendrai pour la compléter.

En somme, l'enfant est mort et la femme est sauvée, mais elle a, pour ainsi dire, été sauvée comme par miracle, car sa vie a été un moment fort compromise.

Quand on assiste à un fait semblable, on doit toujours envisager, contrôler, juger la conduite que l'on a tenue.

Eh bien, en considérant ce qui a été fait, les résultats obtenus, je vais vous faire ma confession : si cette même femme arrivait aujourd'hui ou s'il s'en présentait une autre dans un cas semblable, je ne ferais plus la perforation, je ferais autre chose.

DE LA PRÉPARATION DES TIGES DE LAMINAIRE POUR PRATIQUER LA DILATATION DU COL UTÉRIN.—Dr L. TOUVENAIN.

—La dilatation du col de l'utérus est une opération courante en gynécologie ; ses indications sont multiples et on peut la réaliser de deux manières différentes : soit d'une manière rapide et extemporanée, soit au contraire d'une façon lente.

La dilatation extemporanée s'obtient à l'aide des dilateurs métalliques dont il existe plusieurs modèles ; mais ses dilateurs agissent toujours assez brusquement et leur application est le plus souvent fort pénible ; d'autre part, ils ne remplissent pas absolument et complètement le but qu'on se propose. Enfin ils déterminent parfois des perforations de l'utérus. Aussi l'emploi des tiges de laminaire est-il bien préférable et c'est à elles que j'ai toujours recours, tout au moins pour commencer la dilatation.

Les tiges de laminaire ont un autre avantage, c'est qu'agissant lentement : 1° elles étalent mieux et plus complètement la muqueuse cervicale ; 2° elles dilatent plus également ces sténoses étendues et très accentuées du canal cervical, comme on en rencontre chez les femmes dysménorrhéiques, principalement les nullipares ; 3° elles assouplissent mieux le parenchyme utérin, comme cela est utile dans la métrite parenchymateuse.

Bref, soit que l'on veuille dilater le col pour faire ensuite un curetage, un Schroeder, un Emmet ou une hystérectomie, soit que la dilatation constitue la seule intervention, c'est des tiges de laminaire que l'on doit se servir chaque fois

qu'on aura le temps et à moins qu'on ne soit forcé de dilater le col en quelques minutes.

Quelles préparations convient-il de faire subir à ces tiges pour les aseptiser et rendre leur emploi aussi peu douloureux que possible ?

Voici, à cet égard, comment je conseille de procéder. Les lamineaires du commerce sont vendues munies d'un fil de soie ; il est bon de retirer ce fil dont la propreté est fort problématique. On frotte la laminaire avec un linge un peu rude imbibé de liqueur de Van Swieten, puis on y fixe un fil de soie solide qu'on a fait bouillir dans de l'eau phéniquée. La tige est alors introduite dans un flacon renfermant une solution à 1 p. 1000 de sublimé dans l'éther, où elle reste pendant plusieurs jours. En l'en retirant, on la place dans la solution suivante, d'où on ne la retire qu'au moment d'en faire usage :

Iodoforme.....	10 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	4 grammes.
Ether sulfurique.....	100 grammes.

Dans cette solution, les lamineaires acquièrent de la souplesse sans gonfler et s'imprègnent d'iodoforme.

Aussi y a-t-il avantage à préparer les lamineaires longtemps à l'avance, afin qu'elles séjournent longtemps dans la solution d'éther iodoformé cocaïné.

Une fois bien connue la manière de préparer les tiges de laminaire, voyons maintenant comment elles doivent être introduites dans l'utérus.

Le vagin est soigneusement irrigué avec une solution de sublimé ; puis on introduit le spéculum ou mieux encore deux valves.

On pratique l'hystérométrie afin de se rendre compte de la direction de l'utérus et on saisit la lèvre antérieure du col avec une pince tire-balle ou une pince de Museux à méplats. On prend alors une laminaire avec une pince à pansement, on l'enduit de vaseline au sublimé, afin de rendre son introduction plus facile et de prévenir les adhérences, puis on la présente à l'orifice du col et on la pousse dans l'utérus, en suivant la direction indiquée par l'hystérométrie.

Il faut avoir bien soin de ne pas trop avancer la tige, car si l'extrémité postérieure de la laminaire dépassait l'orifice du col, cette tige, une fois détachée, se trouverait encastrée et son extraction serait des plus laborieuses. C'est pour obvier à cet inconvénient qu'on a proposé il y a quelque temps de munir les lamineaires d'un disque en caoutchouc destiné à empêcher que la tige ne pénètre trop loin dans le canal cervical. Mais avec un peu d'habitude on place comme il faut les lamineaires, et pour ma part je n'ai jamais recours au disque de caoutchouc qui est un corps étranger qu'il vaut mieux ne pas introduire dans le vagin sans nécessité ; c'est en tout cas une complication, et on ne saurait trop, à mon avis, simplifier.

Une fois la tige convenablement mise en place, on la maintient en position à l'aide de tampons de gaze iodoformée introduits au fond du vagin.

On laisse ordinairement chaque laminaire vingt-quatre heures dans l'utérus.

Pour retirer la tige, il suffit d'enlever le tampon vaginal, puis d'exercer une légère traction sur le fil ; si on éprouve de la difficulté, il faut saisir avec une pince l'extrémité de la laminaire qui fait saillie hors de l'orifice externe du col et lui imprimer des petits mouvements de rotation incomplète.

On fait ensuite une irrigation vaginale et on place une autre laminaire d'une grosseur supérieure. Quand on veut dilater très largement l'utérus, il vaut mieux ne pas employer de très grosses lamineaires et il est préférable de réunir en faisceau plusieurs tiges de petit calibre. Le résultat obtenu ainsi est plus complet et plus certain.

La dilatation se fait le plus souvent sans provoquer de douleurs, grâce au mode spécial de préparation des tiges de laminaire que nous avons indiqué. Dans certains cas pourtant, surtout chez les femmes nerveuses, la présence des lamineaires dans l'utérus détermine des coliques plus ou moins fortes ; pour les

calmer, on donnera un lavement d'antypirine, de laudanum ou de chloral; dans des cas exceptionnels, quand les douleurs sont trop vives, on aura recours à une injection hypodermique de morphine. D'ailleurs, le plus ordinairement, ce n'est que la première lamine qui provoque des douleurs.—(*Rev. intern. de Méd.*)

TRAITEMENT DES CREVASSES DU SEIN PAR LE GAIACOL.—

J'avais accouché une sage-femme qui désirait ardemment allaiter son enfant. Malheureusement il y avait sur le mamelon plusieurs crevasses qui rendaient la succion tellement douloureuse que cela devenait intolérable. J'avais dans un cas semblable fait une légère application de cocaïne, et l'enfant avait été pris d'une faiblesse telle que je n'ai jamais voulu renouveler cette tentative.

Je fis un badigeonnage avec une solution huileuse au dixième.

Après deux minutes on essuya avec un peu de ouate; on appliqua la petite tétérille en verre, et le bébé se mit à têter avec voracité. La mère fut tout étonnée de ne plus sentir de douleur, et depuis ce temps elle a continué son allaitement.

J'ai pensé que ce fait peut avoir son importance et qu'il mérite d'être publié.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*)

DR MOLINIER DE DREUX.

HÉTÉRO-INFECTION PUERPÉRALE.—(*Journal d'accouchements.*)—

La plaie utérine produite post-partum sert généralement de porte d'entrée à l'invasion de l'organisme par les microbes septiques. Ce sont les germes venus du dehors qui sont la cause du *plus grand nombre des cas* de streptococcie puerpérale.

Avant l'ère antiseptique, les meilleurs accoucheurs transportaient fréquemment l'infection septique d'une accouchée à une autre. Il était alors préférable de s'accoucher sur le pavé que d'entrer dans une maternité!

Quoi qu'il en soit, le mode le plus banal de contagion reconnaît pour cause l'exploration digitale chez les parturientes et ultérieurement la contagion de la plaie utérine.

Donc l'importation des streptocoques peut se faire par l'intermédiaire de personnes bien portantes et spécialement par les doigts infectés.

Voici, d'après les tablettes de la Société de médecine publique de Belgique, des observations intéressantes où les streptocoques pyogènes sont venus du dehors dans l'utérus (hétéro-infection):

En décembre 1895, se sont déclarés sept cas d'affections puerpérales à Waaloo (province d'Angers). Toutes ces femmes avaient été soignées par la même garde-couche. Celle-ci, sur des instances, a renoncé à ses fonctions pendant deux mois et a fait procéder à la désinfection de ses vêtements.

Ces mesures ont été couronnées de succès.

Le 7 février de l'an dernier, une femme accouchée à Veldonzelt (Limbourg) s'est trouvée dans un état puerpéral excessivement grave. Elle aura été contaminée par la sage-femme qui avait assisté une autre personne morte de fièvre puerpérale dans un village voisin. L'affection a eu une marche lente, irrégulière et s'est terminée par la mort de la malade après quelques septénaires.

Sans autre transition, nous citerons deux autres cas analogues tirés d'une publication officielle.

A Nethen, en Brabant, 1893-1894, on relève 11 cas de fièvre puerpérale. 4 décès, dans la clientèle de l'accoucheuse. 5 cas, dont un cas mortel, survenus dans les mêmes circonstances d'ignorance des plus simples notions d'antisepsie, à Rupelmonde et à Steendorp (Flandre orientale).

D'autre part, voici des observations judicieuses faites par notre distingué confrère Harpain, montrant non seulement les dangers de l'infection hétérogène, mais encore les moyens pour la combattre:

« Des cas nombreux de fièvre puerpérale ont éclaté dans la clientèle d'une

sage-femme, à Alost, et il a suffi d'interdire pendant un certain temps la pratique obstétricale à cette personne pour voir cesser la maladie.

" Depuis le 6 décembre 1884 jusqu'au 6 janvier 1885, cinq femmes ont succombé dans la ville de Tournai à la périctonite puerpérale. Toutes y avaient été accouchées par la même sage-femme."

En janvier 1892, M. le Dr Grenell a publié, dans la *Revue Médicale de l'Est*, l'histoire de cinq cas de fièvre puerpérale dont la transmission s'est faite par l'intermédiaire d'une sage-femme.

Après avoir relaté ainsi plusieurs épidémies de fièvre puerpérale reconnaissant pour cause la souillure des doigts non pas par un simple poison, mais par le germe de la septicémie puerpérale, rappelons, non sans insister là-dessus, qu'on a contaminé bien des accouchées en venant à leur aide après avoir soigné des malades atteintes d'érysipèle.

L'observation suivante confirme cette manière de voir : En novembre 1895, une femme de Poperinghe a commencé à présenter les symptômes de la septicémie puerpérale le quatrième jour après l'accouchement. Elle est morte après une période de dix jours de maladie. Ce cas offre un caractère intéressant. En effet, *malgré les injections antiseptiques* faites immédiatement, pendant et après l'accouchement, cette femme avait été infectée probablement par sa garde-couche qui venait de soigner un cas d'érysipèle grave chez la sœur. L'accoucheur ignorait malheureusement cette circonstance au moment de l'accouchement.

D'autre part, Siredey a noté chez des pensionnaires de l'hôpital Lariboisière, des accidents puerpéraux reconnaissant pour cause la contagion cancéreuse.

Il signale le cas célèbre de Semmelweis : quatorze femmes accouchées par des élèves ayant pratiqué le toucher chez une malade frappée de cancer utérin succombèrent en présentant tous les signes caractéristiques du puerpérisme infectieux.

Non seulement les débris de tumeurs cancéreuses sont très dangereux, mais l'exploration digitale pratiquée quelque temps après une autopsie ou après avoir donné des soins à des personnes atteintes de phlegmons diffus peuvent constituer un grand péril au point de vue de l'infection septique.

En 1883, le Dr Swiecki a rapporté, dans le *Centralblatt*, le cas d'une malheureuse infectée par un élève chargé de l'examiner pendant la parturition.

Cet étudiant avait fait une autopsie six jours auparavant et affirmait avoir pris les précautions antiseptiques d'usage.

Autre exemple de contagion :

Charpentier raconte, dans son cours, l'histoire d'un médecin dont la femme eut un accouchement simple et qui ne présenta rien de particulier qu'un retard un peu prolongé de la délivrance. Le 17e jour, son mari, qui venait de donner ses soins à un malade atteint d'un phlegmon diffus de la cuisse, eut la funeste idée d'examiner sa femme pour voir si l'utérus était bien revenu à son état normal. Le lendemain, la femme fut prise d'un frisson violent et nous vîmes se dérouler successivement sous nos yeux tous les phénomènes caractéristiques de l'infection purulente, à laquelle la malade succomba le 33e jour de ses couches.

Voilà les faits qu'il faut méditer, qu'il s'agisse d'avoir à procéder au toucher, à une application de forceps, à une version ou à toute autre opération obstétricale.

