

## 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.

# SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.	PAGES
<i>Des affections du sein pendant la période puerpérale</i> , par le Dr E. A. René de COTRET, médecin de la Maternité, professeur adjoint d'obstétrique à l'Université Laval (suite et fin).....	65
<i>Les prochaines élections du Bureau des Gouverneurs</i> .....	82
<i>Nouveau modèle de serre-nœud à anse froide et galvanique combinées</i> , par le prof. A. A. FOUCHER.....	83
<i>La contribution annuelle des médecins</i> .....	86
<i>Opération césarienne : application du forceps à travers la voie opératoire, sutures utérines, solution de gélatine comme hémostatique</i> , par ALBERT LAURENDEAU, M. D., de St-Gabriel de Brandon.....	87
<b>REVUE DES JOURNAUX.</b>	
<b>MÉDECINE.</b>	
<i>Septicémie puerpérale</i> .....	94
<i>L'hystérie</i> .....	95
<i>Neurasthénie</i> .....	96
<i>Traitement de la coqueluche</i> .....	98

( Voir la suite, page 3.)

---

" Dans toute substance on doit considérer ses propriétés toxiques tout autant que sa puissance antiseptique. Le meilleur antiseptique est sans nul doute celui qui est le moins nuisible à l'homme.—DUJARDIN-BEAUMETS.

## LISTERINE

**LA LISTERINE** est un désinfectant non toxique, non irritant et non caustique, composé d'essences ozonifères, d'antiseptiques végétaux et d'acide benzo-boracique. Elle peut être mélangée à l'eau en toute proportion et à un degré de force suffisant pour assurer et maintenir la propreté chirurgicale aseptique—dans le traitement de toutes les régions du corps humain.

Dans le traitement des affections catarrhales des muqueuses, **La Listérine** occupe une place importante en raison de son innocuité, de son efficacité, de ses propriétés détersives et antiphlogistiques et de ses effets calmants et rafraichissants sur les tissus.

Dans les formes de dyspepsie caractérisées par la formation de gaz, d'éruclations acides et de fermentations dans l'estomac, il a été prouvé que **La Listérine** est extrêmement précieuse. Dans beaucoup de cas, employée seule, par cuillère à café, ou diluée avec une ou deux parties d'eau ou de glycérine elle produit un soulagement considérable.

---

**Affections causées par la DIATHESE URIQUE**

## LAMBRET'S LITHIATED HYDRANGEA

---

**Altérant des Reins—Anti-Lithique**

**INDICATIONS**—Calcul urinaire, Goutte, Rhumatisme, Maladie de Bright, Diabète, Cystite, Hématurie et irritation générale de la vessie.

Brochures descriptives envoyées à tous ceux qui en feront la demande.

**Lambert Pharmacal Company, St. Louis, U. S.**

Les Pharmaciens en détail désirant se procurer promptement nos produits n'auront qu'à s'adresser aux Pharmaciens en gros du Canada ou à notre dépôt Canadien à Toronto, tenu par **W. LLOYDWOOD, Agent.**

En écrivant mentionnez ce journal.

# Dr J. LEDUC & Cie

Pharmaciens-Chimistes **EN GROS ET EN DÉTAIL.**

**2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME, Carré Chaboillez,**  
**MONTREAL**

La maison J. LEDUC & CIE., qui a son siège d'affaires dans le splendide édifice Rodier, est en mesure de fournir aux médecins, aux pharmaciens, hôpitaux, collèges, etc., en gros et en détail, toutes les drogues et tous les produits chimiques les plus purs et tout ce qui se rapporte au commerce de la pharmacie.

## AU-DESSOUS DU PRIX COUTANT

Thermomètres Cliniques certifiés (Taylor).....	\$1.00
“ “ “ “ .....	1.25
“ “ “ “ .....	1.50

Avec chacun de ces thermomètres nous donnerons un joli thermomètre de maison, échelle Fahrenheit.

Seringues Hypodermiques.....	\$1.35
“ “ pour Sérum Anti-Diphthéritique.....	4.00
Batterie Electrique “ North Star ” Excellente Valeur .....	seulement 5.00

Aussi toujours en mains un assortiment complet des marchandises de MM. Parke, Davis & Cie.



Préparations pharmaceutiques des meilleurs fabricants,  
médicaments nouveaux de tous les pays.

## BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

**Fleurs sèches.—Parfums.**

**Articles de toilette, etc.**

 Prescriptions remplies avec soin. 

Commandes par la poste, exécutées sous le plus bref délai.

# DR J. LEDUC & CIE

2052 & 2054 RUE NOTRE-DAME

**Carré Chaboillez, . . . . . Montreal.**

# SOMMAIRE (Suite)

	PAGES
CHIRURGIE.	
<i>Le phimosis</i> (TILLAUX).....	100
<i>Traumatisme et grossesse</i> .....	102
GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.	
<i>La columnisation du vagin</i> (DELIASSUS).....	106
BIBLIOGRAPHIES.....	105, 116, 122
<i>Injections intra-utérines</i> (TARNIER).....	108
REVUE D'HYGIÈNE.	
<i>Le troisième rapport annuel du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec</i> .....	111
REVUE DE PÉDIATRIE.—(CORMIER)	
<i>Traitement des diarrhées chroniques chez les enfants</i> (HUTINEL).....	117
FORMULAIRE.	
<i>Entérite catarrhale aiguë.—Congestion du foie.—Jaunisse.—Coryza</i> .....	123
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.	
<i>Lettre au Dr de Martigny</i> (Dr PAUL).....	125

---

# J. H. CHAPMAN,

2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294

Au coin de McGill College Avenue, - - - - - MONTREAL.

BELL TELEPHONE 4396.

---

Instruments de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité

A des prix très modérés - - - - - Discompte de 5% au comptant.

---

Chaises à opérer; Armoires à tiroirs pour instruments; Batteries Gaiffe (de Paris)  
Aspirateur de Black et Appareil à Scarification; Forceps de Tarnier, Pajot (brisé)  
Dubois, etc.

---

La plus soigneuse et prompte attention donnée aux ordres des praticiens de la campagne.

---

Pour références s'adresser, par permission spéciale, aux professeurs de la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

H. J. CHAPMAN.

## LE VÉRITABLE THAPSIA

doit porter les signatures

*Ch. Le Perdriel* *Paul Guillaum*

Veuillez les exiger pour éviter les accidents

LE PERDRIEL & C<sup>ie</sup>, PARIS

## DÉBILITÉ, ANÉMIE MALADIES de L'ENFANCE

sont combattues avec succès

PAR LA

## FUCOGLYCINE GRESSY

Ce sirop, à base d'algues marines remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

LE PERDRIEL & C<sup>ie</sup>, PARIS

## TOILE VÉSICANTE

LE PERDRIEL

Action prompte et certaine

*La plus ancienne,  
La seule admise dans les hôpitaux civils*

Exiger la couleur rouge

LE PERDRIEL & C<sup>ie</sup>, PARIS

## GOUTTE, GRAVELLE RHUMATISMES

sont guéris par les

## SELS GRANULÉS

Effervescents

DE LITHINE

de Ch. LE PERDRIEL

LE PERDRIEL & C<sup>ie</sup>, PARIS

## ERGOTINE YVON

Solution Titrée d'Ergot

PARIS, 7, rue de la Feuillade, 7, PARIS

Cette solution, rigoureusement dosée (un centimètre cube représente un gramme d'ergot) est inaltérable.

Elle renferme tous les principes actifs de l'ergot de seigle, à l'exclusion des matières inertes et même dangereuses. On l'administre par la voie stomacale (de 20 à 60 gouttes par jour), ou mieux en injections hypodermiques, à la dose d'un demi à un centimètre cube, dans le voisinage du lieu de l'hémorrhagie.

### INDICATIONS PRINCIPALES :

*Hémoptysies, Epistaxis, Prolapsus du rectum, Hémorrhôides, Hémorrhâgies utérines consécutives à l'accouchement ou provoquées par l'existence de tumeurs fibreuses ou cancéreuses, Atonie de l'estomac et de l'intestin, Sueurs nocturnes des phthisiques, etc.*

### AVIS IMPORTANT

Pour s'assurer de l'efficacité de ces produits, MM. les Médecins devront toujours ordonner

L'ÉLIXIR et L'ERGOTINE YVON  
avec l'adresse : 7, rue de la Feuillade  
YVON & BERLIOZ, Paris

Dépôts à MONTRÉAL : ARTHUR JÉCARY et dans toutes Pharm<sup>ies</sup> & Drog<sup>ies</sup>

SE MÉFIER  
DES  
CONTREFAÇONS

EXIGER NOTRE  
CACHET  
DE GARANTIE

## ÉLIXIR YVON

Polybromuré

L'emploi de cet élixir permet de continuer pendant des mois et même des années le traitement bromuré, sans avoir à redouter les accidents cérébraux ou cutanés qui accompagnent toujours l'administration du bromure de potassium employé seul, quelle que soit d'ailleurs sa pureté chimique et la forme pharmaceutique sous laquelle on le présente. C'est ce qui explique les succès à peu près constants obtenus avec cette préparation. Elle renferme par cuillerée à bouche 3 grammes de bromures, soit 1 gr. par cuillerée à café.

Dose : 3 à 12 grammes par 24 heures.

### INDICATIONS

*Epilepsie, Hystérie, Danse de St-Guy, Asthme, Insomnies, Névralgies, Migraine, Spermatorrhée, Glycosurie, Gastralgies, Neurasthénie, etc.*

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## DES AFFECTIONS DU SEIN PENDANT LA PÉRIODE PUERPÉRALE.

---

Par le Dr E. A. RENÉ DE COTRET, Médecin de la Maternité, professeur-adjoint d'obstétrique à l'Université Laval.

(Suite et fin.)

### SYMPTÔMES.

La mastite puerpérale peut s'annoncer de deux manières, suivant que l'infection s'est faite par les vaisseaux lymphatiques ou par la voie canaliculaire.

Dans le premier cas, que j'ose baptiser du nom de *lymphango-mastite*, le début est tapageur, dramatique. L'élévation considérable et rapide de la température se montre avec un frisson plus ou moins violent, et le sein volumineux, douloureux, présente une plaque d'un rouge intense siégeant le plus souvent au niveau des parties declives. La peau est tendue, luisante. Des traînées rouges indiquent parfois le trajet des lymphatiques enflammés formant superficiellement des espèces de cordons. Les ganglions axillaires correspondants sont engorgés.

Au contraire, le début de la galactophoro-mastite est insidieux. L'inflammation est tout d'abord localisée aux conduits galactophores, et ne se manifeste par aucuns phénomènes généraux. La température reste normale ou à peu près pendant les 24 à 36 premières heures du début et même pendant huit jours dans un cas rapporté par Boissard ; parfois, il y a une légère ascension vespérale.

D'après Boissard, le début de la galactophorite est quelquefois si insidieux qu'on n'en peut faire le diagnostic que par la façon dont le nourrisson allaité se comporte. " Le nourrisson, (1) en effet, qui a avalé du pus, dit-il, fût-ce en minime quantité, va présenter immédiatement une chute, une descente dans son poids ; cette chute peut dépasser 100 gr. dans les vingt-quatre heures, mais il y a plus. Malgré le traitement, la perte de poids continue et s'accroît chaque jour..... Si vous n'êtes pas prévenus de ces faits, vous hésitez, vous tâtonnez, et cela d'autant plus que rien dans l'examen du nouveau-né ne peut vous rendre compte de la cause de cet état qui va bientôt compromettre irrémédiablement son existence..... La chute du poids du nouveau-né a

---

(1) Semaine Médicale, 1893 — De la galactophorite par M. le docteur Boissard.

une importance capitale. C'est souvent le premier signe qui vous permettra de faire le diagnostic et de reconnaître, en l'absence de tous phénomènes généraux, que les conduits galactophores contiennent un peu de pus."

Dans certains cas, on remarquera un peu de malaise, des frissons, une légère agitation, de l'anorexie, de l'insomnie; quelquefois les symptômes généraux sont plus marqués et peuvent faire croire à une infection puerpérale d'origine génitale. Le premier symptôme qui attire généralement l'attention est une sensation de pesanteur, de lourdeur. Puis apparaît la douleur qui augmente peu à peu d'intensité jusqu'à devenir d'une extrême acuité. Cette douleur est quelquefois mise sur le compte d'une crevasse. Les mouvements du bras, ou du tronc, et les moindres pressions l'exagèrent. Il est vraiment curieux alors de voir la femme craintive faire un nombre infini de gestes pour protéger sa poitrine de toute secousse et de tout contact, ou pour sortir la mamelle de son corsage.

Dans la galactophorite, la peau conserve sa coloration habituelle et son aspect normal. Les ganglions axillaires ne sont pas affectés. S'il y avait coexistence de lymphangite et de galactophorite, il est évident qu'on aurait association des symptômes propres à chaque variété ou plutôt prédominance des signes extérieurs de la lymphangite.

Dans la galactophorite, la main, appliquée sur le sein, y constate de la chaleur et des noyaux d'induration. "La palpation permet, (1) écrit Pierre Delbet, de reconnaître au début, dans un lobe de la glande, le plus souvent en dehors et en bas, une rénitence diffuse; bientôt on distingue une sorte de nodosité formée par la réunion d'une série de petits grains, puis une véritable tumeur due à leur confluence plus intime. La tumeur ainsi constituée est globuleuse, du volume d'une noix, d'un petit œuf, d'une mandarine; elle est très douloureuse spontanément et à la pression; sa surface est mamelonnée, ses contours, peu nets, comme diffus; elle n'adhère pas à la peau, mais elle est enchâssée dans la glande et l'on ne peut la mouvoir sans elle."

Le signe pathognomonique de la galactophorite est l'écoulement du pus, soit pur, soit mélangé au lait. Pour faire sourdre le pus des canaux lactifères, il faut s'y prendre de la manière suivante: "Le pouce et l'index (2) sont appliqués sur le sein, à une certaine distance du mamelon, près de la circonférence de l'aréole. On appuie d'abord d'avant en arrière, de la surface vers les parties profondes; puis, tout en continuant à presser, on rapproche les doigts jusqu'à la base du mamelon et ce dernier est lui-même comprimé d'arrière en avant. De la sorte, les substances contenues dans la partie ampullaire des canaux galactophores sont refoulées par la pression vers la partie rétrécie de ces mêmes canaux, partie rétrécie qui chemine dans l'épaisseur du mamelon et aboutit à l'extérieur."

La quantité de pus qu'on peut ainsi faire sourdre varie de quelques gouttes

(1) Traité de Chirurgie, par Duplay et Reclus.

(2) Leçons de Clinique obstétricale, P. Budin.

à 2 ou 3 cuillerées à soupe. Voici les caractères différentiels du pus d'avec le lait : (1)

1° Sa couleur d'un jaune moins éclatant, plus grisâtre, plus verdâtre ;

2° Sa consistance plus grande et plus homogène ;

3° Sa manière d'imbiber l'ouate ; le lait y pénètre plus vite et à la fois plus profondément ; le pus y reste plus superficiellement, comme en relief et pénètre moins et moins vite ;

4° Sa manière de quitter le mamelon : le lait, à mesure qu'il sort, coule entraîné par sa fluidité ; le pus s'accumule d'abord à l'orifice du conduit, puis seulement lorsque sa masse est suffisante, tombe entraîné par son poids. "

Si la maladie est laissée à elle-même, l'inflammation des canaux galactophores gagne les lobules de la glande mammaire et les acini où le pus s'accumule ; mais les parois des canaux étant très résistantes, il se passe quelque temps avant que ces parois soient détruites. Le pus finit par se faire jour à travers la couche limitante des canaux et des acini, et vient former en dehors des lobules des abcès, des fusées purulentes, des décollements sous-cutanés ou rétro-mammaires, des fistules laiteuses. La peau envahie est devenue rouge, violacée, adhérente, s'est amincie et perforée.

Il est difficile de percevoir la fluctuation quand elle est encore profonde.

Pour rechercher la présence du pus dans les inflammations de la mamelle, voici comment Delbet conseille de s'y prendre : " On saisit le sein en totalité avec les deux mains, en plaçant les pouces d'un côté et les trois derniers doigts de chaque main de l'autre côté de la tuméfaction. Ainsi, on immobilise la glande ; en la comprimant, on en fait un point d'appui solide : en outre, on tend la région qu'on doit explorer, et l'on conserve les deux index libres pour cette exploration. Il suffit alors de les appliquer sur les deux extrémités de la tuméfaction, et l'un restant passif et attentif pendant que l'autre presse, on recueille la sensation de soulèvement comme partout ailleurs. "

*Marche* — La mastite puerpérale a une marche irrégulière. Elle n'a pas de forme suraiguë. Quoiqu'elle présente quelquefois une marche aiguë, on rencontre le plus souvent la forme subaiguë lente.

Le trait caractéristique de cette maladie est qu'on peut limiter et enrayer l'inflammation alors que la suppuration a envahi les conduits lactifères et les acini. Avec un diagnostic précoce et le traitement Chassaignac-Budin, neuf fois sur dix on obtiendra une guérison rapide. Si l'on échoue, l'abcès se forme, et, passant par ses diverses phases, cherche à s'ouvrir au dehors. Plusieurs lobes et même tous les lobes de la glande peuvent être pris simultanément ou successivement. Ces abcès multiples, au nombre de dix ou vingt, se réunissent par des trajets fistuleux, ou forment de vastes clapiers ou s'ouvrent séparément à la surface de la peau. La mamelle devient semblable à une éponge purulente.

" Si un second abcès, nous fait remarquer Delbet, se développe alors que le premier est encore fistuleux, on voit, au dire de Nélaton, la sécrétion du premier s'altérer. Au lieu d'un pus franchement phlegmoneux, il produit un

(1) Semaine médicale, 1893—De la galactophorite par M. le docteur Boissard.



mélange de pus et de sang. Ce signe, d'après Nélaton, ne ferait jamais défaut, et permettrait d'affirmer le développement d'un second abcès. ”

La glande peut être complètement détruite ou au moins gravement compromise pour l'allaitement futur. La mastite puerpérale laisse des noyaux indurés et prédisposerait au cancer.

### TRAITEMENT.

Le traitement se divise en prophylactique et curatif.

#### I. TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.

1<sup>o</sup> Pendant la grossesse ; 2<sup>o</sup> après l'accouchement.

1<sup>o</sup> Pendant la grossesse.—Marx conseille à la femme enceinte de supprimer son corset, de se mettre du coton sur la mamelle, et d'oublier l'existence de son sein, et il lui prédit qu'elle n'aura pas de crevasses au mamelon. L'avis est bon, facile à suivre, mais son observance exacte ne préviendra certainement pas toujours les lésions du sein.

Si, comme je l'ai dit, le traumatisme et l'infection sont les deux sources de toutes les maladies du sein pendant l'allaitement, il est évident que la prophylaxie sera d'éliminer ces deux causes ; donc, prophylaxie en vue d'éviter le traumatisme ; et celui-ci s'étant produit, prophylaxie contre l'infection.

De plus, j'ai ajouté que les crevasses apparaissent spécialement chez les femmes à peau fine ou chez celles dont le mamelon est plus ou moins aplati. La conclusion à tirer de cette dernière hypothèse est donc toute naturelle : endurcir les mamelons et les former de manière que l'enfant puisse les saisir facilement. Il ne faut pas attendre pour obtenir ces deux desiderata que la femme soit accouchée et ait commencé à allaiter son nourrisson. Ce sont des soins importants qu'il est nécessaire de donner à la fin de la grossesse et quelquefois assez de bonne heure si l'on veut voir ses efforts couronnés de succès.

Pendant, l'accord n'est pas parfait entre les auteurs sur ce point. Plusieurs prétendent que les manœuvres pour raffermir la peau délicate des mamelons au moyen de frictions, ou de succiens, sont inutiles, illusoires et même dangereuses. Quoi qu'il en soit de ces opinions pour la plupart autorisées, je conseillerai avec la majorité des auteurs, Pingat, Monnier, Demelin, N. Charles, Arvard, etc. etc., de masser le mamelon, et de l'habituer graduellement à la fonction difficile qu'il aura à remplir.

La femme enceinte devra se laver la poitrine très-souvent. Quand elle fait sa toilette le matin, il lui est aussi nécessaire de veiller à la propreté de son sein comme à celle de son visage et de ses mains. Qu'elle se savonne bien la mamelle, et surtout le mamelon ; puis qu'elle se trempe les doigts dans une huile aseptique et fasse du massage du mamelon pendant quatre à cinq minutes. L'huile a l'avantage sur les liquides astringents de conserver ou même d'augmenter la souplesse de la peau, et de n'y pas produire une sorte de tannage qui la rend comme cassante et crevassante. Le massage sera renouvelé le soir. On devra commencer à le pratiquer plus ou moins vite à la fin de la

grossesse, suivant que les seins et surtout le mamelon sont plus ou moins bien conformés. Le début du neuvième mois marque généralement l'époque de cette opération.

M. N. Charles, de Liège, fait des frictions, matin et soir, sur le mamelon, avec les doigts et un liquide stimulant ou astringent (cognac, rhum, teinture de quinquina, d'écorce de chêne, de coing, etc.) ; il donne la préférence au cognac ou à la teinture de quinquina. La plupart des accoucheurs pratiquent les lotions avec de l'eau alcoolisée de plus en plus chargée.

Durant les derniers quinze jours, Auvard emploie une tétérèlle biaspiratrice composée d'une capsule en verre, à laquelle s'adaptent deux tubes en caoutchouc, destinés, l'un à la mère et l'autre à l'enfant. Le tube inférieur est débarrassé de la tétine et plongé dans de l'alcool. La femme applique la capsule de verre sur son sein et elle fait des aspirations par le tube supérieur. Cette opération remplit un double but : d'étirer et de développer le mamelon par la succion et de le fortifier par le bain d'alcool. Charles remplace la tétérèlle par une ventouse en caoutchouc, dans les cas où le mamelon ne ressort pas suffisamment. Il l'emploie après chaque friction qui a duré de trois à quatre minutes. Il laisse la ventouse en place pendant cinq minutes. Une pipe bien propre et aseptisée peut faire l'office de tétérèlle ou de ventouse.

M. le docteur K. von Wild (de Cassel), dans le but de faire saillir la pointe des mamelons effacés ou rétractés, fait porter sur les seins les petites ventouses en verre qui servent au nourrisson dans les cas de crevasses du mamelon. " A cet effet, (1) on enlève une partie du bout conique de la ventouse, de façon qu'il n'en reste qu'une portion d'environ 15 millimètres de hauteur, dont on polit le bord avec soin. Ce petit appareil, appliqué sur le sein et recouvert d'une couche d'ouate, se maintient en place par le simple contact des vêtements. En exerçant une pression uniforme et continue sur le pourtour du mamelon, il fait proéminer celui-ci dans la concavité de la ventouse. Vers la fin de la grossesse, cette saillie du mamelon devient permanente et suffisante pour que l'allaitement puisse s'effectuer sans difficulté. Pour la nuit, on enlève l'appareil et on l'immerge dans de l'eau fraîche.

Tarnier conseille de faire des lavages fréquents de la mamelle avec une solution antiseptique, " et s'il existe des excoriations, dit-il, on fait suivre chaque lavage d'un pansement occlusif " L'eczéma chronique du mamelon et de l'aréole prédisposant aux gerçures et aux crevasses devra être traité soigneusement avec une solution chaude de sublimé à 0 gr. 40 p. 1000.

2° Après l'accouchement.—C'est à partir de la parturition que la femme doit redoubler d'attention pour ses seins qui ne sont plus désormais pour elle seulement un ornement, une grâce de plus à sa beauté, mais sont devenus une source de vie pour l'enfant nouveau-né, et qui seront, pour elle-même, si elle n'y prend garde, aussi une source d'angoisses et de douleurs.

Si la parturiente n'a pas fait de la prophylaxie des maladies du sein avant l'accouchement, aussitôt que celui-ci est terminé on devra faire la toilette des

(1) Semaine Médicale, 1891, page CCLXVI.

seins comme celle des organes génitaux. Il faudra savonner doucement les mamelles pour en enlever les poussières et les matières grasses, puis on y appliquera une compresse imbibée d'une solution antiseptique.

J'ai dit plus haut que les microbes étaient apportés à la surface du mamelon par les doigts de la mère, par les linges, par la bouche de l'enfant ou par les yeux du nourrisson; il faudra donc veiller à la propreté minutieuse de ces diverses parties qui viennent en contact avec le sein, et ne pas attendre que les crevasses aient fait leur apparition pour y prêter attention.

Toutes les personnes qui ont à donner des soins à l'accouchée devront observer les règles de la plus stricte antisepticité obstétricale. Serait-il raisonnable que le médecin se désinfectât bien les mains dans une solution antiseptique, qu'il passât en revue les parties génitales de la malade, lui écartât les grandes lèvres pour chercher les déchirures ou les plaies, qu'il introduisît son index jusqu'au col de l'utérus et qu'ensuite, se trempant le bout des doigts dans un peu d'eau tiède qu'il essuye à moitié, il allât examiner sans plus de précautions antiseptiques les seins tout congestionnés et dans des conditions favorables à la pullulation des microbes. Le bon sens lui dit qu'il doit se désinfecter les mains s'il veut toucher la mamelle. De même doivent faire les personnes qui changent les garnis de la patiente, et touchent ses linges souillés par les lochies. La malade elle-même ne saurait s'entourer de trop de précautions; car, souvent, elle renouvelle ses garnis, et sans même se laver les mains, elle saisit entre ses doigts impurs le mamelon qu'elle porte à la bouche de l'enfant. L'accouchée touchera donc le moins possible le mamelon, et elle ne le fera qu'après s'être désinfecté les mains dans une solution antiseptique.

Les linges et tous les objets qui sont en contact avec les seins seront d'une propreté parfaite. A l'hôpital et partout ailleurs, quand on le peut, il faut les passer à l'étuve. Les linges devront, au moins, être bien lessivés et repassés. Avant de se servir des bouts de sein et des tétérelles, il faudra les désinfecter. On emploie à cet usage une solution d'eau salée ou boriquée; on y dépose ces objets et on porte à l'ébullition. Après chaque tétée, ces mêmes objets sont lavés et mis dans de l'eau boriquée saturée, ou dans une solution de bicarbonate de soude, de borax, ou de naphтол à  $\frac{1}{2}$  p. 1000.

Vous savez le nombre de microbes qui séjournent dans la bouche. Dix-sept espèces, dit-on, dont plusieurs sont virulentes. La conclusion à tirer c'est qu'on ne peut trop prendre de précautions de ce côté; c'est pourquoi on conseille d'essuyer au moins les lèvres et les gencives du nourrisson avec un petit tampon d'ouate hydrophile trempée dans de l'eau stérilisée ou de l'eau alcaline. Mais si la bouche de l'enfant était malade (muguet), ou était le siège d'un abcès (parotidite), ou présentait de la suppuration, suites de traumatismes causés par la manœuvre de Mauriceau, il faudrait redoubler de soin et la laver avec un antiseptique non toxique (solution de naphтол alpha à  $\frac{1}{2}$  p. 1000). Mais il vaudrait encore mieux se servir de tétérelle.

