

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best 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.

Canadiana.org 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.

- 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.

- Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:      Continuous pagination.

# LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

---

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des Sciences  
accessoire.

---

---

VOL. IV.

MONTRÉAL, AVRIL 1890.

No 4.

---

---

## TRAVAUX ORIGINAUX.

---

HÔTEL-DIEU.

---

**Clinique chirurgicale du Dr Hingston**

Rapportée par F. LERILS, M.B.

---

TUMEURS STÉRÉOCORALES.—GANGRÈNE SÉNILE.

---

La malade que vous voyez, messieurs, est âgée de 34 ans ; elle est la mère de quatre enfants dont le dernier a maintenant trois ans. Depuis quelques mois, elle dit que l'abdomen commence à lui enfler ; elle éprouve un malaise général ; ses selles sont diarrhéiques.

A l'examen, nous avons trouvé qu'en effet, il y avait gonflement de l'abdomen. La percussion nous donne une sonorité considérable dans toute l'étendue du ventre ; ce n'est pas une tumeur ovarienne : nous aurions matité ; dans ces cas, en effet, ce qui arrive le plus fréquemment, c'est que la tumeur déplace les intestins et vient elle-même à la paroi, nous donnant ainsi un son plus ou moins mât, selon son degré de consistance.

Nous avons sonorité dans l'hypochondre et dans le flanc du côté droit, le foie et le rein droit ne sont donc pas pris : il en est de même du côté gauche : nous excluons aussi la rate et le rein gauche ; mais en faisant, avec un grand soin, la percussion profonde du côté gauche, nous constatons une légère matité sur le trajet du colon descendant.

Ce que cette femme craignait devoir être une tumeur maligne n'est simplement qu'une tumeur stercorale. Mais me direz-vous, comment expliquer cette diarrhée continuelle? C'est bien simple. Dans un long tube, faites passer pendant longtemps un mélange de matières solides et liquides; les solides finiront par passer en moins grande abondance; ils s'accolleront aux parois du tube, les liquides au contraire, se fraieront toujours un chemin et parviendront seuls à l'autre extrémité du tube. De même, chez cette femme, les mouvements péristaltiques ne suffisant pas à débarrasser complètement l'intestin de son contenu, les parties solides des fèces se sont peu à peu accumulées sur les parois de l'intestin et y ont formé cette tumeur stercorale. Les liquides continuant seuls à passer ont amené cette diarrhée que nous pourrions appeler *diarrhée de la constipation*.

Dans ce cas nous nous sommes bornés à prescrire un purgatif :

Térébenthine.....	ʒj
Huile de ricin.....	ʒj

A prendre dans une tasse de lait; et comme vous le verrez la tumeur disparaîtra rapidement.

Pour plus tard: J'ordonnerai à cette femme une diète plus convenable, où les légumes et les fruits formeront une plus grande partie. J'ordonnerai des breuvages—surtout de l'eau froide entre les repas;—de prendre plus d'exercices et d'éviter, dès aujourd'hui, les purgatifs.

\* \* \*

Nous avons ici un cas de gangrène sénile; le patient souffre beaucoup et ses forces diminuent. Une question se présente à nous. Devons-nous faire l'amputation ou nous contenterons-nous de moyens palliatifs?

Voilà une question, en général, des plus embarrassantes que le chirurgien ait à résoudre. Certainement aucune autre question ne m'a autant occupé dans ma carrière de chirurgien. Ce n'est pas seulement la condition locale qui est à considérer, mais aussi, et plus encore, la condition du système entier, et surtout des reins. Une amputation est très facile, et semble à être suggérée quand la nature a tracé une ligne—nommée démarcation—entre la partie vivante et la partie morte. Mais mes conclusions, quant à l'opportunité de l'amputation ou non dans certains cas, ne sont pas encore clairement tirées. Souvent, bien souvent, la mort a suivi l'amputation, et mes statistiques à cet égard ne sont pas suffisamment établies pour me permettre de dire si c'est l'amputation par le chirurgien ou celle par la nature qui donne les meilleurs résultats.

Je parle maintenant des amputations des extrémités, des orteils. Pour le pied, la nature ne suffit pas, moins encore pour la jambe, et les diffi-

cultés sont d'autant plus grandes que le mal s'éloigne des extrémités et s'approche du tronc.

Il est reconnu aujourd'hui que cette gangrène de vieillards dépend pour la majorité des cas, d'une dégénérescence des parois artérielles, dégénérescence qui ne permet pas aux vaisseaux de lancer aux extrémités, la quantité de sang suffisante pour la nutrition des parties. Il ne servirait donc à rien d'amputer immédiatement au-dessus de la partie gangrenée ; la gangrène se mettrait dans la plaie. Certains chirurgiens ont proposé et ont pratiqué avec succès l'amputation du membre loin de la partie affectée. Toutefois avant d'entreprendre l'amputation dans ces cas, il faut bien examiner l'état général du patient. Mon expérience me pousse à conclure qu'il ne faut pas opérer lorsqu'il y a de l'albumine dans les urines. Ici, l'état du sujet est trop mauvais pour que nous songions à l'opérer ; nous nous contenterons d'un traitement constitutionnel : nous le tonifierons ; nous aiderons sa digestion afin que son sang soit le meilleur possible ; et, comme le recommandait Pott, nous lui donnerons de l'opium au besoin. A ce traitement général, nous ajouterons un traitement local, ou l'acetate de plomb et l'opium, ou autres calmants.

---

## MEDECINE PRATIQUE

---

Hopital de la Pitié.—M. JACCOUD.

### **Diagnostic de la fièvre typhoïde dans le premier septénaire.**

Nous avons en ce moment, dans nos salles, différents individus atteints de fièvre typhoïde. Vous avez pu constater que nous n'avons presque jamais hésité à porter le diagnostic de typhus abdominal, le jour même de l'entrée de ces malades à l'hôpital. Comment expliquer ce fait ? Rien n'est plus facile à comprendre. Ceux qui viennent nous demander des soins sont des gens qui s'observent peu, qui s'écoutent peu. C'est lorsqu'il sont vaincus par la maladie, qu'ils se décident à entrer dans les services hospitaliers. L'affection date de plusieurs jours, souvent la fièvre typhoïde est déjà à la fin du premier septénaire et alors la lumière est souvent éclatante. Mais les exigences de la pratique sont bien différentes. L'importance du diagnostic précoce de la fièvre typhoïde s'impose dans la clientèle. La difficulté subsiste jusqu'à l'apparition des taches rosées. Si l'exanthème sort, le diagnos-

tic n'est plus en suspens. S'il n'y a pas d'éruption au septième, huitième, neuvième jour, la marche de la maladie a tranché la question. Mais avant la sortie de l'exanthème, il faut être très éclairé sur les différentes modalités de la fièvre typhoïde pour pouvoir découvrir le typhus abdominal au début.