Encore un mot : Malgré les progrès de l'antisepsie, on a songé à obliger le médecin à cesser toute pratique pendant quelques jours après avoir soigné des malades infectés.

Actuellement, on doit considérer cette mesure comme surannée.

Selon Fritsch, *ce n'est pas le temps qui tue les bactéries, mais les désinfectants*. S'il est vrai que les doigts infectés propagent les épidémies de streptococcie puerpérale, il n'est douteux pour personne que la méthode de Lister, en tuant les germes de l'infection, empêche la contamination de produire ses ravages.

(Revue des maladies des femmes.)

Dr H. LAMBINON.

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT DES RÉTRODÉVIATIONS NON COMPLIQUÉES.—(*Gynécologie*, 15 février 1896, p. 3.)—M. BOUILLY distingue les rétrodéviationes en simples, c'est-à-dire avec utérus mobile et réductible d'emblée, et en *compliquées* avec utérus fixe non réductible ou difficilement réductible : ces dernières sont sous la dépendance de lésions annexielles ou péritonéales anciennes dont la rétroversion n'est qu'une complication secondaire et qu'il importe de traiter avant tout.

Il faut prendre garde à la fausse irréductibilité due, dans les cas anciens, à l'enclavement de l'utérus au niveau de la courbure sacrée : l'utérus est entouré de toutes parts, mais non adhérent, comme l'emploi de l'hystéromètre permet de le constater, quel que soit l'âge de la déviation. L'auteur cite un cas remontant à dix-sept ans. C'est ici que le massage, bien souvent, accomplit le plus de merveilles, mais l'hystéromètre est encore plus rapide et plus sûr.

Les femmes ayant accouché fournissent la majorité des cas de rétrodéviation observés ; chez les nullipares, on trouve plutôt la rétroflexion que la rétroversion : cette rétroflexion est, pour M. Bouilly, ordinairement congénitale, sauf les cas exceptionnels consécutifs à un effort, véritable *luxation*, comportant un traitement et des symptômes spéciaux.

Il n'y a pas de signes constants et exclusifs des rétrodéviationes simples, les seules qu'envisage M. Bouilly dans son article. Elimination faite des hystériques, on voit des femmes supporter sans se plaindre une déviation de très ancienne date, que le gynécologue est amené à découvrir par hasard ; d'autres fois, les malades accusent des douleurs que le médecin rapporte à une rétroversion constatée et qui cessent grâce à un traitement banal, malgré la persistance de la déviation.

Il y a cependant un certain nombre de symptômes que l'on peut lui rapporter, ne fut-ce qu'en constatant leur disparition par la correction de l'attitude vicieuse de l'organe et leur réapparition invariable dès que l'utérus retombe en arrière : douleurs sourdes et persistantes créant peu à peu des troubles profonds de l'existence plutôt par leur continuité que par leur violence : pesanteur, tiraillements au niveau des aînes, parfois pression sur le rectum ou au niveau de l'anus, avec sensation de déplacement d'un corps étranger quand on s'assied ; la marche et la station debout sont rapidement fatigantes et quelquefois impossibles ; le décubitus horizontal au lit ne soulage pas les douleurs et, d'instinct, les malades se couchent et dorment sur le ventre ; les rapports sont douloureux ; les règles deviennent abondantes et s'accompagnent d'un état général douloureux tout spécial ; des signes de ptose stomacale avec dilatation de l'organe se montrent très habituellement accompagnés d'un état neurasthénique tout spécial.

Faut-il traiter toutes les rétrodéviationes ? M. Bouilly estime que chez les femmes âgées on peut laisser les choses en état. Chez les jeunes femmes, c'est une lésion généralement ancienne quand on la découvre et pouvant entraîner à la longue des complications de diverse nature et mêmes des lésions tubaires par torsion et obstruction du canal de la trompe.

D'une façon générale, M. Bouilly s'élève contre l'emploi de la méthode sanglante dans le traitement des rétrodéviationes mobiles. Sans contester les succès d'Alquié-Alexander, de l'hystéropexie abdominale ou vaginale, il pense que les moyens simples peuvent conduire à des résultats aussi bons : seule l'hystéropexie abdominale survivra-t-elle, mais dans les cas compliqués de troubles annexiels qui constituent en somme sa véritable indication. Le traitement de choix selon M. Bouilly est donc l'emploi d'un pessaire *bien choisi et bien appliqué*.

M. Bouilly distingue au point de vue du traitement, deux catégories de femmes : celles dont le plancher périnéo-vaginal est mauvais et insuffisant, et celles dont le même plancher est bon et suffisant.

Dans le premier cas la restauration vagino-périnéale s'impose comme le

premier temps du traitement : après une bonne colpo-périnéorrhaphie, l'utérus se trouve remis en place dans la plupart des cas et tous les symptômes disparaissent, lors même qu'il subsisterait un léger degré de déviation en arrière. Sans cette restauration du plancher périnéal, les autres interventions opératoires, quelles qu'elles soient, seraient inutiles. D'autre part, M. Bouilly a cité au Congrès de Bordeaux 35 cas où la colpo-périnéorrhaphie pratiquée en vue de préparer l'application d'un pessaire, procura un soulagement tel que l'emploi de celui-ci fut rendu inutile.

Dans la deuxième catégorie de femmes, celles dont le périnée est bon et suffisant, l'indication du pessaire est absolue. Il importe toutefois de traiter la métrite, accompagnée souvent de déchirures cervicales que l'on trouve dans beaucoup de ces cas. Au moyen de l'hystéromètre, accompagné d'un doigt placé dans le cul-de-sac postérieur, on ramène l'utérus en antéversion (la vessie étant préalablement vidée). Cette réduction est indispensable avant l'introduction du pessaire : celui-ci doit être introduit le pessaire restant en place ; sinon, appliqué contre l'utérus resté en rétroversion, il appuiera sur la paroi postérieure de celui-ci, en maintenant la rétrodéviations et en l'aggravant.

M. Bouilly recommande le pessaire de Hodge modifié en relevant fortement sa partie postérieure et en l'élargissant légèrement. Le pessaire doit en général être choisi grand en prenant le numéro 6 comme moyenne. Les injections antiseptiques seront prises quotidiennement. Toutes les semaines le pessaire sera retiré et nettoyé soigneusement en même temps que l'on contrôlera le maintien de l'utérus en bonne place. Deux fois seulement sur 130 cas, M. Bouilly a vu se produire une ulcération vaginale superficielle due au contact de l'instrument. La moyenne de la durée de son emploi pour maintenir l'utérus définitivement en antéversion est, selon l'auteur, de huit à douze mois. Il peut finir par passer inaperçu pour la femme, même, dit M. Bouilly, pendant les rapports conjugaux.

USAGE DU PESSAIRE DANS LES DÉVIATIONS UTÉRINES.—(*Amer. Journ. of Obstetr.*, No 39.)—MENDES DE LÉON s'étonne qu'on n'ait pas plus souvent recours au pessaire, au lieu d'entreprendre des opérations que ne justifie pas la gravité du mal.

Dans bien des cas, l'usage du pessaire est suffisant pour soigner et même guérir. Il est très utile dans les rétrodéviations mobiles, les désordres pelviens et la dépression nerveuse. S'il ne guérit pas complètement les prolapsus de l'utérus et les colpecèles, au moins il peut amener un grand soulagement.

Le principal est de bien choisir un pessaire réunissant les conditions suivantes : 1° remplaçant l'utérus en position normale ; 2° produisant un soulagement complet sans que la malade s'aperçoive de sa présence, et enfin 3° n'irritant pas la muqueuse vaginale.

Un bon pessaire doit être lisse, poli et très léger. La meilleure matière est le caoutchouc durci préparé d'après la formule de Prochovossik, se ramollissant dans l'eau bouillante et durcissant de nouveau dans l'eau froide, ce qui permet au chirurgien d'en modifier la courbure selon le besoin. Les pessaires en or et en aluminium, parmi ceux en métal, sont seuls recommandables. Pour le prolapsus de l'utérus, l'auteur recommande surtout le pessaire de Schultze, et pour la rétroversion, ceux de Hodge et de G. Thomas.

On ne doit jamais appuyer la branche antérieure sur le bassin osseux ; les muscles du plancher pelvien, dont le plus important est le releveur de l'anus, le vagin et le rectum sont le véritable point d'appui du pessaire et suffisent pour empêcher son déplacement pendant la miction et la défécation.

REVUE D'HYGIÈNE

CE QU'IL FAUT FAIRE AU PRINTEMPS, CHEZ SOI, POUR AVOIR UNE BONNE SANTÉ.—De l'avis de tout le monde, le printemps est la saison favorable au nettoyage de la maison, de la cour et des rues. C'est aussi le temps de commencer la lutte contre la mauvaise santé, la maladie, la mort prématurée, qui vont se sentir chez eux jusqu'à la saison des froids.

Le *choléra infantile*, cette maladie spécifique des intestins des jeunes enfants, va recommencer avec énergie ses attaques en juin, atteindre son apogée en juillet et août pour tomber brusquement en septembre. La cause de cette maladie est entièrement liée à la malpropreté du sol, à l'impureté de l'air et de l'eau, où elle trouve, grâce aux fortes chaleurs de l'été, une couche-chaude favorable à son développement rapide et malin. Les enfants sont exposés des premiers, et le fait que le poison vient les trouver dans la maison même doit engager les mères à accorder une importance vitale aux modes d'envahissement et d'action de la maladie.

La saison chaude est celle de la croissance rapide, de la maturation et de la décomposition du règne végétal auquel appartient la plupart des causes spécifiques connues des maladies.—La décomposition est, à cette saison, encore plus rapide, plus offensive et plus dangereuse. Elle doit, dans l'ordre naturel des choses, aider à la croissance de la vie végétale sous ses différentes formes, mais à la condition que les choses mortes soient convenablement enterrées ou brûlées. La chose est d'autant plus difficile à obtenir dans les maisons ou les centres très peuplés que c'est là surtout que l'on néglige le plus les précautions d'hygiène les plus simples.

À notre point de vue, les devoirs hygiéniques de chacun, d'ici à l'hiver prochain, doivent consister à enlever toute matière organique morte de l'air que nous respirons, de l'eau que nous buvons et des maisons que nous habitons.

Mais comment ? se dira-t-on. Comme la mère de famille est l'officier de santé naturel de la maison, il est attendu que ce qui va suivre s'adresse à elle, mais avec l'entente aussi que cela doit intéresser également le père de famille, et que les choses que nous dirons s'appliquent autant à la maison de campagne isolée qu'à celle du village et de la ville, puisque le problème à résoudre est celui-ci : "*Comment prévenir l'entrée dans la famille de la mauvaise santé, de la maladie et de la mort prématurée.*"

Avant de ne rien entreprendre il est bon de savoir ce qui doit être fait de toute nécessité. Dans le cas qui nous occupe, la première chose à faire, c'est l'inspection minutieuse de la maison, de la cave au grenier, et de tout ce qui s'y rattache : allonges, hangards, terrain, etc., afin de découvrir tout ce qui pourrait corrompre l'air, ou l'approvisionnement d'eau, ou servir de place de culture aux germes de la maladie, ou contenir des choses nuisibles qu'on peut empêcher.

Commencez par la cave qui, durant l'hiver et les temps froids, sert en règle générale de pouders à la maison.—Elle doit être éclairée et sèche, et ventilée de part en part durant tout l'été. Voyez à ce qu'on n'y laisse pas séjourner des végétaux en décomposition et des matières animales qui se gâtent. Gardez les patates et les autres légumes dans des boîtes ou des barils suffisamment petits pour être remués avec facilité. N'y mettez pas de meubles à demeure fixe (*sictures*), mais voyez à ce que les armoires, les boîtes à lait, etc., soient éloignées des murs et facilement transportables. Cela *paie* d'avoir un plancher en ciment. Lorsqu'il est bien fait on peut le laver comme il faut ; il sert à empêcher l'humidité, l'air du sol et la vermine de venir et peut être nettoyé aussi facilement qu'une

roche, et mieux que le bois. De la pierre ou de la brique dure dans du ciment fait très bien l'affaire. La brique molle est mauvaise; le bois, sur le sol, est très mauvais, le sol nu est encore préférable. Les murs de la cave doivent être revêtus d'une couche de lait de chaux (vrai blanchissage) frais et caustique. Lorsque la chose est possible, traiter le plafond de la même manière, et n'y jamais laisser de fils d'araignée ou de poussière. Il ne faut pas tolérer dans l'air de la cave une *odeur de moisi humide*. Il faut que l'air de la cave soit doux et pur, pour la raison très simple mais très importante qu'il *influence d'une manière très grande la qualité de l'air général de la maison*.