Une autre source d'infection peut exister dans le pus provenant des yeux atteints d'ophtalmie purulente. Dans ce cas, on lavera soigneusement les yeux malades qu'on recouvrira d'une compresse pendant l'allaitement.

Après chaque tétée, le mamelon et l'aréole seront nettoyés avec de l'ouate hydrophyle trempée dans une solution antiseptique (eau naphtolée, boriquée, boratée). Par ce petit soin on enlève de la surface du mamelon le lait qui va s'aigrir, et on neutralise les microbes. En plus, on tiendra en permanence sur les seins des compresses imbibées d'une solution de bichlorure de mercure à 0.20 p. 1000, ou d'une solution saturée d'acide borique. Le docteur Lepage se sert de la mixture suivante .

R. Glycerine.....	500 gr.
Eau distillée.....	450 gr.
Alcool.....	50 gr.
Biodure de mercure.....	0 gr. 10 ou 0 gr. 20
Iodure de potassium .....	q. s.

Il en imbibé des rondelles de tarlatane stérilisées qu'il maintient constamment sur le sein. Cette préparation amènerait la cicatrisation rapide des crevasses.

On recouvre la compresse ou la rondelle d'un tissu imperméable (gutta percha, taffeta gommé etc.). On maintient le tout au moyen d'un bandage de corps qui soutient en même temps les mamelles tombantes. A chaque tétée, la mère défait l'une des compresses, se lave bien le sein avec de l'eau légèrement salée, de l'eau boriquée ou boratée.

A la Pitié de Paris, dans le service du Dr Doléris, on oblige les nourrices à se laver le sein après chaque tétée, et à le recouvrir d'acide borique finement pulvérisé et d'ouate.

Certains accoucheurs emploient, au lieu de compresses antiseptiques, différentes pommades qu'ils appliquent sur le sein après chaque tétée pendant une quinzaine de jours. En voici une formule du Docteur M. J. Thomas :

R. Teinture de benjoin composée.....	XV gouttes
Huile d'olive.....	8 grammes
Lanoline.....	24 —

M.

La mère doit régler l'heure des tétées. Il lui faut vider régulièrement le sein, toutes les deux ou trois heures, par des tétées ou par des manœuvres d'expression. Elle ne laissera jamais le mamelon humide à l'air.

Voilà pour la prophylaxie des maladies du sein en général et en particulier des crevasses, car elles sont la porte d'entrée de l'infection ; et, si l'on peut les prévenir, les lymphangites, les abcès et les mastites seront rares.

Il est incontestable que cette prophylaxie variera suivant les sujets. Si les mamelons ne présentent rien d'anormal, le traitement prophylactique peut durer de quinze à vingt jours. Il sera moins long chez la multipare qui a déjà allaité sans accidents. Quand on cesse les lavages antiseptiques, il faut les remplacer par de simples lavages.

## II. TRAITEMENT CURATIF.

Maintenant, je suppose que faute de traitement prophylactique ou même qu'avec l'application rigoureuse de ce dernier, les érosions, les gercures et les

crevasses fassent leur apparition, il faudra de toute nécessité suivre fidèlement toutes les règles plus haut énoncées dans le double but de guérir ces lésions souvent très douloureuses, et d'en prévenir les conséquences fâcheuses.

Quand les fissures et les crevasses sont formées, il faut protéger le mamelon contre la bouche de l'enfant avec un bout de sein artificiel, ou au moyen d'un morceau de baudruche gommée taillée exprès et percée au centre de plusieurs petits trous qui correspondent aux orifices des canaux galactophores. La baudruche emboîte le mamelon et est collée à la peau à l'aide de collodion. On peut encore faire usage de la téterelle biaspiratrice d'Auvard.

Certaines gerçures du mamelon guérissent facilement et promptement parce qu'elles sont simplement traumatiques ; éloignez la cause qui les produit (allaitement) et elles disparaissent. D'autres compliquées par la présence des microbes se cicatrisent difficilement.

Lusk (1) prétend " que, par la seule propreté et l'enlèvement des principes irritants, les écorchures les plus sérieuses du mamelon guérissent dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures, à condition toutefois que l'allaitement soit suspendu. Aussi, le but du traitement est-il de guérir la lésion, en s'abstenant absolument de mettre l'enfant au sein malade. Cette condition est aisément réalisée quand un seul des mamelons est écorché, car l'enfant peut suffisamment s'allaiter avec le lait fourni par la mamelle non malade. Mais il faut, en pareil cas, diminuer la tension excessive qui résulte de la suspension de l'allaitement, en comprimant, avec les mains, la mamelle mise au repos, de la base vers le sommet, ou bien en chargeant la sage-femme de tirer le lait directement avec la bouche, *une pipe en terre ordinaire*, ou en se servant d'une pompe appropriée, munie d'une extrémité large et en forme de cône. On peut, en même temps, activer le travail de cicatrisation par des lotions avec des solutions à base de plomb, des solutions tanniques, et l'application de pommades astringentes."

Charles s'élève contre l'emploi des pommades et solutions saturnines (eau blanche, extrait de saturne, nitrate de plomb, etc.) qui sont préjudiciables à l'enfant.

Contre les simples gerçures, il suffit de faire des badigeonnages de teinture de benjoin, après chaque tétée, et de se servir de bout de sein artificiel. Charles remplace quelquefois la teinture par la pommade suivante :

R. Teinture de benjoin.....	} àà 1 gramme
Baume du Pérou .....	
Vaseline.....	

Mais comme la teinture de benjoin et la pommade ne sont pas sans occasionner de la douleur et de la cuisson, on peut y ajouter de la cocaïne et prescrire ainsi :

R. Teinture de benjoin.....	10 grammes
Chlorhydrate de cocaïne.....	50 centigr.

(1) Lusk : The science and art of midwifery.

M. Badigeonner avec un pinceau après chaque tétée.

A la pommade on ajoute de 25 à 50 centigr. de cocaïne.

On peut faire aussi des pansements à la vaseline boriquée ou à la lanoline cocaïnisée, ou encore avec :

R. Aristol..... 4 grammes  
Vaseline..... 20 grammes

Quand les crevasses sont étendues et profondes ou qu'elles sont infectées, il faudra persévérer dans le traitement, car la cicatrisation est longue et difficile parce que, à chaque tétée, la croûte protectrice est arrachée, mettant à nu la surface cruentée du mamelon. Dans ce cas, en outre des pansements ordinaires, on pratique des cautérisations au nitrate d'argent. "On saisit le mamelon, dit Lusk (1), et on le relève d'un côté, de façon à mettre bien à découvert la crevasse que l'on touche ensuite avec la pointe du crayon mitigé de nitrate d'argent. Comme l'action de ce dernier doit être absolument locale, on l'applique à sec; la lymphe sécrétée par la surface à vif fournit le degré d'humidité nécessaire. Je fais cette remarque banale, parce que j'ai vu quelquefois, à l'hôpital, des mamelons entièrement privés de leur épithélium, en raison de ce que le médecin habituel avait d'abord plongé le crayon dans l'eau, et permis que la solution forte diffusât d'elle-même sur les surfaces voisines."

S'il me fallait énumérer les différents topiques qu'on a préconisés contre les crevasses du mamelon, je n'en finirais pas; en effet, chaque médecin a sa prescription favorite, et chaque pharmacien, sa pommade renommée. On s'est servi d'ichthyol à 25 0/0, de gaiacol, de beurre de cacao, de cérat simple ou phéniqué; on a vanté le *cold-cream*, les pommades balsamiques, etc., etc.

Il y a encore un autre symptôme contre lequel il faut agir, et ce n'est pas le moindre: la douleur. Pour calmer ses angoisses et soulager sa douleur, la mère fera, cinq minutes avant chaque tétée, des badigeonnages avec un pinceau trempé dans une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 pour 20, puis recouvrira le mamelon avec un petit disque de coton hydrophile trempé dans la même solution. Précaution indispensable avec l'usage de la cocaïne: laver largement le mamelon avec de l'eau ordinaire au moment de la tétée pour éviter l'empoisonnement du nourrisson. D'un autre côté, la cocaïne aurait, d'après Joise, l'inconvénient de tarir la sécrétion lactée. "En produisant l'anesthésie du mamelon, dit-il, (2) la cocaïne prévient l'érection, et ainsi favorise la diminution de la quantité de lait." Avec une solution à 5 0/0, appliquée 5 à 6 fois par jour, le lait se tarirait dans l'espace de deux à six jours.

Si ces divers moyens échouent, la seule ressource qui nous reste est de suspendre l'allaitement. S'il n'y a qu'une mamelle malade, la mère nourrit du côté sain, mais si les deux mamelons sont frappés en même temps, ce n'est qu'en cas d'absolue nécessité qu'on se verrait obligé de prendre une résolution aussi grave.

(1) Lusk: The science and art of midwifery.

(2) The American Year-book of Medicine and Surgery--Bould--1896.

Les abcès du mamelon, de l'aréole et du tissu cellulaire sous-cutané doivent être ouverts dès qu'on a constaté la présence du pus. On les traitera ensuite antiseptiquement comme une plaie. La question de l'allaitement se pose encore ici. " Pour Velpeau et Chassaignac, dit Delbet (1) on peut continuer à donner " le sein malade, s'il ne s'agit pas d'abcès canaliculaires." La question se tranche habituellement d'une manière fort simple. " La femme, dit Duplay, atteinte " d'abcès du mamelon, cesse d'allaiter du côté malade avant tout, à cause de la " douleur. "

Quant aux lymphangites, il faut les traiter tout comme les crevasses par la méthode antiseptique. A la Pitié de Paris, on pratique des pulvérisations phéniquées avec compression ouatée.

Ce qui me reste à dire du traitement des affections du sein pourrait se diviser en deux parties : 1<sup>o</sup> traitement abortif de la mastite parenchymateuse ou mastite vraie ; 2<sup>o</sup> traitement curatif.

En effet, on peut espérer arrêter les progrès de la maladie même quand l'inflammation a envahi les canaux galactophores et les acini. Quand, à une époque quelconque de l'allaitement, on s'aperçoit que le sein devient douloureux, enflé, induré, il faut en rechercher les causes exactes ; car, deux raisons peuvent expliquer ces symptômes : ou l'allaitement ne se fait pas régulièrement, et il y a engorgement laiteux, mais sans fièvre, sans infection, sans danger surtout si on a recours au traitement rationnel qui est de vider régulièrement le sein toutes les 2 ou 3 heures ; ou, seconde raison, l'enflure, l'induration et la douleur à la pression, accompagnées ou non des crevasses, ne dépendant plus d'une cause mécanique, sont le résultat d'une infection. Ici nous sommes en présence d'une mastite dont il faut enrayer la marche envahissante.

Voici ce que dit, à propos du traitement abortif de ce dernier cas, M. le docteur Philander A. Harris : (2) " A la découverte d'une inflammation du sein, à quelque période que ce soit, interdisez l'allaitement, les frictions ; défendez les tire-lait ; n'usez pas de fomentations ; enfin, évitez toutes les mesures locales autres que celles qui ont pour but de procurer un repos complet à l'organe : repos des mouvements passifs, *rest from passive motion* ; repos de la sécrétion, *rest from secretion* ; et repos contre la douleur, *rest from pain*. Toutes conditions qu'on peut obtenir par un bandage laissé en place aussi longtemps qu'il ne se défait pas. "

Voilà le résumé du traitement abortif pour la plupart des auteurs américains. Cependant, quelques-uns y ajoutent la glace et les compresses ballonnées, et prescrivent en même temps les purgatifs.

Les auteurs français, entre autres Budin et avant lui Chassaignac, suspendent également l'allaitement du côté malade, ou même totalement si les deux seins sont envahis, et n'ont recours à la compression qu'après avoir évacué la mamelle. Pour eux, le point capital est de donner issue au pus. Cette opération de l'évacuation du pus, appelée expression par la méthode de Chassaignac-

(1) Traité de Chirurgie—Duplay et Reclus.

(2) American Journal of Obstetrics, Jan. 1885, page 1.

Budin, demande à être pratiquée de la manière que j'ai indiquée plus haut en parlant de la recherche du pus dans les canaux galactophores. Il faut prolonger l'expression autant que possible jusqu'à la sortie complète du pus. Dans certains cas, elle doit être pratiquée deux fois par jour. Après chaque séance, on lave le sein et le mamelon avec une solution antiseptique ou mieux on fait pendant une demi-heure des pulvérisations avec une solution de sublimé ou de naphтол ; puis, on applique un pansement compressif qui relève le sein. On est quelquefois obligé de chloroformiser la patiente, vu l'excessive sensibilité de la mamelle.

Généralement, après le premier pansement, la malade se sent beaucoup mieux, la fièvre tombe, et il est rare qu'on soit forcé de le renouveler. Il est exceptionnel que la galactophorite diagnostiquée dès le début et traitée de cette manière résiste plus de trois à quatre jours.

La méthode de Chassaignac-Budin, qui est très répandue parmi les accoucheurs, a été modifiée par quelques médecins dans le but de rendre l'évacuation du pus moins douloureuse. M. Legroux (1) opère ainsi : " Une ventouse surmontée d'un ajutage est appliquée sur le sein malade de façon à faire saillir le mamelon dans l'intérieur de la ventouse ; on fait le vide au moyen d'une petite pompe aspirante qui entre à frottement doux dans l'ajutage de la ventouse. Après le premier coup de piston, le lait ou le pus jaillit dans la ventouse. Il faut avoir soin alors de séparer la pompe de la ventouse pour permettre à l'air de pénétrer à nouveau dans celle-ci. Si l'on ne prenait pas cette précaution, il se produirait le même phénomène que lors d'une application de ventouse. Une ecchymose se produirait sur le mamelon qui deviendrait aussitôt le siège d'une forte douleur.

" Au contraire, en prenant la précaution de laisser la pression extérieure se rétablir après chaque coup de piston, on imite la succion de l'enfant avec cette différence que l'aspiration est plus forte et plus soutenue. De cette façon, on évite complètement de meurtrir le sein. "

M. le docteur Peyton T. B. Beale croit-il être l'inventeur d'un nouveau procédé ou le modificateur de la méthode Budin, quand il indique dans la *Lancet* (2) de Londres son procédé de la bouteille pour l'expression du lait. Le Docteur Beale se sert d'une bouteille d'une capacité d'une chopine. Elle est bien nette et bien asséchée. Il y jette un petit morceau de papier buvard imbibé d'alcool auquel il met le feu. Le goulot de la bouteille est appliqué autour du mamelon. C'est une puissante ventouse.

Ce procédé est-il nouveau ? Qui ne se rappelle d'avoir entendu nos bonnes vieilles canadiennes répéter que, au temps de leur jeunesse, les médecins étaient rares et qu'elles accouchaient seules. Les relevailles, dans le bon vieux temps se faisaient toujours bien, à tel point qu'il était vrai le dicton populaire qui dit : *Il n'y a pas de malade où il n'y a pas de docteur ; là, personne ne meurt.* Cependant, nos bonnes *mémères* avaient quelquefois le *poil*, de l'engorgement

(1) Georges Mendaillès : Des mastites puerpérales et de leur traitement, 1896.

(2) The Lancet, London 1896, I, 654, The prevention of large mammary abscesses by expression of the milk.



laiteux, compliqué de crevasses et de lymphangite, puisqu'elles nous en dépeignent exactement tous les symptômes ; elles avaient de la galactophorite, car, pour qui connaît cette maladie et leur entend raconter leurs malaises pendant l'allaitement, il est clair qu'elles souffraient comme aujourd'hui, seulement elles étaient plus fortes, plus courageuses et, ce qui n'est pas peu, plus loin du médecin. L'air vivifiant de nos campagnes et leur constitution pleine d'une sève généreuse aidaient puissamment la nature et leur valaient tous les médecins du monde. Cependant nos bonnes vieilles étaient quelquefois obligées d'aider les efforts de leur bon tempérament. C'est ainsi qu'elles faisaient sans le savoir ce que Chassaignac et Budin ont érigé en méthode. Ne vous rappelez-vous pas leur histoire du petit chien suçant fortement leurs mamelles engorgées, indurées, douloureuses ? Avez-vous aussi oublié leur manière de vider ces mamelles malades avec une bouteille bien chauffée. C'était un remède qui leur venait de leurs grand'grand'mères, et elles n'ont pas manqué de le laisser à leurs arrière-petites-filles. En effet, on voit encore des mères guérir une mastite débutante en se faisant téter par un petit chien ou en appliquant la vieille bouteille chauffée.

Ne dira-t-on pas maintenant que la méthode classique d'expression du lait n'est qu'une modification scientifique, réglée, d'un usage populaire de tous les temps

La galactophorite n'a pas été diagnostiquée assez tôt, le traitement n'a pas été institué ou ce dernier a échoué, qu'y a-t-il à faire ? Voilà où commence la difficulté du traitement et l'embarras du choix d'une méthode prompte et efficace. En effet, il faut compter avec la suppuration et ses conséquences. N'y aura-t-il qu'un abcès ? Trop heureux serions-nous si nous pouvions ainsi limiter le mal. Hélas ! les abcès succéderont aux abcès ; des trajets fistuleux s'ouvriront ; des cavernes se creuseront, compliquant le traitement, retardant la guérison, affaiblissant la patiente et compromettant souvent sa vie déjà par trop chancelante ; car, on le sait, l'infection fait plus de victimes chez les anémiques ; c'est l'image de la plante souffreteuse qui se courbe et dépérit sous tous les souffles malfaisants.

Il est donc nécessaire d'agir *promptement* et *radicalement* ; l'intérêt présent de notre patiente l'exige, la conservation de la fonction de la glande en vue de l'allaitement futur le demande et l'esthétique, si la femme tient à la régularité de ses formes, le veut. Plus on attend et plus la vie s'en va, s'échappant goutte à goutte par ces sources de dépérissement.

J'ai devant les yeux le portrait d'une moribonde que j'ai vue dernièrement dans un de nos hôpitaux. On venait de l'y amener. Sa figure était l'image de la phthisie qui a enlevé tout espoir de guérison ; ses yeux avaient cet éclat, ce reflet que jette la lampe avant de s'éteindre ; les pommettes de ses joues amaigries étaient vivement colorées par la fièvre et tranchaient nettement avec le reste de la face d'une pâleur cadavérique. Cependant, le mal rongeur n'était pas aux poumons ; le sein seul était malade. La galactophoro-mastite à sa période ultime avait produit ce délabrement complet.

Done, nécessité d'agir *promptement* et *radicalement*. Presque tous les auteurs sont d'accord sur cet axiôme ; voilà pourquoi on a abandonné complète-

ment l'ancien traitement par les fomentations et les cataplasmes, traitement qui éternisait la maladie. Où l'accord n'est pas parfait, c'est sur la question du drainage que certains accoucheurs veulent conserver dans le traitement des mastites, d'autres s'y opposant parce qu'ils prétendent guérir plus promptement sans lui.

“ Aussitôt que l'élasticité et la fluctuation profonde, dit A. Marmaduke Sheild, (1) sont évidents, on pratique une incision radiale assez grande pour y introduire l'index qu'on pousse jusqu'à ce que le pus apparaisse. Le doigt pénètre dans la cavité, brise les loges et les cloisons qui séparent les diverses cavernes de suppuration. On fait une contre-ouverture ; on vide bien la plaie qu'on lave antiseptiquement. On place un gros tube par la seconde ouverture. Quant à la première incision, elle est suturée avec du crin de Florence, et on y applique du collodion. Le tube est laissé en place aussi longtemps qu'il est nécessaire, et on le racourcit au besoin.”

Si l'on veut bien réussir, guérir rapidement notre patiente et lui conserver un sein propre à l'allaitement futur, s'il n'est pas déjà trop compromis, il est essentiel de bien évacuer non seulement un des abcès, mais faire une toilette complète de la glande, aller chercher toutes les anfractuosités, pénétrer dans toutes les cavernes. C'est le but à viser. Il est si désirable et cependant si difficile à atteindre qu'on dirait qu'il existe un véritable concours entre les accoucheurs et les chirurgiens pour trouver la méthode qui supprime d'un seul coup la suppuration et endommage le moins la glande mammaire.

Vous venez de le voir, Marmaduke Sheild fait une incision juste assez grande pour introduire un doigt qui va à la recherche de tous les foyers purulents. L'incision est faite de manière à ne pas couper les vaisseaux lactifères, c'est important.

Plusieurs médecins de renom ont adopté la même méthode opératoire dans ses grandes lignes, moins cependant le drainer etc.

Weber opère dès qu'il soupçonne la présence du pus. Il mène son incision radiale très profondément pour aller à la recherche de tous les clapiers purulents. Le doigt est introduit à travers l'incision et poussé avec une *force considérable* dans sa recherche des fusées purulentes, des loges et du tissu nécrosé. S'il existe un autre abcès à plus d'un pouce de l'incision déjà pratiquée, Weber en fait une autre que le doigt parcourt comme la première. Il est quelquefois nécessaire d'inciser à cinq ou six endroits. Avec une curette tranchante on enlève tous les débris et les tissus nécrosés. Lavages antiseptiques des plaies. Pour le pansement, on se sert de lamères de gaze stérilisée et trempée dans une solution d'acide carbolique (1 0/0) dont on bourre les foyers. Feuille de protectrice et bandage.

Ce premier pansement est renouvelé après 36 heures, et, 24 heures plus tard, quand on le défait, la sécrétion est presque tarie et il existe déjà des bourgeons charnus. On omet dans ce troisième pansement la gaze dans les foyers d'incision. On applique sur le sein une couche de gaze et une *compresse* à l'acide carbolique.

(1) The Lancet, London, 1896, page 1198.

Ici, je me permets de dire une compresse, bien que Weber nous conseille d'employer une éponge plate. Mais je ferai remarquer que Weber parle en 1892 et que, depuis cette date, on a complètement abandonné l'usage des éponges en chirurgie. Si Weber rééditait le même enseignement, je suis sûr qu'il ferait la même correction.

On recouvre la *compresse* d'une feuille de protective et d'un bandage compressif qui relève le sein dans le but d'unir les lèvres des incisions. Dans les pansements suivants, qui sont faits toutes les vingt-quatre heures, des lavages de la superficie du sein suffisent; on agit avec douceur et légèreté pour ne pas briser les adhérences encore faibles.

Par ce traitement on obtient la guérison en huit ou dix jours. Mais les cicatrices peuvent être nombreuses et on est quelquefois obligé de faire de petites autoplasties.

M. le docteur Maurice Hache, professeur de Chirurgie à la Faculté de Médecine de Beyrouth, s'élève fortement contre l'usage des drains. " On a l'habitude de choisir, dit-il, (1) le point le plus déclive pour assurer l'écoulement du pus; c'est une précaution sans valeur, car la compression bien faite a une efficacité bien plus grande que la déclivité de l'ouverture. Il est très important au contraire d'inciser au point où l'abcès est devenu le plus superficiel, car on peut ainsi éviter le drainage dans un bon nombre de cas.

" En effet, si les lèvres de l'incision qui fait communiquer la cavité de l'abcès avec l'extérieur ne sont constituées que par la peau, ou si celle-ci n'est doublée que d'une couche mince de tissu glandulaire, la sortie constante des liquides sécrétés par la poche suffit à maintenir la béance de l'incision à condition qu'elle ait une étendue suffisante, quatre à six centimètres en moyenne. Au contraire, si l'on a dû traverser une certaine épaisseur de la glande, l'abcès ne se vide qu'à travers une sorte de canal que la compression a grandes chances d'oblitérer, et l'on est obligé de mettre un drain... L'épaisseur de la couche glandulaire qui nécessite un drain est d'un travers de doigt. "

La longueur du drain est à peine supérieure à la profondeur de l'incision. Il faut retirer le drain le plus vite possible.

Pour Hache le succès de la guérison rapide dépend essentiellement de la compression uniforme.

Son premier pansement, après l'incision, consiste en un grand lavage avec une solution de biiodure de mercure au dix-millième pour évacuer complètement le pus. Il pulvérise de l'iodoforme sur les bords de la plaie sur laquelle il place une compresse bouillie dans la même solution. Il recouvre largement d'ouate le sein malade et celui du côté opposé si la mère n'allait pas. Un peu d'ouate est placée sur le reste du thorax; et le bandage compressif énergique est appliqué en relevant le sein malade. Les premiers tours de bande sont moins serrés. Ce premier bandage, s'il est bien fait, doit rester en place deux ou trois jours après lesquels il faut, parce que le volume du sein a diminué, le

(1) Revue de Chirurgie, 1882, page 251—Voir aussi La Semaine Médicale, 1892, annexes, page LXXVI.

renouveler sans cependant faire aucune injection dans la plaie. On se contente de quelques pressions sur le sein pour évacuer le pus qui s'y trouve.

Quand la mamelle, (après le second, parfois après le premier pansement), est devenue trop flasque pour la comprimer régulièrement, Hache conseille le procédé suivant : " Une bande de gaze mouillée, qu'on fixe d'abord en la passant deux ou trois fois autour du thorax, est enroulée circulairement autour du sein entouré d'une mince couche d'ouate, en allant de la périphérie vers le mamelon. Cette compression concentrique une fois réalisée, le sein a repris une consistance suffisante et le pansement est terminé par des circulaires qui l'appliquent énergiquement contre le thorax. "

La durée moyenne de ce traitement est de deux semaines. Les derniers pansements sont espacés.

Voici les conclusions du Docteur Hache :

" 1° Après les précautions destinées à empêcher l'infection du foyer, l'évacuation constante et absolue du contenu des abcès du sein—comme des autres collections purulentes—est la condition la plus importante de leur guérison rapide ;

" 2° La compression uniforme et énergique du sein est le meilleur moyen de réaliser cette évacuation ; la déclivité de l'ouverture est sans importance ;

" 3° Pour bien comprimer le sein, il peut être utile de joindre, au procédé classique d'application du sein relevé contre le thorax, la compression concentrique directe de la glande ;

" 4° Il faut éviter autant que possible de mettre des tubes à drainage qui rendent la compression douloureuse et retardent la guérison.

" 5° Le drainage est inutile quand on n'a traversé pour ouvrir l'abcès qu'une mince couche de tissu glandulaire. "

M. le docteur Beale, que je citais plus haut, préfère, à l'instar de Pinard, se servir d'un trocart pour évacuer le pus des abcès glandulaires. Il enfonce le trocart recouvert de sa canule (1/10 de pouce), à côté du mamelon, et, avec une bouteille, il fait l'aspiration du pus. Il peut ainsi injecter et retirer facilement une solution antiseptique. Cette manière d'agir offrirait les avantages suivants: (1)

" 1° Vous enlevez tout le pus, et vous pouvez, à volonté, laver la cavité purulente ;

2° Vous n'endommagez point le tissu mammaire ;

3° La patiente peut sortir et n'est pas contrainte de rester enfermée à cause du drain ;

4° La douleur n'est rien à comparer à celle des incisions et des pansements ;

5° L'anesthésie n'est pas nécessaire ;

6° C'est à peu près la meilleure manière d'enlever la cause des abcès, à savoir : les micro-organismes pathogènes qui ferment les conduits galactophores et peuvent même avoir pénétré plus loin."