La meilleure distinction à établir est celle-ci : la dothiéntérie a une période préfèvre ou elle n'en a pas.

On a bien dit que la période fébrile ou prodromique éclairait le diagnostic. Evidemment, quand il existe, avant le début de la fièvre, une altération croissante de la santé, un abattement général, de la trépidation musculaire, quand l'individu perd l'appétit, a des vertiges et de la céphalalgie, évidemment cet ensemble symptomatique, s'il persiste pendant plusieurs jours, est caractéristique de la fièvre typhoïde. De sorte que si la fièvre vient à s'allumer après cette période, on doit être éclairé sur sa nature. Mais le malheur, c'est que la période préfèvre peut manquer. La température monte immédiatement, dès le début de la maladie.

La fièvre typhoïde peut présenter toutes les apparences d'un embarras gastrique. La similitude s'étend jusqu'aux effets thérapeutiques. Le vomitif donne lieu, en effet, à une guérison, dans le cas d'embarras gastrique, et à une simple accalmie, dans le cas de fièvre typhoïde. En réalité, il n'y a pas moyen d'éviter l'erreur. Il faut attendre la marche de la maladie avant de se prononcer. Le traitement a rapidement raison de l'embarras gastrique.

Le diagnostic est plus difficile quand la période préfèvre fait défaut. L'affection débute soudainement par une fièvre plus ou moins intense, par un mal de tête violent. La fièvre est continue : voilà une première modalité du début brusque. Il existe un autre début rapide : la céphalalgie s'établit d'emblée et la fièvre procède par accès intermittents. L'accès fébrile, qui dure que quelques heures et se reproduit plusieurs jours de suite, présente les trois phases classiques de l'accès palustre : froid, chaleur, sueurs. Dans l'intervalle des accès, la fièvre disparaît, mais le bien-être ne revient pas. La courbature et le malaise subsistent. J'ajoute que l'heure de l'apparition de l'accès de fièvre n'a rien de régulier.

Dans la première modalité du début brusque (céphalalgie et fièvre continue), le diagnostic est forcément suspendu. Il faudra penser à toutes les phlegmasies viscérales, à début rapide. L'examen minutieux des viscères permettra d'être fixé au bout de quarante-huit heures au plus. Mais on ne pourra pas éliminer aussi vite la possibilité d'une fièvre éruptive. Il faudra dépasser les délais maxima qui représentent la première période des fièvres éruptives. Or, on sait que, dans

la rougeole, cette première période est longue, de sorte que le diagnostic peut rester plusieurs jours en suspens. La présence des râles dans la poitrine ne fait qu'augmenter l'embarras du clinicien. Il faut savoir attendre quatre, cinq, six jours, à moins cependant que la marche de la température ne soit tellement typique que l'hypothèse d'une fièvre continue s'affirme.

Dans l'autre modalité du début brusque (céphalalgie, etc., fièvre intermittente), on ne peut se prononcer avant quelques jours. Il sera alors possible de repousser l'idée d'une fièvre intermittente, d'origine paludéenne.

Par malheur pour le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde, certains phénomènes, dits caractéristiques, ne sont pas constants. De telle sorte que leur absence ne suffit pas pour exclure la dothiéntérie. C'est ainsi que l'ascension graduelle, en échelons, considérée comme constante, ne s'observe guère que dans la moitié des cas. Le maximum thermique que l'on trouve le soir du cinquième ou du sixième jour, peut être atteint dès le deuxième ou le troisième jour. Ainsi est démontrée fautive une des lois formulées par Wunderlich. Quand le stade des oscillations ascendantes manque, on ne peut donc éliminer la fièvre typhoïde. La marche de la température des premiers jours est un élément de diagnostic qui perd de son importance, non pas à cause de son infidélité, mais à cause de son inconstance.

On a écrit que le diagnostic initial de la fièvre typhoïde pouvait être bien aidé par l'absence d'un symptôme. Quand il n'existe aucun vomissement, a-t-on dit, au milieu du cortège symptomatique qui ressemble à celui de tant de maladies fébriles, on est en droit de penser à la dothiéntérie. C'est un fait général qui est vrai ; dans le premier septénaire, il n'y a pas de vomissements, en règle générale. Mais ces vomissements peuvent exister dès les premiers jours de la maladie. Quand l'ascension thermique est brusque, atteint immédiatement le maximum, les vomissements apparaissent.

Dans la fièvre typhoïde, à l'inverse de certaines affections fébriles, il n'y a pas de douleur dans le ventre, dans les premiers jours de la maladie. Cette assertion est vraie, mais en règle générale seulement. En effet, des douleurs abdominales apparaissent parfois dès le début de la fièvre typhoïde.

On a dit aussi que, dans la première semaine de la dothiéntérie, le faciès n'est pas caractéristique. On ajoute que, dans les fièvres éruptives, et en particulier dans la première période de la rougeole, le visage est rouge, animé, vultueux. La torpidité de la face est, en effet, la règle dans la fièvre typhoïde classique, mais quand la température débute brusquement et s'élève très haut dès le deuxième jour, la figure

est rouge et animée. Mon malade, atteint de fièvre typhoïde abortive, a eu l'aspect rubéolique pendant quarante huit heures.

Telles sont les difficultés qui se présentent dans la pratique de la ville. Il faut bien les connaître, pour ne pas s'exposer à de graves erreurs — *Gazette des Hôpitaux*.

---

## THERAPEUTIQUE

---

### Les Hypnotiques et les Analgésiques modernes.

Le professeur LEECH a communiqué à la section de pharmacologie et de thérapeutique de la *British Med. Ass.*, une très intéressante revue des acquisitions faites par la thérapeutique, pendant les dernières années, dans la classe des médicaments hypnotiques et analgésiques. Son mémoire se borne en partie à l'examen des hypnotiques appartenant à la série des corps gras. Dans cette classe sont, en effet, compris presque tous les agents somnifères, sauf trois : et, parmi ces derniers, deux, l'hyoscine et le tannate de cannabine, sont de vieilles connaissances se présentant sous un nouvel aspect, et le troisième, la boldine ou boïdo-glucine, est encore peu connue au point de vue pratique, malheureusement, car elle peut rendre, croyons-nous de réels services.

Les hypnotiques suivants ont été mis en usage depuis quelques années : l'urethane, l'acétal, le méthylal, le sulfonal, la paralaldéhyde, l'hydrate d'amyle, l'hypnone, le chloraluréthane et le chloralamide.