La maison elle-même.—Tous les planchers doivent être bien réunis, étanches, polis, et, ce qui vaut encore mieux, imbibés d'huile de lin bouillie, ou peinturés. Nous conseillons fortement d'employer la peinture, et encore mieux l'huile, parce que les planchers qu'on ne protège pas ainsi deviennent saturés de matières dangereuses pour la santé. Un plancher bien fait, poli et bien huilé est si agréable à voir, d'une si grande facilité de nettoyage, que les tapis deviennent inutiles. Le tapis, tel qu'on l'emploie habituellement, taillé de la grandeur de la chambre et cloué sur le plancher pendant des mois, retient toujours dans son tissu et sous lui des saletés que le balayage le plus soigné ne peut enlever. Le rug, fait à la maison, coûte moins cher, est plus propre, plus sain, plus facile à aérer et à nettoyer, et heureusement aussi devient à la mode.

Les murs des chambres doivent être colorés à la chaux, de couleurs légères, ou peints.

Le papier peint retient les matières pernicieuses; la colle de qualité inférieure que l'on emploie dans sa fabrication, la pâte dont on se sert pour la fixer au mur sont très propres à se décomposer. Tous ceux qui tiennent maison savent le trouble que l'on a à enlever cette colle, lorsqu'on veut renouveler le papier. Beaucoup de papiers peints contiennent de l'arsenic, ce qui a déjà été une cause constatée de maladie. Donc, pour votre santé, employez sur les murs des chambres l'eau de chaux ou de la peinture. Si vous employez la peinture, il faut qu'elle soit peu épaisse et sèche rapidement.

Pour ce qui regarde les plafonds, on ne doit pas les peindre ni les tapisser. Il vaut mieux les passer à la chaux. Une partie de la ventilation des chambres (lorsque la maison s'y prête) se fait à travers les plafonds vers les mansardes, ou par les espaces entre les solives, et de là dans les mansardes.

Les cabinets et les porte manteaux deviennent habituellement et facilement sales, moisés et pernicieux. L'odeur de moisi que l'on sent, là et ailleurs, dans les habitations, est causée par la décomposition des matières organiques. Cette décomposition est due à une croissance végétale, de grosseur microscopique, et qui pour cette raison ne se transporte que mieux dans l'air et n'est que plus facile à respirer. Détruisez-la par la propreté, la sécheresse, la ventilation et la lumière.

Les habits d'hiver doivent être bien secoués et aérés complètement au grand air avant de les emballer. Les vieux cuirs, les vieilles chaussures, etc., doivent aller soit à la boutique de réparation, soit sur les tas de fumier, ou bien on les enterre près des racines des arbres ou des vignes.

Chambres à coucher, lits.—Il vaut mieux que les chambres à coucher ne soient pas sur l'étage du sol. Pour les matelas, c'est le crin qui vient en premier lieu, naturellement; on peut mettre en second lieu la paille d'avoine fraîche et bien nette. Comme couverture, rien ne vaut la couverture toute laine, quelque grossière qu'en soit la fabrication. Le "confortable"—chiffons de coton entre deux pièces d'étoffe de coton—est, tel qu'on le fabrique généralement, une mauvaise substitution; il retient les mauvaises odeurs, et, en cas de maladies infectieuses, devient dangereux. Il est difficile à laver; bien souvent on ne le lave pas. Il vaut mieux, quand on veut un confortable, remplacer les chiffons de coton par de la laine lavée et cardée. Mince, léger, propre et chaud, il vaut alors presque autant qu'un édredon. Durant l'été, les couvertures toutes laine et légères,

avec un couvre-pied en calicot, sont ce qu'il y a de mieux à employer. *Employez toujours des draps dans le lit*, de même que vous portez toujours du linge sur votre corps.

Les lits doivent être brassés et exposés à l'air libre pendant une heure dans la matinée ; les fenêtres et les persiennes doivent être aussi ouvertes, afin d'établir une bonne ventilation. Durant l'été, il vaut mieux que les chambres à coucher soient sans tapis et ne contiennent que les meubles nécessaires. *La propreté, la ventilation et le soleil* sont encore plus importants dans une chambre à coucher que dans une autre. Les lits en fer et les matelas métalliques ne coûtent guère plus cher et sont bien plus hygiéniques que les lits en bois.

La mansarde doit être regardée comme un cabinet au travers duquel l'air vicié de la maison trouve son chemin au dehors ; par conséquent, soyez sûr qu'elle aie une fenêtre et qu'elle soit bien éclairée. Laissez la fenêtre largement ouverte toute la saison. S'il le faut, mettez-y des barreaux ; mais rappelez-vous que la ventilation libre de la mansarde rend la maison plus fraîche en été et l'air plus pur en hiver.

Les citernes et les puits ne doivent jamais être placés en dedans des murs de fondation d'une maison. Si la chose est déjà faite, empêchez l'humidité et l'odeur en les recouvrant de pierre et de ciment, et placez la trappe en dehors des murs.

La meilleure forme à donner aux citernes est celle d'un œuf, le petit bout en haut, et si elles sont en brique ou en pierre on doit les cimenter en dehors et en dedans. Lorsqu'elles sont creusées dans de la glaise forte, il suffit de les doubler d'une bonne épaisseur de ciment. Non seulement cette forme en œuf est la plus forte, mais elle ramasse les sédiments vers le fond sur un petit espace, et ne laisse de place au sommet que pour la trappe et les tuyaux, ce qui empêche les saletés et la vermine de pénétrer. Quand la chose est possible, il vaut mieux filtrer l'eau de pluie avant qu'elle n'entre dans la citerne. Les filtres placés dans la citerne même sont difficiles à nettoyer. On peut les faire en brique et les remplir de charbon cassé par petits morceaux et débarrassé de toute poussière, ou mieux encore de paille, de sable et de gravier ; mais il ne faut pas qu'ils soient situés sous l'eau, au contraire, bien au-dessus et faciles à enlever pour le nettoyage. *Un filtre qu'on ne nettoie pas souvent est encore plus nuisible qu'utile.* Le tuyau de distribution doit monter jusqu'à un pied du fond et être recourbé, de manière à ce que le mouvement de l'eau ne remue pas le sédiment. On doit nettoyer les citernes après la première pluie du printemps (celle qui lave le toit) et après la chute des feuilles en automne.

Les puits et l'eau de puits.—Un puits trop superficiel est facilement souillé par les eaux de lessive, les fumiers et les cabinets privés. Le danger est le même pour les puits qui ne sont pas protégés par des murs de ciment, ou mieux dont le tuyau n'est pas entouré de terre glaise et de pierre, et ne dépasse pas d'une manière suffisante la surface du sol. Les puits artésiens, que l'on fait de cette manière, donnent en général une eau de boisson bonne et pure.

En dehors de la maison, les causes de l'impureté de l'air et de l'eau sont, par ordre d'importance, les cabinets privés, les eaux de lessive, les tas de fumiers et les déchets. Les cabinets doivent être nettoyés et le contenu déposé sur les terres en culture ; on remplit ensuite le tout avec de la terre propre, on met à leur place des latrines à terre sèche et l'on prend la résolution formelle de ne jamais tolérer un pareil danger sur sa propriété.

Le tas de fumier doit toujours être placé de manière à ne pas s'égoutter dans le puits. Si la chose est impossible, on le place sur un lit de terre glaise bien battue, et on le protège par une couverture. Dans tous les cas, il faut transporter le fumier aussi souvent que possible sur la terre.

Les restants de cuisine, quand ils ne servent pas à l'engrais des animaux, doivent être brûlés dans le poêle ou enterrés dans le jardin.

Lorsqu'il n'y a pas de canaux publics, il est bon de distribuer les eaux de

vaisselle, de lessive, etc., dans le jardin à l'aide d'un tuyau bien étanche, dont l'ouverture est en dehors de la maison et recouverte d'un grillage de fer ou d'autre métal. Cette eau se répand dans le jardin par des drains peu serrés de tuiles ou de pierres placés à 20 pouces au-dessous de la surface du sol. En hiver, on recouvre le conduit principal de fumier, pour l'empêcher de geler.

Il faut que les *hangards*, les *étables à vaches* et les autres endroits où l'on garde des animaux soient tenus propres. La *terre de jardin sèche* employée libéralement sur le plancher des entre-deux, non seulement détruit les mauvaises odeurs, mais encore recueille l'ammoniaque et fait pour les jardins le plus riche et le meilleur des fumiers.

Gardez toujours prêt à être employé un grand seau de blanc de chaux, et faites en un usage constant sur les murs de la cave, les plafonds, et partout dans les granges et les petites maisons. Le blanc de chaux dont on se sert pour le blanchissage n'est utile que lorsqu'il est frais; une couche de kérosine, en le mettant à l'abri de l'air, le conserve très longtemps frais et caustique. L'eau de chaux est une solution claire de *chaux vive*. Voici une formule: Prenez de la meilleure chaux vive en morceaux, mettez-la dans un seau, jetez dessus un tiers d'eau, couvrez bien et éteignez la chaux jusqu'à ce qu'elle soit devenue une poudre fine ou un liquide crémeux. Une partie de ceci et trois parties d'eau feront une solution saturée. Ajoutez donc trois parties d'eau à votre mélange, brassiez bien, et versez alors dessus la moitié d'une tasse de kérosine (huile de charbon), ce qui la protégera contre l'air et lui conservera sa force. On emploie le liquide clair suivant le besoin, et le résidu solide peut servir à faire du blanc de chaux, ou bien on le jette dans les canaux et les cabinets.

Les *rues* doivent être propres. N'y déposez pas, et ne laissez pas vos voisins y déposer toutes sortes de saleté.

Il est très avantageux d'avoir des *arbres* et des *arbrisseaux* pourvu qu'ils ne soient pas trop rapprochés ou trop fournis, ce qui donne un ombrage humide. Il faut les tailler à une hauteur suffisante pour que l'air circule librement sur le sol qu'ils aident à drainer et à aérer.

Les *fleurs* et les *arbrisseaux*. Ayez-en autant que possible dans votre jardin, de même que des légumes. Encouragez les enfants à vous aider à en avoir soin. Plus d'une mère ou d'une fille ont trouvé dans ce travail agréable la santé et le bon teint, et beaucoup d'autres ont besoin de cette distraction pour varier la monotonie des soins du ménage et rompre un peu la réclusion à laquelle elles sont astreintes.

Pour nous résumer en peu de mots, l'air pur et abondant, l'eau fraîche et le soleil clair, dans la maison aussi bien qu'au dehors, sont les bases essentielles d'une bonne santé pour l'individu et pour la famille.

Public Health in Minnesota.

LE DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE DE LA DIPHTÉRIE.—Les études récentes sur la diphtérie ont prouvé que l'intensité des symptômes n'est aucunement en rapport avec l'étendue des membranes, que les caractères de l'angine diphtérique peuvent varier beaucoup au point de vue clinique, que ni l'angine ni les symptômes ne peuvent aider le médecin à poser un pronostic. On a vu des enfants qui n'avaient pas la diphtérie, être envoyés dans les hôpitaux de maladies contagieuses par des médecins compétents. On a vu aussi des petits malades, que le médecin soignait légèrement pour une angine simple, développer tout à coup les symptômes diphtériques les plus graves. Dans le premier cas, l'enfant était exposé à contracter une maladie dangereuse qu'il n'avait pas, et on le séparait inutilement de sa famille, on imposait à celle-ci des frais et des ennuis qui n'avaient pas leur raison d'être. Dans le second cas, le médecin, pour avoir négligé le diagnostic bactériologique, se mettait dans une position désavantageuse vis-à-vis de son malade, et s'enlevait d'avance la plupart de ses chances de succès.

Dans tous les cas de maux de gorge douteux, le diagnostic bactériologique doit être fait. C'est la seule manière pour le médecin de savoir, dans les vingt-quatre heures, à quoi s'en tenir. Et c'est à l'avantage de tout le monde : du médecin qui institue dès l'abord le traitement spécifique, de l'enfant qui bénéficie du sérum avant que l'infection soit trop grande, des parents auxquels on n'impose des sacrifices qu'à bon escient et qui peuvent dès le premier jour établir une prophylaxie sévère et efficace.

Le Conseil Provincial d'Hygiène a mis au service de la profession son laboratoire de bactériologie, et donne à tous les médecins des tubes et des broches que ceux-ci peuvent charger de membranes et lui envoyer. Il faut croire que ce moyen a été apprécié de la profession, car durant l'année qui a fini le 31 mars, le Dr Johnson a fait 998 examens de spécimens envoyés par 55 médecins différents. Pour montrer l'utilité de ces examens nous citerons les quelques faits suivants. La diphtérie a été reconnue dans 56 o/o des cas. Sur 43 cas diagnostiqués amygdalite par des médecins, 19 étaient de la diphtérie pure. A l'hôpital civique, 15 o/o des examens ont été négatifs : les enfants y avaient été envoyés sans avoir la diphtérie. Tout cela fait bien voir la nécessité d'un diagnostic positif. De même dans la convalescence, l'examen bactériologique permettra d'affirmer que tout danger est disparu et que l'on peut cesser la quarantaine.