Tarnier conseille de faire une incision radiée, d'y introduire un tube à

(1) The Lancet, London, 1896, I, 654.

drainage, de laver la cavité de l'abcès avec une solution phéniquée forte au 1/20e, jusqu'à ce que le liquide ressorte clair. Le tube à drainage est laissé en place et la plaie est recouverte avec de la gaze-iodoformée et une couche épaisse de coton antiseptique maintenues par un bandage compressif. Les pansements sont renouvelés suivant les indications.

Je passe sous silence la méthode (1) opératoire de M. le docteur J. Bœckel (de Strasbourg) qui conseille de traiter les abcès parenchymateux du sein par l'évidement complet des lobes atteints. L'étendue de l'opération est disproportionnée avec la gravité de l'affection.

Permettez-moi de résumer le procédé opératoire de M. le Dr Félizet, que je trouve décrit dans la thèse du Docteur Georges Mendailles. (2) Dans la description qu'il en donne, le docteur Mendailles suppose un cas type de mastite puerpérale : le phlegmon a son siège dans les lobes externes et inférieurs et dans le tissu conjonctif interlobulaire environnant, en outre il n'a pas encore atteint la peau qui conserve toute sa vitalité.

Les instruments nécessaires pour l'opération sont un thermocautère, une sonde cannelée pointue à une extrémité, des écarteurs, un chalumeau, une pince à forcipressure qui est très rarement employée. Comme pour toute opération, asepsie parfaite de la partie ; les poils de l'aisselle sont rasés. La patiente est sous l'influence du chloroforme.

L'opérateur dessine, par un pointillé au thermocautère, sur le pli sous-mammaire ou parallèlement à ce pli, à un ou deux centimètres au-dessus (le sein malade est fortement tendu et plus relevé qu'à l'état sain), la ligne d'incision dont la limite supérieure latérale ne dépasse pas le diamètre horizontal passant par le mamelon, et dont la longueur varie suivant le volume de l'abcès. On accentue le pointillé et on trace enfin une ligne d'incision non discontinue. Un aide écarte les lèvres de la plaie. L'opérateur, faisant pénétrer de plus en plus le thermocautère, décolle de la paroi thoracique le sein qu'on relève. Arrive un moment où le pus s'écoule au dehors.

L'opérateur peut s'y prendre d'une autre manière. Il détermine approximativement le grand axe de la partie fluctuante, et fait à une des extrémités, avec le thermocautère, une ouverture profonde dans laquelle il plonge la sonde cannelée qui traversera facilement les tissus malades et percera une contre-ouverture diamétralement opposée à l'orifice d'entrée. Le thermocautère, dirigé sur la sonde cannelée fortement tirée en bas et en dehors, sectionne la peau en suivant une direction curviligne à convexité inférieure. Le pus est évacué et le doigt de l'opérateur est introduit dans la cavité. S'il y a des brides qui divisent l'abcès en plusieurs loges, il faut les briser avec le doigt et le thermocautère.

« La distinction des tissus sains, dit Mendailles, d'avec les tissus malades se fait facilement avec le doigt. Les tissus malades, en effet, se laissent largement pénétrer par le doigt avec une légère pression. Les tissus sains au contraire

(1) Voir traité de Chirurgie Duplay et Reclus, article par Delbet. Voir aussi La Semaine Médicale 1891, annexes page CCX.

(2) Des mastites puerpérales et de leur traitement, 1896, par le docteur Georges Mendailles.

opposent une grande résistance même à la sonde cannelée manœuvrée avec un effort considérable."

Quand on a obtenu une seule cavité, on lave largement au sublimé; on imbibé la plaie d'une solution de chlorure de zinc, on assèche bien et on flambe au chalumeau qui produit une température d'environ 1500°.

"Par le flambage,"—je transcris textuellement Mendailles,—"nous nous proposons de détruire toutes les parties malades ou déjà mortes qui tapissent les parois anfractueuses de la cavité, siège de l'infection. Nous détruisons en somme la membrane pyogénique qui, abandonnée à elle-même, fournirait une suppuration abondante et fort longue à tarir."

Deux précautions sont nécessaires pour faire un bon flambage :

1° Bien sécher la plaie à l'aide de compresses. Pendant qu'une main retire les compresses, l'autre tient le chalumeau prêt à agir;

2° Le flambage doit être complet, c'est-à-dire qu'il doit porter sur toutes les parois. "Deux aides,"—je cite toujours Mendailles,—"armés d'écarteurs, offrent à la vue de l'opérateur, successivement et par des manœuvres simples, les diverses parties constituantes de la cavité. Aucune anfractuosité ne doit être oubliée, c'est là une condition de bonne réussite."

Il faut flamber la cavité jusqu'à ce qu'elle soit *absolument noire, carbonisée* (1 à 2 minutes). On doit éviter de brûler la peau. On met dans la plaie une assez grande quantité d'iodoforme sur lequel on promène la flamme du chalumeau. "Il se produit de l'iode à l'état naissant qui va imprégner les tissus environnants."

Pansement : Deux mèches de gaze iodoformée sont placées aux extrémités de l'incision, deux autres sur le milieu des deux côtés. "La partie interne des mèches comble les diverses anfractuosités existantes, la partie externe, laissée à l'extérieur, fera, au cas de nécessité, l'office de drain. Une cinquième mèche est placée au milieu, reposant sur les précédentes, leur servant de tampon soutien, comblant le vide restant de la plaie."

Ouate hydrophile, ouate ordinaire, bandage compressif fait bien à plat pour éviter l'entropion et l'ectropion des lèvres de la plaie. Il n'y a pas eu de perte de sang. On est rarement obligé de ligaturer aucun vaisseau (branche de la mammaire externe).

Le flambage a pour résultats immédiats, outre son action microbicide, le retrait de volume de la cavité, et, pour résultats éloignés, de tarir rapidement la suppuration. "Tous les tissus nécrosés, malades, destinés à être la partie suppurante, sont en effet détruits, éliminés pour la plupart, d'un seul coup et dès le début."

Le premier pansement n'est défait que le douzième jour, ensuite on le renouvelle tous les huit jours. Les malades reprennent leurs occupations dès le premier pansement. Quelquefois les bords de la plaie ont une tendance trop rapide à la réunion; on touche dans ce cas les bourgeons charnus avec un crayon de nitrate d'argent. La guérison complète s'obtient en un mois et demi en moyenne. On n'a jamais observé de récurrence ni de formation d'un nouvel abcès dans une autre région de la glande.

Voici l'aspect de la mamelle après guérison : cicatrice rouge pâle, curviligne, régulière, située à la partie inférieure du sein, peu visible ; pas de retrait de la peau souple à la palpation ; pas de partie indurée dans le reste de la glande. La beauté de la région est presque entièrement conservée.

Voilà pour les abcès des lobes inférieurs externes. Si le phlegmon est dans une autre partie de la glande il est évident qu'on ne pourra utiliser le pli sous-mammaire pour y cacher l'incision. Dans ce cas on applique le même procédé opératoire en le modifiant suivant les circonstances. Il faut utiliser les orifices fistuleux qui existent. Les grands délabrements de cette opération n'empêcheraient pas l'allaitement futur.

---

### LES PROCHAINES ÉLECTIONS DU BUREAU DES GOUVERNEURS.

Les élections du Bureau des Gouverneurs auront lieu au mois de juillet prochain. Déjà, depuis quelque temps, quelques membres du Bureau actuel ont commencé de réunir des procurations, du moins dans le district de Montréal, afin de réélire le même Bureau. D'un autre côté, un bon nombre de médecins ont l'intention de s'opposer vigoureusement à la réélection de certains membres du Bureau actuel, et viennent de former un Comité Electoral des médecins de la Province de Québec. Nous allons donc entrer dans une période très active, et nous espérons que les médecins de la Province s'intéresseront au mouvement.

Nos lecteurs voudront bien se rappeler, et nous insistons sur ce point, que le but de cette organisation est d'élire des gouverneurs qui nous accorderont l'élection par districts et modifieront l'administration financière du Bureau. Il ne s'agit pas de renouveler tout le Bureau actuel, il suffira d'éliminer ceux qui, par leurs actions passées et leur conduite actuelle, sont en désaccord complet avec les intérêts et les désirs de la profession. Pour diminuer la portée de ce mouvement de réforme, on a insinué habilement, à Québec, qu'il s'agissait d'une lutte personnelle ; on verra par la circulaire qui sera bientôt adressée à la profession qu'il n'en est pas ainsi. Il s'agit d'une lutte de principes, et les intérêts les plus chers de la profession sont en jeu. Nous croyons que ce mouvement de réforme mérite en tous points l'encouragement des médecins de la Province.

Les élections par districts permettront à chaque partie de la Province de choisir son ou ses représentants, et cela sans être contrôlée par les représentants des autres districts ou les chefs puissants du Bureau. C'est là le grand point qu'il faut gagner : avoir un Bureau des Gouverneurs représentatif, élu librement par la profession, et contrôlé par personne, afin que tout ce que ce Bureau mettra en force, règlements, législation, discipline, soit bien l'expression des vœux de la profession, et non pas le résultat du désir de quelques-uns.

Depuis neuf ans le Bureau actuel a rejeté constamment des motions qui avaient l'entière approbation d'un grand nombre de médecins ; il devient nécessaire et urgent d'élire un Bureau qui prête une oreille plus favorable à nos besoins véritables et à nos intérêts les plus importants.

# NOUVEAU MODÈLE DE SERRE-NŒUD A ANSE FROIDE ET GALVANIQUE COMBINÉES (1)

PAR LE

Prof. A. A. FOUCHER. (de Montréal.)

Il existe déjà un grand nombre de modèles de serre-nœuds galvaniques, et, à une exception près, ils présentent tous le même inconvénient : lorsque l'anse métallique se raccourcit, la résistance diminue, le courant électrique devient plus intense et la température du fil augmente. Du rouge sombre, l'anse galvanique est portée au rouge blanc quand elle est raccourcie de moitié ; elle fond ou se brise, alors qu'elle est réduite à un centimètre ou moins. Cet inconvénient peut varier en plus ou en moins, avec la force de l'électricité employée, la grosseur et la longueur du fil ; mais, dans tous les cas, il contribue à rendre instable, incertain, l'emploi de l'anse galvanique et est capable parfois, comme on le verra un peu plus loin, de devenir une source d'ennuis sérieux. On s'est efforcé d'y remédier en intercalant un rhéostat dans le circuit, de façon à ce que l'électricité rencontrât toujours la même résistance. Le moyen est effectif ; mais, s'il exige l'emploi des deux mains, dont l'une au rhéostat et l'autre au manche galvanique, le résultat n'est guère pratique. En effet, pour opérer avec précision, il faut que l'instrument fonctionne facilement dans la main droite, tandis que la gauche sert à d'autres usages. Confier à un aide le soin de manier le rhéostat ou de fermer le circuit complique inutilement le procédé opératoire et enlève au chirurgien l'indépendance dont il a besoin pour conduire son opération à bonne fin.

Les serre-nœuds galvaniques ont généralement trois anneaux dont l'un est consacré au pouce, deux autres, en avant, servent à l'index et au médius et un quatrième anneau ou crochet sert à l'annulaire pour fermer le circuit. Tous les doigts de la main, sauf le petit, sont donc employés. L'index et le médius opèrent une traction sur l'anse galvanique, tandis que l'annulaire établit le contact. Cette cumulation et cette variété d'emploi des doigts de la main nuisent à la rapidité et à l'exactitude de l'opération. Si le contact n'est pas bien établi ou si, à un moment donné, pour une raison ou pour une autre, le courant cesse de passer, alors, de deux choses l'une, il faut : ou retirer l'anse métallique ou continuer l'opération à froid. Si la tumeur a été enserrée fortement, il devient difficile sinon impossible de dégager l'anneau, la tumeur est déjà étranglée, et l'anse est encayée profondément, le mouvement de retrait qu'on lui donne ne sert à rien, le fil ayant chauffé est devenu plus mou et a perdu son élasticité. S'il est à peu près impossible, dans la plupart des cas, de retirer l'anse métallique, il ne reste qu'à continuer l'opération à froid. Mais, l'instrument n'est pas cons-

(1) Reproduit de la *Revue Internationale de Rhinologie*.



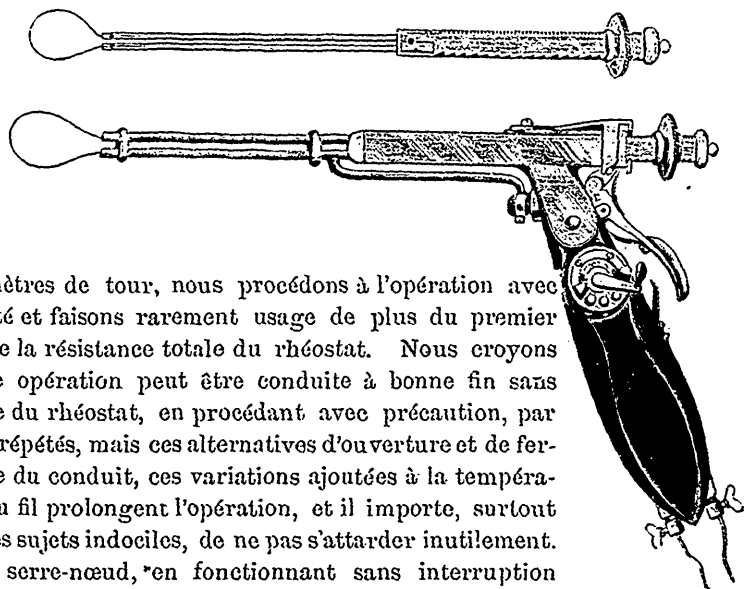
truit dans ce but, les tubes sont en cuivre, les bornes qui fixent le fil sont faibles et fragiles et se brisent ou se courbent aux moindres tractions énergiques ; d'ailleurs, les tractions opérées sur les anneaux peuvent vaincre difficilement la résistance qu'offrent les tumeurs dures et volumineuses. L'opérateur est donc exposé à ne pouvoir retirer l'anse métallique et à ne pouvoir davantage continuer l'opération à froid, et il se perd en vains efforts pour obtenir l'un ou l'autre. Un accident de ce genre nous est arrivé et c'est ce qui nous a déterminé à faire construire un instrument irréprochable sous tous rapports.

OBSERV. : Dans le cours de l'année dernière, nous recevions, à notre consultation privée, un patient de 17 ans, opéré deux ans auparavant pour un fibrome naso-pharyngien. Nous avons alors chloroformé ce malade, fendu le voile du palais avec le galvanocautère, curetté le palais osseux et enlevé, à l'anse galvanique, un fibrome de la grosseur d'un jaune d'œuf. Tout s'était passé sans encombre, sans hémorrhagie surtout, et nous comptions profiter de l'ouverture permanente faite au palais pour opérer les récidives avec le galvanocautère. Cette récidive nous amena le patient un an plus tard. N'ayant pas eu d'hémorrhagie à la première opération nous crûmes ne pas en avoir davantage à la seconde. Le serre-nœud galvanique fut appliqué, marcha bien pour commencer : mais, vers le milieu de l'opération, le courant cessa tout à coup de passer. Un examen rapide des points de contact qui établissent la fermeture du circuit ne fit rien découvrir. Il ne restait qu'à dégager l'instrument ou à continuer la section à froid. L'anse métallique, déjà engagée profondément dans la tumeur, resta en place ; des efforts de traction n'eurent pas plus de succès, les anneaux et les tubes menaçaient de se briser et le sang commençait à affluer dans la gorge. En moins de temps qu'il n'en faut pour le décrire, une hémorrhagie profuse inonda le champ opératoire et l'instrument était encore là, ne pouvant être enlevé ni par un procédé, ni par l'autre, quand, menacé de suffocation, le patient unit instinctivement ses efforts aux nôtres et arracha violemment le serre-nœud, emportant un morceau de la tumeur. L'hémorrhagie redoubla d'intensité, mais nous fûmes assez heureux pour pouvoir l'arrêter rapidement. Le patient avait perdu beaucoup de sang et nous avons passé par des émotions faciles à concevoir. Si, au lieu d'un fibrome naso-pharyngien, nous avions ainsi opéré une hypertrophie d'amygdales, nous laissons à juger de l'accident fatal qui aurait pu en résulter.

Le serre-nœud galvanique devrait donc être construit de façon à éviter toute surprise et le meilleur moyen d'y arriver c'est de pouvoir l'adapter indifféremment à l'anse froide ou à l'anse chaude. Le serre-nœud de Ruault avec rhéostat est parfait comme serre-nœud galvanique, le fil est toujours porté au même degré de chaleur quelle que soit son étendue, le contact s'établit avec un doigt et son fonctionnement simple ne nécessite que l'usage d'une seule main. Mais, que le courant cesse de passer, il ne restera que la pression du pouce pour couper la tumeur engagée ; or, avec des tumeurs dures, la section sera tout aussi impossible qu'elle l'a été dans le cas cité plus haut.

Le serre-nœud que nous avons fait construire et que nous reproduisons ci-après nous paraît offrir toutes les garanties de sécurité et d'efficacité désirables. Cet instrument est une modification du polypotome de Wright. Il est construit de façon à opérer une traction puissante sur l'anse métallique soit à l'aide d'un levier ou d'une vis. Il peut servir pour l'anse froide avec deux tubes ou un seul à volonté. Si l'on préfère consacrer l'instrument à l'anse galvanique exclusivement, les deux tubes peuvent être isolés par deux ou trois petites viroles

de cuivre espacées et séparées des tiges par du papier d'amiante. Cette disposition permet de flamber les tiges et de les aseptiser complètement. Pour l'anse galvanique, où les deux tubes sont nécessaires, le circuit, le rhéostat et le retrait de l'anse métallique s'opèrent par l'action du pouce de la main droite. En abaissant légèrement le levier avec le pouce, on ferme le circuit et le fil rougit ; en pressant davantage, le levier opère un mouvement de bascule sur la tige qui porte les deux fils et rétrécit l'anse ; en abaissant le curseur, on intercale, dans le circuit, une résistance qui va en augmentant graduellement de haut en bas. Cette résistance équivaut à 5210 d'ohm divisé en trois parties, sur une longueur de fil de maillechort de cinquante centimètres. En divisant ainsi la résistance en trois, nous avons eu pour but d'éviter une trop grande chaleur dans la première partie du rhéostat, ce qui aurait eu pour résultat de brûler le manche de l'instrument. De plus, prenant en considération que le tissu humide à couper agit déjà à la façon d'un rhéostat naturel, nous avons jugé inutile d'intercaler dans le circuit une plus forte résistance. Pour une anse métallique de quinze



centimètres de tour, nous procédons à l'opération avec rapidité et faisons rarement usage de plus du premier tiers de la résistance totale du rhéostat. Nous croyons qu'une opération peut être conduite à bonne fin sans l'usage du rhéostat, en procédant avec précaution, par coups répétés, mais ces alternatives d'ouverture et de fermeture du conduit, ces variations ajoutées à la température du fil prolongent l'opération, et il importe, surtout chez les sujets indociles, de ne pas s'attarder inutilement. Notre serre-nœud, en fonctionnant sans interruption apparente par l'action répétée du pouce sur le levier, marque cependant une légère interruption, mais de si courte durée que le fil n'a pas le temps de refroidir ; cette interruption est justement suffisante pour suppléer aux fractions du rhéostat. D'ailleurs, si l'on juge à propos d'opérer lentement, rien ne s'y oppose.

Nous avons dit que notre serre-nœud pouvait aussi servir à froid. Si, au cours de l'opération, le courant cesse de passer, l'instrument est construit de telle sorte qu'il continuera à fonctionner et coupera à froid. Sans doute, qu'il peut se rencontrer des cas où la tumeur volumineuse et dure offre encore trop de résistance à la pression du pouce ; mais, le cas a été prévu, nous avons fait placer, comme dans les derniers modèles de serre-nœud à froid de Wright, une vis qui aura raison des fortes résistances. Ainsi construit, solide, irréprochable sous le

rapport du mécanisme, l'instrument, d'un volume moyen, peut servir pour les opérations dans le nez et la gorge; il est aussi applicable à un grand nombre d'autres opérations de la chirurgie générale.

Le fil dont nous faisons usage est la corde de piano No 26 de la filière anglaise. Quinze centimètres de ce fil—la plus grande longueur d'anse généralement employée—représentent à peu près 5710 d'ohm de résistance. Nous employons ce fil de préférence au fil de platine à cause de sa rigidité qui permet de mieux enserrer la tumeur et aussi à cause de son prix modique.

Notre instrument, étant construit d'après le modèle de serre-nœud à froid de Wright, offre, comme ce dernier, l'avantage de pouvoir opérer la rechange des fils avec la plus grande facilité et une extrême rapidité: il suffit d'introduire chaque extrémité du fil dans les ceillets des deux tiges centrales. Le mouvement de retrait s'opère par la pression du pouce, le fil se trouvant replié sur lui-même fait ressort sur le tube et assure un contact parfait.

---

#### LA CONTRIBUTION ANNUELLE DES MÉDECINS.

La loi est formelle sur ce sujet :

*Art. 3994.*—Nul, s'il n'y est autrement autorisé, n'a le droit de recouvrer aucun compte devant un tribunal, pour aucun avis médical ou chirurgical, pour services professionnels, opérations ou remèdes qu'il peut avoir prescrits ou donnés, ni ne peut se prévaloir d'aucuns droits ou privilèges conférés par la présente section, à moins qu'il ne prouve qu'il est enregistré d'après la loi, et qu'il a payé sa contribution annuelle au Collège. 42-43 V., c. 37, s. 25.

Un médecin qui n'est pas en règle avec le Bureau, je veux dire qui n'a pas payé sa contribution annuelle de deux piastres, ne peut pas faire valoir ses droits devant les tribunaux, et par conséquent perd les privilèges que lui donnent sa licence. Il ne peut pas, comme ses confrères, voter aux élections du Bureau des Gouverneurs; il se trouve relégué à part et en quelque sorte en dehors de la profession.

Il est facile pour un médecin qui ne reçoit pas de compte annuel, qui ne connaît aucun bureau où il peut aller payer, qui ignore combien il doit d'ar-rérages, il est facile pour ce médecin d'oublier de régler sa contribution. Mais le jour où il veut aller devant les tribunaux, il s'aperçoit qu'il est dix ou douze ans en arrière, et qu'il lui faut avant tout payer au Bureau vingt à vingt-quatre piastres. C'est une anomalie, et c'est ennuyeux.

Ami lecteur, écrivez au registraire, demandez lui où vous en êtes, régularisez votre position, ne vous laissez pas tromper, et vous jouirez de tous vos droits, et vous pourrez aux élections prochaines aider le Comité Electoral des Médecins de la Province de Québec, par votre vote, à nommer pour votre district un représentant qui sera choisi par ses confrères du même district.

## OPÉRATION CÉSARIENNE.

APPLICATION DU FORCEPS A TRAVERS LA VOIE OPÉRATOIRE.—  
SUTURES UTÉRINES.—SOLUTION DE GÉLATINE  
COMME HÉMOSTATIQUE.

Par ALBERT LAURENDEAU, M. D.

L'historique du cas intéressant qui va suivre pourra, peut-être, rendre service à quelques confrères de la campagne. Combien de fois, hélas ! le médecin de campagne, ébloui par la réputation de certaines célébrités de la cité, obligé d'embrasser, et de manier la pathologie générale, interne, externe, obstétrique, dentisterie, etc., se croit incompetent, s'humilie dans sa propre estime et n'ose pas intervenir et pratiquer certaines opérations, qu'il croit bien à tort réservées aux spécialistes. Que diable ! si nous continuons ce système, le public finira par croire que nous ne sommes pas médecins, mais simplement des intermédiaires, des courtiers en médecine.

Certainement qu'aujourd'hui l'étude de la médecine est bien étendue, mais pas si vaste que les éléments généraux ne puissent s'entasser dans un cerveau bien organisé. Je dirai plus ; le véritable médecin est celui qui exerce dans toutes les branches de la médecine ; celui-là voit les choses de haut, dans leur ensemble et juste. Tel spécialiste, habitué à ne considérer qu'un seul organe, tel autre, qu'un seul système, sont bien peu aptes à saisir, à comprendre les phénomènes généraux de l'organisme. Nous, humbles médecins à la campagne, travaillons donc, étudions, suivons le mouvement ascendant de notre science, de notre art, et puis..... osons.

Et si le fait suivant peut servir à répandre cette idée, cette conviction que chaque médecin peut en général faire ses opérations, je serai heureux, j'aurai atteint mon but.

\* \* \*

Emélie Mondor, épouse de N. Richard, a actuellement trente-deux ans. Sa mère est vivante, son père est mort d'un cancer de l'estomac. D'après les renseignements que je tiens de sa mère, Emélie, rachitique à un an, ne commença à marcher qu'à six. Elle mesure environ quatre pieds,—il y a déformation de tous les membres, scoliose, surtout lombo-sacrée avec rétrécissement antéro-postérieur considérable de l'excavation.

Le 17 février 1895, je fus appelé auprès d'elle par un confrère pour l'aider à terminer un accouchement à sept mois. Il y avait précidence du cordon. A la suite d'une application de forceps assez laborieuse, je parvins à extraire un enfant mort.

Le 26 mars 1896, je fus appelé à sept milles de ma résidence pour la même

parturiente à terme. En arrivant, je constatai : dilatation complète du col utérin, douleurs violentes, présentation O. I. G. Vu l'impossibilité de faire venir un confrère, je fais une application de forceps, et après quelques tractions vigoureuses, convaincu de l'impossibilité de terminer ainsi l'accouchement, même en pratiquant la symphyséotomie, je fis la craniotomie, et je pus enfin délivrer cette malheureuse. Avant de la quitter, je l'avisai de m'informer de sa nouvelle grossesse, au moins deux mois avant terme, ce qui ne manqua d'arriver.

Le 5 Décembre 1896, elle me fit dire qu'elle était enceinte et comptait être rendue à son septième mois. Je me rendis auprès d'elle, accompagné de mon confrère, le Dr H. Archambault, avec l'intention de provoquer l'accouchement. Je m'autorisais de cette conduite, par le fait qu'à sa première grossesse une application de forceps avait eu raison d'un accouchement à sept mois. Nous provoquâmes donc l'accouchement suivant la manière que j'ai déjà décrite dans l'*Union Médicale*, à propos de l'éclampsie puerpérale, et après un accouchement très-laborieux, avec version du fœtus à cause de présentation de l'épaule, je parvins à extraire, tout mutilé, un enfant mort. Je déclarai alors à la malade et à son entourage qu'à sa prochaine grossesse elle eut à se rendre au village, demeurer près de ma résidence, et qu'à cette condition-là, seulement, je lui prêterais mes soins. Au commencement d'octobre dernier (1897), elle émigra dans mon village. Le soir du 24 octobre, elle me fit mander; je constatai qu'elle était à terme, au début de l'accouchement, avec présentation du sommet. Je proposai alors la gastrohystérotomie pour terminer l'accouchement. J'ai bien songé un instant à la symphyséotomie, mais, étant donné que le rétrécissement du bassin portait presque exclusivement sur le diamètre sacro-pubien, le plus simple raisonnement fera comprendre que la section de la symphyse ne peut augmenter sensiblement ce diamètre, ce que je démontrerai d'ailleurs plus loin. Je commençai d'abord par administrer à ma parturiente un bon purgatif salin. Le lendemain matin, la dilatation du col utérin mesurant environ un pouce de diamètre, je fis appeler mes confrères, le Dr J. E. Lafontaine, de St-Gabriel de Brandon, et le Dr B. Bordeleau, de St-Didace. Après consultation, nous fûmes d'accord et résolûmes de faire l'opération césarienne. A onze heures avant midi, le 25 octobre, je commençai l'opération, sous anesthésie chloroformique et rigoureusement aseptiquement. Je décrirai plus loin la technique opératoire suivie : Durée totale de l'opération : cinquante minutes ;—poids de l'enfant nu, vivant et bien conformé : dix livres. A midi, la mère était dans son lit. J'ordonne alors de l'eau froide par gorgées, à demande, et rien autre chose, et je recommande le repos complet. Le soir, pouls 90—température, 98½.