Parmi ces hypnotiques, l'acétal et l'hypnone ont peu tenu leurs promesses d'utilité, et nous ne possédons sur l'action du chloraluréthane et du chloralamide que des données trop restreintes pour discuter leur mérite comparatif.

Les autres nouveaux hypnotiques, l'uréthane, le méthylal, l'hydrate d'amyle, le sulfonal et la paralaldéhyde sont comparés avec le chloral et les anciens hypnotiques ; leurs avantages et leurs désavantages sont mis en relief, et la sphère des indications de chacun d'eux est déterminée.

Comme le chloral, ils ont peu ou pas d'action analgésique : tous peuvent occasionnellement soulager la douleur en provoquant le sommeil, mais aucun d'eux ne possède la merveilleuse puissance de l'opium pour la prévenir.

Il est difficile d'estimer la puissance hypnotique relative de ces médicaments ; il semble toutefois qu'on peut les classer, sous ce rapport, dans l'ordre suivant :

1. sulfonal, 2. hydrate d'amyle, 3. paraldéhyde, 4. uréthane, 5. méthylal.

Aucune de ces substances n'égale le chloral pour la certitude de son effet. Il semble probable qu'une dose de sulfonal a, comme règle, à peu près la même action soporifique que les trois quarts de son poids de chloral ; et Von Mœring pense que 15 grains d'amyle équivalent à 15 grains de chloral ou à 45 gouttes de paraldéhyde.

Le temps nécessaire pour produire le sommeil varie beaucoup selon l'état de l'estomac et le moment de l'administration ; il dépend aussi de la rapidité de l'absorption.

L'uréthane étant soluble et non irritant, a une action plus rapide ; on constate la tendance au sommeil quelques minutes après l'avoir administré. La paraldéhyde et l'hydrate d'amyle sont aussi plus rapides dans leurs effets ; mais le sulfonal, plus que le chloral et tout autre médicament, est lent à produire ses effets, et deux ou trois heures s'écoulent souvent avant qu'ils soient apparents, bien que parfois le sommeil ait été produit après une demi-heure à trois quarts d'heure.

La durée de l'action de ces médicaments dépend en partie de la puissance de leur influence sur le cerveau et en partie de la rapidité de leur élimination. D'après les données les plus récentes, les effets de l'uréthane se dissipent très rapidement ; et si l'on contrarie la tendance au sommeil peu de temps après l'avoir administré, cette tendance ne se reproduit pas. Le méthylal s'élimine également d'une manière très rapide. Administrés à doses suffisamment élevées, les autres hypnotiques produisent un sommeil de cinq à sept heures de durée.

Après une dose de chloral, le malade éprouve parfois encore de la somnolence le lendemain matin, et on remarque même quelquefois que l'influence du médicament se fait sentir la seconde nuit ; cette prolongation est plus marquée avec le sulfonal qu'avec tout autre hypnotique : elle constitue en réalité une des principales objections à l'emploi du sulfonal, et on ne la prévient pas toujours en prenant la précaution d'administrer le médicament plusieurs heures avant le moment du coucher.

Au point de vue du danger de l'administration, le chloral, à la dose de 25 grains, peut produire un résultat fatal ; le sulfonal, même à très haute dose, n'a jamais déterminé la mort, bien qu'on ait vu une dose de 30 grains produire de la cyanose et un état semi comateux chez un malade atteint d'artério-sclérose. La paraldéhyde et l'uréthane semblent tout à fait exempts de dangers. Nous ne sommes pas suffisamment instruits des effets de l'hydrate d'amyle et du méthylal pour en parler avec certitude, mais il y a lieu de croire qu'à très haute dose tous deux peuvent déterminer de graves dangers.

Parmi les effets nuisibles inhérents à l'administration de ces substances, on a vu parfois, au lieu du sommeil cherché, l'excitation du système nerveux succéder à l'emploi du chloral ; l'hydrate d'amyle produit aussi, bien que rarement, de l'excitation avant de déterminer le sommeil. Après le sulfonal, les malades passent quelquefois une nuit agitée et sans repos ; ils ont rarement le délire. La paralaldéhyde est exempte de tous ces inconvénients. Il se peut que l'emploi plus large du sulfonal nous ait rendus plus familiers avec ses effets, mais aucun des autres hypnotiques ne semble produire des troubles nerveux aussi accentués que ceux mis à la charge de ce médicament, si ce n'est peut-être, l'hydrate d'amyle qui détermine parfois de la céphalalgie, des étourdissements et une sensation d'ivresse.

Tous les hypnotiques ont probablement une action directe sur la moelle ; mais à ce point de vue, ceux qui ont été récemment découverts nécessitent de plus amples informations.

C'est surtout en ce qui concerne l'action sur la circulation et la respiration que les hypnotiques nouveaux diffèrent d'une façon très-marquée de leur aînés. Dans de certaines conditions, le chloral peut devenir dangereux par suite de son action sur la circulation : il tend à affaiblir la respiration, d'une façon moins marquée que l'opium, dont les effets nuisibles consistent surtout dans son influence déprimante sur la fonction respiratoire.

Les hypnotiques récents sont, dans une large mesure, exempts de cette influence et ils n'impressionnent pas la circulation et la respiration, à moins qu'on ne les administre à des doses inusitées en médecine. Ceux d'entre eux qui contiennent des radicaux alcooliques ne produisent aucune action sur ces deux fonctions, et, sur ce point, ils sont supérieurs, à la fois, au chloral et à l'opium.

On ne constate que rarement des troubles gastriques après l'emploi du chloral et des nouveaux hypnotiques. On voit de même rarement, avec ces derniers, survenir l'érythème, les rashes et le purpura, que le chloral détermine parfois en raison de son action sur la circulation et peut-être aussi sur le sang.

Les effets de l'habitude n'ont pas été encore nettement déterminés en ce qui concerne les nouveaux hypnotiques. Il est probable que la tolérance ne se produit pas rapidement et n'oblige pas, par suite, à en élever les doses. L'action cumulative est possible avec le sulfonal ; il n'en est pas de même avec les autres hypnotiques de cette classe.

Le bromure de potassium se montre souvent utile et inoffensif dans un grand nombre de formes d'insomnies ; mais, en cas d'insuccès, on sera souvent obligé d'avoir recours à d'autres moyens. L'emploi du chloral peut déterminer de grands dangers. Il semble bien établi que

l'économie ne s'habitue pas assez à ce médicament pour que des doses élevées puissent être prises impunément, et on a d'excellentes raisons de croire qu'à un moment donné, des conséquences fatales peuvent suivre l'administration de doses qui avaient antérieurement été absorbées sans inconvénients. Il ne faut donc pas prescrire le chloral dans les cas d'insomnie simple, mais employer d'abord les nouveaux hypnotiques.