Tout le monde a vu ces tubes que l'on envoie au Conseil d'Hygiène de la Province : on peut en trouver dans toutes les pharmacies. Le Conseil, voulant mettre les médecins de la campagne à même de s'en servir aussi et de bénéficier par eux des avantages du diagnostic bactériologique, a étudié dernièrement la question de l'expédition de ces tubes à la campagne. Il a demandé au gouvernement fédéral de faire comme en Angleterre, en France, en Allemagne et en Suisse et de permettre l'expédition de ces tubes par la poste. Comme à toute chose nouvelle, le gouvernement trouve une foule de difficultés. Le Conseil a fait valoir que ces tubes, maniés par le médecin seul, n'ayant pas séjourné dans la maison, étant bien enfermés dans un étui de bois, ne contenant pas de liquide, ne pouvaient être en aucune façon une source de danger pour personne. Toutes les précautions étaient prises à cet égard. Le Conseil ajoutait qu'une lettre ordinaire venant d'une maison infectée est bien plus dangereuse, que le gouvernement, en permettant le transport rapide des spécimens, et à prix modéré, aiderait à limiter l'extension de la maladie par la possibilité d'une prophylaxie précoce. Cependant l'Administration n'a pas encore consenti au transport des tubes par la poste, ce qui coûterait au médecin de campagne le prix exact d'une lettre. Espérons qu'elle y viendra un jour.

A Montréal, le Conseil continuera de mettre son laboratoire au service de la profession médicale bien que ce rôle appartienne surtout au Bureau d'Hygiène de la ville. Mais, comme l'on sait, les principes économiques bien connus du dit Bureau l'empêche d'avoir ce qu'il faut pour le diagnostic bactériologique de la diphtérie : cela lui coûterait \$150 à \$200.

Bronchite chronique des vieillards.

Acide benzoïque..... 0 gr. 30 centigr.
Tanin 0 gr. 15

Pour un cachet. 20 semblables. 4 ou 5 cachets par jour.—*Marigliano.*

Cors aux pieds.

Acide salicylique ... 1 gr.
Collodion 15 gr.

Déposer sur le cor.—*Tillaux*

REVUE DE PÉDIATRIE

Sous la direction du docteur ISAÏE CORMIER,
Médecin des enfants malades à l'Hôpital Notre-Dame.

LA TUBERCULOSE CHEZ LES JEUNES ENFANTS. (Ueber die Tuberculose im frühen Kindesalter). par KOSSEL. *Zeitscht f. Hygiene und Infectionskrankh.*, 1895, vol. XXI, p. 59.—Le travail de l'auteur est basé sur l'étude de 23 cas de tuberculose infantile avec autopsie, chez des enfants de 2 mois à 5 ans, complétée par l'étude de 17 autres cas où la tuberculose n'a été constatée qu'à l'autopsie.

Dans les deux groupes, la tuberculose des poumons et des ganglions bronchiques a joué le rôle principal et a été trouvée dans le plus grand nombre des cas. Au point de vue anatomique, la tuberculose se présentait sous trois formes distinctes. Dans la première, la plus fréquente, on trouvait une tuberculose disséminée des poumons avec tubercules miliaires au voisinage des vaisseaux; cette forme était manifestement le résultat de la pénétration, dans les vaisseaux, des matières bacillifères. Dans la seconde forme, le processus se présente sous forme d'une lésion locale progressant lentement, par voie lymphatique, et se développant à la façon d'une tumeur maligne; ces foyers siègent le plus souvent au voisinage des ganglions bronchiques.

Quand la tuberculose évolue lentement, la tuberculose en foyer se complique de tuberculose disséminée sous forme de foyers de broncho-pneumonie caséuse résultant de l'aspiration des matières bacillifères. C'est la troisième forme anatomique de la tuberculose pulmonaire. Ici, à côté des foyers de broncho-pneumonie caséuse, on trouve des foyers d'hépatisations ou à côté des bacilles tuberculeux on rencontre encore des streptocoques, assez souvent des bacilles d'influenza, ces derniers surtout dans les cas avec bronchite et bronchiolite suppurées. Quelquefois enfin on peut rencontrer le pneumocoque de Fraenkel: l'exsudat est alors riche en fibrine et très pauvre en cellules.

Toutes les trois formes peuvent ultérieurement se compliquer d'ulcérations, de cavernes qui n'occupent pas nécessairement les sommets et dont la production est due en partie à l'action des bactéries pathogènes de l'infection secondaire, aux streptocoques, aux bacilles de l'influenza.

Sauf un cas, les ganglions bronchiques étaient toujours atteints de tuberculose: dans 19 cas ils étaient caséux et transformés en une masse uniforme; dans 2 cas ils étaient simplement hyperplasiés bien qu'ils renfermassent des bacilles. Dans tous les cas, sauf ces deux derniers, la lésion des ganglions bronchiques paraissait plus ancienne que celle des poumons.

Dans 9 cas il existait une tuberculose des ganglions mésentériques; dans 2 cas on trouva une tuberculose de l'intestin, une fois ulcéreuse, l'autre fois sous forme de tubercules disséminés à la muqueuse, dans 2 cas enfin la tuberculose pulmonaire était compliquée de tuberculose des amygdales et du pharynx.

Dans 13 cas il s'agissait de tuberculose généralisée à presque tous les organes. Dans ces cas l'auteur a recherché l'état du canal thoracique et des vaisseaux au voisinage des foyers tuberculeux: dans aucun cas il n'a pu trouver d'une façon évidente, à l'œil nu, la porte d'entrée de l'infection tuberculeuse. A l'examen microscopique, l'auteur trouve une fois un ganglion bronchique calcifié entourant un vaisseau dont la paroi nécrosée est remplie de bacilles tuberculeux. Dans un

autre cas les bacilles furent trouvés dans les parois des vaisseaux de la pie-mère tuberculeuse.

Abordant, dans la seconde partie de son travail, la question de la tuberculose héréditaire, de la transmission héréditaire des bacilles tuberculeux, question qui soulève tout naturellement celle de la fréquence de la tuberculose chez les tout jeunes nourrissons, l'auteur se prononce nettement contre cette transmission héréditaire en faveur de l'origine acquise de ces tuberculoses. Il fait remarquer que la tuberculose chez les nourrissons se localise presque exclusivement à l'appareil respiratoire ou au tube digestif, c'est-à-dire aux deux appareils qui se trouvent dès le début en rapport avec le monde extérieur; que la fréquence des tuberculoses lentes augmente avec l'âge, c'est-à-dire à mesure que les occasions des infections deviennent plus nombreuses; que les recherches de Schlenker, de Krukman, de Dieulafoy sur la fréquence de la tuberculose des amygdales ont mis en lumière l'importance d'une nouvelle voie d'infection; qu'enfin lorsqu'on peut avoir des renseignements précis sur les antécédents des petits tuberculeux, on trouve toujours une source d'infection tuberculeuse. Ainsi sur les 22 cas observés par l'auteur, des renseignements précis furent obtenus sur 11: dans ces 11 cas on trouve père mort récemment de tuberculose (1 cas), mère morte récemment de tuberculose (3 cas), père phthisique (2 cas), mère phthisique (1 cas), séjour chez la grand-mère tuberculeuse (1 cas), séjour chez un beau-frère phthisique (1 cas).

Quant au diagnostic de la tuberculose pulmonaire, l'auteur montre comme quoi il n'existe aucun signe pathognomonique permettant de faire le diagnostic. Celui-ci peut se faire dans les cas difficiles soit par l'injection de tuberculine, soit par l'examen bactériologique des selles. Ce dernier procédé a permis à l'auteur de faire le *diagnostic de tuberculose pulmonaire* chez des enfants dont l'intestin était intact et fonctionnait normalement.—*Revue des mal. de l'Enfance.*

DU TRAITEMENT DES ANGIOMES PAR L'ÉLECTROLYSE, par P. A. PETERS. *Pract.*, Nos 45 et 46, 1895.—L'auteur a employé l'électrolyse dans le traitement de 70 angiomes, dont la grande majorité (67) chez les enfants. Les petites tumeurs érectiles, les angiomes caverneux volumineux, les taches télangiectasiques sont également justifiables de ce mode de traitement toutes les fois que l'excision simple est contraindiquée par le siège ou le volume ou quelque autre raison, ce qui est très fréquent; les très petites tumeurs faciles à exciser peuvent être détruites en une séance d'électrolyse, ce qui est encore plus simple. La destruction par l'électrolyse est précieuse surtout pour les angiomes de la face, des paupières, des oreilles, car ce procédé laisse des cicatrices petites, à peine visibles souvent, non rétractiles. On se sert d'un courant continu donnant de 5 à 30 milliampères; dans l'électrolyse bipolaire les aiguilles sont enfoncées dans la tumeur à 2 centim. de distance environ: on voit alors comme une sorte d'ébullition dans la tumeur, de petites bulles sortent autour des aiguilles, surtout autour du pôle positif et par les orifices des piqûres antérieurement faites. La tumeur pâlit entre les pôles et il se forme une escharre sèche de quelques millimètres au pôle positif, molle et blanche au négatif. On peut ne faire agir le courant que sur le centre de la tumeur en recouvrant de collodion l'aiguille sauf sa pointe. On a soin de placer d'abord l'aiguille +, ensuite l'aiguille -, sans quoi le courant fait se rétracter les tissus autour de l'aiguille que l'on ne peut plus enfoncer. Dans l'électrolyse unipolaire le pôle + est indifférent, le - muni de l'aiguille: on obtient ainsi des escharres fines et blanches et des cicatrices d'autant plus fines que le courant est plus faible. Les hémorragies ne sont pas à craindre lorsqu'on procède doucement; à ce point de vue il faut manier prudemment le pôle - qui coupe les tissus, tandis que le + est plus hémostatique, coagulant. Les hémorragies s'arrêtent en renforçant le courant et en se servant surtout de l'aiguille positive. Les escharres étant sèches, aseptiques, la cicatrisation est indolore et sous crustacée.

Le nombre des séances nécessaires à la guérison est évidemment très variable, toujours de beaucoup inférieur à celui que nécessite l'emploi du thermocautére pour les angiomes caverneux un peu étendus. Il arrive souvent qu'une fois la cicatrisation bien avancée, des îlots angiomateux non détruits par l'électrolyse disparaissent spontanément. L'auteur cite un certain nombre d'observations tout à fait encourageantes.

L'électrolyse est un procédé de traitement fort douloureux et il faudra parfois recourir à l'anesthésie pour être absolument maître de ses mouvements au voisinage d'organes importants.—*Revue des mal. de l'Enfance.*

INCONVÉNIENTS ET DANGERS DU REJET SPONTANÉ DES TUBES DANS LE COURS DU TRAITEMENT DU GROUPE, extrait d'un article de Raoul BAYEUX, interne des hôpitaux, moniteur d'intubation et de trachéotomie à l'hôpital Trousseau.—*Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles*, Vol. IV. No 15.

La question du tubage, remise à l'ordre du jour depuis l'emploi de la sérothérapie, présente pour les praticiens un intérêt primordial, à l'heure qu'il est. De même qu'on n'a plus le droit de rester inactif devant un cas net d'angine diphtérique, de même on doit intervenir, lorsque cela est nécessaire, dans un cas de croup confirmé; et si, pour une cause quelconque, par exemple en face d'une famille qui refuse l'intervention sanglante, on ne peut trachéotomiser, il faut tuber; mais, et surtout, *il faut surveiller soigneusement les intubés.*

Les suites du tubage, qui sont sans danger dans un milieu organisé, seront, au contraire, pleines d'embûches dans un milieu isolé, loin d'une surveillance compétente.

M. Léon d'Astros de Marseille, adepte fervent de l'intubation, a formulé des remarques très-judicieuses à l'appui de la thèse que nous défendons, à savoir que les intubés doivent être surveillés sans relâche. Dans une importante communication faite à la Société médicale des hôpitaux, le 19 avril 1895, voici ce que disait l'auteur :

“ Il est certain que l'intubation exige une surveillance constante. En 1891, nous nous élevions contre cette opinion de Washam et Northrup, que le sujet intubé n'a pas besoin des soins assidus et continuels du médecin; nous soutenions, au contraire, que la présence assidue d'un médecin est nécessaire pour parer à certains accidents rapides ou subites tels que l'obstruction ou le rejet du tube.

“ Des faits semblables sont relativement rares. Le plus souvent les phénomènes de tirage, lorsqu'ils se reproduisent, n'arrivent que progressivement à un degré qui nécessite la réintubation.”

M. d'Astros faisait suivre ces judicieuses remarques d'une observation de la plus haute importance et dont la publication fait le plus grand honneur à la conscience et à la franchise de l'auteur; il s'agissait d'un cas d'asphyxie mortelle, dans la pratique civile, et ce fait acquiert une valeur considérable, étant donné la grande expérience de M. d'Astros en fait d'intubation.