Le 26 au matin, P : 90—T : 98½ ; au soir P : 94—T : 99.

Le 27 matin, P : 94—T : 98½ ; soir P : 100 et T : 101.

J'attribuai cette élévation de la température le 27 au soir, au fait qu'elle a reçu beaucoup de parents et amis durant l'après-midi, malgré ma défense. Je mets la porte à clef et le lendemain matin, 28 oct., P : 96 ; T : 98½ ; soir P : 98, T : 98½. Durant l'après-midi, elle eut des vomituritions, dues à l'ingestion de l'eau terreuse et dure qui provenait d'un puits à proximité de la maison

J'ordonnai de petites doses de citrate de magnésie répétées fréquemment, et je fis apporter de l'eau douce, puis tous vomissements cessèrent.

Le 29 octobre ; matin et soir P : 96, — T : 99.

30 octobre, matin et soir, P : 94, T : 98½. Elle commence à prendre quelques cuillerées de soupe au riz, et le soir, après un lavement glycérimé, elle eut une bonne selle.

Le 31, le pouls et la température sont normaux. J'ajoute au régime du lait et des biscuits légers.

Les 1, 2 et 3 novembre, tout va bien.

Le 4 novembre, je lève le pansement et je constate guérison parfaite par première intention. J'enlève les fils des sutures, je change les bandelettes adhésives et je renouvelle toutes les pièces du pansement, sur lesquelles il n'y avait ni une goutte de pus, ni une tache de sang. Je lève de nouveau ce pansement, le 11 novembre, pour constater que la cicatrice est ferme et très-peu apparente. Aujourd'hui notre opérée a réintégré son domicile, à St-Damien, parfaitement rétablie.

\* \* \*

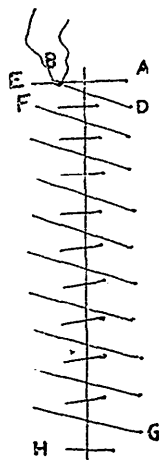
Voici, maintenant, la technique opératoire que j'ai suivie : comme préliminaire, je fais bouillir durant une demi-heure, dans une grande bouilloire, quelques verges de coton commun, coupé en deux ou trois parts égales, et la bande qui devra servir à la parturiente pour fixer le pansement consécutif à l'opération. Je fais une pinte de solution aqueuse à huit pour cent de gélatine et boriquée à trois pour cent, laquelle solution est portée à l'ébullition une dizaine de minutes. Je place tous les instruments qui devront servir à opérer : bistouris ordinaire et boutonné, serre-fines, forceps obstétricaux, forceps à dissections, sonde cannelée, aiguilles à sutures, dans une lèchefrite émaillée contenant une solution bouillante d'eau phéniquée à cinq pour cent et portée au feu cinq minutes ; puis après avoir mis le tout à portée de la main ainsi qu'une bonne provision de ouate aseptique, gaze iodoformée, phéniquée, soie à sutures aseptique, catgut, quelques vases contenant des solutions antiseptiques au bi-chlorure de mercure au millième, à l'acide phénique à cinq pour cent, je place la malade sur une table, les pieds en face d'une fenêtre.

Pendant que mon confrère, le Dr Lafontaine, administre le chloroforme, je me désinfecte les mains, les ongles, ainsi que mon ami le Dr Bordeleau, dans les diverses solutions antiseptiques mentionnées plus haut, puis je nettoie et antiseptise aussi parfaitement que possible la paroi abdominale sur laquelle je vais opérer. Au-dessus de l'incision projetée, couvrant l'estomac et au-dessous, couvrant le mont de vénus et les cuisses, je place le coton dont j'ai parlé plus haut, rendu aseptique par l'ébullition, afin que mon aide et moi puissions continuellement poser nos mains ou instruments sur un plan aseptique. L'anesthésie étant parfaite, je me place à gauche de la malade et je fais une incision comprenant la peau et la couche la plus superficielle du tissu cellulaire, à partir de deux travers de doigt du pubis, suivant la ligne blanche, jusqu'auprès de l'ombilic ; puis, je continue avec précaution la dissection jusqu'au péritoine. J'enlève alors, après avoir fait la torsion des artérioles, les quelques serre-fines qui étaient dans

le champ opératoire, puis je fais l'ouverture du péritoine, en dédolant d'abord, puis sur la sonde cannelée. Un aide presse latéralement les parois abdominales, afin de fixer l'utérus et de maintenir les lèvres de la plaie tendues et accolées à la matrice pour empêcher l'entrée du sang dans la cavité abdominale. La laparatomie terminée, je commence la dissection de la séreuse et du muscle utérins. Dès que l'on attaque le tissu utérin, il se produit une hémorrhagie en nappe, c'est alors que je me suis servi avec beaucoup de succès de ma solution de gélatine boriquée comme hémostatique. Je dirai plus loin comment et pourquoi j'emploie cette solution. Après l'utérus, j'ouvre le chorion et l'amnios en prenant toutes les précautions nécessaires afin d'éviter l'entrée du sang et du liquide amniotique dans le péritoine abdominal. Je dirai ici, en passant, que je crois de beaucoup préférable d'opérer avant la rupture des eaux, car il est connu que les eaux de l'amnios sont aseptiques, or, après la rupture, le toucher fœtal fera courir de grands risques d'infection, malgré des lavages antiseptiques préalables du vagin et de l'orifice utérin. Je rencontre alors la tête fœtale appuyée sur le pubis; je la saisis d'une main et tente d'en faire l'extraction. Malheureusement, la tête très grosse, le poids de l'enfant que j'ai vérifié après sa naissance étant de dix livres, augmentée de l'épaisseur des doigts et du pouce, ne peut passer par l'incision que j'avais faite. J'eus alors l'idée de faire une application de forceps à travers la voie que je venais de créer. J'éprouvai ainsi une perte de temps d'environ cinq minutes à désinfecter mes fers, chose que je n'avais pas prévue, et que je n'ai vue non plus dans aucun traité ou journal de médecine. J'opérai ainsi l'extraction du fœtus, et, aussitôt après, une contraction utérine chassa le placenta. Constatant que la face interne de l'utérus donnait peu de sang, je procédai à faire les sutures et voici comment: D'abord l'utérus au catgut avec une grande aiguille courbe, sutures à surjet et à points très rapprochés. Une remarque que je ferai ici. c'est que je n'ai pas traversé toute l'épaisseur du tissu utérin par mes sutures, j'ai compris seulement environ la moitié de l'épaisseur des parois utérines dans le plan suturé. Je dirai plus loin les raisons qui m'ont fait agir ainsi.

Après avoir constaté qu'il n'y avait pas une goutte de sang dans l'abdomen je suturai le péritoine au catgut, puis je fis les sutures des parois abdominales comme suit: je commence près du pubis à enfoncer une grande aiguille à environ un pouce du bord de la plaie et je comprends toute l'épaisseur de la paroi abdominale moins le péritoine qui est déjà suturé, ce qui est d'exécution très facile, ayant la séreuse sous les yeux; je ressors mon aiguille du côté opposé à peu près dans la même situation, et je continue ainsi mes sutures en surjet jusqu'auprès de l'ombilic, pour revenir au pubis en ne comprenant que la peau dans ce dernier plan de surjets, de sorte que je termine mes sutures au point où j'ai commencé. La plaie a ainsi l'apparence suivante:

Je commence mes points profonds en A; je ressorts de l'autre côté en E, j'attache en B, pour ensuite continuer en D-f et ainsi de suite jusqu'en g—je ressorts en H d'où je commence mes



points courts cutanés et je termine en B où je fixe mes deux chefs. Le reste du pansement est bien simple : ayant saupoudré un peu d'iodoforme, j'applique des bandelettes de dyachylon, de la gaze iodoformée, ouate aseptique, puis par-dessus le tout une bande ordinaire.

\* \* \*

Je ne puis aller plus loin maintenant sans insister sur certains détails que je n'ai fait que mentionner au cours de la technique opératoire décrite plus haut. Je parlerai d'abord de l'emploi de la gélatine comme hémostatique.

Aujourd'hui, pour contrôler une hémorragie, nous avons trois méthodes. La vaso-constriction, dont l'ergot représente le type, les coagulants dont le perchlorure de fer a été le meilleur agent jusqu'aujourd'hui et enfin l'oblitération directe, mécanique des vaisseaux par la ligature, torsion etc.

De la première méthode appliquée à la chirurgie, je ne dirai rien, parce qu'elle n'est pas pratique ; de la seconde voici ce que dit le professeur L. Landouzy, dans sa leçon-programme au cours de thérapeutique du mois de novembre dernier : " Le type du meilleur hémostatique, de l'hémostatique de demain, de l'hémostatique physiologique, est celui qui, imitant les processus défensifs de la nature, renferme l'adjuvance coagulante du sang, en même temps qu'il sera d'une innocuité absolue (contrairement à ce que fait le perchlorure de fer) pour les cellules vasculaires, avec lesquelles il prend contact, cellules dont il pourra même servir la nutrition, lui formant un milieu nourricier, d'où organisation complète du caillot qui, dorénavant fera partie intégrante du tissu sur lequel il s'est produit. Je vous dirai que la thérapeutique, dans ses indications hémostatiques à remplir, est mise en demeure de garder ceux-là seuls des coagulants qui, sans être nocifs, déterminent un caillot solide adhérent, facilement et parfaitement organisable. Les coagulants sont les sels de chaux (en particulier le chlorure de calcium) et la gélatine dont nous devons l'emploi thérapeutique à M. P. Carnot. Je vous dirai les expériences sur l'animal et les observations cliniques sur l'homme par lesquelles, se servant des propriétés coagulantes de la gélatine, découvertes par Dastre et Floresco, M. Carnot a doté la thérapeutique de la meilleure de nos méthodes hémostatiques. M. Carnot nous a révélé, dans la gélatine, un hémostatique de premier ordre, puisqu'elle coagule le sang dans le vaisseau lésé en vivifiant et nourrissant le caillot dont elle permet ainsi la complète et rapide organisation. "

Depuis quelque temps déjà, je connaissais les travaux de M. Carnot sur les propriétés hémostatiques de la gélatine ; aussi je crus l'occasion favorable de mettre à profit ces propriétés. Avant que de commencer mon opération césarienne, je fis une solution à huit par cent de gélatine et à trois par cent d'acide borique, et pour que cette solution fût parfaitement aseptique, je la fis bouillir dix à douze minutes. Oh bien ! je dois dire que le résultat fut magnifique. Ceux qui ont pratiqué l'hystérotomie dans les derniers mois de la grossesse savent combien l'hémorragie en nappe est quelquefois inquiétante, lorsqu'on attaque le tissu utérin ; je puis affirmer qu'avec la solution gélatinée, appliquée



avec des tampons de ouate aseptique, il n'y a pas lieu de craindre cette hémorragie. En appliquant le tampon, les petits vaisseaux sanguins s'oblitérent presque aussi rapidement qu'avec le perchlorure de fer et la cicatrisation qui suit est rapide et parfaite. Je recommande donc ce moyen aux chirurgiens, aux gynécologistes surtout, persuadé de l'innocuité et de l'efficacité de cet hémostatique parfait.

De l'application du forceps que j'ai pratiquée à travers la plaie opératoire, je ne dirai qu'un mot, c'est qu'elle est très facile et peut, dans des cas semblables au mien, rendre de grands services.

J'appuierai davantage sur le genre de sutures que j'ai adopté pour clore ma laparotomie et surtout mon hystérotomie. En ne comprenant que la moitié de l'épaisseur du tissu utérin, dans mes sutures, j'affronte parfaitement la séreuse utérine, et, au cas d'hémorragie consécutive, le sang doit nécessairement pénétrer dans la cavité utérine, au lieu de refluer dans la cavité abdominale. De plus, j'ai lieu de croire qu'ainsi il y a beaucoup moins de danger d'infection péritonéale par voie vagino-utérine.

Enfin, les sutures en surjet, suivant la manière de procéder que j'ai adoptée pour fermer les parois abdominales, font éviter une grande perte de temps et donnent après guérison une cicatrice ferme, parfaite, presque invisible malgré son étendue.

\* \*\*

Avant que de clore cette communication, il me reste une question à étudier : Quand doit-on pratiquer l'opération césarienne ?

Dans l'état actuel de la science obstétricale, voici, je crois, comment nous pourrions résoudre cette question toujours délicate, souvent grosse d'anxiété et de responsabilité.

Afin d'être clair et précis, je ne poserai ici que des préceptes en quelque sorte, me réservant seulement le bénéfice de discuter sur l'opportunité opératoire du cas spécial qui fait le sujet de cette étude.

1° La dystocie peut être fœtale ou maternelle. Si elle est fœtale et qu'il y ait telle disproportion entre le volume du fœtus et les diamètres normaux pelviens, soit par hydrocéphalie, œdème du fœtus, etc., que le forceps ne puisse terminer l'accouchement, il n'y a pas d'hésitation possible, il faut sacrifier l'enfant par l'embryotomie, la basiotripsie, ou la craniotomie, etc.

2° La dystocie est maternelle ; alors trois cas peuvent se présenter, quel que soit la cause du rétrécissement de l'excavation ou des détroits (déformation osseuse congénitale ou par arrêt de développement, rachitisme, ostéomalacie, tumeurs, phlegmons, etc.) :

a. Si la mensuration du plus petit diamètre du bassin varie entre douze et neuf centimètres, ces cas sont passibles de l'application du forceps.

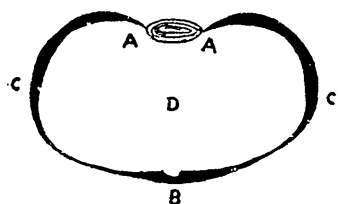
b. Entre neuf et six centimètres et demi, ces bassins sont justifiables de la symphyséotomie.

c. Moindre que six centimètres et demi l'on doit pratiquer l'hystérotomie. Nécessairement, ces règles ne s'appliquent qu'aux cas où le fœtus est vivant. Si

L'enfant est mort, l'on pourra terminer l'accouchement par embryotomie, céphalotrypsie même avec un rétrécissement de quatre centimètres; mais avec un diamètre inférieur à ce dernier, il faut encore faire l'opération césarienne, excepté peut-être dans le cas où le contenu utérin serait infecté. Heureusement que cette dernière hypothèse se rencontre assez rarement. Mais alors, avec un tel rétrécissement, le contenu utérin étant manifestement septique, que doit faire l'accoucheur? ? Comme disait McMahon en face des Bédouins: "Voilà qui est embêtant." A tout événement, je crois qu'alors je tonterais, de chaque côté de la symphyse, la section des pubis et de l'ischion. Ces sections doivent être faciles à faire avec une scie à chaînette, guidée par une grande aiguille courbe *ad-hoc* pour contourner les branches du pubis et de l'ischion, comme l'ont fait il y a longtemps déjà Imbert et Stoltz; et certainement que cette dernière opération exposerait moins la mère que l'ouverture de la séreuse abdominale, étant donné que le contenu utérin est septique à microbe virulent.

\* \*\*

Mais dans le cas qui nous occupe, j'ai fait l'hystérotomie, et j'ai lieu de croire que c'était l'opération de choix. D'abord le diamètre antéro-postérieur du bassin de la femme Richard est d'environ six centimètres et si l'on considère la configuration de l'excavation dont la figure schématique suivante peut donner une idée, il me semble évident que la symphyséotomie combinée au forceps n'aurait pu suffire à terminer la délivrance.



En effet, il est facile de constater qu'en désarticulant la symphyse B, les lignes C, mobiles sur les articulations AA, n'augmenteront pas le diamètre D; seule le diamètre CC, y gagnera.

Nous restions donc en face de la craniotomie ou de l'opération césarienne.

La principale cause, la cause déterminante, qui m'a fait opter pour l'opération césarienne, était la viabilité du fœtus, surtout en face du fait que la mère était informée, consciente de son infirmité physique. Entre la mère qui fait un enfant lorsqu'elle sait qu'elle ne peut normalement le mettre au monde viable, et l'enfant qui n'a pas été consulté sur sa procréation, le droit de vie de l'enfant prime celui de la mère.

St-Gabriel de Brandon, 24 décembre 1897.

## REVUE DES JOURNAUX

## MÉDECINE.

## SEPTICÉMIE PUERPÉRALE

Entre la malade et le médecin a pris place la sage-femme. Elle l'occupe avec la majesté opulente de ses formes ou au contraire s'y agite dans la minauderie de ses gentilleses.

Regardez les ongles : qu'ils appartiennent à la matrone auguste ou à la sage-femme enjouée et qui fait ses grâces, leur aspect est le même : un liseré de deuil en orne les contours. La constatation faite discrètement et sans en avoir l'air, n'insistez pas. Mieux vaut au contraire exprimer la confiance : " Vous ne doutez pas de la sage-femme, assurez-vous, et ses habitudes de propreté, la minutie de sa toilette antiseptique vous sont connues." Là-dessus savonnez vigoureusement vos mains, usez du sublimé et de la brosse à ongles ; inspectez minutieusement vos doigts et à plusieurs reprises : le temps à la sage-femme de s'inquiéter de votre petit manège. Son regard va de vos doigts aux siens ; une rougeur qui court sur ses joues indique qu'elle a compris ; son geste s'embarrasse et tandis que vous vous approchez de l'accouchée, c'est furtivement qu'elle se glisse vers la cuvette, et, d'un coup rapide de savon et de serviette, cherche à enlever le plus gros, à réduire les distances de propreté.

A quoi bon tancer cette femme devant l'entourage ? Elle vous déhinera, une fois le dos tourné et c'est une ennemie de plus. Le plus sage est de la prendre à part à la sortie, et doucement et avec fermeté de lui faire sa petite leçon. Elle vous saura gré de votre procédé. Il sera toujours temps, si la malade succombe, de rétablir l'ordre des responsabilités.

D'autant qu'avec les injections intra-utérines vous avez un puissant moyen de guérison. Qu'il s'agisse d'une infection par les doigts de la sage-femme ou due à une rétention placentaire, le traitement ne varie pas. Il faut laver l'organe infecté. Un instrument spécial est nécessaire pour la besogne. Les modèles en sont nombreux. Les meilleurs sont ceux qui joignent la possibilité du lavage à celle de la dilatation. L'instrument qui nettoie doit en même temps élargir le col utérin de façon à faciliter le reflux du liquide. La sonde de Reverdin est à cet égard un des plus commodes : une manière de ciseaux dont l'une des branches est creuse et reçoit le liquide laveur, tandis que l'autre plate et mince forme gaine à la première et s'en écarte à volonté. Un bassin étant glissé sous le siège de la femme, on nettoie la vulve et le vagin et sur le doigt indicateur qui pénètre dans l'orifice externe de l'utérus, on dirige l'instrument fermé dont la branche creuse munie latéralement d'un tube en caoutchouc est en communication avec un injecteur vaginal. Une fois l'orifice externe franchi et à quelques centimètres au-dessus, deux obstacles sont rencontrés dus à l'angle de la paroi utérine et ensuite au cercle utérin. En relevant le bec de l'instrument et à la faveur de quelques tentatives douces, ces petites difficultés sont aisément levées. L'instrument en place et ses valves écartées, on y fait passer lentement deux à trois litres d'une solution antiseptique tiède (lysol, acide phénique 20/1000, sublimé 0.25 p. 1000). L'opération est renouvelée matin et soir, trois fois par jour si possible. Dans l'intervalle on recommandera des injections vaginales (de 3 h. en 3 h.)

Des boissons aqueuses abondantes pour favoriser la diurèse, l'administra-

tion d'opiacés si la douleur abdominale est vive, des doses faibles de sulfate ou chlorhydrate de quinine (0 gr. 50 à 70 ; les hautes doses retardent les oxydations et par suite empêchent la solubilisation des principes toxiques ; les faibles doses sont au contraire toniques et oxydantes) ; comme agents externes, des applications de sungsucs, des onctions d'onguent napolitain belladonné, voilà autant de cordes à la disposition du praticien.

Le plus souvent, le premier effet des injections intra-utérines est d'amener une légère élévation thermique ; c'est là un accident tout passager. La fièvre ne tarde pas à baisser, la céphalée s'atténue, le météorisme abdominal se détend. En quatre, cinq ou six jours, la guérison est d'ordinaire assurée.

Faire plus, au lieu d'injections intra-utérines, pratiquer un curetage, rien de plus autorisé quand les premières injections n'ont amené aucun résultat et que le danger presse. Seulement, ménagez à vos responsabilités une porte de sortie : appelez un confrère.

L'utérus a été perforé après semblable intervention : cela mérite qu'on y réfléchisse. Au surplus, la sage-femme est là qui se sent coupable. Combien elle serait heureuse de faire rejaillir sur les conséquences de votre témérité ce qui est le résultat de sa négligence à elle. Il faut toujours se méfier des gens qui n'ont pas la conscience nette, surtout quand la scène se passe au milieu de gens du peuple où matrones et malades sont unies par ces liens sympathiques qui s'établissent entre femmes de basse classe. Médecin et bourgeois, vous devenez vite l'ennemi. Attention à vos gestes.—(*La Médecine Moderne.*)

### L'HYSTÉRIE.

Les termes de fatigue psychique, de faiblesse irritable entrent communément dans la définition de l'état mental des hystériques. Au point de vue pratique, pareilles dénominations manquent de lumière : elles guident mal le thérapeute. Non pas que l'épuisement cérébral rapide des hystériques fasse le moindre doute ; seulement, cet épuisement ne semble pas primitif. Il est secondaire et apparaît après une dépense excessive. L'hystérique n'est pas un pauvre, c'est un prodige. Tout est tumultueux chez lui, pensées et mouvements. Il ne sait pas se dominer, épargner son influx nerveux. Il le dissipe en agitations stériles, tempêtes d'humeur, gesticulations effrénées, idées pressées et confuses. C'est une arme dont la gâchette part à la moindre charge de poudre. L'armurier devra parer à ce défaut de construction ; il serrera les vis, raffermera les ressorts de la détente.

Le médecin n'a pas à tenter autre chose dans l'hystérie : empêcher les décharges intempestives. L'hystérique a un trop plein d'influx nerveux : il est actif, intelligent, ou du moins il l'était dans sa première enfance, avant l'avènement du mal. Malheureusement, cet influx nerveux n'a jamais été canalisé. On ne lui a pas appris à circuler à travers les neurones psychiques. Les barrières que créent les centres d'arrêt de l'attention, de la réflexion, du jugement, de la volonté, n'ont pas été établies. L'éducation a été manquée.

Il eût fallu tenir la bride haute à l'enfant, le soumettre à la discipline d'une règle rigide et sans le brutaliser,—car les punitions trop sévères et rageuses sont mal accueillies par ces tempéraments vibrants, et, par l'irritation et le sursaut de révolte qu'elles provoquent, vont contre leur but ; sans le traiter comme un petit nègre, il eût été indispensable de lui faire sentir qu'il n'était pas le maître et qu'une autorité ferme avait l'œil sur lui. Se faire obéir est le premier point de l'éducateur. Il ne l'obtient sans effort qu'en se faisant aimer. Aux parents de concilier la sollicitude, la douceur, la bonté envers les enfants, avec le sentiment de respect, de crainte affectueuse qu'ils doivent leur inspirer. Ils rechercheront ensuite à exercer la volonté, à diriger les efforts de ces êtres en voie de développement vers un but déterminé, à y faire rapporter chacun de leurs pas. Les garçons sont moins souvent hystériques que les filles : ils ont

leur carrière à entreprendre. Les filles ne sont obsédées par d'autre souci que le désir du mariage, et combien celui-ci tarde parfois à se réaliser ! En attendant, elles rêvent, laissent aux chimères brillantes le temps de s'insinuer, d'apporter le trouble, de détruire la stabilité d'une pensée établie sur des nécessités immédiates et précises.

En instituant les observances des monastères religieux, saint Bernard avait prévu le danger : à chaque heure correspondait sa tâche. La jeune nonne était riviée à l'exécution d'obligations impérieuses et strictes ; l'hystérie n'avait guère moyen de se glisser là-dedans. Quand elle y parvint, ce ne fut que plus tard, alors que le relâchement s'opérait, que les mœurs avaient perdu de leur rigidité, l'oisiveté, alors possible, ouvrant porte aux circonstances occasionnelles de la névrose que l'on classe aujourd'hui sous le nom d'agents provocateurs.

Au médecin d'imiter saint Bernard. L'ordonnance d'une hystérique sera avant tout psychique : elle portera sur les occupations, les gouvernera, passera de la réglementation des exercices manuels et de travaux variés, à l'imposition de la marche, des promenades. La bicyclette est recommandable en l'occurrence. Quelques lectures seront autorisées : des récits de voyages, des volumes d'histoire en fermeront le cercle hors duquel on ne s'aventurera qu'en connaissance de cause. Pas de romans ou quelques-uns triés sur le volet ; l'instinct d'imitation, si prononcé chez les gens qui sentent vivement, et en particulier chez l'hystérique, doit mettre en garde contre l'éveil de sentimentalité, qui ferait suite à la lecture d'histoires d'amour. De la musique, encore, mais avec modération. Elle berce fâcheusement, à la faveur de la signification non formulée de l'harmonie, laisse flotter l'esprit, ne l'arrête pas à la fixité d'une idée nette et réfléchie. D'autant qu'une fois l'habitude acquise, ce n'est pas le jeu des doigts sur le clavier qui constituera une dépense de forces permettant de considérer cette occupation comme un exercice physique efficace, et qui détournerait l'influx nerveux avec quelque fruit vers les extrémités en mouvement.

L'alimentation sera substantielle, sans être trop abondante ni trop riche en viandes. Veiller au vin et aux boissons alcooliques, dont les hystériques, en quête d'excitant, ont tendance à abuser.