Dans les cas légers, on administrera souvent avec succès l'uréthane à la dose de 20 à 30 grains. C'est un médicament qui n'est pas désagréable à prendre, surtout en solution sucrée et aromatisée: de tous les hypnotiques, c'est celui qui produit le moins d'étourdissements, de céphalalgie ou d'autres maladies. On le donnera immédiatement avant le moment du coucher, parce que son absorption est rapide et que les moindres influences sont aptes à empêcher son action. Bien que l'effet de ce médicament soit de courte durée, le sommeil une fois provoqué, se prolonge naturellement. On peut, si cela devient nécessaire, élever la dose jusqu'à 1 drachme.

Par suite de son absence de saveur, le sulfonal est un remède favori contre l'insomnie simple. Les doses de 10 à 15 grains échouent souvent et il est nécessaire de les porter à 20 ou 30 grains. Des doses plus élevées ont été souvent recommandées, mais au-delà de 20 grains, les troubles nerveux déterminés sont souvent assez manifestes pour qu'il devienne nécessaire d'avertir le malade de ces accidents possibles. On donne le sulfonal, en poudre fine, dans une cuillerée de potage ou de lait chaud, quelques heures avant le moment du coucher.

La paralaldéhyde est un médicament nauséux, qui se traite par l'odeur communiquée à l'halcine. L'hydrate d'amyle sera administré dans une certaine quantité d'eau nécessaire pour sa dissolution.

Quand les nouveaux hypnotiques échouent séparément, on les associe quelquefois entre eux. L'uréthane avec le chloral donnent souvent d'excellents résultats. Si l'insomnie a la douleur pour cause, aucun hypnotique ne s'approche de la valeur de l'opium; après l'opium, mais assez loin, vient le chloral, et après le chloral les nouveaux hypnotiques dont l'uréthane occupe sous ce rapport la dernière ligne.

Dans l'insomnie qui accompagne les affections cardiaques, l'opium, administré surtout en injections hypodermiques, reste de beaucoup le meilleur soporifique. On doit toujours, dans ces cas, se tenir en garde contre le chloral et essayer d'abord les soporifiques les plus inoffensifs.

Quand l'insomnie est causée par des affections pulmonaires, l'action de l'opium est encore hors de question: on n'emploiera le chloral

qu'après avoir essayé les hypnotiques plus doux. L'hydrate d'amyle semble avoir, dans ces cas, quelques avantages.

Si le délire est associé avec l'insomnie, comme dans le délirium tremens, les hypnotiques légers échouent à moins d'être administrés à hautes doses, et l'uréthane n'a alors que peu de valeur. Les hypnotiques anciens, chloral et bromure de potassium demeurent les moyens les plus actifs. Dans les cas d'insomnie avec délire, l'hyoscine est souvent employée avec avantage, spécialement quand les troubles mentaux sont accompagnés d'une excitation circulatoire considérable.

Dans les affections mentales, l'usage prolongé du chloral peut produire des troubles sérieux et l'opium est une épée à double tranchant : le bromure de potassium échoue souvent, à moins qu'on ne l'administre à des doses élevées qui peuvent affecter le cœur ; l'uréthane est trop faible ; le sulfonal, la paralaldéhyde et l'hydrate d'amyle ont chacun leurs partisans et méritent d'être essayés à doses modérées. Comme on sait que l'hydrate d'amyle à haute dose peut produire des phénomènes nerveux, il semble probable que la paralaldéhyde est le meilleur médicament à administrer quand les hypnotiques à doses élevées doivent être longtemps continués.

D'après une longue expérience, le docteur Clouston pense que la paralaldéhyde est le moins nuisible des hypnotiques à employer quand l'insomnie est accentuée et insurmontable. Il commence par la dose de 40 gouttes un demi drachme et va jusqu'à 1 drachme dans les cas ordinaires, parfois même jusqu'à deux drachmes. Le sulfonal, dit-il, n'est pas à comparer avec elle. D'autres auteurs vantent, au contraire, le sulfonal à doses faibles et répétées. (*British med. journ.* et *Amer. journ. of med. sc.*, janvier 1890.)—*La Tribune Médicale.*

### Sur les diurétiques.

Par M. R. LÉPINE, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon.

L'urination est la grande fonction dépuratrice du sang. Quand elle est imparfaite, il y a nécessité d'intervenir ; souvent même cette intervention est urgente. Les agents de cette médication sont les *diurétiques*.

Leur mode d'action est encore fort incomplètement connu, parce qu'il est loin d'être simple. En effet, ce qu'on appelle communément la sécrétion urinaire est un processus complexe, qui tient à la fois, comme l'a bien indiqué M. le professeur Senator, de la transsudation et de la sécrétion proprement dite. Tandis que la salive est sécrétée sensiblement identique à elle-même, uniquement sous l'influence d'une excitation nerveuse, et indépendamment de la composition du sang ou de la tension vasculaire, l'urine, sous le rapport de sa quantité et de sa qualité, dépend de conditions multiples : la crase sanguine, la tension

artérielle, et surtout l'état du rein. Encore faut-il ici distinguer les vaisseaux *afférent* et *efférent*, les épithéliums tubulaire et glomérulaire, etc. On voit avec quelle complexité se présente l'étude du mécanisme de la diurèse. Rien d'étonnant à ce qu'elle soit encore peu avancée. Et cependant, il est pratiquement presque indispensable de connaître le mode d'action d'un diurétique donné ; autrement, on aura beau distinguer, au lit du malade, telle ou telle variété d'insuffisance urinaire, on ne pourra remplir l'indication qui découlera de cette notion.