Voici, résumée, cette observation :

“ Il y a quelques mois, nous perdîmes dans la banlieue de Marseille, un enfant de quatorze mois chez lequel, la trachéotomie ayant été refusée, nous avons dû pratiquer l'intubation. Arrivé au onzième jour d'une diphtérie grave, traitée et guérie par le sérum, l'enfant ne pouvant encore se passer de son tube, succomba par asphyxie après l'avoir rejeté dans un quinte de toux.”

Le rejet du tube semble d'une gravité plus grande que l'obstruction, pour les raisons d'expérience suivantes :

Lorsqu'un enfant rejette spontanément son tube, il ne s'en suit pas toujours que celui-ci soit obturé; le rejet des tubes obturés est très rare; au contraire, il s'agit le plus souvent, ou bien d'enfants dont le larynx a un calibre supérieur au calibre moyen de leur âge, ou bien d'enfants très nerveux, chez lesquels la

déglutition provoque des quintes de toux d'intensité moyenne, mais rapides, sèches, répétées, convulsives, qui finissent par chasser le tube comme un projectile.

Cet accident, commun à tous les tubes, est plus grave que l'obstruction même, parce que, le plus souvent, la reprise du tirage est beaucoup plus rapide, parfois même immédiate.

Le tube étant rejeté dans une crise de toux, déterminée le plus souvent par la présence de parcelles alimentaires dans la trachée, cette crise continue après le rejet du tube, et, très rapidement, le spasme reprend.

Il arrive alors, ce que nous avons constaté plusieurs fois dans le pavillon Bretonneau, qu'un enfant, rejetant son tube, devient en moins de cinq minutes, absolument asphyxique, et mourrait très rapidement, si on ne replaçait immédiatement un tube.

Très souvent, dans ce cas, l'examen du tube expulsé dénote la présence, dans sa lumière, de petites parcelles alimentaires ou de grumeaux de lait.

Or, il nous semble impossible de prévoir qu'un enfant gardera ou ne gardera pas son tube. Voici pourquoi :

Lorsque le larynx d'un enfant dépasse en calibre, le calibre moyen de son âge, on peut parfois s'en rendre compte pendant l'intubation même; l'index gauche, appuyant sur la tête du tube, perçoit que cette tête s'enfonce bas, trop bas, jusque près des cordes vocales inférieures, et qu'elle ballotte de bas en haut dans les efforts que fait l'enfant pour rétablir le jeu de ses poumons. Avec une grande habitude du tubage on peut alors, d'une façon systématique, retirer ce tube trop petit pour en poser un plus gros, dans l'espoir que ce tube tiendra mieux en place.

Dans ce cas, le plus souvent, le tube passe à *frottement*, non pas au niveau des cordes vocales, mais au niveau du détroit cricoïdien. Si l'on perçoit nettement, à la main, le ressaut déterminé par le passage du ventre du tube à ce niveau, il y a toutes les chances pour que le tube reste bien en place; mais cette notion suppose que le médecin est très exercé, que le tubage est fait avec la plus grande sûreté de main, et d'ailleurs elle est assez rare et assez fugace; le plus souvent, on en est réduit à attendre quelques minutes pour voir si, l'enfant toussant, le tube sera rejeté ou non.

La présence des fausses membranes diphtériques dans les voies aériennes n'agit pas à la façon des corps étrangers fins, comme les grumeaux de lait ou les gouttes de liquides, à moins qu'elles ne soient détachées et qu'elles ne flottent dans l'arbre trachéo-bronchique.

On trouve souvent, aux autopsies, des trachées blindées de fausses membranes, chez des enfants morts de bronchite pseudo-membraneuse ou d'intoxication diphtérique, qui toussaient peu ou point pendant leur vie.

La trachée et les bronches peuvent donc tolérer le contact de membranes diphtériques énormes; les enfants porteurs de telles lésions toussent peu ou ne toussent pas violemment.

Ils tousseront lorsqu'agira le sérum et que les membranes se décolleront, mais alors, il y a fort à craindre que les paquets membraneux ne s'engouffrent dans le tube et ne l'obstruent.

D'où ce dilemme inquiétant : ou bien les enfants ont peu ou point de fausses membranes au-dessous du larynx, et dans ce cas, lorsque l'intubation s'impose, c'est que la phlegmasie diphtérique a provoqué un spasme considérable contre lequel luttera le tube, ou bien il existe de la trachéite ou de la trachéo-bronchite membraneuse.

Dans le premier cas, si l'enfant rejette son tube accidentellement, son spasme réapparaîtra rapidement.

Dans le second cas, toutes les probabilités sont pour que le tube s'obstrue lorsque les membranes tomberont.

Or, nous tenons à le répéter : il est impossible de prévoir qu'un enfant gardera ou ne gardera pas son tube.

Il est également impossible de prévoir qu'un tube sera ou ne sera pas obstrué.

On ne peut donc s'en aller tranquille, après avoir laissé un tube à demeure dans un larynx, et nous croyons que c'est une grave imprudence que d'avancer, sur des statistiques restreintes, cette proposition : *que les intubés nécessitent moins de surveillance que les trachéotomisés.*

Pratiquement, que conviendrait-il de faire dans une semblable occurrence ?

Voici un enfant tubé correctement, injecté à doses suffisantes, qui rejette son tube toutes les nuits, qui rejette même un tube du calibre supérieur à celui de son âge ; où s'arrêteront les rejets de tubes ? Quand cessera le spasme ? Nous l'ignorons. Il nous semble donc que la conduite à tenir, la décision qui s'impose, c'est de *pratiquer la trachéotomie.*

Convulsion infantile.

1° Dégager le tube digestif soit par un laxatif, soit par des titillations de la luette, provocatrices de vomissements.

2° Si l'attaque continue : inhalations d'éther ou de chloroforme sur un mouchoir.

3° Administrer par cuillerées dans les 24 heures et en lavements, à défaut de la voie buccale, la potion antipasmodique

Hydrate de chloral	} ââ 1 gr.
Bromure de potassium.....	
Sirop de codéine.....	X gouttes
Teinture de musc	} ââ X gouttes
Alcoolature de rac. d'aconit.....	
Eau de fleurs d'oranger.....	100 gr.

4° Dans le cas d'une attaque grave et prolongée, bain tiède donné par le médecin et révulsion sur la nuque ou au besoin sur l'épigastre par un vésicatoire de petites dimensions et laissé en place trois heures seulement. Cet emplâtre doit être appliqué avec les précautions antiseptiques convenables et remplacé dès le début de la vésication par un cataplasme.—*Jules Simon.*

Céphalalgies chroniques.

Pilules.

Arséniate de soude.....	} ââ 0 gr. 03 centigr.
Sulfate d'atropine.....	
Extrait d'aconit	0 gr. 50
Poudre de cannelle	q. s.

Mêlez et F. S. A. trente pilules. Prendre 1 à 4 pilules par jour.—*Zentler.*

Chancre induré.

Iodoforme.....	1 gramme
Baume du Pérou.....	3 grammes
Vaseline	8 “

Pour pansement.—*Dujardin-Beaumetz.*

Chancres mous.

Campbre pulvérisé.....	} ââ 4 grammes
Acétate de plomb.....	
Poudre d'amidon.....	30 “

Saupoudrer 3 fois par jour et abondamment avec ce mélange et recouvrir d'une couche de coton imbibé d'huile de ricin.—*Monroe.*

FORMULAIRE

Goître exophtalmique

Hygiène.—Nourriture simple et substantielle; de préférence le régime lacté. Interdire les excitants; alcool, thé, café. Bien surveiller le fonctionnement des émonctoires. Eviter les fatigues, séjour à la campagne. Hydrothérapie.

Médication.—Contre l'asystolie cardiaque: digitale.—Contre l'insomnie: bromures ou antipyrine.—Contre l'anémie prononcée: le fer.—Electrification du cou.

Traitement chirurgical.—Réservé pour les cas graves.—Injections intra-thyroïdiennes de teinture d'iode, faites avec une aseptic complète, et en évitant les vaisseaux.—Résection partielle de la glande.

JOFFROY et ACHARD.

Broncho-pneumonie (enfants du premier âge).

Infusion d'ipéca.....	4 onces
Sirop d'éther.....	3 drachmes
Acétate d'ammoniaque.....	8-30 grains.

Sig. La moitié ou la totalité de la potion dans la journée, suivant l'âge.

Dans la forme aiguë commune, injections d'huile camphrée au $\frac{1}{10}$. Jusqu'à six mois 4 gouttes; après six mois: 8 gouttes; après deux ans, 16 gouttes.

Ou bien par la bouche:

Camphre pulvérisé.....	$\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ gr
Sucre de lait.....	8 grains

Pour un paquet (No 6).

Sig.—3 ou 4 paquets dans la journée, avant les têtées

En cas de signes d'asthénie cardiaque ou d'asphyxie, il faut recourir aux injections de caféine:

Caféine.....	} ââ 15 grains
Benzoate de soude.....	
Eau distillée.....	3 drachmes

Sig. Une demi-seringue au-dessous d'un an; une seringue entière de 1 à 2 ans.

Combattre la fièvre trop forte par les enveloppements hydriques ou les bains. Quand on ne le peut pas:

Eau distillée.....	12 drachmes
Sirop simple.....	2 drachmes
Extrait de réglisse.....	1 drachme
Bichlorhyd. neutre de quinine.....	$\frac{1}{2}$ scrupule

Sig.—Une cuillerée à café renferme $\frac{2}{3}$ grain.—MARFAN.

Phtisie pulmonaire

Créosote.....	30 à 80 minimes
Tr cardamome.....	4 drachmes
Glycerine.....	2 onces
Alcool.....	Q. S. ad 4 onces

Sig.—Deux cuillerées à thé dans de l'eau après le repas.—**SOLIS-COPIEN.**

Asystolie

Poudre de digitale.....	} à 15 grains
“ de scammonée.....	
“ de scille.....	

Pour 20 pilules.

Sig.—4 ou 5 pilules chaque jour, pendant trois ou quatre jours.—**HUCHARD**

Gingivite

(Abscess situé entre la gencive et la racine de la dent).

Biborate de soude.....	1 drachme
Acide carbolique.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Eau de rose.....	ad 8 onces

Sig.—Rince-bouche.

S'il y a aussi carie dentaire :

Huile de cinnamome.....	4 drachmes
Huile de gaulthérie (t ^l 4 du Canada, winter-green).....	4 drachmes
Acide carbolique (cristaux).....	1 drachme

Sig.—Appliquer avec un pinceau 4 fois par jour.—**FITZGERALD.**

Diarrhée

Salol.....	10 à 15 grains
------------	----------------

Sig.—Dans du gruau, toutes les 4 ou 6 heures. Diète.—**SKILMER.**

Coqueluche

Bromure de potassium.....	2 drachmes
Teinture de valériane.....	2 “
Eau.....	9 $\frac{1}{2}$ onces

Sig.—Pour un bébé, 3 drachmes. pour un enfant de 2 à 5 ans, 6 drachmes pour un enfant de 5 à 10 ans, 3 onces. Dose quotidienne.

Faire prendre aussi du sirop de térébenthine (une heure après).—**VARIO.**

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : - - - - - Dr J. B. A. LAMARCHE

Rédacteur en chef : - Dr E. P. BENOIT

MONTRÉAL, MAI 1896

BULLETIN MÉDICAL

La sérothérapie de la tuberculose

Verrons-nous un jour l'immunisation bienfaisante terrasser dans son germe, le bacille de Koch, cette maladie effrayante et si répandue, la tuberculose, et surtout la tuberculose pulmonaire ? Nous répondons oui avec une conviction profonde. Du moment que l'on a trouvé le sérum de la diphtérie, celui de la consomption devient possible. Dans cette maladie comme dans l'autre, la donnée scientifique est la même : un germe provoquant des lésions locales par sa présence et par ses toxines des réactions générales. Dans cette maladie comme dans l'autre l'immunisation sera possible le jour où l'on pourra, à l'aide du liquide nutritif par excellence, le sang, rendre l'organisme réfractaire à la culture du microbe. C'est à quoi l'on travaille continuellement en Europe. Chacun se rappelle l'essai malheureux de Koch, de Berlin, la réclame intempestive de Maragliano, de Gênes. Nous avons rapporté, au mois d'août dernier, les expériences de Redon et Chenot. Toutes ces tentatives font bien voir le travail incessant qui s'accomplit, et le succès finira par couronner les efforts, nous en sommes sûrs.