Et puis, n'oublions pas la bonne hydrothérapie : l'eau non pas tiède, comme pour les neurasthéniques, mais froide, douce, à jet brisé, à 12°, 10° et même 6°, comme à Divonne, de 8 à 10 secondes de durée. Rien de tel pour débarrasser d'un excès d'influx nerveux : la douche froide, par la flagellation des nerfs cutanés, consomme une provision d'énergie que l'hystérique perd bénévolement et sur le coup. Il en retirera un bénéfice d'autant plus marqué, que l'action éloignée d'une saison hydrothérapique de six semaines à deux mois se prolonge par la suite, s'exerce sur les échanges nutritifs, qui sont activés, et à l'entretien desquels devra veiller l'apport régulier de l'influx nerveux. Il vaut mieux qu'il s'occupe, cet influx nerveux, de présider à la nutrition cellulaire, que de donner échappée par ailleurs aux essors imaginatifs de Mme Bovary. Et, le cas échéant, les maris seront tout de même un peu moins à plaindre

(*La Médecine Moderne.*)

## NEURASTHÉNIE

Le nom est nouveau, la maladie non pas. Hippocrate l'avait décrite. Mais comme les progrès habituels de la médecine, ceux qui font le plus illusion sur leur valeur et assurent à celui qui les met en circulation la renommée la plus retentissante, comme ces progrès se résument à adapter des noms nouveaux sur des formules anciennes, il s'ensuit que le terme de neurasthénie a conquis, dès l'abord, son droit de cité et avec force acclamations.

Le mot a quelque chose d'étymologique et de savant : il remplit pompeusement la bouche, est claironnant de syllabes, sonne comme une fanfare et, à côté

de ces avantages de structure, offre le mérite d'un emploi commode. Il élôt toute difficulté. Le diagnostic est-il trouble ? l'étiquette neurasthénie l'éclaire sur le champ. Plus d'hésitations, de tâtonnements. On avance de pied ferme. L'appui d'un mot et rien ne résiste. Les mystères biologiques croulent ; la lumière luit sur le monde.

Les malades regimbent bien quelquefois. Neurasthéniques, ils consentent à l'être, mais à condition de guérir. Et voilà que le médecin s'impatiente ; sa plume court sur le papier avant qu'il ait terminé son examen. En sorte que, du petit compartiment d'intérêt que ces pauvres diables s'imaginaient avoir ouvert en lui, ne s'échappe que la forme rapide d'une ordonnance au pied levé, remise sans commentaires et sans effusion. Ce n'est pas là leur affaire. Il leur faut des paroles de compassion, de la pitié, des encouragements.

Sans doute, ils comprennent, ne voudraient pas abuser ; malheureusement ils sont malades. C'est avec un soupir qu'ils serrent la prescription tendue si prestement. On les voit se lever à contre cœur, gagner la porte à regret, s'arrêtant à chaque pas, attentifs à ne rien oublier, à rappeler les détails, à entrer dans le récit d'un malaise nouveau, dont ils avaient oublié de vous entretenir jusque-là.

Eh bien ! c'est le malade qui a raison. Son insistance traduit un mécontentement très légitime. Il n'est pas satisfait et la faute en revient au médecin. Neurasthénie n'est pas plus un diagnostic que céphalalgie ou vomissements. C'est un effet d'une maladie, la neurasthénie, non une cause.

Or, c'est la cause qu'il s'agit de tirer au clair. Et celle-ci, tant qu'elle n'est pas saisie dans ses raisons profondes, fait obstacle, se dresse comme un mur, en face des traitements impuissants.

Au point de vue pratique et défalcation fait des neurasthénies passagères qui suivent les excès de travail, les fatigues de toute sorte, les maladies infectieuses même les intoxications, ou (alcool, plomb), toutes conditions de production assez évidentes et le plus souvent faciles à écarter, il reste à côté de ces neurasthénies, moins tenaces, trois sortes de neurasthénies, plus têtues, rebelles, imperitinentes et, en présence des remèdes, continuant leur cours et passant tête haute.

Il y a la neurasthénie traumatique, arthritique, gastro-intestinale.

Les deux premières sont incorrigibles, la dernière, pour peu qu'elle soit dépistée, se prête, au contraire, volontiers au redressement et se laisse améliorer.

Neurasthénie arthritique, c'est-à-dire provoquée par les déchets d'une nutrition vicieuse ; dans celle-ci, les malades digèrent, ne maigrissent pas, ont l'apparence prospère, — mais, que de souffrances et d'amertume sous l'écorce intacte ! Qu'ils sont à plaindre et aussi leurs médecins ! — Les douches tièdes (douches à jet brisé, à 33°, de 2 à 3 minutes de durée), les glycérophosphates à l'intérieur ou en injections hypodermiques, l'exercice modéré, la suppression du vin, autant de ressources dont le praticien tirera parti avec l'aide bien entendu du repos, de l'isolement, des distractions alternées et qui s'offrent d'elles-mêmes — car le malade ne les cherchera pas ; il faut qu'elles se présentent à son insu, et sans qu'il les sollicite.

Grâce à ces moyens combinés, des améliorations se produiront certainement, mais combien précaires. — La machine tire mal, et par vice héréditaire. — Il faut journalièrement activer le tirage ; dès qu'on s'arrête, gare aux récidives.

— La neurasthénie traumatique, elle, résiste à tout traitement médicamenteux. Des employés de chemin de fer tombant des trains en marche ou victimes d'accidents d'un autre genre (tamponnements) en sont fréquemment atteints. Il faut les changer de service ; alors seulement, en présence d'une occupation nouvelle et souvent réclamée par le patient lui-même, la maladie aura chance de rétrograder. L'angoisse, le sentiment d'impuissance devant la tâche, la fatigue rapide seront amendées. En d'autres cas et pour les voyageurs blessés, c'est le paiement d'une indemnité, le changement de milieu qui amélioreront la situation. Mais pratiquement, que de traverses avant d'aboutir !

Bien heureux, au contraire, les neurasthéniques qui doivent leur épuisement nerveux à des troubles digestifs. Dans leur amaigrissement et leur pâleur, souvent la constipation est en jeu, une constipation inconsciente et dont son porteur ne se doute pas. Il a des garde-robes journalières et cependant ne vide pas son intestin. La défécation se fait par regorgement ; le cœcum distendu accuse la coprostase.

Donnez des lavements abondants, de  $\frac{3}{4}$  de litre à un litre d'eau chaude : si nécessaire, ajoutez-y une ou deux cuillerées de glycérine. Faites pratiquer des massages sur le ventre, avec un corps gras, de l'huile camphrée par exemple, massages exécutés, les doigts des deux mains entre-croisés et griffant comme à l'aide de tentacules, les parois abdominales, d'abord en effleurages superficiels, puis en pressions plus profondes. Matin et soir, on recommandera l'exécution de ces massages pendant  $\frac{1}{2}$  d'heure. Avec cela, eau de Vals ou de Vichy, à jeun et plutôt chauffée. Un, deux ou trois verres (aux sujets très épuisés, un verre d'eau de Vals St-Jean sera suffisant) à dix minutes d'intervalle, pendant vingt à vingt cinq jours. Alimentation sévère ; suppression du vin ; aux repas, eau comme boisson ou bière mêlée d'eau.

Je me suis bien trouvé de prescrire, en outre, une sorte de gymnastique qui consiste, après les repas, à se livrer tour à tour à des renversements du tronc en arrière, des flexions du bassin en avant, les parois abdominales étant fortement tendues lors des mouvements d'extension. Trois, quatre de ces exercices de suite. Interrompez cinq minutes. Recommencez ensuite et ainsi à plusieurs reprises.

Dès renvois s'échappent ; la pesanteur stomacale disparaît. Le neurasthénique digère.

Il sera vite guéri et sans pharmacie.—(*La Médecine Moderne.*)

### TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE.

par M. MARFAN.

Cette question a été exposée par M. Marfan dans une de ses leçons publiée dans la *Tribune médicale*

Dans le traitement de la coqueluche il y a deux indications principales : diminuer le nombre et l'intensité des quintes, prévenir et combattre l'infection bronchique secondaire.

La première est obtenue par la belladone, l'antipyrine et le bromoforme.

M. Marfan prescrit ainsi la belladode.

Sirop de belladone.....	20 grammes	(4 drachmes)
Sirop de tolu.....	100 —	(2½ onces)

On donne, de la naissance à 2 ans, une ou deux cuillerées à café par jour, trois, de 2 ans à 5 ans, et cinq après 5 ans.

Ce sont là des doses d'essai, mais que l'on doit dépasser si on n'arrive pas à une sédation notable des quintes ; on ne doit s'arrêter que devant les phénomènes d'intolérance : sécheresse de la bouche, de la gorge, dilatation de la pupille.

Ces accidents d'intoxication n'étant pas à craindre avec l'antipyrine, ce médicament, très bien toléré par l'enfant, tend à détrôner la belladone. Voici la formule que M. Marfan prescrit ordinairement.

Antipyrine.....	3 grammes	(45 grains)
Sirop de fleurs d'oranger.....	20 —	(4 drachmes)
Eau distillée.....	100 —	(2½ onces)

Une cuillerée à café représente	10 centigr.	d'antipyrine.	(1½ grain)
— à dessert —	20	—	(3 grains)
— à soupe —	40	—	(6 grains)

Chez les enfants de moins de 2 ans, de 0 gr. 20 à 1 gramme (3 à 15 grains)  
Après deux ans : dose initiale 1 gr. (15 grains), dose maxima 3 grammes  
(45 grains).

Il faut toujours commencer par la dose minima, mais ne pas craindre d'augmenter.

On réussit très bien aussi en donnant l'antipyrine par la voie rectale : mais la solution d'antipyrine doit être faite dans très peu d'eau : 20 centigrammes (3 grains) dans 40 grammes (1½ once) d'eau par exemple. Dans ce cas, il faut employer une seringue en caoutchouc durci, à canule assez longue, et donner deux lavements par jour.

Le bromoforme aurait, en dehors de son action sédative sur le nombre et l'intensité des quintes, le pouvoir de prévenir une infection secondaire et d'abréger la maladie. M. Marfan le prescrit ainsi :

Bromoforme.....	48 gouttes
Huile d'amandes douces.....	15 grammes (3 drachmes)

Ajouter :

Gomme arabique.....	15 grammes.
Sirøp d'écorces d'oranges amères.....	15 —
Eau distillée q. s. pour faire.....	120 cc. (4 onces)

Lorsque la solution est bien faite, une cuillerée à café renferme deux gouttes de bromoforme.

Au-dessous de six ans, donner autant de fois quatre gouttes que l'enfant a d'années.

Avant l'âge de six mois, commencer par une goutte.

De six mois à un an, une à deux gouttes.

Après six ans, vingt gouttes.

Augmenter ensuite de deux gouttes par jour.

Dans les deux ou trois premiers jours, il arrive quelquefois que le nombre des quintes semble augmenter et qu'elles deviennent plus violentes ; mais, le troisième ou quatrième jour, on constate une diminution et une atténuation qui vont en s'accroissant.

On ne réussit pas toujours avec le bromoforme ; quelquefois même, l'insuccès est complet ; il faut alors revenir à l'antipyrine.

Il est aussi des cas où belladone, antipyrine, bromoforme échouent également ; alors, l'antipyrine associée à la belladone réussit quelquefois.

On peut employer la formule suivante :

Antipyrine.....	3 grammes (45 grains)
Sirøp de belladone.....	20 — (4 drachmes)
Eau distillée.....	100 — (2½ onces)

En résumé M. Marfan commence le traitement par le bromoforme, puis si ce médicament échoue, il recourt successivement à l'antipyrine, à la belladone, et enfin à l'association de ces deux derniers médicaments.

Quant à la seconde indication, qui consiste à prévenir et combattre l'infection secondaire des bronches, laquelle se développe soit par auto-infection, soit par contagion, on y arrive souvent en faisant l'antisepsie des premières voies : fosses nasales, pharynx et bouche, sitôt qu'apparaissent des traces d'infection ; il faut employer la vaseline résorcinée, l'huile au menthol, etc. ; et si on voit des ulcérations sur les lèvres, les joues, faire des attouchements avec un topique assez fort.

(L'Abeille Médicale.)



## CHIRURGIE.

## LE PHIMOSIS.

Par le Dr TILLAUX.

A propos d'un malade que vous avez vu dans nos salles, nous allons vous parler du phimosis. Lorsqu'il est congénital, le phimosis constitue un vice de conformation du prépuce, qui ne peut pas se porter en arrière du gland. L'étroitesse du prépuce empêche même le gland d'être mis à découvert. Le phimosis acquis ou pathologique ressemble au point de vue clinique au phimosis congénital.

Dans le phimosis congénital, la peau et la muqueuse du prépuce présentent un orifice plus ou moins étroit; tantôt on aperçoit une partie du gland, qui tantôt est complètement recouvert. Chez certains enfants, l'orifice préputial est si petit qu'il laisse à peine passer un stylet. Le prolongement du prépuce peut dépasser de plusieurs centimètres l'extrémité du gland; c'est le phimosis long. Dans le phimosis court, l'orifice du prépuce aminci est distendu par le gland.

Les accidents que provoque le phimosis sont liés à la miction ou à la fonction de reproduction.

Avec un orifice préputial très étroit, le malade urine difficilement en deux fois; l'urine arrivant par le méat uréthral distend le prépuce et forme une poche, qui se vide ensuite goutte à goutte. Alors les bords de l'orifice s'enflamment ou même s'ulcèrent. Cette gêne dans l'évacuation de l'urine aurait déterminé parfois une dilatation de l'urèthre et de la vessie par parésie vésicale. Il est sûr que de tels sujets peuvent présenter une incontinence nocturne d'urine que la circoncision guérit. On a signalé également dans la poche préputiale la présence de véritables calculs.

Les troubles du côté de la génération sont très nombreux. La gêne dans le coït est fréquente et même la copulation peut être douloureuse. Tel est le cas de notre malade, qui vient à l'âge de 34 ans nous demander une opération parce qu'il souffre pendant le coït et qu'il éprouve ensuite de la chaleur, avec gonflement et œdème du prépuce. Chez lui, l'orifice préputial laisse voir le méat uréthral et quelques millimètres du gland.

Le sujet peut être infécond à cause de son phimosis. En effet, avec un orifice préputial étroit, l'éjaculation se fait dans la poche préputiale où l'urine tue le sperme. Il existe même un certain degré d'impuissance. Avec un gland pointu, atrophié par une pression continue, les facultés génésiques sont diminuées. Les pertes séminales qu'on a notées se rapprochent de l'incontinence d'urine et sont dues à une irritation permanente du gland.

L'enfant atteint de phimosis a des tendances à l'onanisme; il se touche, se masturbe, parce qu'il a une irritation continue, une hyperesthésie au niveau du gland.

Lorsque des sujets ont un phimosis, ils sont exposés au paraphimosis: c'est l'étranglement de la verge par l'orifice préputial. Une traction violente, le coït dans une vulve trop étroite, portent le prépuce en arrière du gland et l'orifice préputial ne peut plus être ramené en avant si on n'emploie pas des manœuvres de force. Alors des lésions se produisent; la circulation en retour du sang veineux est gênée et des bourrelets œdémateux se forment en avant et en arrière de l'anneau préputial.

Je puis vous citer le cas d'un jeune homme qui a gardé pendant quarante-huit heures un paraphimosis, contracté lors de ses premiers rapprochements égitimes. C'était pour lui un signe de bonne conduite et non d'inconduite.

Des infections inflammatoires sont liées au phimosis. Telle est la balanoposthite ou inflammation de la muqueuse du prépuce et du gland, que provoque la fermentation des substances accumulées dans le prépuce. Parfois l'écoulement du pus est tellement abondant qu'on pourrait croire à une blennorrhagie; Ricord lui-même s'était trompé dans un cas.

Le même processus inflammatoire explique la formation de végétations à la surface interne du prépuce. Ces végétations peuvent simuler une tumeur; on a cité le cas d'un médecin qui ne voulait pas se faire opérer parce qu'ayant de telles végétations, il croyait avoir un épithélioma du gland.

Dans les pays chauds, la balanoposthite peut être de forme gangréneuse; tel est le charbon de la vorge dont parle Hérodote et les épidémies qui ont pu exister. Ce serait une des raisons de la circoncision. Un législateur, en prescrivant la circoncision, aura agi par raison d'hygiène et son ordonnance sera devenue ensuite une pratique religieuse.

On a parlé de nombreux phénomènes généraux se rattachant au phimosis. Hutchinson a signalé le fait suivant: les sujets circoncis, sans prépuce, sont moins exposés à la syphilis. Les Juifs subissent les inoculations vénériennes moins facilement que les chrétiens, grâce chez les premiers à la cutinisation de la muqueuse du gland. Une des causes de la grande natalité chez les Juifs tiendrait à leur baptême ou circoncision.

Le phimosis détermine des accidents nerveux bizarres. Aug. Reverdin a cité le cas suivant: un garçon de neuf ans a une coxalgie à la première période avec douleurs, on l'opère d'un phimosis et il guérit.

On a mis sur le compte du phimosis des névroses de toute sorte; grâce à la circoncision, on guérirait des migraines, des hypochondries, des hystéries, des épilepsies. On explique ces affections et leur guérison par la théorie des réflexes; l'hyperesthésie d'une muqueuse est d'autant plus délicate qu'elle est toujours couverte.

En somme, le prépuce fait plus de mal qu'il ne cause de bien.

Le traitement des phimosis comprend différentes opérations. Dans quels cas doit-on opérer? Les enfants sont atteints fréquemment de phimosis congénital, mais beaucoup guérissent spontanément. On peut donc ne pas faire d'intervention trop hâtive et on ne doit pas sectionner le prépuce, qui est mobile et qui fonctionne sans gêne.

On intervient lorsque les accidents apparaissent. Avec une gêne de la miction et un gonflement du prépuce par l'urine, on doit opérer de bonne heure. Les Juifs pratiquent la circoncision le huitième jour après la naissance de leurs enfants mâles.

Il existe trois procédés opératoires: la dilatation, l'incision dorsale et la circoncision.

Nélaton, Verneuil étaient partisans de la dilatation; de Saint-Germain la défend encore. Comme le prépuce forme une poche en forme de sablier, on dilate le rétrécissement avec une pince rappelant celle de Trousseau, qui sert à la dilatation de la trachée. On introduit une pince une première fois, puis une deuxième afin de dilater le prépuce dans deux directions perpendiculaires. On mobilise ensuite le prépuce en arrière en se servant de vaseline. Pendant plusieurs jours on ramène le prépuce en avant puis en arrière.

Lorsque le prépuce est court, on a proposé l'incision dorsale qu'on pratique avec des ciseaux. On peut encore passer à travers le prépuce un tube en caoutchouc, qui coupe le prépuce petit à petit.

La circoncision est une opération de choix et elle est nécessaire lorsque le prépuce hypertrophié présente un allongement considérable. On a imaginé de nombreux procédés opératoires.

On a voulu que la section de la muqueuse soit faite au même niveau que celle de la peau du prépuce. Cela n'est pas nécessaire. Dans ce but, on fixe au préalable par des points de suture la muqueuse et la partie cutanée. Panas fixe

la muqueuse et la peau avec une pince dont les branches sont armées de dents de souris.

Les mahométans prennent le prépuce avec une pince recourbée on forme de croissant et le sacrificateur tranche la peau et la muqueuse avec un rasoir.

Nous procédons ainsi. Une pince à pression douce, quoique suffisante, fixe le prépuce. Au préalable on peut masquer les points de la peau qui correspondent à la couronne du gland ; c'est à ce niveau qu'on coupe d'avant en arrière avec un bistouri la peau du prépuce. Puis on fend sur la face dorsale du gland la muqueuse qu'on rabat à droite et à gauche et qui forme deux oreilles dont on sectionne les angles en allant de l'incision dorsale vers le frein.

On conseille de placer la pince qui fixe la peau un peu obliquement et de façon à enlever un peu plus de peau sur la face dorsale. M. Thiéry veut qu'on place la pince horizontalement et même qu'on enlève un peu plus de peau du côté du frein. En tout ceci, il est bon de ne pas couper la muqueuse jusqu'au frein, à cause de l'artère du frein. Lorsqu'on coupe cette artère chez l'enfant, l'hémorrhagie peut mettre en danger la vie du sujet.

L'hémostase et le pansement sont assez simples. On s'est servi de serrofines pour réunir la peau et la muqueuse ; elles sont douloureuses lorsqu'on doit les retirer après 24 heures. Pour n'avoir pas été toujours neuves, elles ont produit des chancres indurés.

Aujourd'hui on fait des sutures à points séparés ; on emploie le fil de soie chez l'adulte, où il est facile d'enlever les fils de suture, chez l'enfant le catgut est préférable, car il se résorbe. On met sur la plaie de la gaze iodoformée ou stérilisée.

Il est bon d'anesthésier les enfants. On peut conseiller à l'adulte de ne pas se faire endormir. L'anesthésie locale peut être faite avec la cocaïne ; comme on craint une injection dans le prépuce, on peut badigeonner sa surface interne avec un pinceau imbibé de cocaïne.

(*L'Indépendance Médicale*), décembre 1897.

## TRAUMATISME ET GROSSESSE

Par M. le Prof. TILLAUX

Je vais opérer tout à l'heure devant vous une jeune femme atteinte d'une affection qui n'est ni très rare, ni très intéressante par elle-même, mais qui, par les circonstances particulières dans lesquelles se trouve la malade, donne lieu à des considérations d'une grande utilité pratique. C'est pourquoi j'ai cru devoir en faire l'objet de cette leçon.

Il s'agit d'une jeune femme âgée de vingt ans, fille de brasserie depuis deux ans ; elle est accouchée le 19 juillet 1896 ; sa grossesse et l'accouchement, qui a eu lieu à huit mois, n'ont présenté rien d'anormal. Depuis deux mois elle est atteinte de végétations confluentes occupant tout le pourtour de l'anus, la fourchette vulvaire, la partie interne et supérieure des cuisses. D'abord tolérable, la situation de cette jeune femme est devenue telle, par suite de la prolifération sans cesse envahissante des végétations, qu'elle a été obligée de cesser tout travail et d'entrer à l'hôpital. Cette malheureuse est pâle, défaite et en proie à des douleurs continuelles, exacerbées quand elle va à la selle ; ces douleurs sont spontanées et, quand on cherche à explorer le champ des végétations, elles sont ravivées au plus haut point. Les nuits sont sans sommeil ; de plus les parties malades sont le siège d'une abondante sécrétion ichoreuse et fétide qui ajoute encore aux tourments de la malade.

Les végétations forment une tumeur couvrant la région périnéale tout entière, tout le pourtour de l'anus et le tiers postérieur de la vulve ; ce sont des papillomes, c'est à-dire des hypertrophies papillaires de la peau et de la muqueuse vulvo-vaginale. Elles ne sont pas ici de nature syphilitique ; nous n'avons

découvert chez notre malade aucun stigmata de syphilis, mais quoique n'étant point syphilitiques, elles sont certainement d'origine vénérienne. Qu'elles soient vulvo-vaginales ou péniennes, les végétations sont, en effet, toujours le résultat d'un contact vénérien impur; leur origine est gonococcienne, que la virulence soit communiquée de l'homme à la femme ou inversement.

Ces tumeurs papillomateuses sont constituées par du tissu conjonctif envahissant tout le stroma de la papille au milieu duquel on trouve également du tissu embryonnaire.

Chez notre malade, l'envahissement papillomateux est si considérable et l'état général si navrant, qu'il semble indiqué de la débarrasser immédiatement de ces tumeurs.

Mais ici intervient une circonstance qui domine toute la situation. Cette femme est enceinte de quatre mois. Elle a eu ses règles pour la dernière fois en février dernier, elle a vu légèrement en avril; il n'y a pas de signes généraux de la grossesse, pas de vomissements, pas de coloration du mamelon, mais l'utérus est augmenté de volume, globuleux, remontant vers l'ombilic. Il n'y a donc pas de doute, la grossesse est manifeste; c'est sur ce point qu'il m'a paru intéressant d'insister en discutant devant vous l'influence du traumatisme sur la grossesse.

Faut-il intervenir chez notre malade bien qu'elle soit enceinte? Quelle conséquence pourra avoir pour le cours de la grossesse une opération destinée à débarrasser cette malheureuse d'une affection qui la débilite et la fait si manifestement souffrir? Vous serez souvent appelé dans la pratique à résoudre des questions de ce genre.

Il s'agit donc de déterminer, si faire se peut, les effets du traumatisme sur la grossesse, car ils sont éminemment variables. Incontestablement, dans certains cas, le traumatisme a eu une influence considérable; on a vu des femmes avorter à la suite d'une chute sans gravité, du plus léger coup, et même d'un éternuement violent. D'autre part, il y a des femmes enceintes qui résistent bien à des traumatismes violents, à des interventions opératoires importantes. Je me rappelle avoir vu, à l'hôpital Saint-Antoine, une femme enceinte de six mois qui, prise dans la courroie de transmission d'une machine à vapeur, fit cinq à six tours du grand volant avant qu'on ait pu arrêter le mouvement, et eut le bras droit arraché. Je régularisai l'amputation ainsi faite, je réduisis, de plus, d'un coup de pince, une luxation sous-épineuse de l'humérus du même côté. Cette femme guérit de son traumatisme et accoucha à terme sans accident.

Une autre fois, à Beaujon, j'ai soigné une femme enceinte de cinq mois qui était tombée du sixième étage sans se faire d'autres lésions que des contusions multiples, et qui continua sa grossesse normalement et accoucha à terme.

Vous voyez qu'il y a des écarts considérables dans la résistance des femmes enceintes aux divers traumatismes. Nous ne pouvons donc fixer de règles à ce sujet, malgré toute l'importance qu'il y aurait à préciser cette question de l'influence du traumatisme sur la grossesse, et il doit en être du traumatisme chirurgical comme du traumatisme accidentel.

Incidemment nous pouvons soulever le problème inverse. Quelle est l'influence de la grossesse sur le traumatisme chirurgical? Les opérations réussissent-elles moins bien quand l'utérus est gravide? Il n'y a pas non plus ici de règles fixes, mais cependant, d'après ma pratique de ces quinze dernières années, je serais disposé à croire qu'en pareille occurrence la grossesse n'a aucune influence. Donc, si une opération est utile, il serait, à mon sens, injustifié de la différer sous prétexte que la grossesse serait un obstacle à la réussite.

Reste donc la question première à débattre: influence du traumatisme chirurgical sur la grossesse. Quelle conduite doit tenir le chirurgien en face d'une femme enceinte et en même temps atteinte d'une affection chirurgicale pour laquelle une intervention sanglante est nécessaire?

Volontiers je formule ainsi, d'une façon générale, la ligne de conduite à

suivre : on ne doit pas opérer une femme enceinte. Ce ne sera qu'à titre d'exception qu'on devra se résoudre à une opération ; si, comme je vous l'ai dit, il y a des femmes qui mènent à bien leur grossesse malgré des traumatismes graves, d'autres, au contraire, avortent à propos du moindre choc et il vous sera, là plupart du temps, impossible de connaître par avance le degré de résistance de votre malade.

Donc, sauf indications particulières, vous ne devez pas opérer. Je me souviens avoir, il y a trois ou quatre ans, fait passer la thèse d'une dame qui émettait une formule toute contraire, savoir que toute opération, toute laparotomie urgente ou non, pouvait être pratiquée chez les femmes enceintes, je ne puis accepter cette conclusion. En certains cas, lorsque des indications pressantes ou bien précises s'imposent, oui, vous pouvez opérer ; autrement vous devez attendre.