## I

Il n'est pas difficile de savoir si une substance diurétique augmente la tension générale ; il suffit de l'administrer à un animal et de mesurer cette tension avec le manomètre ; mais il est quelquefois malaisé de déterminer si une substance, produisant à la fois la diurèse et l'élévation de la tension artérielle, n'amène la première que par l'intermédiaire de l'élévation de la tension, ou si, au contraire, elle agit sur le rein d'une manière directe, en même temps que sur l'appareil vasomoteur. Pour résoudre cette difficulté, j'ai souvent employé la méthode suivante :

Un chien est fixé dans la gouttière : on introduit dans chaque uretère une canule ; à chacune d'elle est adapté un tube de caoutchouc se rendant à un réservoir élevé à 3 pieds environ au-dessus du rein. Un de ces réservoirs renferme, en solution dans de l'eau salée à 7 o/oo, (c'est-à-dire indifférente pour les tissus), la substance à expérimenter. naires, est assez promptement résorbé et imprègne le parenchyme

Ce liquide, à la hauteur d'au moins 3 pieds exerçant une pression supérieure à celle qui existe dans les premières voies urinales. Pour mettre l'autre rein exactement dans les mêmes conditions mécaniques, on y fait pénétrer en même temps, sous la même pression, de l'eau salée à 7 o/oo. Quand on juge avoir suffisamment imprégné le rein sur lequel on expérimente, on cesse la contre-pression et on laisse écouler l'urine à la fois par chaque uretère ; on la recueille dans des vases séparés ; et, dans les heures consécutives, on compare l'urine sécrétée par l'un et l'autre rein.

Avec cette méthode, les deux reins sont soumis à des conditions identiques, *sauf une*, la pénétration dans le parenchyme de l'un d'eux d'une substance médicamenteuse ou toxique. Les différences que présente ultérieurement la sécrétion de l'un et de l'autre sont donc imputables à cette substance. Quand on opère sur de gros chiens, on a de plus l'avantage de recueillir facilement de l'un et de l'autre uretère une quantité d'urine suffisante pour en faire l'analyse. On peut donc déterminer avec une grande précision si l'augmentation de la sécrétion

rénale porte également sur l'eau, sur les principes azotés et sur les sels, ou bien de préférence sur un ou deux de ces principes constituants de l'urine.

On peut reprocher à cette méthode que les deux reins ne sécrètent pas identiquement de même dans le même temps ; M. Zuelzer a particulièrement insisté sur ce point, mais je me suis assuré maintes fois que si l'on compare l'urine qui, pendant deux heures, s'est écoulée de l'un et de l'autre uretère, la différence entre les deux urines est véritablement négligeable, eu égard aux grandes différences que l'on constate dans leur quantité et leur composition, consécutivement à la pénétration dans l'un des reins d'une substance diurétique. On doit donc considérer comme tout à fait dignes de foi les résultats que l'on obtient grâce à cette méthode.

Le reproche que je lui ferai plutôt, c'est de ne pas nous renseigner sur l'état de la circulation rénale. Pour savoir si la diurèse est accompagnée ou non de dilatation ou de resserment du rein, il faut recourir à l'oncographe de Roy. Malheureusement, l'application de cet instrument exige un grand délabrement de la région lombaire et place l'animal dans des conditions peu physiologiques.

La circulation artificielle pratiquée dans un rein enlevé du corps de l'animal (on sait que, dans de bonnes conditions d'irrigation, il conserve quelque temps sa vitalité) nous fait connaître, plus exactement que tout autre, les modifications apportées à la circulation rénale par un sang additionné de substances diurétiques. Mais cette méthode ne saurait suffire pour l'étude de la diurèse, car les quelques gouttes de liquide qui s'écoulent de l'uretère d'un rein isolé méritent à peine le nom d'urine. Il faut donc combiner ces méthodes, ou plutôt les employer toutes successivement pour l'analyse complète du mode d'action d'un diurétique. C'est de cette manière seulement qu'on pourra s'en faire une idée exacte.

## II

La digitale passe, depuis longtemps, pour le type des diurétiques *indirects*, c'est-à-dire des substances qui augmentent la sécrétion rénale en relevant une tension sanguine tombée au-dessous du niveau normal. C'est ce qu'on observe chez les cardiaques. Mais on avait aussi admis (Vulpian s'était fait le défenseur de cette manière de voir) qu'elle agit sur l'épithélium rénal. Or, il semble bien d'après les nouvelles recherches de M. Munk sur le rein isolé, ainsi que des expériences que j'ai faites avec M. Barral, qu'il n'en est pas ainsi et que ses effets, souvent merveilleux dans les maladies du cœur, ne relèvent que des modifications de la tension générale. Bien plus, selon M. Smirnow,

à forte dose, la digitale, l'adonis vernalis et le convallaria maialis diminueraient notablement le volume du rein, mesuré avec l'oncographe de Roy, et amèneraient même un arrêt momentané de la sécrétion urinaire, par suite de la crampe des vaisseaux de cet organe.

Les sels neutres et alcalins, le chlorure de sodium surtout, dilatent les vaisseaux du rein et augmentent la vitesse de la circulation dans cet organe ; mais cette action, bien que réelle, est peu prononcée et n'explique pas complètement la diurèse qu'ils produisent. Il faut donc admettre que celle-ci tient en partie à l'irritation de l'épithélium, peut-être sous la dépendance de leur élimination. En effet, ils ne sont diurétiques qu'à forte dose, et les plus indifférents pour les tissus sont aussi les moins diurétiques, par exemple le phosphate de soude, qui même ne peut que difficilement passer pour un agent excitant la sécrétion rénale.

Le sucre, dont les propriétés diurétiques sont bien réelles, mais dont l'emploi en clinique me paraît moins utile qu'on l'a dit, semble devoir être rangé, quant à son mode d'action, à côté des sels neutres. Je mentionnerai ici une remarque intéressante faite par M. Munk, à savoir qu'un mélange de sucre et d'un sel neutre tous deux administrés à dose trop faible pour avoir une action diurétique sensible, détermine une forte diurèse. C'est là un cas particulier, fort intéressant d'ailleurs, d'une loi biologique générale. Ce fait signalé par M. Munk n'a reçu, jusqu'à ce jour, aucune application clinique.

Je ne parle pas de l'urée et d'un certain nombre d'autres substances essayées par les expérimentateurs, mais sans emploi dans la thérapeutique, et j'arrive à la caféine.

Cette substance fait contracter énergiquement les vaisseaux du rein, parfois presque autant qu'une faible dose de strychnine ; elle ralentit la circulation rénale et cependant jouit de propriétés diurétiques incontestables, que ne possède pas la strychnine. C'est que, contrairement à cette dernière, elle excite spécifiquement l'épithélium rénal, de telle sorte que cette action diurétique directe compense et *au-delà* l'action antagoniste exercée sur l'appareil vasculaire du rein.

M. Schröder, pour utiliser plus complètement l'action directe de la caféine, a même proposé de paralyser les vaisseaux par l'administration concomitante du chloral, ou mieux de la paralaldéhyde, qui est plus innocente que le chloral. J'ai maintes fois utilisé cette association et je la tiens pour assez recommandable. En poursuivant la même idée, M. Schrœner a plus récemment substitué la théobromine à la caféine. En effet, cette substance dont la constitution est, comme on sait, si voisine de celle de la caféine est, d'une part, sans action sur

les vaisseaux et, d'autre part, elle possède, autant que la caféine, la propriété d'exciter spécifiquement l'épithélium rénal.