Nous avons reçu ces jours derniers de Paris la copie d'une note lue à la *Société de Biologie* le 14 mai 1896 par le Dr Samuel Bernheim (note publiée dans tous les journaux, d'ailleurs). Le Dr Bernheim a inoculé à des lapins et à des cobayes les toxines secrétées naturellement par des bacilles de Koch très virulents pris sur des malades ; il a pu ainsi immuniser ces lapins et ces cobayes et, à l'aide de leur sérum, en immuniser d'autres. Voici le résumé de ses expériences.

1^{ère} série : Le Dr Bernheim immunise des lapins, des cobayes, des chiens et des chèvres en leur injectant, pendant six mois, des doses quotidiennes de toxines pures. Puis, quinze jours après la dernière injection, il leur inocule dans les veines des bacilles de Koch virulents. Ces animaux ne furent pas malades, tandis que d'autres, non immunisés d'abord, et injectés de même, succombèrent à la tuberculose.

2^{ème} série : Les animaux immunisés de la première série servent à fournir

du sérum qu'on injecte à d'autres animaux. Ceux-ci, au bout de quelques jours, sont inoculés avec des cultures de bacilles virulents ; ils demeurent indemnes.

Jusqu'ici l'action immunisante paraît bien établie. Voici maintenant pour l'action curative.

3me série : On rend des animaux tuberculeux en leur inoculant des bacilles. Puis, après deux semaines, on leur injecte chaque jour, pendant trois mois, $\frac{1}{2}$ à centimètre cube de sérum. Les trois quarts de ces animaux résistèrent.

4me série : On injecta sous la peau d'un grand nombre de lapins, simultanément, 10 c. c. de sérum et $\frac{1}{2}$ c. c. de culture virulente. Tous les animaux maigrissent énormément. La plupart reprirent le dessus au bout d'un mois, quelques uns succombèrent.

Enfin voici pour l'action du sérum sur le microbe isolé :

5me série : Le bacille de Koch, ensemené simultanément sur du sérum immunisé et sur du sérum ordinaire, ne se développe pas sur le premier, tandis qu'il se développe très bien sur le second.

En somme, les expériences du Dr Bernheim sont concluantes au point de vue immunisateur, et assez satisfaisantes au point de vue curatif. Les animaux habitués aux toxines résistent à l'inoculation des bacilles, et leur sérum, injecté à d'autres, les rend réfractaires à leur tour. Ceci nous paraît prouvé. Maintenant, comment a agi le sérum sur les animaux déjà tuberculeux ? Voilà la grande question. Ceux qui ont servi à l'expérience avaient été inoculés quinze jours auparavant. Cet espace de temps était-il suffisant pour que la maladie eût une bonne prise sur l'animal, ou bien a-t-on injecté si tôt le sérum pour empêcher la maladie de se développer ? Dans ce dernier cas, ce serait simplement de la prévention. Dans le premier cas, au contraire, le résultat serait très appréciable, car les trois quarts ont survécu alors qu'ils auraient dû mourir. Le sérum aurait eu un effet curatif marqué. Il paraît d'ailleurs avoir un effet prononcé sur le bacille lui-même et sur ses toxines. Dans la 4me série d'expériences, le sérum injecté en même temps que la culture virulente a permis aux animaux de résister à l'infection après une lutte relativement courte ; et nous voyons, dans la 5me série, que le bacille ne se développe pas dans le sérum immunisé. C'est pour lui un mauvais milieu.

Tout cela nous donne beaucoup d'espoir. Sans doute ce ne sont encore qu'expériences de laboratoires. Le bacille de Koch développé depuis un certain temps dans l'organisme humain, disons par exemple dans le poumon d'un malade qui toussote depuis un an ou deux, se laissera-t-il aussi facilement atteindre par le sérum immunisateur que celui qu'on a inoculé quinze jours auparavant sous la peau d'un lapin ! Là est toute la question.

M. le Dr Samuel Bernheim a résolu de la résoudre, d'ailleurs. Il emploie depuis quelque temps son sérum chez un grand nombre de malades, et plusieurs amis en font autant de leur côté. L'emploi de ce sérum chez l'homme est absolument inoffensif, et le Dr Bernheim et ses amis nous feront connaître avant longtemps, s'il y en a, les résultats pratiques obtenus. Ils sont déjà, paraît-il, fort encourageants. Nous sommes donc justifiables d'espérer voir un jour ce terrible fléau de la phthisie combattu avec quelques chances de succès. C'est à quoi tra-

vailent Bernheim et quelques autres savants de même ordre. Roux, depuis son admirable découverte du sérum antidiphthérique, n'a pas d'autre objet en vue.

Le streptocoque dans la scarlatine et ses complications

L'étude des associations microbiennes devient de plus en plus intéressante. Tout le monde connaît la théorie de la porte d'entrée, qui permet l'infection, et de la diminution de la résistance, sans laquelle l'infection ne pourrait pas accomplir son œuvre. Or, l'on sait maintenant que certaines infections, en s'établissant dans l'organisme, ouvrent la porte à des infections secondaires, par le fait seul qu'elles déminuent la résistance. La porte d'entrée n'a plus son importance ordinaire, ou du moins son rôle n'est plus aussi évident. Au fond, nous sommes persuadés que la loi demeure la même. Nous nous ferons mieux comprendre par des exemples. Le bacille de Klebs-Loeffler, dont la virulence est extrême, se loge dans le pharynx d'un enfant. Il y établit une lésion de porte d'entrée, les membranes, et infecte tout l'organisme, diphthérie. Maintenant, le pharynx est une cavité en communication avec l'air extérieur, qui contient, par conséquent, une foule de germes ordinaires incapables par eux-mêmes de pénétrer la muqueuse pharyngienne, et par conséquent inoffensifs. Or, il est facile de comprendre que la diphthérie, plus virulente, en lésant le pharynx, fournit à ces microbes secondaires la porte d'entrée attendue. Voilà pourquoi un enfant qui contracte la diphthérie lorsqu'il y a des streptocoques dans la gorge est bien plus malade, bien plus difficile à guérir, parce que le médecin se trouve en présence de deux infections, et que le sérum n'est efficace que pour la première.

Il est prouvé en outre que certains microbes s'aide t facilement, sont de bons amis les uns pour les autres, développent à qui mieux leur virulence lorsqu'ils se rencontrent. Pour suivre le même exemple, le bacille diphthérique, seul ou uni au staphylocoque, donne une diphthérie ordinaire ; mais, réuni au streptocoque, il fournit une infection grave.

Certaines complications des fièvres éruptives peuvent aussi s'expliquer par le même raisonnement. C'est du moins ce qui ressort d'une communication faite par M. Lemoine à la *Société Médicale des Hôpitaux*, le 20 mars dernier. D'après le savant médecin du Val de Grâce, la fréquence si grande des néphrites dans la scarlatine doit être attribuée au streptocoque, de même que les manifestations sur les séreuses (pleurésie et arthrites). Le germe encore inconnu de la scarlatine touchant le pharynx (c'est probablement là son point d'entrée), permet aux streptocoques présents d'entrer avec lui, et tandis que l'infection scarlatineuse détermine l'éruption cutanée, l'infection streptococcique attaque la muqueuse rénale et les séreuses de la plèvre et des articulations. Ces complications ne seraient pas propres, par essence, à la scarlatine, mais sous la dépendance de l'infection secondaire. L'infection scarlatineuse jouerait cependant un rôle important en préparant le terrain à ces localisations streptococciques.

Nous donnons *in extenso* les conclusions de M. Lemoine. " De l'étude attentive des conditions dans lesquelles sont survenues ces néphrites (scarlatineuses), nous croyons rationnel de conclure :

a. Que dans la scarlatine les complications rénales sont d'ordre secondaire et sont le résultat d'une infection streptococcienne.

b. Que cette infection streptococcienne du filtre rénal est le résultat le plus souvent d'une virulence spéciale du streptocoque développé au niveau du pharynx.

c. Qu'à ce titre, ces complications peuvent devenir le point de départ d'accidents de même nature pouvant se propager par voie de contagion, et qu'elles peuvent être rapprochées avec vraisemblance des accidents analogues survenant du côté du poumon dans le cours de la rougeole.

Nous voyons donc que dans la scarlatine, deux infections de nature différente coexistent simultanément et que ces deux infections ont pour siège de prédilection la cavité bucco-pharyngienne.

1° *Infection spécifique*, dont l'agent microbien nous est actuellement inconnu, mais dont nous pouvons apprécier la nature spéciale par ses propriétés contagieuses spécifiques, démontrées par la clinique et l'observation des faits épidémiologiques ;

2° *Infection secondaire d'origine streptococcienne*, qui commande les accidents secondaires de la scarlatine et qui, après s'être localisée dans la cavité bucco-pharyngienne, peut envahir la peau (scarlatine hémorrhagique), les séreuses (pleurésie, arthrite) et les reins (néphrite scarlatineuse).

Nous avons montré, pour les accidents secondaires bucco-pharyngés, que l'origine streptococcienne n'était pas spéciale à la scarlatine, puisque le streptocoque se retrouvait dans toutes les angines. On a observé d'autre part la présence du streptocoque dans nombre de lésions de la peau, des séreuses et du rein ; nous sommes donc autorisés à penser que ces diverses complications, sous la dépendance des accidents bucco-pharyngés par leur nature, ne sont pas plus qu'eux spéciales à la scarlatine.

Reste à expliquer cependant ces localisations de prédilection que l'observation nous a appris depuis longtemps à connaître, séreuses et rein pour la scarlatine, épithélium pulmonaire pour la rougeole. C'est là le fait de l'infection spécifique qui, bien que nous ne puissions pas encore en donner la preuve palpable, entre sans doute encore pour une part importante dans la pathogénie des accidents secondaires eux-mêmes, soit que l'agent spécifique prépare par lui-même ou par ses toxines ces terrains spéciaux où il se porte de préférence, soit qu'il ait avec le streptocoque une action effective."

La médication thyroïdienne

On connaît le principe de la méthode de traitement par les tissus organiques. Vous constatez qu'une maladie est due à l'absence de fonctionnement d'une glande, parce que l'organisme se trouve alors privé du suc sécrété par cette glande, ce qui déränge la nutrition vitale. Eh bien, c'est bien simple : fournissez à l'organisme ce même suc d'une manière artificielle, et vous verrez la maladie disparaître. C'est la méthode de Brown-Séquard, et l'on sait le grand succès qui eut lieu à l'époque de sa révélation. Cette méthode a fait ses preuves depuis

cependant, dans les maladies qui dépendent de la glande thyroïde, soit d'une manière absolue (myxœdème), soit d'une manière relative (goître exophthalmique). L'étude plus complète du système lymphoïde a permis ce progrès nouveau. (1) Les résultats obtenus dans le myxœdème sont étonnants : tous les symptômes nerveux et psychiques disparaissent les uns après les autres sous l'effet du traitement, et reviennent aussitôt que l'on cesse celui-ci. Il faut traiter un myxœdémateux jusqu'à la fin de ses jours, si l'on veut maintenir la guérison. C'est la confirmation de la théorie : le myxœdème étant dû à l'absence de sécrétion de la glande thyroïde, les tablettes ingérées par le malade fournissent bien le suc à l'organisme, mais ne refont pas la glande. Les tablettes de corps thyroïde sont le médicament spécifique du myxœdème. On a essayé la médication dans des cas d'acromégalie, d'idiotie, de lymphosarcome sans grands résultats ; ces maladies ne sont pas encore assez étudiées. On a tenté aussi la méthode dans le goître, surtout le goître exophthalmique, et comme la glande thyroïde, surtout dans ce dernier, y joue un rôle assez grand, les résultats ont été plus favorables.

On vient de trouver à la méthode une application nouvelle et, s'il faut en croire le Dr Schesinger, de Vienne, tout-à-fait heureuse. Il s'agit de l'obésité. On connaissait jusqu'ici trois causes à l'obésité : la cause prédisposante d'abord, soit par hérédité, soit par tempérament ; la cause du régime ensuite, chez les gros mangeurs qui pratiquent un gavage continu ; enfin la cause la plus fréquente, le ralentissement de la nutrition, véritable maladie due soit à une intoxication lente spéciale (alcool), soit à un trouble profond de l'organisme (azoturie). Le Dr Schrötter, et son assistant, le Dr Schesinger, ont-ils trouvé que la glande thyroïde jouait un rôle dans l'obésité, ou bien ont-ils agi simplement d'une manière empirique ? Le Dr Schesinger n'en a pas dit un mot dans son rapport au *Club Médical de Vienne*. Toujours est-il qu'ils ont traité avec succès une femme pesant 240 livres. Cette femme a fait un usage constant, pendant treize mois, de tablettes thyroïdiennes, et a réduit son poids à 176 livres sans changer en rien sa manière de vivre ni son régime. Elle a perdu 64 livres sans en ressentir aucun inconvénient, et pendant tout le temps de sa cure elle n'a pas cessé ses fonctions très fatigantes d'infirmière. Il faut noter cependant que les tablettes thyroïdiennes de mouton ou d'agneau contenaient de l'iode. Quoiqu'il en soit, le résultat est frappant.