J'ai eu, il y a quelques années, dans mon service à l'Hôtel-Dieu, une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire gros comme une très forte tête d'adulte ; quand elle entra à l'hôpital elle était grosse de quatre à cinq mois. Fallait-il faire, dans ce cas, l'ovariotomie ? je ne le crus pas et je me contentai de mettre la malade en observation, comptant bien que l'utérus gravide trouverait place pour son évolution. En effet, la grossesse continua normalement, cette femme mit au monde, à terme, un très bel enfant et plus tard je fis l'ovariotomie ; la malade sortit guérie.

Cependant, si la grossesse avait été gênée à un moment donné, je serais intervenu par une ponction simple et je n'aurais pas opéré. S'il se fut agi d'un kyste multilobulaire et que la compression exercée eût été une menace, alors seulement j'aurais opéré.

La question est donc livrée à l'appréciation du chirurgien, à sa sagesse et à son sens clinique. Si l'affection dont est atteinte la malade n'est point de nature à entraver l'évolution de la grossesse, le chirurgien devra attendre ; si, au contraire, elle trouble la santé générale, si elle cause un obstacle mécanique au développement normal de l'utérus, il devra opérer. Mais il ne devra jamais opérer quand même, de parti pris.

Il y a deux ans j'étais consulté pour une jeune femme de vingt et un ans enceinte de six mois, primipare, atteinte d'un neurome du nerf radial droit. C'est là une affection, me direz-vous, qui ne pouvait en aucune façon compromettre la grossesse et pour laquelle, d'après le précepte que je viens d'émettre, je devais surseoir à toute opération. Je fis ce même raisonnement, mais d'autre part, cette jeune femme éprouvait des douleurs telles que vraiment il était urgent de la débarrasser, l'état douloureux, la privation de sommeil pouvaient me faire craindre de ne pas voir aboutir la grossesse. Je l'opérai donc et elle mit au monde à terme un enfant bien constitué, malheureusement pour cette jeune femme son neurome était de mauvaise nature et elle mourut peu après d'une récidive et d'une généralisation sarcomateuse.

Dans le cas de la malade dont je vous parle aujourd'hui, si les papillomes ne produisaient pas de troubles généraux, je ne l'opérerais pas, d'autant que cette opération peut amener une assez grande perte de sang qui ne serait pas dans l'espèce sans danger.

Mais je vous ai dit quelles souffrances éprouve cette femme, l'état lamentable dans lequel elle se trouve, et à cause de cela je dois l'opérer. C'est ce que je vais faire ce matin devant vous.

Je ne puis pas savoir si les papillomes sont pédiculisés ou sessiles ; les douleurs sont telles que je n'ai pu explorer les tumeurs avec le doigt, les contourner et me rendre compte des adhérences. Je les crois plutôt sessiles et alors il y aurait à craindre une plus grande perte de sang qui pourrait amener une fausse couche.

Aussi bien je ne veux pas l'opérer au moyen du bistouri, ni même du thermocautère. L'important ici c'est de faire le moins de dégâts possible, de con-

server la peau dans son intégrité le plus qu'on pourra. Pour cela le bistouri serait mauvais aussi bien que le thermocautère qui laissera des pertes de substances, des escharres qui suppureront, dont la guérison sera très longue et très pénible. Avant l'introduction de la curette dans l'arsenal chirurgical j'avais fait construire un instrument spécial pour opérer le râclage des végétations, râclage analogue à celui qu'on fait pour les écailles de poissons. Ce râclage est beaucoup plus rapide, beaucoup plus facile que l'excision et ne compromet pas les téguments, qu'il importe de ménager ; on peut néanmoins se servir de la curette, à condition d'aller doucement pour ne pas enlever le substratum. Aussi, pour enlever le plus gros, je ne me servirai d'abord que d'une simple spatule, puis j'emploierai la curette ; s'il y a des points qui donnent du sang je les toucherai immédiatement avec la pointe du thermocautère.— (*Le Bulletin Médical*).

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

Dr CH. DEBIERRE — **L'Hérédité normale et pathologique**, par le Dr CH. DEBIERRE, professeur d'Anatomie à l'Université de Lille. (N° 4 de l'*Œuvre médico-chirurgicale*, Masson et Cie, éditeurs.) 1 brochure in-8°... 1 fr. 25.

L'*Œuvre médico-chirurgicale* publie le quatrième numéro de sa très intéressante collection. Cette monographie est consacrée à l'hérédité normale et pathologique. C'est une des questions les plus difficiles et qui a suscité, dans ces derniers temps surtout, un nombre considérable de travaux. Le fascicule que nous avons sous les yeux passe méthodiquement en revue, dans ses quarante pages, tous les facteurs de cet important problème biologique. Le travail est divisé en trois parties. La première traite de l'hérédité normale et sert de préface raisonnée à la seconde partie entièrement dédiée à l'hérédité pathologique. Toutes les maladies, dites héréditaires, y sont passées au crible. Le lecteur y trouvera des renseignements précis, des explications très claires et très nettes. Le dernier chapitre s'occupe de l'histo-physiologie de l'hérédité. Celle-ci est mise lumineusement en relief par le rôle des noyaux ovulaires. M. Debievre donne à cette partie ardue de son sujet la merveilleuse clarté qui est la caractéristique de son talent d'exposition.

**Lavements d'eau salée à la place des injections de sérum artificiel.**— M. le Dr PACHET, d'Amiens, tout en reconnaissant les heureux résultats des injections intra-veineuses ou sous-cutanées de sérum artificiel, fait observer que celles-ci ne doivent pas être confiées aux garde-malades, et que même celles-ci ne peuvent être abandonnées qu'à des personnes dont on soit sûr de l'asepsie. Cependant dans la pratique et surtout à la campagne, il se présente des circonstances où en l'absence du médecin, il y aurait lieu de recourir à la solution de sel marin pour relever l'état général des malades. Dans ces cas, notre confrère préconise les lavements d'eau salée, et voici, d'après le *Bulletin Médical*, comment il fait procéder.

Le malade étant couché, on lui donne un lavement chaud de 500 grammes d'eau salée. On le renouvelle toutes les trois heures, en injectant 200 ou 400 grammes à la fois, suivant la tolérance individuelle du patient. Certains malades supportent, en effet, moins bien que d'autres, le contact de l'eau salée dans le gros intestin. Il faut tâcher de faire absorber trois litres par vingt-quatre heures.

Les résultats sont les mêmes que ceux procurés par les injections massives de sérum : le pouls se relève, les urines sont abondantes, et surtout le malade n'a pas soif.

## GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

## LA COLUMNISATION DU VAGIN.

Par le Dr DELASSUS.

Grâce à ce néologisme, on a réussi à attirer l'attention des praticiens sur un mode de traitement des affections gynécologiques déjà connu.

Taliaferro a cependant le mérite de l'avoir employé systématiquement et d'en avoir largement étendu les indications.

La columnisation du vagin n'est, disons-le tout de suite, qu'une tamponnade du vagin, mais faite avec de certaines précautions et dans de certaines conditions.

Ce n'est pas une nouveauté, puisque Taliaferro la décrivait en 1878 et que les auteurs classiques Pozzi, Bonnet..., en disent quelques mots dans leurs traités.

Une communication du Dr Condamin, de Lyon, signale, dans le *Mercure Médical* du 6 juin dernier, les bons résultats obtenus dans toute une série d'affections génitales par ce procédé, dans le service du Prof. Laroyenne.

Je l'ai essayé avec succès chez plusieurs malades de la consultation gynécologique, à la Maternité St-Anne, et j'y ai trouvé un agent thérapeutique sérieux et un élément précieux du traitement conservateur des affections des annexes, dont chacun s'occupe en ce moment.

Ces diverses raisons m'ont engagé à signaler à nos lecteurs la méthode de tamponnement vaginal, dite columnisation du vagin et à la décrire en détail

*Instruments et objets de pansement.*—Il faut se munir des instruments ordinaires de la pratique gynécologique : spéculum de Cusco, valves, pince à pansement utérin ; de la glycérine d'iodoforme. de la ouate hydrophile aseptique, de la poudre.

Faites des tamponnets de ouate du volume d'un marron, imprégnez-les de glycérine pure et exprimez-les après imbibition. Quelques tampons, les premiers à placer, sont saupoudrés d'iodoforme.

*Position de la femme.*—On peut la tamponner dans toutes les positions gynécologiques. Des auteurs, les uns choisissent le décubitus dorsal ou dorso-sacré, avec un spéculum de Cusco ; les autres le décubitus latéral avec les valves de Sims.

Avec Pozzi, je recommande, quand l'état de la femme le permet, la position genu-pectorale. Ses avantages sont évidents : elle éloigne les organes du petit bassin et corrige par elle-même le prolapsus contre lequel est souvent dirigé le tamponnement, elle dilate le vagin que l'on emplit ainsi, plus facilement et sans effort de tampons ; elle met bien en vue le col et les culs-de-sac qu'il faut combler ; elle ne nécessite qu'une seule valve que, chez certaines femmes aux tissus souples, on peut remplacer par le doigt.

*Précautions antiseptiques.*— Il va sans dire que des injections auront aseptisé le vagin et le col utérin.

*Technique.*—Le col étant bien en vue, avec la pince utérine, on place dans les culs-de-sac, en couronne autour du col, trois ou quatre tampons à la glycérine iodoformée, puis quelques-uns pour cacher le col.

Par dessus ceux-là, on applique successivement ceux à la glycérine simple, bourrant sans effort toute la cavité vaginale, retirant au fur et à mesure l'instrument, jusqu'à ce que les tampons affleurent le plan de la symphyse du pubis.

L'opération est terminée.

*Suites.*—La femme peut marcher, rentrer chez elle s'il y a lieu.

Les unes sont soulagées immédiatement comme celle dont je parle plus loin,

les autres éprouvent les jours suivants des douleurs dont nous verrons la signification plus loin.

La glycérine provoque l'écoulement séreux habituel, il faut en prévenir la malade

*Combien de temps faut-il laisser le tampon en place ?*

Les auteurs classiques parlent de 4 à 5 jours. Sauf incident ce n'est pas assez. Après 7, 8 et 12 jours je n'ai souvent constaté qu'une légère odeur sure et quelquefois absolument aucune odeur.

Laroyenne, de Lyon, n'a parfois renouvelé le pansement qu'après quinze jours.

Donc, pour éviter des manipulations inutiles, on laissera le tampon en place une huitaine et on ne l'enlèvera plus tôt que s'il survient de la fièvre, de la douleur, de l'odeur fétide ou de l'intolérance iodoformique.

*Signification des douleurs.*—Elles peuvent indiquer un pansement trop tassé, ce qu'il est facile de corriger.

D'autres fois les douleurs s'accompagnent de fièvre.

Dans ces cas, Condamin estime qu'elles sont dues à la maturation de petits abcès dont les foyers éteints ont été rallumés par le tamponnement. De plus, le ramollissement que provoque la columnisation dans les tissus pelviens, permet au doigt une exploration beaucoup plus facile, plus minutieuse et partant plus fructueuse des régions malades : autant de services que rend le procédé qui sert ainsi de pierre de touche pour le diagnostic.

*Action de la columnisation.*—Elle est multiple. C'est d'abord une action de soutien : la colonne vaginale ouatée soutient doucement l'utérus, les annexes et l'on sait quelle faible descente de ces organes suffit à provoquer de vives douleurs et des troubles réflexes graves dans la marche, le système nerveux...

C'est une action de correction comme celle du pessaire ; de *compression*, sorte de massage doux, continu, et c'est sous le titre de tamponnement compressif que ce procédé a été parfois décrit.

C'est encore une action *décongestive* par la glycérine dont les tampons sont imbibés.

C'est enfin une action *sédative* par le repos sexuel qu'il impose.

*Indications.*—Il est dès lors facile de préciser les cas où la columnisation pourra être employée avec fruit.

C'est d'abord dans les cas de prolapsus de l'ovaire et de déviations utérines quand un pessaire n'est pas supporté par la malade, fait trop commun.

La reposition de ces organes calmera l'inflammation, supprimera les douleurs et permettra peut-être l'usage des pessaires primitivement impossibles.

Les ovaires prolapsés sont fréquemment enflammés et malades, il en est de même des trompes. On sait les difficultés du traitement de ces annexites, périméthro-salpingites, salpingo-ovarites...

La columnisation est un des meilleurs moyens à leur opposer.

Auvard vient de publier un cas où cette méthode lui a donné une guérison chez une malade de ce genre à laquelle il allait faire une opération radicale.

J'ai moi-même en observation une jeune femme atteinte de salpingite kystique droite prolapsée. Les pessaires n'étaient guère supportés que quelques jours. Aussi les douleurs étaient-elles continues, la marche difficile.

Dès l'instant où elle a été tamponnée, elle s'est sentie soulagée et elle marche avec une facilité qu'elle ne connaissait plus depuis longtemps.

Cette amélioration dans la marche a été signalée par tous les auteurs et est considérée comme l'un des résultats les plus précieux de la méthode.

L'action *décongestive* du tamponnement glycérimé l'indique dans toutes ces inflammations péri-utérines : périmétrite, paramétrite provoquant ou ayant provoqué des adhérences dont les tiraillements sont si pénibles pour les malades.



Condamin insiste particulièrement sur les paramétrites postérieures que le professeur Laroyenne appelle *Douglassite* parce que la cavité de Douglas en est le principal siège, parce que c'est là que se forment des exsudats, origines de brides rétractiles, déplaçant l'utérus.

Le tamponnement amènera l'assouplissement de ces régions indurées, action que pourra compléter un massage méthodique et plus énergique.

Pour si larges que soient les indications de la columnisation, il n'en faudrait pas faire cependant une panacée.

Elle est à employer dans tous les cas dont je viens de parler, mais elle doit être associée aux autres moyens classiques ; repos, bains, révulsifs, lavements chauds et froids, pansements intra utérins...

Et alors, après un temps judicieux d'essais restés infructueux, le médecin, abandonnant ces moyens insuffisants, pourra en conscience proposer à sa malade les procédés d'une chirurgie plus radicale.

La columnisation pourra rendre ces interventions moins fréquentes ; c'est un grand titre à l'attention des praticiens.

(*Journal des sciences méd. de Lille.*)

### INJECTIONS INTRA-UTÉRINES

Par M. le Professeur TARNIER.

Quels sont les antiseptiques que l'on peut employer en injections intra-utérines ?

Sans contredit, le meilleur de ces antiseptiques c'est l'eau iodée préparée comme suit. — Iode métallique, 3 grammes (45 grains) ; iodure de potassium, 6 grammes (90 grains) ; eau, 1.000 grammes (un litre).

Telle est la composition de l'eau iodée que l'on emploie couramment. Toutefois si l'on observe que cette solution brûle un peu, on fait une solution plus faible avec. — Iode métallique, 2 grammes (30 grains), iodure de potassium, 4 grammes (60 grains) ; eau, 1.000 grammes.

Cette solution iodée a un pouvoir antiseptique presque aussi puissant que le sublimé. Elle a un grand avantage, c'est qu'elle pénètre les cellules et ne coagule pas l'albumine comme le fait le sublimé.

Mais les injections d'iode répétées deux fois par jour finissent par déterminer de la cuisson et on est obligé, pour éviter cet inconvénient, d'avoir recours à un antiseptique plus faible. Le permanganate de potasse est indiqué dans ce cas. On l'emploie à la dose de 50 centigrammes (8 grains) par litre d'eau. Le permanganate est bien moins actif que l'iode, mais il a l'avantage d'être très désodorant, ce qui le rend précieux lorsqu'on a des lochies fétides.

D'autres antiseptiques peuvent aussi être employés : l'acide salicylique, l'acide borique. Le pouvoir microbicide de ces deux antiseptiques est très faible, mais leur emploi n'offre aucun inconvénient.

Comment opérons nous, ici, dans nos différentes salles ? Comment conduit-on l'antisepsie dans le service ? — Vous assistez, tous les jours, à ces diverses petites opérations, qui se font sous vos yeux, mais on ne vous dit pas, on ne vous *crit* pas assez et quelle est la nature de l'antiseptique choisi, et quelles sont les doses employées. C'est cela que je tiens à vous répéter.

Comment faisons nous l'antisepsie dans le service ? Nous faisons, presque toujours, le lavage vulvaire, le lavage externe avec une solution de sublimé à la dose de 20 centigrammes (3 grains) par litre d'eau. On y ajoute soit 4 grammes (60 grains) de sel marin, soit 2 grammes (30 grains), de chlorhydrate d'ammoniaque pour faciliter la solution.

Le savon débarrasse la peau des matières grasses et se comporte bien avec le sublimé. — Avec le sulfate de cuivre, par exemple, le savon produit une pâte, un magma dont on ne parvient pas à se débarrasser.

A la "Salle des accouchements" on fait les injections vaginales avec une solution de phéno-salyl. On pourrait employer le sublimé, mais, comme on a eu quelques cas d'empoisonnement chez des femmes albuminuriques ou ayant eu des hémorragies, on a préféré renoncer au sublimé.—Il faudrait procéder à un triage suivant que les femmes seraient ou ne seraient pas albuminuriques, qu'elles auraient ou n'auraient pas eu d'hémorragies. Malgré toutes les précautions, il y aurait toujours à craindre des erreurs. Aussi, pour simplifier ces choses, pour ne pas nous exposer à des confusions qui pourraient ne pas être sans inconvénients, j'ai mis toutes les femmes de la salle d'accouchements aux injections de phéno-salyl, pour les injections vaginales.—Quant aux injections intra-utérines on les fait toujours, dans cette même salle d'accouchements, avec la solution iodée que je vous ai indiquée.

Dans la "Salle des nouvelles accouchées", on emploie deux antiseptiques pour les injections vaginales; mais chaque salle n'a qu'un antiseptique, le même pour toutes les malades. Ainsi dans les salles n° 1 et n° 2, les injections vaginales sont faites toutes au sublimé;—dans les salles n° 3, n° 4 et n° 5, au contraire, elles sont toutes faites au phéno-salyl.

Pourquoi cette différence, me direz-vous?—Mais tout simplement parce que j'ai pensé qu'on peut, sans danger, employer ces deux antiseptiques en injections vaginales, et que je voudrais, par l'usage, me rendre compte, savoir si l'un offre des avantages sur l'autre.—Depuis que nous expérimentons, nous nous sommes assurés que, comme résultat, ces deux antiseptiques sont semblables, n'offrent aucune différence. On peut, par conséquent, employer indifféremment l'un comme l'autre.

Mais il est bien entendu que, si la femme est albuminurique, ou si elle a eu de l'hémorragie, on ne la met jamais dans les salles n° 1 ou n° 2 soumise aux injections de sublimé, mais toujours dans les salles n° 3, n° 4 ou n° 5 où les injections sont faites au phéno-salyl. On se met ainsi à l'abri de tout danger d'accident par le sublimé sur les femmes malades.

Dans la "Salle des accouchées malades", on doit continuer les injections intra-utérines. On les fait d'abord avec l'eau iodée et ensuite avec une solution de permanganate.

Mais ce n'est pas tout que de connaître les substances à employer pour faire les injections intra-utérines, encore faut-il savoir faire ces injections.

La pratique de l'injection utérine—ou plutôt l'injection utérine elle-même ne remonte pas bien haut. C'est seulement en 1757 que Recolin et Levret recommandèrent simultanément les injections utérines, proprement dites, Roche (1844), Jacquemier (1846), Gensoul, de Lyon (1849), ont indiqué avec plus ou moins d'insistance le parti que l'on peut retirer des injections intra-utérines.

Puis Hervez de Chégoïn (discussion à l'Académie de médecine, en 1858). Piorry, M. Hervieux, M. Fontaine, interne de la Maternité de Paris, conseillent les injections intra-utérines. M. Fontaine en démontre l'efficacité et l'innocuité. Enfin, M. Rendu, de Lyon (1879), en fait le sujet de sa thèse de doctorat (*De l'utilité des lavages intra-utérins antiseptiques dans l'infection puerpérale*).

Dès ce moment les injections intra-utérines sont entrées dans la pratique courante des accoucheurs tant en France qu'à l'étranger.

Mais que faut-il pour faire ces injections? De quels instruments doit-on se servir?

Les irrigateurs? Mauvais ustensiles. Ils sont toujours sales et il n'est pas possible de régler leur force.

Les clyso-pompes ont tous les mêmes inconvénients que les irrigateurs et, en plus, ils produisent des intermittences fâcheuses.

La poire de voyage (en caoutchouc) ne vaut pas davantage: elle est très mauvaise.

Après avoir passé en revue ces divers systèmes, après en avoir reconnu tous les inconvénients par l'expérience, on s'est décidé à employer des réservoirs quelconques qui laissent échapper l'eau par son propre poids ; les réservoirs sont en verre, en tôle émaillée, en faïence, en caoutchouc... Tous ces ustensiles sont bons.—Les bocks en verre avec petite tubulure que j'avais fait fabriquer spécialement ont un inconvénient, ils coûtent relativement assez cher (4 francs pièce). J'ai aujourd'hui adopté ce vase, que vous voyez là, avec tubulure en bas. Le prix en est bien moindre (à peine 0 fr. 75 pièce). On adapte à la tubulure un tube en caoutchouc au bout duquel est adaptée la canule.

Il y a des canules de deux espèces : les unes à courant simple, les autres à double courant. Avec ces dernières—qui peuvent être comparées, toutes proportions gardées, au canon d'un fusil à deux coups—le liquide entre par une tubulure et sort par l'autre.

Ces sondes ou canules sont généralement en verre ou en métal, celles de verre offrent le plus d'avantage ; on se rend compte facilement de leur état de propreté, et on les aseptise facilement en les faisant bouillir dans l'eau ou en les plongeant dans une solution d'acide azotique ou d'acide sulfurique—ce qui ne peut pas se faire avec les sondes métalliques.

Les canules à double courant ont été inventées par Avrard, de la Rochelle, je crois. Cette canule a été modifiée, perfectionnée en Allemagne, en Suisse, etc.

M. Budin en a fait faire une en celluloid ; son canal est disposé de telle façon qu'il présente une dépression profonde sur toute sa longueur. Cette dépression forme un canal concave par lequel peut sortir de l'utérus le liquide qui a été injecté. Cette sonde a l'inconvénient de se défaire au contact d'un liquide chaud.

M. Champetier de Ribes a repris la forme de la sonde de M. Budin, seulement il l'a fait construire en métal.

M. Doléris a fait, lui aussi, une sonde à double courant, qui, d'ailleurs, est fort bonne. Elle se compose de deux montants, creux l'un et l'autre, par lesquels monte le liquide. Au moyen d'une vis, les deux branches des montants sont écartées l'une de l'autre et c'est par l'espace laissé libre entre les deux montants que sort le liquide.

Sur mes indications, M. Collin a fabriqué une sonde à double courant qui repose sur le même principe que celle de M. Doléris. C'est encore une vis qui écarte deux fils métalliques formant armature, une sonde de verre dilate ainsi le col et fait ainsi un passage pour l'écoulement du liquide injecté.

Je vous avoue que je ne me sers ni de l'une, ni de l'autre de ces deux dernières sondes. Je crois que celle de M. Doléris est la meilleure ; mais elle est en métal et c'est là un inconvénient sérieux, surtout quand il s'agit de faire des injections iodées. L'iode, en effet, attaque le métal. Le verre vaut beaucoup mieux.

Voici celle que j'emploie le plus habituellement. Elle est aplatie, rubannée, en verre et à courant simple.

Mais comment sort le liquide ? Eh, mon Dieu, il sort comme il peut. Nous avons fait des quantités d'injections ainsi, et nous n'avons pas éprouvé de difficultés à ce point de vue.

D'ailleurs, quelle que soit la sonde employée, il faut toujours surveiller avec soin la sortie du liquide ; un caillot, en effet, peut venir obstruer le passage et empêcher le liquide injecté de sortir.

(*Journ. des Sages-Femmes.*)

## REVUE D'HYGIÈNE

## LE TROISIÈME RAPPORT ANNUEL DU CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA PROVINCE DE QUEBEC.

Ce rapport nous donne un aperçu complet de l'œuvre accompli par le Conseil d'Hygiène durant l'année qui finit le 30 juin 1897. Nous nous faisons un devoir d'en donner quelques extraits à nos lecteurs, afin de grouper ensemble les points les plus importants qu'il renferme.

## LA PROPHYLAXIE DES MALADIES CONTAGIEUSES.

Le secrétaire insiste beaucoup, dans son rapport, sur la nécessité de l'hygiène municipale pour enrayer la mortalité par les maladies contagieuses. Cette mortalité, comme on en jugera par le tableau suivant, est très élevée :

	Variole.	Diphthérie.	Fièvre scarlatine.	Fièvre typhoïde.	Rougeole.
1896.—Juillet .....		97	31	40	74
Août .....		108	19	85	63
Septembre .....		160	39	139	47
Octobre .....		335	61	81	132
Novembre .....		513	89	76	308
Décembre .....		362	86	58	334
1897.—Janvier .....		507	108	65	679
Février .....		389	75	64	1144
Mars .....		287	88	37	1026
Avril .....		233	58	33	551
Mai .....		304	28	37	380
Juin .....	2	269	51	42	584
Totaux.....	2	3564	736	757	5322

Grand total pour ces 5 maladies : 10,381.

Aussi le Dr Pelletier insiste-t-il beaucoup pour que l'hygiène soit établie dans toutes les municipalités, et mise en vigueur d'une manière suivie et rigoureuse. Il nous rappelle à ce sujet que la négligence peut-être suivie de résultats regrettables, et qu'une organisation faite à demi ne peut jamais avoir de bons résultats.

« Ce chiffre, 10,381, est énorme, dit-il, et nous fait voir que, pour le travail sérieux que font bon nombre de nos municipalités, plusieurs négligent de faire leur devoir et de donner à leurs administrés la protection à laquelle ils ont droit.

« Il suffit parfois de l'ignorance d'un officier municipal pour entraver l'exécution des règlements d'hygiène ; témoin ce maire d'un petit village des environs de Montréal qui, pendant tout l'hiver dernier, a empêché son conseil municipal de surveiller l'isolement et de faire des désinfections, étant cause que 80 cas de diphthérie se sont déclarés dans le village dans l'espace de quelques mois.

« A part ces cas d'inaction complète, qui ne sont malheureusement pas rares, nous rencontrons ceux qui ne font les choses qu'à demi. Au lieu de faire l'isolement dès que la maladie est reconnue, on perd un temps infiniment précieux, et lorsque la machine municipale se met enfin en marche, les autres membres de la famille, les parents et les voisins ont eu le temps d'être contagiosés ; on ne donne pas non plus à la famille infectée les instructions nécessaires pour sa direction durant tout le temps que doit durer l'isolement, et, enfin, la désinfection ne se fait pas dans toute sa rigueur. Un peu plus de zèle et de promptitude de la part des autorités sanitaires locales pourrait cependant con-

tribuer à améliorer l'état de choses actuel. Ce qui manque dans la plupart de nos petites municipalités, c'est une personne spécialement chargée d'appliquer les règlements d'hygiène aussitôt qu'un premier cas de maladie contagieuse est constaté, sans attendre que le bureau local d'hygiène ait pris le temps de se réunir. Il serait ridicule en effet de supposer qu'un bureau local doit s'assembler pour délibérer sur chaque affiche à poser, sur chaque désinfection à opérer, comme cependant on fait semblant de le croire en certains quartiers, dont l'inertie en matière d'hygiène est proverbiale."