M. Gram (de Copenhague) a, dans ces derniers temps, proposé l'emploi du salicylate de soude et de théobromine, sel beaucoup plus soluble que la théobromine elle-même. D'après lui, à la dose de 1/2 drachme, cette substance rend d'utiles services. Malheureusement, le prix de la théobromine est encore assez élevé, ce qui rend cette médication presque inabordable à certains malades. Il est probable que, lorsque le prix de la théobromine sera abaissé, elle sera beaucoup employée, vu son innocuité.

Aux notions précédentes se bornent les faits positifs que nous possédons actuellement sur le mode d'action des principaux diurétiques utilisables en clinique. Assurément, l'expérimentation a accumulé sur la question de la diurèse une assez grande quantité de matériaux; mais leur intérêt est plutôt physiologique que thérapeutique. Je crois donc devoir les laisser de côté pour le moment.

*Gaz. Méd. et Pharmac. de France.*

### Traitement de l'érysipèle par les injections sous-cutanées d'acide phénique.

Par le Dr P. SAMTER (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1889, nos 35 et 36.)

L'auteur rapporte dix cas d'érysipèle traités au moyen d'injections sous-cutanées d'acide phénique, suivant la méthode de Hueter. Les résultats de ce mode de traitement ont été tels qu'il se croit autorisé à affirmer hautement que tout érysipèle cutané peut être coupé sûrement au moyen d'injections sous-cutanées d'acide phénique. Pour que le succès soit complet, deux conditions sont indispensables : 1<sup>o</sup> le diagnostic doit être certain ; 2<sup>o</sup> il importe que les doses d'acide phénique injectées soient suffisantes.

Lorsqu'une tuméfaction qui présente l'aspect d'un érysipèle n'est pas influencée par les injections d'acide phénique, on peut être certain qu'il ne s'agit d'un érysipèle véritable. L'auteur est convaincu que, dans les cas où les injections d'acide phénique sont pratiquées de bonne heure, l'érysipèle s'accompagne beaucoup plus rarement d'abcès et d'autres complications analogues.

Pour ce qui concerne la dose d'acide phénique nécessaire au traitement, voici la formule dont se sert habituellement l'auteur :

Acide pur.....	} à 45 grains.
Alcool absolu.....	
Eau distillée.....	3 onces.

Les injections seront pratiquées dans la peau saine, à 4 ou 8 lignes du rebord de la plaque érysipélateuse. On enfoncera l'aiguille de la

seringue obliquement, sans soulever la peau et en la dirigeant vers les parties malades, de façon que le liquide parvienne dans les couches plus profondes du derme. On doit injecter lentement une seringue entière, en imprimant à l'aiguille de petits mouvements de latéralité. Lorsque le processus érysipélateux ne siège pas à la face, les douleurs occasionnées par les injections se réduisent à une légère sensation de cuisson. Les différents points d'injection peuvent être espacés de un pouce, même de deux pouces, selon la quantité d'acide phénique injectée en chaque point. De cette façon, pour circonscrire, par exemple, un érysipèle de dimension moyenne, siégeant à la cuisse, il est nécessaire d'employer 2 à 4 drachmes de la solution à 3 pour 100 indiquée ci-dessus, ce qui donne par conséquent 4 à 9 grains d'acide phénique pur. Pour éviter tout danger d'intoxication, l'auteur administre à ses malades, dès le début du traitement, toutes les heures, une cuillerée à soupe d'une solution de sulfate de soude à 3 pour 100. Habituellement la température se trouve ramenée à la normale déjà au bout de douze à vingt-quatre heures.

Lorsqu'il s'agit d'un érysipèle du tronc, les injections d'acide phénique doivent généralement être répétées plusieurs fois. Ce n'est qu'exceptionnellement et seulement dans les premiers stades de la maladie, qu'une dose de 2 à 4 drachmes d'acide phénique est suffisante pour arrêter le développement du processus. A-t-on affaire à un érysipèle très étendu, on se contentera de faire des injections sous-cutanées sur l'un des bords seulement, puis on circonscrit ainsi successivement tout le processus par trois ou quatre séries d'injections séparées chacune par un intervalle de douze à vingt-quatre heures.

Dans les érysipèles de la face et du cuir chevelu, l'intervention ainsi déterminée présente des difficultés plus grandes, car, en ces points, les injections sous-cutanées sont plus douloureuses et, en outre, elles déterminent plus facilement des abcès plus ou moins volumineux. Malgré ces inconvénients, les injections d'acide phénique sont encore formellement indiquées dans les cas où l'érysipèle de la face ou du cuir chevelu prend des allures inquiétantes.

---

---

## CHIRURGIE.

---

### Traitement du chancre simple et de ses complications.

---

M. le docteur A. Morel Lavallée publie, dans la *Gazette des hôpitaux*, l'intéressant article qui suit :

Le chancre simple est devenu, de nos jours, relativement rare ; mais la statistique nous montre que c'est une maladie qui, comme toutes les affections contagieuses, subit des recrudescences par saccades, au point de constituer de véritables épidémies. Or, ce fait se produit toujours au moment des grandes agglomérations d'hommes : guerres, sièges, expositions.

Le nombre immense des procédés qu'on a préconisés pour le traitement du chancre mou est une preuve des grandes difficultés qu'offre sa thérapeutique et de l'absence de médication spécifique reconnue contre lui, au moins jusqu'à présent. Aussi bien ne voulons-nous, dans cet arsenal thérapeutique, étudier que les remèdes dont l'efficacité est tenue pour réelle et que l'expérience a consacrés.

Les méthodes employées contre le chancre simple peuvent se résumer à trois : l'excision, la cautérisation, et le traitement *usuel* par les topiques modificateurs.

EXCISION.—Le chancre mou à l'inverse du chancre syphilitique, est une lésion *ulcéreuse* entaillant les téguments, par conséquent, exposant à des cicatrices. Toutefois, chez les gens suffisamment soignés, c'est à-dire ayant aperçu leur mal dès son origine, et venant assez tôt consulter le médecin, il est rare que le chancre ait eu le temps d'arriver à un assez grand développement pour causer des délabrements sérieux. Donc, il en restera peu de traces ; donc encore, il n'y a pas lieu de recourir, d'une façon courante, à une méthode qui expose à des mutilations chirurgicales, pour guérir une maladie ne laissant, usuellement, que peu ou point de vestiges, si bien que l'excision se trouve, en somme, avoir des indications très restreintes, telles, par exemple, que le cas où il y aurait coïncidence d'un phimosis congénital et de chancres préputiaux ; il est clair qu'alors une opération ferait d'une pierre deux coups, délivrant le malade d'une infirmité et d'une maladie acquise.