Le traitement a été appliqué, avec succès, à la clinique du Dr Schrötter. On écartait, cependant, les brightiques, les diabétiques ou les cardiaques. De même le traitement était suspendu lorsque l'amaigrissement devenait trop grand ou qu'il survenait de la cachexie. En voici la technique. Les premiers jours, on prescrit une tablette. On pèse le malade avant de commencer, puis ensuite tous les trois ou quatre jours. Si le malade perd plus qu'une à deux livres par semaine, on fait prendre une demi-tablette par jour ou une fois les deux jours. Il n'est pas bon que le malade perde plus de deux livres par semaine. S'il survient de l'albuminurie ou de la glycosurie, il faut interrompre le traitement. De

(1) Voir *La rate dans les maladies infectieuses*, page 151.

même si la médication paraît perdre de son efficacité, on l'interrompt pendant une semaine; elle est aussi active lorsqu'on la reprend. Si le poids du malade reste stationnaire, il faut augmenter la dose. Le maximum, à la clinique du Dr Schrötter, a été trois tablettes par jour. On peut continuer le traitement très longtemps. Le cœur grasseyé n'est pas une contreindication; il faut par exemple le surveiller durant le traitement. Il n'est pas nécessaire de changer le régime du malade, et c'est là un grand point de facilité.

Chlorose nerveuse.

Eau distillée.....	500 gr.
Bromure de potassium	} ââ 6 gr.
“ de sodium	
“ d'ammonium	
Teinture d'iode.....	15 gr.

Une cuillerée à soupe matin et soir dans une tasse de lait—*Monin*.

Choléra nostras—Cholérine.

Hydrolat de menthe poivrée.....	200 gr.
Sirop d'éther	40 gr.
Elixir parégorique	10 gr.
Essence d'anis.....	XV gouttes.

Une cuillerée à soupe toutes les heures.—*Monin*.

Comédons.

Eau oxygénée.....	} ââ 30 grammes
Vaseline	
Lanoline anhydre.....	} 4 “
Acide acétique.....	
Essence de vanille.....	
.....	

Usage externe.—*Unna*.

Constipation des enfants.

Teinture de cascariile.....	} ââ 10 gr.
“ de rhubarbe.....	
“ de cannelle.....	
“ de colombo.....	
“ de gentiane.....	
“ de noix vomique.....	5 gr.

Faire prendre X à XX gouttes deux fois par jour suivant l'âge.—*J. Simon*.

Delirium tremens.

Antipyrine	4 grammes
Bromure de potassium.....	6 “
Eau de laitue.....	125 “
Sirop de chloral	30 “

F. S. A. Prendre une cuillerée à bouche d'heure en heure jusqu'à effet hypnotique.—*Villard*.

COURRIER DES HOPITAUX

HOTEL-DIEU

Une absence momentanée de M. le Dr Roux, nous empêche de publier un courrier ce mois-ci.

HOPITAL NOTRE-DAME

Notes du Dr W. Derôme, interne en chef

LA SÉROTHÉRAPIE DANS L'ÉRYSIPELE:—Pour m'en tenir à ma promesse, dans le courrier du mois dernier, je commence de suite par vous parler de l'essai du sérum du Dr Marmoreck dans le traitement de l'érysipèle.

Je ne m'attarderai pas à remonter à la cause de la récente visite que nous en avons eue. Une patiente traitée pour une maladie du sinus frontal, sur le point de son départ, obtient un permis de sortie, visite quelques amis et parents et nous revient quelque peu fatiguée. Un léger mal de tête le soir même est passé inaperçu et mis sur le compte de la fatigue de la journée. Le lendemain matin la céphalgie est plus intense et les vomissements se font prévoir par l'état nauséux de la malade. Vers midi, le deuxième jour, déjà la peau du front et d'une partie de la face s'était limitée du rebord caractéristique, et avait revêtu la couleur pathognomonique de l'érysipèle. Tous les symptômes cliniques avaient présidé à l'envahissement et au développement de la maladie. A un jour de distance dans le même département, un malade, traité pour une maladie du sinus du maxillaire, se voit inoculé à son tour.

Les malades sont aussitôt isolés, et leurs salles respectives sont condamnées jusqu'à leur parfaite désinfection. A midi, le troisième jour, dans un cas, et le deuxième dans l'autre, le Dr Marmoreck est appelé en consultation et son sérum antistreptococcique est injecté, aux deux malades, dans le flanc, à la dose de dix centimètres cubes. Le thermomètre marque 104° Fa. et le pouls bat 120 chez la première; chez le second la température est à $104\frac{1}{2}^{\circ}$ et les pulsations nombrent 122. Les vomissements dans les deux cas sont parfaitement bien établis et la céphalgie est intense.

Les injections ne déterminent aucune manifestation locale et les phénomènes généraux sont peu marqués. La première injectée s'est plaint de douleurs lombaires pendant un jour ou deux et cela la quatrième journée après la première injection qui n'a été répétée que trois fois chez elle, et deux fois dans l'autre cas.

La température, prise soigneusement toutes les heures, se maintient à 104° durant les trois premières heures et tombe graduellement jusqu'à $99\frac{1}{2}^{\circ}$ le matin suivant, pour remonter jusqu'à 103° lors de la seconde injection. Le pouls suit

la température : au lieu de 120 pulsations comptées, lors de l'injection, on en compte seulement cent le lendemain. Pour comble, un troisième cas se déclare dans l'Hôpital, une journée après le second cas, c'est-à-dire trois jours après le premier. Ici pour établir une comparaison, on avait pensé rien faire en dehors du traitement ordinaire. L'état du pauvre malheureux se mit à aller de mal en pis, si bien que l'érysipèle avait gagné les voies respiratoires. La déglutition était devenu pénible, la voix rauque et couverte, et la respiration un peu gênée par l'œdème qui avait envahi le voile du palais, toute l'arrière bouche et la gorge. En face d'un état aussi alarmant, une injection de sérum lui fut faite le soir du quatrième jour. Mêmes variations dans la température et le pouls ; le lendemain cependant amène peu de changement dans l'état général, et une seconde injection est aussitôt faite ; la température centrale s'élève $104\frac{1}{2}^{\circ}$, quelques légers frissons s'ajoutent à la céphalalgie et aux vomissements qui diminuent et le lendemain il ne reste plus que de la courbature et de la fatigue avec une poussée assez abondante d'herpès labial.

L'amélioration générale, dans les trois cas, est aussi marquée que subite. Dès la première injection, le dernier cas excepté où il en a fallu une deuxième, les vomissements ne reparaisant plus, la céphalalgie diminue graduellement pour être à peu près nulle 15 heures après et ne plus reparaitre. L'œdème assez intense au moment de l'injection, pour amener l'occlusion complète des paupières et entraver le mouvement des lèvres, semble augmenter un peu pendant les cinq premières heures, mais la régression se produit, et le surlendemain, au plus tard le troisième jour après la première injection, presque toute trace d'œdème avait disparu.

Avec l'amélioration des symptômes, les malades deviennent un peu plus gais, retrouvent leur appétit, et au bout de six jours il ne leur reste pour toute trace de la maladie, qu'une desquamation abondante de la face et du cuir chevelu. Si nous envisageons maintenant, les effets obtenus, chez nos trois malades, et comparons un peu les différentes phases de la maladie traitée avec le sérum, et celles par lesquelles passent les malades qui n'ont pas la même chance, l'efficacité du sérum semble être assez manifeste et les plus sceptiques seront forcés de se rendre à l'évidence des faits.

Amélioration presque subite, j'allais dire tangible, des symptômes locaux et généraux, diminution de la durée de la maladie, tels sont les résultats heureux obtenus par l'emploi du sérum antistreptococcique dans le traitement de trois cas d'érysipèle.

Comme déjà, l'espace, que doit occuper, le courrier de l'Hôpital, se trouve assez rempli, vous me pardonnerez, j'espère, si je passe sous silence, les détails nombreux et intéressants qui ressortent des opérations chirurgicales pratiquées durant ce mois. Dans mon prochain courrier, si le temps et l'espace me le permettent, j'y reviendrai.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE CORPS MÉDICAL DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC

L'Union Médicale a déjà publié plusieurs articles sur les actes du Bureau des Gouverneurs et sur les affaires de la profession en général. Les uns nous ont félicité de dire bien haut des choses que beaucoup d'autres pensaient tout bas. Les autres nous ont reproché de sortir de la réserve observée depuis quelque temps par cette revue. Tout le monde a été d'accord pour trouver qu'il y avait du vrai, soit plus, soit moins, dans ce que nous disions. Nous désirons définir notre position d'une manière précise.

Nous ne travaillons pas à faire une révolution, encore moins à obtenir la tête de personne. Jamais nous ne laisserons guider notre conduite par des motifs personnels. Mais nous prétendons : que la profession médicale dans cette province, comme corps, ne tient pas dans notre vie sociale le rang qu'elle devrait tenir ; que l'organisation sur laquelle elle est basée, que l'administration qui la dirige ne sont ni l'une ni l'autre à la hauteur du but qu'elles doivent atteindre ; que la profession médicale serait bien plus unie et se sentirait bien plus forte si elle était protégée par une organisation efficace.

Voyez donc en Europe, dans chaque nation, comme le corps médical tient une place importante et bien définie. Voyez ici-même, dans cette province, le barreau et la chambre des notaires. Comment se fait-il que le jeune médecin, en quittant l'Université, en s'établissant dans son village ou dans sa ville natale, se sente tout à coup isolé dans un cercle restreint, sans liens qui le rattachent à sa vie d'hier, le protégent dans sa pratique de demain. Réduit à ses seules ressources, il n'a plus à compter que sur sa famille ou ses amis, bien souvent à peiner tout seul pour son pain de tous les jours, heureux de se rappeler quelquefois sa bonne vie d'étudiant, quand par hasard un confrère en voyage s'arrête chez lui. Nous l'affirmons hautement, et nous le dirons toujours, cela ne devrait pas être. Le médecin lancé dans le monde devrait sentir qu'il fait partie d'un corps organisé, qu'il y a derrière lui une loi qui prenne ses intérêts, une autorité qui le suive de loin et le protège à l'occasion, un centre administratif vers lequel il puisse se tourner au besoin et demander aide et secours contre l'ennemi, non pas en sa qualité de chrétien, il a pour cela le clergé, non pas en sa qualité d'homme, il a pour cela la justice, non pas en sa qualité de citoyen, il a pour cela ses représentants, mais en sa qualité de membre actif d'un corps social qui existe, en sa qualité de *médecin*.

Nous occupons dans la société une position à part, nous avons des devoirs à remplir, mais nous avons aussi des droits. Est-ce nous qui, seuls, sans appui, individuellement, pourront les soutenir contre ceux qui empiètent sur notre terrain, contre ceux qui usent de nos talents sans vouloir rendre justice à nos

privilèges? Certainement non. Mais ce que nous ne pouvons faire individuellement, chacun de notre côté, nous le pouvons tous ensemble, comme corps. Voilà pourquoi il nous faudrait des hommes à notre tête, mais des hommes actifs, des hommes justes, des hommes influents, qui soient nos représentants réels et sincères, c'est-à-dire dévoués. Je vous le demande à vous tous, lecteurs médecins qui m'écoutez, en connaissez-vous beaucoup dans le bureau de ces hommes à qui vous puissiez vous adresser avec confiance et leur demander service à l'occasion contre les clients qui vous font des misères ou les charlatans qui vous font du tort. Je ne vous demande que cette question là, cette seule question, répondez-y donc?

L'on va probablement nous trouver bien jeune et bien présomptueux, mais nous avons fait le rêve suivant, que nous racontons en toute sincérité. Nous avons maintenant une belle Université catholique, unie et bien organisée, et qui travaille, et qui se donne du trouble pour la profession, et qui a du mérite, beaucoup plus de mérite que l'on ne semble vouloir lui accorder. Nous avons des hôpitaux qui s'améliorent, qui s'agrandissent tous les jours. Eh bien, nous rêvons de voir dans un avenir très prochain la profession médicale organisée, active et unie du haut en bas de l'échelle, avec son Université, son corps enseignant, ses hôpitaux fréquentés, ses représentants des différents districts dûment élus, son Bureau de Gouverneurs actifs et dévoués, et tous les médecins heureux et satisfaits d'appartenir à une profession si bien organisée, dont tous les membres se sentent solidaires les uns des autres, qui tient une place enviable et respectée dans la société canadienne. Nous rêvons au jour où le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec sera devenu une réalité, une organisation active dont l'influence bienfaisante se fera sentir sur tous ses membres. Sommes-nous trop téméraires de demander dans nos écrits la réalisation de ce rêve doré, qui nous consolerait un peu de nos misères passées et présentes. Car aujourd'hui nous avons bien nos représentants; mais ce qu'ils voyagent, mon Dieu! ce qu'ils voyagent! Et si encore ils ne faisaient quo voyager!