### LA DIPHTÉRIE.

Le secrétaire rapporte, à propos de cette maladie, des faits qui sont de nature à étonner bien du monde.

"Le nombre de victimes que fait la *diphthérie* a lieu de nous surprendre, dit-il, surtout maintenant que nous avons un spécifique contre cette maladie. Il est évident que le traitement par le sérum n'est encore que très peu souvent appliqué dans bon nombre de municipalités, malgré qu'il soit facile de se procurer le remède en question. Les mérites du sérum antidiphthérique sont maintenant si universellement reconnus — on admet que par ce traitement la mortalité de la diphthérie a été réduite à 14 par cent, de 40 à 60 par cent qu'elle était jadis — que nous sommes à nous demander si un médecin, appelé à soigner dans une famille qui a les moyens de se procurer le sérum, est justifiable de se contenter d'autres moyens moins sûrs. Quant aux pauvres, les municipalités ne devraient-elles pas les faire bénéficier de ce traitement? Pour une petite municipalité, l'occasion ne se présentera que très rarement, et la municipalité y trouvera d'ailleurs son avantage en ce que l'emploi du sérum abrège la maladie, et, par conséquent, la période de propagation possible de la maladie; sans compter que le sérum peut être employé aussi pour l'immunisation des personnes qui ont été en contact avec le malade, limitant probablement ainsi la maladie à un membre de la famille. En un mot, pour une dépense de \$3.00 de sérum elle sauverait probablement les dépenses de surveillance d'une quarantaine qui peut durer des semaines.

N'y eut-il que le côté humanitaire de la question, les municipalités devraient, ce nous semble, pourvoir à cette distribution gratuite de sérum, à leurs pauvres. La diphthérie a, pour ainsi dire, rase des familles entières, et en voici deux exemples que nous relevons de notre statistique mortuaire pour Novembre 1896.—

Municipalité de.....Comté de Vaudreuil

Décédée le 4 Nov. 1896—	Rosanna X .....	5 ans
" 5 " "	Joseph X.....	6 mois
" 8 " "	Albertine X.....	8 ans
" 23 " "	Elzéar X.....	10 ans
" 29 " "	Marie-Louise X....	17 ans

Municipalité de.....Comté de Rimouski

Décédée le 10 Nov. 1896—	Delvina Z .....	3 ans
" 10 " "	Aurore Z.....	8 mois
" 11 " "	Elmire Z.....	5 ans
" 12 " "	Joseph Z.....	22 mois

"Quand l'on songe que, pour une dépense d'au plus 9 dollars, on aurait sauvé la vie à au moins 8 de ces enfants, on se demande si les municipalités se refuseraient à cette dépense si elles réalisaient bien les conséquences de ce refus.

"Nous ne connaissons qu'une seule municipalité dans la Province qui fournisse gratuitement et sans condition le sérum à ses pauvres: c'est la ville de Québec. Québec n'a pas jugé opportun de ne le fournir qu'à ceux qui consentent à l'hospitalisation, comme le font d'autres municipalités; et avec

raison, car même parmi les pauvres, c'est encore le petit nombre qui entrent à l'hôpital, comparativement au grand nombre qui sont traités à domicile."

### LA ROUGEOLE.

Le passage concernant la rougeole mérite d'être cité tout au long.

"Les ravages de la rougeole ont été considérables et il en sera nécessairement ainsi tant que les familles croiront que leurs enfants doivent nécessairement avoir cette maladie et qu'elles ne prendront pas les mesures d'isolement et de désinfection, comme on le fait pour les maladies plus sévères. De ce que, quand il s'agit de rougeole, les Règlements du Conseil d'Hygiène se bornent à prescrire des mesures pour empêcher l'infection des écoles, il ne faut pas en conclure que l'isolement du malade chez lui n'est pas nécessaire ou au moins désirable. La rougeole est malheureusement encore une des maladies contagieuses que l'on connaît le moins, et nous trouvons les opinions les plus variées dans les auteurs sur la longueur de la période d'infection, sur son mode de transmission et sur la vitalité du germe qui la produit. Mais dans cette diversité d'opinion, nous devons voir plutôt un argument en faveur des mesures préventives, le seul côté sûr. Pour quelques-uns l'isolement serait inutile, parce que, disent-ils, lorsque le diagnostic est établi le malade est le plus souvent rendu à la période d'éruption et a pu contaminer déjà toute la famille. Ceci n'est pas un argument sérieux contre l'isolement du malade. En effet, on sait que la maladie est transmissible pendant au moins trois semaines, et par conséquent, même si les autres enfants de la maison ont été en contact avec le malade pendant toute la période de l'invasion (4 à 7 jours), il n'y a pas de raison de négliger de les protéger contre l'infection pendant les quinze ou vingt jours que la maladie sera encore transmissible. A ce propos il n'est pas sans intérêt de rappeler l'admission faite assez récemment par un de nos médecins en vue devant une société médicale.

"Partageant l'opinion qu'il est impossible d'empêcher les enfants de prendre la rougeole, il ne songeait aucunement à recommander l'isolement des rougeoleux quand il en rencontrait dans sa pratique; aussi tous les enfants de la maison y passaient. Un jour, ce médecin, appelé auprès d'un rougeoleux en pleine éruption, allait se retirer, après avoir rédigé une ordonnance pour l'apothicaire, quand la mère lui demande ce qu'il y avait à faire pour protéger ses autres enfants. Le médecin lui explique qu'il ne croit pas que l'isolement les protégerait, vu qu'ils avaient été exposés pendant plusieurs jours déjà; mais enfin la mère insiste à prendre un *surcroît* (?) de précautions, et il lui indique alors comment l'isolement se pratique, dans les cas de diphtérie par exemple. Les prescriptions furent suivies à la lettre et aucun des autres enfants ne fut contagiosé. "Ce seul cas ne m'avait pas absolument convaincu," ajoute le médecin, "car il pouvait certainement se faire que ces enfants ne fussent pas susceptibles de prendre la maladie. Seulement, depuis cette époque, j'ai toujours prescrit l'isolement du malade même lorsque je ne suis appelé qu'à une période avancée de la maladie, et les résultats de cet isolement m'ont convaincu de la nécessité d'isoler pour cette maladie comme pour la diphtérie, la scarlatine, etc."

"Beaucoup de ce que nous avons dit sur la nécessité de l'isolement s'applique également à la désinfection. Quelques auteurs éminents sont d'opinion que le germe de la rougeole meurt ou perd sa virulence très rapidement; mais on n'explique pas ce que l'on entend par "très rapidement," et il vaut mieux en conséquence prendre le côté le plus sûr, c'est-à-dire protéger définitivement la famille par une désinfection complète, par laquelle on fixe la date de la destruction du germe."

### LA TUBERCULOSE.

Cette maladie continue à faire de terribles ravages, et le Conseil d'Hygiène y voit une raison pour nous engager à suivre, dans la Province de Québec, l'exemple que nous donne la ville de New-York.

Citons le Dr Pelletier :



## LA DÉSINFECTION DANS LES FAMILLES.

Il n'y a certainement pas de moyen plus efficace, avec l'isolement, pour empêcher la propagation des maladies contagieuses, et quand elle ne réussit pas, c'est qu'elle a été mal faite. Il ne faudrait donc pas l'accuser injustement d'inefficacité, et le Dr Pelletier nous donne à ce propos des renseignements qui sont bons à noter.

« La hâte qu'ont les familles, dit-il, de voir mettre fin aux restrictions qui leur sont imposées par leur bureau local d'hygiène fait que, généralement, on s'empresse trop de demander la désinfection d'un logis, et comme conséquence le malade convalescent réinfecte le logis après cette désinfection. Cette pratique est certainement une des causes les plus fréquentes de la réapparition de la maladie dans une même famille, réapparition qu'on attribue à tort à une désinfection inefficace.

« Afin de guider les bureaux locaux d'hygiène sur la conduite qu'ils doivent tenir dans ces circonstances, nous croyons utile de leur indiquer, pour chaque maladie contagieuse, la période pendant laquelle le patient peut transmettre sa maladie. Outre cette durée de l'infection, le tableau suivant indique aussi la période d'incubation de la maladie, c'est-à-dire le temps pendant lequel une personne exposée à la contagion doit être regardée comme suspecte :

	Période d'incubation.		Durée de l'infection.	Remarques.
	Minimum et maximum.	En moyenne.		
Variole.....	9 à 20 jours.....	12 jours.....	Jusqu'à desquamation terminée (6 semaines environ).	L'isolement devrait être maintenu pendant les 14 jours, à moins qu'un examen bactériologique des exsudations de la gorge ait démontré l'absence des germes de la diphtérie.
Choléra asiatique	Quelques heures à 5 jours	1 à 2 jours.....	3 semaines.	
Typhus.....	6 à 14 jours.....	7 jours.....	4 semaines.	
Diphtérie.....	1 à 7 jours.....	2 jours.....	3 à 14 jours et même plus après disparition des membranes.	
Fièvre scarlatine.	1 à 7 jours.....	1 à 3 jours.....	Jusqu'à desquamation complètement terminée (environ 6 semaines).	
Fièvre typhoïde...	8 à 23 jours.....	12 jours.....	Les évacuations sont infectieuses pour 14 jours au moins après commencement de convalescence.	
Rougeole.....	4 à 20 jours.....	9 jours.....	Jusqu'à desquamation terminée (4 semaines environ).	
Coqueluche.....	4 à 21 jours.....	10 jours.....	8 semaines.	



“ Les données ci-dessus sont celles généralement admises par les auteurs. Cependant, pour la variole, un très grand nombre n'admettent pas une incubation de 20 jours et, en conséquence, on limite généralement la quarantaine des suspects à 16 jours. La possibilité d'avoir une nouvelle écloison de la maladie après 20 jours ne devrait pas toutefois être perdue de vue.

“ Comme on le voit par ce tableau, le temps où l'on peut discontinuer l'isolement et opérer la désinfection pour les différentes maladies ne peut être fixé définitivement. Ainsi, pour la variole, tant qu'il y a desquamation sur quelque partie du corps ou encore distillation d'une plaie, le malade doit rester isolé. De même pour la scarlatine et la rougeole, la desquamation et même tout soupçon de desquamation doit avoir entièrement disparu.

“ Quant à la diphtérie, le germe pouvant se montrer dans la gorge du convalescent pendant des mois, le seul moyen de connaître exactement quand l'isolement peut être discontinué, c'est de procéder à l'examen bactériologique de l'exsudat de la gorge. Lorsqu'il est impossible de pourvoir à cet examen, l'isolement devra être maintenu pendant 14 jours, l'expérience ayant démontré que le bacille disparaît généralement avant cette date.

“ Enfin, pour la fièvre typhoïde, il est possible que, par l'examen microscopique des selles, on puisse parvenir à établir la date de la disparition du germe dans chaque cas en particulier; c'est ce qu'on est à étudier en ce moment au bureau d'hygiène de New-York.”

Pour ce dernier fait, cependant, il sera bon d'attendre le résultat des expériences que l'on est encore à faire.

Le rapport d'un bactériologiste contient une excellente analyse des différents points qui donnent à la désinfection par la formaline son efficacité. Nous reproduirons ce passage dans notre prochaine livraison.

Le rapport du Conseil d'Hygiène vaut la peine d'être lu en entier. Les différentes questions d'hygiène y sont traitées au point de vue pratique, et l'on se rend mieux compte, en le parcourant, de l'étendue de son champ d'action et de l'importance de son objet. Le rapport de l'inspecteur contient certains enseignements sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir.

### Les limites de la conservation dans les grands traumatismes des membres.

—On sait que M. Reclus s'est élevé depuis quelques années contre l'abus des mutilations à la suite des traumatismes et a préconisé un mode de pansement qu'il a appelé “ embaumement.” M. LEJARS vient de publier dans le *Bulletin Médical* une leçon où il a tracé magistralement les limites de la conservation dans les grands traumatismes des membres. En voici le résumé :

Après les grands traumatismes des membres, si, dans certaines conditions données, l'amputation précoce se présente comme un sacrifice commandé par l'état général du blessé, des complications locales, des nécessités de situation ou de milieu, la méthode conservatrice fournira des résultats souvent inespérés et mérite d'être appliquée jusque dans ses dernières limites.

C'est surtout lorsque l'écrasement porte dans la continuité d'un membre, sur le bras ou la cuisse, par exemple, qu'elle pourra rendre au blessé de frappants services, mais elle ne le fera qu'au prix d'interventions réparatrices complexes. Il ne s'agit plus de la conservation presque désarmée, passive et quelque peu fataliste des anciens temps de la chirurgie, mais d'une conservation active, qui atteindra d'autant mieux ses fins et reculera d'autant plus ses limites, qu'elle sera basée sur une technique plus perfectionnée.

## REVUE DE PÉDIATRIE

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

## TRAITEMENT DES DIARRHÉES CHRONIQUES CHEZ LES ENFANTS

Par le professeur HUTINEL.

## I

Les diarrhées chroniques sont fréquentes dans le jeune âge, particulièrement chez les nourrissons.

Elles reconnaissent des causes multiples. Les unes, d'origine dyspeptique, sont, à l'origine du moins, d'ordre purement fonctionnel ; les autres sont occasionnées et entretenues par des altération d'organes comme celle que causent la tuberculose ou la syphilis ; dans toutes, la persistance du catarrhe intestinal peut amener le développement de lésions intestinales ou viscérales, plus ou moins profondes et durables. Les premières sont les plus intéressantes à étudier.

Les troubles dyspeptiques et les infections gastro-intestinales aiguës laissent souvent à leur suite une diarrhée persistante, si les causes qui les ont fait naître restent les mêmes. La plupart des diarrhées chroniques des enfants procèdent d'un catarrhe intestinal, léger ou pyrétique, qui a été primitivement aigu et qui eût été passager s'il n'avait pas été entretenu par une alimentation mal réglée ou vicieuse.

Ces diarrhées tenaces, d'origine dyspeptique, ont des caractères variables suivant l'âge et suivant le mode d'alimentation des enfants. Nous en signalerons brièvement plusieurs variétés :

1° Les unes s'observent chez des enfants allaités par leur mère ou par une nourrice ; elles reconnaissent souvent pour cause une réglementation insuffisante ou vicieuse des tétées ; mais parfois aussi elles sont dues manifestement au mauvais état des voies digestives de l'enfant ;

2° Celles qui s'observent chez les enfants nourris au biberon sont plus fréquentes, plus graves et se présentent avec des caractères différents ;

3° Les enfants qui ne sont pas nourris exclusivement de lait et surtout ceux qui sont déjà sevrés, ont des diarrhées chroniques ou à rechutes qui ont des allures particulières ;

4° Enfin, chez les enfants plus grands, les diarrhées chroniques, qui ne reconnaissent pas pour cause une lésion organique, ressemblent davantage à celles de l'adulte et sont occasionnées en grande partie par une altération de la fonction de l'estomac.

## II

1° *Diarrhées persistantes des enfants nourris au sein* — Dans les premiers mois de la vie, souvent dès les premières semaines, on voit parfois survenir, sans cause appréciable, chez les enfants nourris par leur mère ou par une nourrice, une diarrhée verte, biliaire, catactérisée par l'émission, en vingt-quatre heures, de quatre ou cinq selles, assez abondantes, vertes et acides, avec des grumeaux blancs. Il n'y a, dans ce cas, ni fièvre ni vomissements ; l'enfant tète bien, souvent même il augmente régulièrement de poids. Cependant, les digestions semblent pénibles, il y a des émissions gazeuses abondantes, des coliques fréquentes

et un peu de météorisme ; le ventre est trop gros, il y a souvent un peu d'érythème aux fesses et l'aspect général n'est pas absolument satisfaisant. Ces accidents sont dus évidemment à une mauvaise élaboration du contenu de l'intestin et à une augmentation de la sécrétion biliaire. Souvent ils persistent pendant des semaines et des mois et dépassent ainsi les limites d'une dyspepsie simple. On les attribue souvent à la nourrice et, de fait, il suffit parfois de la changer pour les faire disparaître, surtout si cette femme a un lait trop aqueux et trop abondant ; mais, dans bien des cas, ils persistent après le changement de lait et, ce qui prouve bien qu'ils tiennent plus à l'état des voies digestives qu'à la qualité de l'aliment, c'est que la même femme peut allaiter simultanément un enfant dont les selles sont normales et un autre qui a de la diarrhée verte (Parrot).

Ces diarrhées, malgré leur persistance, ne semblent pas fort inquiétantes et souvent, quand l'enfant augmente de poids, on ne s'en préoccupe pas outre mesure ; mais, s'il ne faut pas s'acharner à les traiter quand le nourrisson se développe régulièrement, quand il a bonne mine et est allaité par sa mère, il faut s'en inquiéter et les combattre dès qu'il diminue de poids, car ce trouble de la nutrition mènerait tout droit à l'athrepsie ou à une infection grave.

Le traitement sera d'abord celui des dyspepsies simples. On réglera les tétées, on les éloignera s'il est nécessaire, et l'on veillera à ce qu'elles ne soient ni insuffisantes ni trop copieuses. Si l'enfant prend du lait stérilisé, en plus du lait de sa mère, on essaiera de s'en passer. On donnera de l'eau de *Vichy* ou de l'eau de chaux médicinale, par cuillerées à café, cinq ou dix minutes avant chaque tétée. Au besoin, on aura recours à la craie, associée ou non au bicarbonate de soude ou à la magnésie. parfois on donnera du sousnitrate ou du salicylate de bismuth, du benzo-naphtol ou du phosphate de chaux et, si ces poudres ne produisent pas de résultat, on usera du tannin ou plutôt du tannigène ou de tannalbine, par prises de 0gr. 15 à 0gr. 20, trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. Ces médicaments, très vantés en Allemagne, réussissent mieux dans les diarrhées apyrétiques et tenaces que dans les infections aiguës. De loin en loin, on donnera une petite dose de calomel (2 à 5 centigrammes), d'huile de ricin ou de magnésie, si l'on craint des accidents d'infection.

2° *Diarrhée persistante des enfants nourris au biberon.*—Il est très commun d'observer des diarrhées tenaces chez les enfants soumis à l'allaitement artificiel. Le lait est parfois de mauvaise qualité, fermenté ou adultéré ; souvent on ne le fait ni bouillir ni stériliser pour détruire les germes qui y pullulent, et le biberon, dans lequel on le donne, est loin d'être toujours d'une propreté irréprochable. Ce lait est fréquemment donné pur et, si on le coupe, le coupage est fait par certaines mères sans discernement. A ces causes de dyspepsie, il s'en joint une autre, plus importante encore. Presque toujours on donne trop de lait aux enfants nourris artificiellement. Ce lait séjourne dans l'estomac, il y fermente et le distend ; il stagne dans l'intestin qu'il surcharge, il s'y altère et peut ainsi occasionner des poussées aiguës d'infection ; on le retrouve incomplètement digéré dans les selles. Les espèces microbiennes sont plus variées et les micro-organismes plus nombreux chez les enfants nourris au biberon que chez les enfants au sein (Van Puteren, Seiffert).

Dans ces conditions, il est naturel que les dyspepsies soient fréquentes et qu'elles soient tenaces.

Les enfants présentent parfois des régurgitations et des vomissements ; mais les accidents les plus importants sont des troubles intestinaux. En dehors des infections aiguës, pyrétiques ou cholériques, que nous avons étudiées plus haut, on observe, chez eux, une série de troubles morbides, presque toujours les mêmes (Marfan et Marot).

La constipation alterne souvent avec la diarrhée ; mais, qu'elles soient trop compactes ou trop liquides, les matières fécales ont rarement leur couleur normale ; souvent elles sont mélangées ou panachées. Chez les constipés, elles sont trop blanches et ont l'aspect du mastic ; dans les cas de diarrhée, elles peuvent

rester blanches et fétides, alors elles prennent à l'air une teinte vert-de-gris ; mais souvent elles sont vertes, brunes ou mélangées. Elles contiennent une proportion considérable de graisse (Tschernoff) et cet excès de matière grasse, masquant les pigments biliaires, fait croire à tort à une hypocholie (Gillet et Marfan). Leur réaction est variable et souvent elles sont mélangées de mucus en proportion anormale.

Les enfants ainsi allaités sont plutôt voraces et boulimiques qu'inappétents ; ils ingèrent chaque jour une grande quantité de lait ; leur langue est chargée, leur haleine, leurs selles et toute leur personne exhale une odeur désagréable de beurre rance. Leur suc gastrique présente un excès d'acidité remarquable, dû surtout à la formation d'acides de fermentation (Clopat).

Le ventre, d'abord dur et météorisé, s'élargit et finit par devenir mou et dépressible ; le palper n'est pas douloureux, mais provoque parfois des évacuations. Les veines abdominales sont dilatées, des hernies apparaissent quelquefois ; les fesses, le pourtour de l'anus et toutes les parties habituellement en contact avec les matières sont le siège d'un érythème qui, après avoir été simple ou vésiculeux, devient érosif et rappelle les lésions de la syphilis héréditaire (syphiloïdes post-érosives de Jacquet).

Les urines sont peu abondantes, elles contiennent de l'indican ou de l'urobilin.

Ce qui frappe surtout, c'est l'atteinte profonde qu'a subi la nutrition. Si l'enfant est très jeune, il arrive presque fatalement à l'athrepsie ; s'il est plus âgé, il devient rachitique (Comby, Marfan). La maigreur des membres, dont les muscles semblent atrophies, contraste avec le développement exagéré de l'abdomen ; le tégument est pâle et ridé, le facies a un aspect sénile. Le poids augmente d'une façon insignifiante ou baisse graduellement. Les globules rouges, les hémato blasts et la fibrine diminuent, les globules blancs augmentent de proportion et le sang devient aqueux (Lesage).

De loin en loin se produisent des poussées d'infection intestinale. Alors le ventre se tend et se météorise, les selles deviennent plus fréquentes, plus liquides et plus fétides, il y a de la fièvre et le poids baisse rapidement.

La mort peut survenir lentement, sans secousses, par le fait des progrès de la cachexie, ou bien elle est due à l'une des complications qui surviennent si fréquemment dans ces cas (purpura, abcès multiples, broncho-pneumonies, etc.)

Quand on fait l'autopsie de ces enfants, on trouve l'estomac rétracté, particulièrement chez les nouveau-nés, ou anormalement dilaté. L'intestin, dans les cas de gros ventre, est notamment allongé (Marfan). D'ordinaire, c'est le gros intestin, extrêmement distendu, qui remplit presque tout l'abdomen et qui masque en partie l'intestin grêle et l'estomac ; parfois, cependant, c'est l'intestin grêle qui est dilaté, tandis que le gros intestin est rétracté.

Dans l'estomac, on trouve presque toujours une altération de l'épithélium et des glandes et, parfois, une véritable sclérose de l'estomac (Marfan) ; dans l'intestin, il existe des altérations des glandes et des follicules lymphatiques (Baginsky).

Il est bien difficile d'arrêter les fâcheux effets de l'allaitement artificiel, si l'enfant est très jeune et peu résistant.

La première indication à remplir est de modifier l'alimentation.

Le mieux est de donner une nourrice et de régler prudemment les tétées, de façon à soumettre l'enfant à une diète relative, tant que ses fonctions digestives ne sont pas régularisées.

Mais, parfois, il est impossible de prendre ce parti ; alors il faut commencer par stériliser le lait, il faut le couper si les selles sont trop compactes et trop grasses, il faut le *saler* légèrement (Bouchut) ; il faut surtout éloigner les petits repas et éviter qu'ils ne soient trop copieux. Il vaut mieux, pendant quelques jours, que l'alimentation soit plutôt insuffisante qu'excessive.

Si l'on peut se procurer du lait d'ânesse, on en essaiera quelquefois avec

succès. Si les selles sont fétides et la langue chargée, on aura parfois à se louer du képhir; malheureusement, chez nous, la qualité du képhir laisse souvent à désirer. Chez les enfants au-dessus de 8 ou 10 mois, si les selles sont liquides et abondantes, on obtiendra souvent de bons résultats de la viande crue administrée comme nous l'avons indiqué plus haut.

Il est bon de donner, quelques minutes avant les petits repas, une cuillerée à café d'eau de *Vichy*, quelques centigrammes de *bicarbonate de soude*, une pincée d'une poudre composée, à parties égales, de bicarbonate de soude et de *craie*, un peu de *carbonate de magnésie* ou de *magnésie* associée au *benzonnaphthol*, etc. Après les repas, on peut donner une faible dose de *pancréatine* ou de *papaïne*, mais ces médicaments ont généralement une action moins nette que la *limonade chlorhydrique*. J'en ai souvent, comme Hénoch, apprécié les bons effets. Il suffit d'en donner une ou même deux cuillerées à café avant ou après les tétées.

Dans le cas où les selles restent liquides malgré le changement de régime, le *phosphate de chaux*, les préparations de *bismuth*, le *tannigène*, la *tannalbine*, parfois même le *nitrate d'argent*, sont particulièrement indiqués.

Les eaux de *Carlsbad*, de *Vals* ou de *Chatelguyon*, données d'une façon méthodique, peuvent régulariser les évacuations et rendre de réels services chez les enfants au-dessus d'un an.

3° *Diarrhée chroniques chez les enfants sevrés*.—Les affections des voies digestives sont fréquentes et graves après le sevrage. Nous les avons étudiées dans leurs formes aiguës; elles se présentent aussi sous la forme chronique et peuvent avoir une très longue durée.

A la suite des entérites aiguës folliculaires, il arrive souvent que la diarrhée disparaisse et que la constipation s'établisse. Les enfants présentent alors, de loin en loin, des poussées fébriles, avec inappétence, fétidité de l'haleine et des matières, à la suite desquelles ils expulsent pendant quelques jours des matières muqueuses ou pseudo-membraneuses. Ils maigrissent, pâlisent, sont sujets à des éruptions urticariennes ou vésiculeuses et rechutent avec une facilité désespérante. Nous avons indiqué plus haut les précautions et le régime à suivre pour éviter le retour de pareils accidents.

D'autre part, chez les enfants prématurément sevrés, alimentés d'une façon déraisonnable avec des soupes grossières, des légumes, des fruits, des viandes et des liquides (vin bière, thé, eau-de-vie) peu appropriés à l'état de leurs voies digestives, on voit souvent apparaître des troubles digestifs tenaces qui reproduisent en l'accentuant encore, le tableau des nouveau-nés alimentés artificiellement.

Chez ces enfants, la diarrhée est habituelle. Les selles, grises, brunes ou vertes, mousseuses, contiennent souvent des débris alimentaires mal digérés. Elles sont fétides, abondantes, précédées de coliques et suivies d'une sensation de cuisson à l'anus. Il y a de l'érythème aux fesses, le pourtour de l'anus est rouge et souvent il y a du prolapsus rectal.