CAUTÉRISATION.—Condition *sine qua non* : Employer des caustiques énergiques, des escharotiques, soit le fer rouge (thermocautère ou autre), soit la pâte de Vienne, la pâte de Canquoin, l'acide nitrique monohydraté ; à Paris, on se sert généralement, d'après l'exemple de

M. Fournier, de la *pâte carbo-sulfurique de Ricord*, qui donne une eschare sèche, laquelle se détache au bout de dix ou quinze jours.

Mais le caustique, quel qu'il soit, doit être liquide, ou, en tout cas, assez fluide pour pénétrer dans *toutes* les anfractuosités de la plaie chancreuse, sinon l'opération est généralement inutile.

Quand aura-t-on recours à la cautérisation ? Bien rarement : quand le chancre sera récent et petit (chancres d'inoculation expérimentaux), fait qui se présentera peu souvent dans la pratique, car, tant que le chancre est petit, le malade s'adressera rarement à un médecin, et, d'autre part, le diagnostic parfois ne pourra être assez sûrement établi avant que l'ulcère ait atteint une certaine dimension. A l'inverse de ces cas, le phagédénisme, alors que tout a été essayé, mais en vain, est quelquefois une indication pour la cautérisation ; mais nous reviendrons sur ce sujet.

Au contraire, il est au procédé par les caustiques une foule de contre-indications que nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter aux leçons de notre maître, M. le professeur Fournier.

On doit renoncer à la cautérisation :

1o. Quand le chancre est déjà avancé comme développement ; puisque, alors, il touche à son apogée et à sa terminaison naturelle ;

2o. Quand le chancre est trop anfractueux pour pouvoir être atteint dans toute sa surface, et cela pour les mêmes raisons qui nous faisaient, tout à l'heure, recommander un caustique suffisamment fluide ;

3o. Lorsqu'il y aurait danger d'une réinoculation de voisinage ; si, par exemple, tous les chancres simples ne pouvaient être cautérisés à la fois ;

4o. S'il y avait à redouter des délabrements du fait de la cautérisation (Ex. chancre du méat, de l'urèthre, de l'anüs) ;

5o. Si le chancre siège dans une région où la cicatrice serait très apparente, car "les organes génitaux ont leur coquetterie" (Ricord) qu'il faut respecter.

TRAITEMENT USUEL.—Que faut-il donc faire, pratiquement, en présence d'un chancre mou ?

1o. L'ISOLER.—D'abord pour abriter les régions voisines contre toute auto-inoculation secondaire, puis pour protéger l'ulcère contre les irritations, les frottements. On a même prétendu que la guérison pouvait être obtenue rien qu'en recouvrant le chancre d'un tampon d'ouate hydrophile : nous doutons que ce soit suffisant ; les succès thérapeutiques, obtenus par ce seul moyen, pourraient cependant s'expliquer par l'augmentation constante de température que subirait ainsi le chancre ; on sait que M. Aubert (de Lyon) a montré qu'une tem-

pérature constante de 38 degrés (100°4 Fahr) détruisait la virulence du chancre simple.

20. ÉTABLISSEMENT D'UNE HYGIÈNE APPROPRIÉE, GÉNÉRALE ET LOCALE.—A. *générale*: Vie régulière, s'abstenir de toute fatigue, excès de marche, danse, etc.

B. *locale*: I. Bains locaux fréquents.—II. Recouvrir le chancre d'un pansement protecteur.—III. S'abstenir de tous irritants, de toutes applications caustiques inopportunes, telles que les cautérisations au crayon de nitrate d'argent. Éviter les pommades grasses, et surtout les pommades mercurielles.

30. APPLICATIONS DE TOPIQUES MODIFICATEURS.—Quels sont-ils? Ainsi que nous l'avons dit, nous ne retiendrons que les meilleurs, les plus usuels.

I. *Tartrate ferrico-potassique*.—Préconisé surtout par Ricord, trop prôné alors peut-être, trop oublié aujourd'hui, il s'emploie à la dose de 10 pour 100, en pansements répétés deux à trois fois par jour.

II. *Iodoforme*.—Agent merveilleux, mais infidèle. Réussit huit fois sur dix (Fournier), et c'est alors ce que nous avons de mieux contre le chancre simple; mais, quand il échoue, son échec est absolu. En outre, il a des inconvénients; son odeur si pénétrante, que l'on a cherché à pallier par l'adjonction de la coumarine, de la vanilline, de la menthe, de la poudre de café torréfié; à l'exception peut-être de cette dernière, toutes les odeurs surajoutées s'évanouissent rapidement, ne laissant subsister que celle de l'iodoforme.

On a essayé de substituer à ce dernier l'iodol, substance peu odorante; nous ne savons exactement ce qu'elle vaut, nous la croyons plutôt inférieure à l'iodoforme.

III. *Nitrate d'argent*, mais en solution à 3 pour 100.—Topique excellent, surtout aux périodes d'augment et de début. Trois pansements par jour avec de la gaze, de l'étoupe ou de l'ouate hydrophile imbibée de cette solution. Quand le chancre en est arrivé à la période de réparation, qu'il est bourgeonnant, rouge, on ne fait plus de pansement permanent avec la solution; on se borne simplement à en peindre trois fois par jour le chancre, que l'on recouvre ensuite d'ouate et de charpie sèche ou râpée.

C'est là le traitement qu'affectionne M. le professeur Fournier. Avec lui, la durée d'un chancre mou varie de trois à cinq ou six semaines. *Inconvénients*: le nitrate d'argent tache les mains et perd le linge; il guérit presque toujours, mais d'une façon un peu lente.

IV. *Acide pyrogallique*.—M. E. Vidal l'emploie à l'hôpital Saint-Louis, de la façon suivante: il détruit la virulence du chancre par l'application d'une pommade au pyrogallol à un dixième ou un cin-

quième, puis, vingt-quatre heures après, l'ulcère, transformé en une plaie simple, est pansé avec l'iodoforme ou l'acide salicylique.