Cystite chronique.

Térébenthine de Venise.....	} aa 0 gr. 10
Extrait de quinquina.....	
Magnésie calcinée.....	

Pour une pilule. F. S. A. 100 pilules.
4 à 8 par jour.—*Guyon.*

Asthme.

Eau	120 grammes
Chlorate de potasse	4 "
Iodure de potassium.....	2 "

Mélez. — A prendre une cuillerée à bouche toutes les heures ou toutes les deux heures.—*Liégeois.*

CHRONIQUE

LE SECRET PROFESSIONNEL.—Il vient de se passer à Londres un fait caractéristique : un médecin anglais a été condamné par les tribunaux à \$60,000 de dommages intérêts pour avoir révélé le secret professionnel. Voilà qui donne à réfléchir. Mme Arthur Kitson vivait séparée de son mari et recevait de Sir James Kitson, son beau-frère, qui est millionnaire, une rente annuelle de \$12,500. Mme Kitson s'étant fait soigner par le Dr Playfair, celui-ci révéla à sa femme la nature de la maladie de sa cliente. La femme du docteur raconta la chose à son frère, Sir James Kitson, et celui-ci cessa immédiatement de payer la rente à sa belle-sœur. Mme Arthur Kitson poursuivit alors le Dr Playfair avec le résultat mentionné plus haut. Soixante mille piastres représentent le capital nécessaire pour donner une rente de \$12,500. Voilà une confiance de mari à femme qui coûte cher et qui prouve que, même en famille, le secret professionnel doit exister.

LE NOUVEAU SURINTENDANT DE L'ASILE ST-JEAN DE DIEU. Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que notre collaborateur distingué, M. le Dr Georges Villeneuve, vient d'être nommé officiellement surintendant médical de l'Asile St-Jean de Dieu, position qu'il remplissait déjà avec un grand talent depuis la mort du regretté docteur Duquette. Nous félicitons d'autant plus chaleureusement M. le Dr Villeneuve que nous avons été maintes fois à même de juger des talents et des dispositions administratives du nouveau titulaire qui continuera avec honneur et efficacité l'œuvre commencé par son prédécesseur.

HOPITAL NOTRE-DAME.—Le bureau des internes de l'hôpital Notre-Dame est maintenant composé comme suit : M. le Dr W. Dérôme, interne en chef ; M. le Dr Lagacé, premier assistant ; MM. les Drs J. A. Lamarche et P. Berthiaume, assistants internes. MM. les Drs Schmidt, Ricard et J. Mount, feront le dispensaire général pendant le semestre d'été. M. le Dr Foucher continue le dispensaire des yeux et des oreilles, M. le Dr Cormier celui des enfants, M. le Dr Brennan celui des femmes, M. le Dr P. E. Prévost celui des maladies de la peau. On va inaugurer bientôt un nouveau dispensaire, celui des maladies nerveuses et mentales, sous la direction de MM. les Drs Villeneuve et Chagnon. MM. les Drs Marsolais et Gauthier sont chargés du service de médecine interne pendant les vacances de M. le Dr Rottot. L'hôpital doit faire construire sous peu une nouvelle salle de clinique. Deux soirées dramatiques et musicales seront données dans ce but au Queen's les 4 et 5 de mai prochain.

L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE A VIENNE.—Messieurs les étudiants en médecine autrichiens vont être obligés, dorénavant, d'étudier pendant sept années consécutives. C'est ce que viennent de décider les délégués des universités des diverses associations médicales et du gouvernement, réunis sous la présidence du ministre de l'instruction publique. Ces réformes étaient demandées depuis longtemps par la profession. Le curriculum universitaire sera divisé en deux parties. Première partie, cours théoriques et pratiques d'anatomie, de physiologie, d'histologie, de physique et de chimie ; examens au bout de la seconde année. Deuxième partie : cours théoriques et pratiques de pathologie

générale, de médecine, de matière médicale, d'anatomie et d'histologie pathologique, de dermatologie et syphiligraphie, de chirurgie, d'obstétrique et de gynécologie, de jurisprudence médicale, d'hygiène, de pédiatrie, de maladies mentales. Il y aura en outre des cours moins longs mais obligatoires aussi de laryngologie, d'ophtalmologie, de vaccination et de dentisterie. Les cours facultatifs seront ceux d'histoire de la médecine, de biologie, d'embryologie, de lois sanitaires, de toxicologie, d'orthopédie et de chirurgie militaire. Tous ces cours dureront trois ans, après quoi l'étudiant aura un an pour préparer ses examens. Quand tout cela sera fini, l'étudiant de Vienne ne pourra avoir sa licence qu'après avoir pratiqué un an dans un hôpital public. L'on espère ainsi avoir des médecins dont l'habileté sera égale à celle des médecins de n'importe quel pays du monde. Nous le croyons sans peine.

UN PATIENT RECONNAISSANT.—Le fait est assez rare pour mériter d'être enregistré. On se rappelle que le prince Li Hung Chang, envoyé par la Chine pour traiter de la paix avec le Japon, fut attaqué dans les rues de Simeonosaki par un aliéné qui lui logea une balle de revolver dans le maxillaire supérieur. La blessure était grave, et le mikado envoya immédiatement auprès de l'ambassadeur chinois son chirurgien, le Dr Kitasato, dont la réputation est universelle. L'élève de Pasteur et de Virchow parvint à guérir son malade, et depuis ce temps les deux hommes sont restés les meilleurs amis du monde. Or le Dr Kitasato ayant écrit une longue lettre de remerciements après avoir reçu des présents nombreux, Li Hung Chang répondit en rappelant à son médecin tout ce qu'il avait fait pour lui, combien habilement il l'avait traité, et il ajoutait : " Votre pays possède beaucoup de médecins, mais l'on rencontre trop rarement dans l'Est des hommes habiles comme vous, qui êtes l'égal de n'importe lequel même de l'Ouest. Un bon médecin est comme un bon diplomate : tous les deux cherchent à soulager les misères de l'existence humaine. Laissez moi espérer avec vous que la paix et la tranquillité dureront toujours et que les peuples seront exempts à la fois des maladies et des blessures. Et ne croyez pas qu'en exprimant ce vœu je sois poussé par des motifs personnels. " Voilà qui est bien parlé pour un chinois. Et l'on ira dire que l'on maltraite les médecins dans ce pays-là.

UN PHARMACIEN ENTREPRENANT.—M. Chabaud, pharmacien de première classe à Paris, s'est mis en tête, lui aussi, de faire de la philanthropie socialiste. Il a ouvert un magasin où l'on voit sur la porte ces simples mots : " Commerce de Pharmacie. " Pas de boîtes rouges et verts, pas de lettres dorées, aucune mise en scène. M. Chabaud a en outre distribué des prospectus, où il s'élève contre la coutume qu'ont certains pharmaciens de faire payer au public dix fois le prix de ce qu'il achète, sans compter le pourcentage du médecin. Il déclare son intention de faire connaître le prix de détail des médicaments qu'il tiendra en magasin, et d'imprimer en regard sur son catalogue, le prix du gros. Cette guerre à certains abus qui sont loin d'être généraux a causé toute une sensation parmi les pharmaciens de Paris et les élèves de l'École de Pharmacie. Trois cents de ces derniers sont allés l'autre jour, sous forme de protestation, bombarder avec des pommes la " Pharmacie de Commerce "

UNE APPLICATION DES RAYONS X.—*De l'ophtalmic Record.*—Les éditeurs se proposent de diriger les rayons X sur le portefeuille de leurs abonnés afin d'obtenir la photographie de quelques dollars qui leur sont dus. Si cette expérience ne réussit pas il dirigeront ces mêmes rayons sur un point de la tête *where is located the subscription paying center.* Nous sommes heureux de dire que c'est un moyen en dont l'*Union Médicale* peut facilement se passer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

SAJOUS.—**Annual of the Universal Medical Sciences.** A yearly report of the Progress of the General Sanitary Sciences throughout the world, par Charles E. Sajous, M. D., professeur agrégé de Laryngologie et de Rhinologie au Jefferson Medical College, Philadelphie, assisté de 70 collaborateurs et de plus de 200 éditeurs correspondants, collaborateurs et correspondants : illustré de chromolithographies, gravures et mappes. Huitième série, en 5 volumes, publiés par "The F. A. Davis Company," à Philadelphie, New-York, Chicago et Londres.

Lorsque parut la première série de cet immense ouvrage, en 1888, l'auteur ouvrit sa préface par cette phrase : " Le but du *Annual of the Universal Medical Sciences* est de compiler les traits progressifs de la littérature médicale dans son ensemble et les faits cliniques importants des pays dans lesquels il n'existe pas de littérature médicale, et de présenter le tout une fois l'an, sous une forme continue, et préparé par des écrivains d'une habileté reconnue. Comme tel, on espère qu'il deviendra l'assistant du praticien dans ses efforts pour soulager la souffrance et qu'il aidera l'investigateur par la corrélation des faits qu'il présente, lui facilitant ainsi la comparaison."

Il suffit de feuilleter les séries parues depuis l'énoncé de ce programme pour se convaincre qu'il a été suivi et rempli magistralement. Si l'on réfléchit bien à l'énorme montant de travail qu'exige l'*Annual* pour rassembler toutes les connaissances nouvelles de toute la littérature médicale du monde, on ne peut s'empêcher d'admirer l'œuvre et l'auteur.

Cette huitième série n'est pas inférieure aux autres. C'est toujours la même phalange de savants acharnés au travail.

Dans cet ouvrage chacun peut voir en un clin d'œil tout ce qui s'est dit ou fait de nouveau sur quelque sujet médical que ce soit, avec les indications les plus précises sur la provenance du renseignement donné par l'auteur et la facilité de se procurer, pour une modique somme, une copie d'un article d'un travail quelconque. Aussi sommes-nous heureux de constater que cette encyclopédie du progrès est appréciée à son mérite par la profession médicale.

BRault Dr A.—Médecin de l'hôpital Tenon, Chef des Travaux pratiques d'Anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Paris.—**Les Artérites. Leur rôle en pathologie.**—Petit in-8. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*). Broché, 2 fr. 50 c. Cartonné, 3 fr.

L'Auteur, étudie, dans ce premier volume, les artérites et leurs conséquences immédiates. Il montre l'importance et l'indépendance des lésions de l'endartère ; ces lésions sont souvent isolées et prédisposent à l'oblitération par thrombose. Lorsqu'elles sont associées aux destructions de la membrane moyenne, elles aboutissent aux ectasies simples ou anévrismales et, par suite, aux ruptures. Les

altérations de l'adventice sont toujours accessoires, maintes fois absentes, à tel point que l'on pourrait dire que la *périartérite* n'existe jamais à l'état isolé.

Docteur Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de l'hôpital Beaujon.—*La Bicyclette*.—Conférence faite à Caen au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.—Paris, Léon Chailley, éditeur. Prix : 1 fr. 50.

Docteur Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.—*Etude clinique sur 64 cas de trépanation du crâne*.—In-8° de 12 pages.

Docteur Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.—*La hernie ombilicale et la hernie épigastrique*.—Cure radicale et traitement palliatif. In-8° de 31 pages, 1 fr. Chez A. Coccoz, éditeur, 14, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris.

A. BROCA et P. MAUBRAC.—*Traité de chirurgie cérébrale*, par A. Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine; membre de la Société de chirurgie, et P. Maubrac, ancien professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1 vol. in-8° avec 22 figures dans le texte. 12 fr.

Dans ce livre, les auteurs ont réuni les documents relatifs à cette chirurgie née d'hier et cependant déjà très étendue. Dans une première partie, ils étudient les généralités, c'est-à-dire les grandes indications thérapeutiques et le manuel opératoire, d'après les données actuelles de l'anatomie, de la topographie crânio-cérébrale et de la physiologie des localisations. Dans la seconde partie sont passées en revue les diverses lésions justiciables de la chirurgie : lésions traumatiques récentes et anciennes, complications directes, tumeurs, hémorragies et ramollissements, microcéphalie, hydrocéphalie, épilepsie. Ce livre est avant tout écrit au point de vue clinique. Les observations personnelles de M. A. Broca sont au nombre de 31. La bibliographie, avec observations résumées est très abondante et exacte.—Masson & Cie, éditeurs.

Hoime WIGGIN.—*Infantile Intussusception, a study of 103 cases treated either by intestinal distention or laparotomy and a report of two cases*, by Frederic Holme Wiggin,—Publishers' printing Co., New-York.

Ascite.

Crème de tartre.....	10 grammes
Eau distillée.....	100 "
Sucre.....	4 "
Essence de citron.....	q. s.

A prendre en 3 fois dans le courant de la journée après avoir agité chaque fois le flacon. Quand l'épanchement est trop considérable, on fait d'abord la ponction et on administre le médicament.—*Sasaki*.