Le ventre est gros, étalé, flasque ou ballonné, sillonné de veines dilatées: le foie est volumineux, les urines sont chargées d'indican et d'urobiline.

L'amaigrissement est constant, la peau est pâle, sèche, ridée, squameuse, couverte de poils sur le dos et les membres; les déformations rachitiques du squelette sont habituelles et parfois très accentuées. L'étroitesse du thorax et la gracilité des membres font, avec le développement exagéré de l'abdomen, un contraste frappant, de même que l'intelligence précoce de ces petits êtres contraste avec leur apparence misérable.

Cet état des voies digestives est un des facteurs les plus importants de la cachexie de misère, si fréquente chez les enfants des classes pauvres, si difficile à distinguer de la tuberculose (Cadet de Gassicourt), et dans laquelle il faut attribuer une large part aux infections.

On peut guérir ces diarrhées tenaces, quand elles ne sont pas tuberculeuses, surtout en changeant complètement le régime de l'enfant.

Il faut, pour cela, revenir à l'alimentation exclusivement lactée, et ne donner que du lait stérilisé ou bouilli, à intervalles soigneusement réglés, pendant très longtemps. Au lait, on ajoutera d'abord de l'eau de chaux médicinale, de l'eau de Vichy, ou du sel, plus tard, quand l'état de l'intestin le permettra, on l'additionnera de substances féculentes, pour en faire des bouillies légères et très cuites.

Si le lait échoue, on essaiera du képhir ou de la viande crue. Il importe surtout de donner avec persévérance, soit le lait, soit la viande crue, tant qu'on n'a pas obtenu un résultat presque complet.

L'acide chlorhydrique, dans ces cas, produit de bons effets. Les eaux de Carlsbad, de Plombières, de Chatelguyon peuvent aussi être fort utiles.

Le tannin et ses dérivés (tannigène, tannalbine), les astringents (*ratanhia monésia*, *cachou*), les poudres absorbantes (*craie*, *bismuth*, *phosphate de chaux talc*, etc.), les antiseptiques insolubles (*benzo-naphtol*, *salicylate de bismuth*, *salol* etc.), peuvent être employés utilement quand la diarrhée résiste au changement de régime. Dans ces cas l'emploi de l'opium, sous forme de laudanum, d'élixir parégorique, d'extrait thébaïque, etc., est formellement indiqué; mais, en raison de la susceptibilité des enfants pour ce médicament, il faut le donner à très petites doses, sagement fractionnées, et l'associer, dans une potion, à une poudre absorbante, comme le bismuth, ou à un astringent, comme le *ratanhia* ou le tannigène, et en continuer assez longtemps l'emploi. Les préparations de phosphate de chaux sont particulièrement recommandables quand il y a des déformations rachitiques.

Les bains salés, les frictions stimulantes sur le tégument et les massages méthodiques de l'abdomen sont souvent utiles.

Les lavements astringents ou amidonnés sont tout indiqués dans ces diarrhées tenaces. Les lavements tièdes d'eau bouillie ou d'eau de guimauve ont pour rôle d'éviter la stagnation des matières dans l'intestin.

On doit, au cours de ces diarrhées, recourir fréquemment à l'emploi des laxatifs légers, soit du *calomel* à très petites doses, soit des substances salines (*citrate de magnésie*, *sulfate de soude*, *sel de Seignette*) pour évacuer le contenu de l'intestin et pour modifier les sécrétions.

L'action stimulante de l'air pur n'est point à dédaigner. Aussi obtient-on parfois des résultats inespérés en changeant simplement de milieu des enfants qui semblaient condamnés à périr.

4° *Diarrhées chroniques des enfants déjà grands.*—Chez les enfants de 5 à 15 ans, on peut rencontrer, en dehors de la tuberculose, et même sans qu'il faille incriminer des erreurs graves de régime, des diarrhées tenaces, absolument pareilles à celles qu'on trouve chez certains adultes et dont la cause première est un trouble de la fonction stomacale.

Rien n'est plus commun que d'observer, chez les jeunes sujets nerveux et arthritiques, une constipation opiniâtre, avec des poussées d'entérite muqueuse ou pseudo-membraneuse, des digestions lentes et difficiles, de la céphalée, de l'inaptitude au travail, des troubles du rythme cardiaque, des congestions passagères du foie, de l'albuminurie intermittente, du refroidissement des extrémités, des arthropathies, etc.

Dans des conditions analogues, on rencontre des diarrhées persistantes. Il s'agit alors d'enfants maigres, pâles et parfois bouffis, qui ont la langue saburrale, les dents et les gencives altérées et l'haleine fétide. L'estomac est plus ou moins distendu et clapotant. Les coliques sont fréquentes. Les selles, presque toujours liquides, sont fétides et souvent mousseuses. Le suc gastrique contient très peu d'acide chlorhydrique, mais beaucoup d'acides de fermentation. Les urines sont riches en indican, rarement albumineuses. Ces sujets sont fatigués au moindre effort et incapables de travail.

La guérison est souvent longue à obtenir. On commence ordinairement par employer, sans grand succès, les préparations *opiacées*, les poudres absorbantes, les astringents, etc. ; mais on ne réussit qu'en modifiant sérieusement le régime.

Le lait est souvent assez mal toléré, de même que la viande crue. Les potages très cuits, épais et dégraissés, les purées de légumes secs, le riz, le macaroni, les pâtes, les œufs à la coque, les viandes très cuites et tendres, réussissent mieux. L'acide chlorhydrique est généralement utile.

Il est bon de donner, pendant un certain temps, tous les matins, une légère dose d'eau laxative (*Hunyadi Janos, Pullna, Montmirail*, etc.), ou un sel neutre (*sulfate de soude, sulfate ou citrate de magnésie*) en très petite quantité et d'administrer ensuite, avant chaque repas, une petite dose d'opium (*laudanum, élixir parégorique, gouttes noires anglaises*, etc.). Le phosphate de chaux, sous forme de *décoction blanche de Sydenham* ou de *glycéro-phosphate*, est aussi nettement indiqué.

C'est dans ces cas qu'on obtient d'excellents résultats avec les eaux de *Plombières* ou de *Carlsbad*.

(*La Médecine Moderne*, décembre 1897.)

---

## BIBLIOGRAPHIE.

---

G. VARIOT.—*La Diphtérie et la Sérumthérapie.—Etudes Cliniques faites au Pavillon Bretonneau*, par le Dr G. VARIOT, médecin de l'Hôpital Trousseau pour enfants malades, chargé du service spécial de la Diphtérie, pendant les années 1895 et 1896, avec la collaboration, pour la partie bactériologique, de M. le Dr TOLLEMER, chef du laboratoire de la Diphtérie à l'Hôpital Trousseau. Avec 28 figures dans le texte et 1 planche en couleurs, 1 volume in-8°..... 12 fr.

Ce livre éminemment pratique est le plus important des travaux qui ont été publiés en France depuis la découverte du sérum antidiphtérique par Behring et depuis la fameuse communication de M. Roux au congrès de Buda-Pesth.

Le Dr Variot a étudié de la manière la plus rigoureuse les effets du sérum antitoxique sur plus de 3,000 enfants qui ont passé dans son service pendant les années 1895 et 1896, et est arrivé à cette conclusion que la découverte de Behring, contrôlée d'abord en France par M. Roux, constitue l'un des plus grands progrès de la thérapeutique humaine dans ce siècle. La mortalité a été réduite à 14 pour cent à l'hôpital Trousseau pendant les années 1895 et 1896, au lieu de 50 pour cent.

Les médecins trouveront dans le nouvel ouvrage du Dr Variot, la technique de la bactériologie clinique, des descriptions tout à fait nouvelles des angines diphtériques et du croup, car l'évolution de ces manifestations morbides est profondément modifiée par le sérum ; des renseignements extrêmement précis sur les indications des injections de sérum, sur l'action de la vapeur d'eau comme adjuvant de la sérumthérapie, et sur le manuel opératoire détaillé du *tubage* avec des figures explicatives dans le texte, en un mot toute la pratique de la sérumthérapie.

Le Dr Variot est bien connu des médecins et surtout de ceux qui s'occupent spécialement de pédiatrie ; tous voudront lire l'ouvrage si consciencieux et si fortement documenté qu'il vient de publier.

# FORMULAIRE

---

## Entérite catarrhale aiguë.

R.—Naphтол B.....	4 drachmes
Salicylate de bismuth.....	2     “
Diviser en poudres no. XXX.	

Sig.—De 3 à 12 poudres dans les 24 heures.

BOUCHARD.

Acide lactique.....	$\frac{1}{2}$ once.
Sirop simple.....	7 onces.
Eau.....	20 onces.

Sig.—Pour faire une limonade.

HAYEM.

## Congestion du foie.

R.—Sublimé corrosif.....	1 grain.
Acide chlorhydrique dilué.....	$\frac{1}{2}$ once.
Teinture de quinquina.....	$3\frac{1}{2}$ onces.

Sig.—Une cuillerée à thé dans un verre à patte d'eau avant chaque repas.

DABNEY.

## Jaunisse.

R.—Acide nitro chlorhydrique dilué.....	6 drachmes.
Teinture de noix vomique.....	$\frac{1}{3}$ once.
Teinture de gentiane.....	4 onces.

Sig.—Une cuillerée à thé 3 f. p. j. dans un verre à patte d'eau.

DABNEY.

Acétanilide .....	} à 20 grains.
Camphre monobromé.....	
Caféine .....	10 grains.

Pour dix capsules,

Sig.—Une capsule toutes les 2 ou 3 heures (contre le mal de tête).

DABNEY.

## Coryza.

R.—Salicylate de quinine.....	} à 3 grains.
Salicylate de soude.....	
Camphre monobromé.....	$\frac{1}{2}$ grain.

Pour une capsule.

Sig.—A prendre au besoin.

MACKENZIE.



# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en chef : - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, FÉVRIER 1898

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A Monsieur le Dr Ad. de Martigny,  
Rédacteur *pro tempore* de la " Clinique ".

Mon cher Docteur,

Si vous étiez l'auteur de l'épître, publiée à mon adresse, dans la " Clinique " de décembre, elle ferait plutôt l'éloge de votre excessive complaisance que de votre jugement et de votre discrétion.

Impossible de s'y méprendre, cette lettre porte sa marque de fabrication et votre part de collaboration se réduit à l'avoir signée. Rien de plus facile à démontrer !

Il y a quelques années, deux des membres les plus éminents du Bureau des médecins étaient aux prises : il ne se perd pas d'amour dans ces régions, vous le savez. Au cours d'une polémique très acerbe, l'un des antagonistes traça de son adversaire le portrait suivant :

*" Inexactitude et outrage à la vérité d'une part, et illogisme de l'autre, c'est vous. "*

C'était brossé de main de maître ! Plus d'un exposant au salon envierait la fidélité, la parfaite ressemblance de cette silhouette prise sur le vif.

Or, mon cher Docteur, examinez attentivement le poupon que vous nous présentez dans la " Clinique " ; considérez les traits de ce filleul dont les émotions du compérage ne vous ont pas permis d'établir l'identité, et vous découvrirez les stigmates d'une indéniable hérédité : *Inexactitude, outrage à la vérité, illogisme.* Et le maillot donc !

Tissus de mensonges usés jusqu'à la ficelle, dentelles de mots dissimulant fort mal le décousu du dessous, broderies d'une ironie fanée pour avoir traîné dans les coins..... de toutes les gazettes du pays, la pauvreté de cette layette est familière à ceux qui lisent les journaux de médecine de Montréal.

Descendons dans les détails et faisons un examen minutieux, pour plus de sûreté.

L'amour fraternel aurait inspiré l'ardeur belliqueuse de la " Clinique ". L'allusion au reporter de votre frère a blessé vos susceptibilités bien à tort, mon cher, puisque vous admettez qu'il s'est trompé.

Erreur insignifiante ! dites-vous ; quand cela serait, n'ai-je pas le droit de me défier d'un homme qui parle de \$200, lorsque aucun montant n'est spécifié dans une motion ? Cette erreur dénote un sérieux défaut de l'ouïe : organisé

très important pour un reporter. Au moins, conscient de son infirmité, et soucieux de sa responsabilité envers ses lecteurs, aurait-il dû profiter du temps écoulé entre l'assemblée et la publication de son rapport pour se renseigner aux sources officielles. Mais, Monsieur, j'ai d'autres preuves de l'incapacité notoire, ou mieux de la grande facilité d'invention de ce reporter, qui ferait la fortune d'un journal à sensation.

Prenez la "Clinique" de novembre 1896, et voyez, page 165, dans le rapport de la même assemblée ; on y lit :

" L'amendement Fafard : Que le Collège se serve du local de l'Université Laval et y dépose les thèses reçues de Paris.

" Le sous-amendement Craik : Que la question soit renvoyée à dix-huit mois.

" Amendement Fafard, 12 pour, 21 contre.

" Sous amendement Craik, 20 pour, 12 contre.

" Docteur Bissonnette demande à ce que ce vote soit reconsidéré ; 15 pour, 15 contre, perdu. "

Consultez maintenant le rapport officiel, P. 23-24, et vous ne trouverez aucune mention de ces propositions.

Donc, comme il n'est pas permis de croire à la publication de rapports officiels incomplets, pour ne pas dire tronqués, vous admettez que cette partie de votre compte-rendu a été inventée de toutes pièces, et ce n'est plus là une *légère différence*.

Avais-je tort de donner un petit conseil amical au Rédacteur de la "Clinique" ?

Au moment où votre journal est adressé en Europe et à tous les médecins de la Province, avec prière de le recevoir gratuitement jusqu'au passage de vos agents, avouer des inexactitudes semblables ce n'est pas vous faire de la réclame. Celui qui vous a fait signer sa prose n'aurait-il pas voulu, par hasard, marquer votre passage au fauteuil " éditorial " de la "Clinique" en vous faisant l'innocente victime d'une fumisterie ? Ma foi, il n'aura pas à se plaindre d'un insuccès, car le rapport officiel, qui aurait pu pallier les incartades de votre reporter, — et que vous invoquez comme excuse, — n'a été publié qu'un an plus tard.

Votre organe m'attribue la paternité du récit d'un complot dont vous avez eu la primeur. " L'Union " n'ayant rien publié à ce sujet, comment un pauvre compagnard, vivant loin des intrigues, des roueries et des ruses de ce bas-monde, aurait-il pu rêver un épisode aussi original ? J'admire trop le savoir-faire de l'inventeur de cette histoire, pour lui disputer sa *patente*. Qu'il en garde le monopole avec celui du " cachet de la vérité vraie ".

Vous me croirez facilement, après cela, si j'ajoute qu'en fait d'œuvres d'imagination, les articles relatifs aux intérêts professionnels publiés chez vous font mes seules délices ! Comme invention : Capendu y est dépassé ; comme vraisemblance : Ponson du Terrail, égalé ; bref, sans le parfum d'autobiographie qui s'en dégage et en gâte l'effet, vos feuilletons seraient des chefs-d'œuvres du genre.

Assez pour les *inexactitudes*, passons aux "outrages à la vérité" qui sont à votre missive ce que sont les trous à l'écumoire !

Vous affirmez, en premier lieu, que Paul "s'est élevé contre l'ouverture d'une bibliothèque dont la profession a un si grand besoin dans ce pays. "

Votre copain lit comme il pense, comme il voit, comme il écrit, c'est-à-dire tout de travers. Vous ne sauriez trouver dans nos articles, — et vous êtes au défi de le faire, — une seule phrase, une seule ligne, un seul mot contre la création ou l'ouverture d'une bibliothèque *gratuite* à l'usage de *tous les médecins* de la Province. Nous demandons simplement, avec la majorité des membres du Bureau, de consulter la profession avant de se lancer dans une entreprise de ce genre qui peut être un grand bienfait pour les intéressés, mais peut être aussi

un de ces *wildcat schemes* dont il nous faudra payer bien chèrement la précaire existence.

Ce projet doit avoir été étudié, mûri, considéré sous tous ses aspects, eh bien ! démontrez-nous, par des chiffres, des calculs, des estimations approximatives, la possibilité de tenir une bibliothèque sur un bon pied, assez complète pour répondre aux besoins, administrée par un homme compétent, à la portée de tous, sans prélever de charges additionnelles sur le corps médical, et nous serons un enthousiaste partisan de cette fondation. Mais, si faute de moyens, cette bibliothèque doit rester à la seule disposition des médecins de Montréal, — les médecins de campagnes ayant à payer des frais de transport trop élevés, — nous réclamons, pour ces derniers, le droit de faire entendre leurs protestations. L'argent du Bureau étant la propriété de tous doit être dépensé pour le bien commun.

En second lieu, vous écrivez (j'entends l'auteur) : Paul " demande que " l'argent du collège soit dépensé à la recherche et à la poursuite des charlatans."

Nouvelle fausseté. Nous avons simplement prié le Bureau de faire travailler l'agent du Collège pour son argent et ne pas laisser aux médecins le mince plaisir de lui faire son ouvrage.

Le véridique collaborateur de la " Clinique " dit, en troisième lieu : " la lecture du rapport officiel me laissa sous l'impression que le Bureau était " plutôt favorable à la création et à l'ouverture de la bibliothèque."

Impression fautive ! Monsieur.

Prenez le rapport officiel de l'assemblée de septembre 1896, page 24 ; à la motion Beausoleil-Marcel demandant un crédit n'excédant pas cinq cents dollars pour la bibliothèque, il est proposé en amendement par le Dr Craik, appuyé par le Dr Parke :

" Que le rapport concernant l'établissement d'une bibliothèque à l'usage " du C. M. et C. P. Q. soit renvoyé pour être discuté à la prochaine assemblée " triennale du bureau."

*Cet amendement est adopté 20 pour, 12 contre.*

Bien, M. le Rédacteur *pro tempore*, vous qui devez avoir de meilleurs yeux que votre collaborateur et de meilleures oreilles que votre reporter, trouvez-vous dans cet amendement une approbation de la création et de l'ouverture de la bibliothèque ? N'y voyez-vous pas plutôt, comme tout homme intelligent, une rebuffade infligée à ceux qui s'occupent de la profession comme du grand Turc ! ne vous paraît-il pas que les deux tiers des membres du Bureau, présents à cette assemblée, étaient, comme votre humble serviteur, des sacrilèges et des blasphémateurs ! Mais le rapport du comité de la bibliothèque, adopté à l'unanimité, en juillet 1897 ! objecterez-vous.

Voici notre réponse : ce comité n'existe pas légalement. L'amendement Craik-Parke renvoyant la considération de la question à juillet 1898, le comité n'avait plus sa raison d'être, et la motion Laurent-Lacombe autorise le Président seul à faire relier les livres, les loger et conserver. (Voir page 41, rapp. officiel)

Donc, invoquer l'adoption du rapport de 1897, c'est admettre que le comité a procédé de son chef, sans autorisation, à faire imprimer un catalogue, ouvrir une salle de lecture etc. malgré l'injonction formelle du Bureau. Vous ne sortirez pas de là, " Messieurs ! "

Quand on prend du ruban on n'en saurait trop prendre, quand on a de l'audace on n'en saurait trop avoir.

Parlant, dans l' " Union " des exigences du Bureau au sujet de poursuites contre les charlatans, nous avons cité textuellement cette partie du rapport de l'agent (page 14 du rapp. officiel).

" Ce qu'il importe avant tout pour mener une cause à bonne fin, c'est d'avoir " des témoins solides, disposés à venir déposer devant le tribunal, et c'est à ceux " qui envoient leurs plaintes de s'assurer de la valeur de ceux-ci (les témoins).

En face de cette citation l'écrivain de la "Clinique" répète, avec son impudence maintenant légendaire : M Déom demande "seulement le nom et l'adresse d'un "charlatan, et la mention d'un cas dans lequel il aurait donné des soins "avant de procéder."

*Iniquitas mentita est sibi* : dit l'Évangile ! Que cette parole est vraie. Tout naïvement notre aimable antagoniste ajoute :

"Ce travail (fait par l'agent) peut durer des semaines, des mois, demander l'assistance coûteuse des policiers, etc.," et on veut imposer ce travail aux médecins et leur faire jouer en plus le rôle peu enviable de mouchards. Voilà un métier pour lequel l'immense majorité des médecins ne se sentent aucune vocation !

Voltaire a pu écrire : mentez, mentez, il en restera toujours quelque chose ; mais la pratique de cette maxime requiert encore une certaine dose d'intelligence.

Assez pour les outrages à la vérité, admirons maintenant les illogismes de notre épistolier.

"Vous ne pouvez en justice, écrit-il encore, demander que nous encourrions "de gros frais pour vous délivrer d'un charlatan qui ne nous fait rien à *Nous*."

"L'Etat c'est moi" dit Roi-Soleil, enfant bien humble à côté de ce nous-là ! Le Bureau serait-il votre propriété, par hasard ? nous nous en doutions un peu. Dorénavant les médecins de Québec et de la campagne, soit soixante-quinze pour cent des membres de la profession, n'auront d'autres droits que de payer leurs contributions annuelles, d'autres devoirs que de laisser dépenser leurs deniers pour le bénéfice du "Nous".

L'agent du Collège affirme "que les plaintes lui parviennent de tous côtés." Le Régistrateur écrit dans le journal du Dr de Martigny : "Nous entendons dire tous les jours par des médecins : les charlatans nous mangent" blague, que ces plaintes ; silence, s'il vous plaît, ça trouble la douce quiétude des écrivains de la "Clinique" et de leurs inspireurs !

À votre avis, monsieur, le meilleur moyen de lutter contre les charlatans est de faire disparaître l'ignorance chez le médecin.

Merci du compliment ! Avant six mois, celui qui vous fait endosser sa *lettre de change*—car c'est un opportuniste jusqu'à la moëlle des os—s'il juge à propos de nier cette insulte, vous en laisserez toute la responsabilité et la honte ; vous apprendrez ainsi à vos dépens combien Quintillien avait raison d'écrire : "*lubrica est fortuna*".

L'ignorance des médecins engendre le charlatanisme ! Oui ? Eh bien ! A Montréal, vous avez des spécialistes éminents, des professeurs passés, présents et futurs en grand nombre, des médecins diplômés des grandes universités européennes, sans oublier le No 292 Rue St-Denis, et cependant les charlatans y pullulent.

Les rebouteurs, etc. ne vous font rien à vous ? Comment se fait-il alors que sur soixante-dix-sept (77) poursuites prises par l'agent du Collège, quarante-sept (47) ou plus de soixante pour cent, ont été intentées à Montréal ?

O illogisme ! voilà de tes coups !

Nous ne comprenons guère, Dr de Martigny, la convenance de votre attaque contre Laval, dans la présente occasion. Votre journal nous avait habitués à ces incartades périodiques, mais non pas sous la signature d'un ancien élève qui devrait, au moins, avoir la mémoire du cœur ; de la décence, sinon du respect pour l'Alma Mater.

Des gens, "moins nés malins que nous," pourraient songer en voyant cochevu sur une soupe mal tournée : à.

"Certain renard gascon, d'autres disent normand,"

Contemplant les raisins du professorat :

"Ils sont trop verts, dit-il, et bons pour des goujats."

Vos craintes à l'égard du Prof. Brouardel m'amusent énormément. Le Doyen de la Faculté de Paris, s'étonner de voir les "Canayens" ne pas avaler comme une huître un projet fondé sur des phrases creuses et des mots plus ou

moins sonores ! Nous croyons qu'il n'est pas si facile de scandaliser le Véné-  
rable Doyen et comment n'aurait-il pas la conscience timorée après avoir  
entendu la "Clinique" dénigrer l'enseignement de nos universités, traiter leurs  
professeurs de *calotes*, *ladres*, *lyreux*, qualifier leurs cours de *théories sans queue-  
ni tête* ; après avoir lu dans vos propres colonnes qu'avant 1894 le premier venu  
était admis à l'étude de la médecine comme le dernier venu à la pratique, sans  
examens sérieux.

Le grand médecin légiste, avec cette intelligence brisée aux difficultés de  
trames plus enchevêtrées que celles de vos contes, aura vite conclu, surtout  
après avoir lu le magnifique éloge des étudiants canadiens prononcé par Péan,  
au banquet Laurier, aura vite conclu, disons-nous, que le nombre des farceurs  
dans les bureaux de la "Clinique" dépasse celui des ignorants dans la Province  
de Québec !

Monsieur le Doyen aurait eu une superbe occasion de se plaindre de notre  
ingratitude, lorsqu'en décembre dernier, les étudiants canadiens de Paris lui  
ont présenté une adresse dans laquelle on ne faisait aucune allusion à sa  
générosité envers le Bureau médical. Ces étudiants devaient pourtant être  
renseignés sur ce sujet, car, le croiriez vous ? cette adresse portait la signature  
de F. X. de Martigny, rédacteur en chef de la "Clinique."

Morale : Quand on habite une maison de verre, etc.

"Beaucoup de mauvaises langues disent que ce n'est pas au Bureau que  
"j'en veux, mais à un seul de ses officiers et que je lutte *virulentement* (jugez de  
l'intensité de la lutte par ce néologisme) pour le combattre." Mon Dieu ! votre  
journal s'e- chargé de démentir ces commérages, en répétant sur tous les tons,  
que Paul insultait, dénigrant, etc., etc., tout un corps d'hommes connus et  
respectés dans toute la Province. Tenez, mon cher, n'ajoutez pas foi à ces  
racontars, le public médical finira par soupçonner quelques-uns de vos amis,  
dont le cœur change souvent de garnison, de ne pas avoir la conscience en paix,  
de redouter l'exposé de leur passé et l'histoire de leurs variations ! Vous n'avez  
pas de liaison, je suppose, avec des gens qui ont la sottise prétention d'accaparer  
gloire, pouvoir et honneurs, de tout gouverner à leur guise et d'entendre  
résonner, sans cesse, à leurs oreilles les grelots de la popularité et les flonflons  
de la réclame. Avec une bonne cause à défendre on ne redoute pas les coups.

Un homme d'Etat anglais, à la réputation avariée, inventa le dicton :  
"*Measures but not men*" ; vous le faites vôtre pour.....l'occasion. Mais  
vous n'oublierez pas, j'ose l'espérer, qu'un adversaire répondait à ce politicien :  
"Attaquer le vice d'une manière abstraite peut être une manière prudente de  
"combattre, mais, en vérité, c'est combattre contre des ombres."

Enfin. "vous faites rudement bien de ne pas signer vos articles," ajoutez-  
vous ; sur ce point nous sommes d'accord. En premier lieu, vous me feriez de  
la réclame à trop bon marché—c'est dans vos habitudes,—en second lieu, ma  
signature ne saurait donner plus d'autorité à mes humbles écrits—le peu de  
poids et de considération qu'il faut attacher à une lettre ornée de votre paraphe  
aristocratique le prouve surabondamment.

Je me contenterai donc, mon cher docteur, d'éviter les inexactitudes, de ne  
pas commettre d'outrages contre la vérité, de ne pas verser dans l'illogisme et  
de me déclarer

Votre très humble serviteur,

DR PAUL.