V. *Acide salicylique*.—Excellent remède, mais très inconstant d'effet. S'emploie des deux manières que voici :

A. Pansements bi-quotidiens avec la poudre suivante :

Acide salicylique .....	1
Talc.....	9

ou bien :

B. On saupoudre le chancre avec l'acide salicylique pur ; il se produit une douleur vive, mais courte ; assez souvent, le chancre a, du fait de cette cautérisation, perdu sa virulence ; on le panse alors les jours suivants avec la poudre d'acide salicylique au dixième. Les résultats sont parfois merveilleux, souvent nuls. Chez certains sujets, l'acide salicylique pur, très mal toléré, provoque une poussée inflammatoire de lymphangite avec grosse induration des tissus.

VI. *Agents divers*.—Nous ne dirons rien d'autres substances plus rarement employées ; telles que le camphre, la résorcine, le sulfure de carbone : d'abord, parce qu'ils n'ont pas été expérimentés sur une assez vaste échelle, puis parce que les remèdes cités les premiers suffisent presque toujours à la guérison du chancre mou. Il faut, cependant, savoir que, dans les cas rebelles où l'ulcère reste stationnaire sans vouloir se modifier, le premier précepte à suivre sera de changer de topique et de recourir successivement aux uns ou aux autres de ceux qui viennent d'être énumérés.

Il convient ici d'insister sur quelques détails.

Quand le chancre bourgeonne, devient papuleux, exubérant, on doit comme toute plaie simple, le toucher au crayon de nitrate d'argent pour lui assurer une cicatrisation régulière.

Si la substance choisie pour le traitement du chancre reste inactive, on devra, nous venons de le dire, y renoncer et la remplacer par quelqu'un de ses succédanés : M. Fournier s'est bien trouvé de la combinaison suivante : pansements à la solution de nitrate d'argent pour la journée, à l'iodoforme pour la nuit.

A l'exception de l'iodoforme, tous les topiques que nous avons cités *indurent le chancre simple* ; on ne devra donc les employer qu'autant que le diagnostic sera formellement assuré.

—*Le Courrier Médical*.

**Les injections dites abortives au nitrate d'argent  
sont-elles efficaces contre la blennorrhagie ?  
sont-elles inoffensives ?**

Par le Dr HENRI PICARD.

A ces deux questions on peut sans aucune hésitation et en toute

sécurité, répondre : *oui*. Un coup d'œil rapide sur l'envahissement de l'urèthre par la blennorrhagie, sa marche dans cet organe et l'action des solutions de nitrate d'argent sur les muqueuses fera comprendre pourquoi.

La blennorrhagie, la chose n'est pas douteuse, provient du dépôt sur la muqueuse de l'urèthre d'un agent virulent, peut-être même infectieux ; très probablement le gonococcus. Cet agent s'attaque aux cellules épithéliales, en produit la nécrose et la chute. L'épithélium tombé, la muqueuse desquamée, les globules de pus apparaissent et, finalement, il y a constitution d'un état catarrhal de plus ou moins longue durée.

D'un autre côté, si nous envisageons l'action d'une solution de nitrate d'argent, suffisamment concentrée, sur les muqueuses, celle de l'urèthre en particulier, nous voyons qu'elle est identique à celle de l'agent virulent. Comme lui, elle attaque l'épithélium, le tue et en provoque la chute.

Mais, différence capitale, et qui explique l'efficacité du traitement abortif, c'est la rapidité d'action de la solution argentique. Tandis que l'agent virulent met, en général, de deux à cinq jours pour détruire l'épithélium de l'urèthre et constituer la blennorrhagie à la période d'état, le nitrate d'argent le détruit instantanément.

La réussite du traitement est, par conséquent, dans la promptitude de son application. Agissez donc dès l'apparition des premiers symptômes, c'est-à-dire avant l'apparition du pus. A ce moment, en effet, vous détruisez l'agent virulent en tuant l'élément anatomique qui le contient et, si en dehors de lui, aucun point n'en est touché, la guérison est assurée.

En clinique, c'est quand, après un coït suspect, le malade ressent dans la fosse naviculaire le chatouillement précurseur et surtout qu'il voit apparaître au méat la goutte hyaline et filante avant-coureur du pus, qu'il faut agir. L'apparition de celui-ci est, au contraire, une contre-indication à peu près formelle, surtout s'il est épais, phlegmoneux, fût-il très peu abondant ? Je dis à peu près formelle, parce que si l'écoulement est constitué par une goutte jaune clair, comme séreuse, le traitement abortif peut encore être tenté.

On devra aussi, avant de se décider, tenir le plus grand compte de l'état extérieur des parties. Un méat rouge, à lèvres boursouffées, renversées en dehors ; un gland turgide ; une douleur intense constitueront des contre-indications absolues. Si, au contraire, ces mêmes parties ne présentent rien d'anormal, l'écoulement étant ce que nous avons dit, il n'y a pas à hésiter.

Pour l'injection, on se servira d'une solution de nitrate d'argent au

1/25 ou au 1/30 ; moins concentrée, elle n'aurait pas la puissance suffisante. plus concentrée, elle deviendrait caustique. L'emploi du nitrate d'argent solide est formellement interdit, parce qu'il produit une eschare qui détruit la muqueuse en laissant un rétrécissement cicatriciel, comme j'ai eu l'occasion de le voir sur deux étudiants en médecine qui s'étaient cautérisés la fosse naviculaire avec un crayon de nitrate d'argent.

Pour lancer l'injection dans l'urèthre, c'est à la seringue à jet récurrent de Langlebert ou à celle en verre ordinaire qu'on aura recours. La première est commode, puisque le liquide revient lui-même avant d'avoir pu dépasser l'extrémité de la canule. Mais, celle-ci devant être introduite en entier dans le canal, on peut craindre qu'elle entraîne avec elle l'agent contagieux qui inoculerait les parties saines. Pour mon compte, je préfère la seringue ordinaire munie d'un bon piston,

Quel que soit l'instrument choisi, commencez toujours par faire uriner votre malade. Celui-ci, si c'est la seringue de Langlebert, étant alors debout ou étendu s'il est pusillanime, soutenez la verge de la main gauche, pendant que vous introduisez la canule tout entière dans l'urèthre avec la droite dont le pouce, en appuyant sur le piston, lance l'injection qui ressort au fur et à mesure.

Avec la seringue ordinaire, la manœuvre diffère un peu. La position du malade étant la même, la verge soutenue pareillement, on introduit la canule dans l'urèthre en appuyant son talon sur le méat avec la main droite. D'autre part, avec le pouce et l'indicateur gauches, on comprime le canal à trois pouces environ en arrière du méat et on pousse l'injection. De cette façon, celle-ci, retenue en arrière par le pouce et l'index, en avant, par le talon du bec qui l'empêche de sortir, remplit et distend les trois premiers pouces du canal. Au bout de quelques secondes, on la laisse ressortir et, comme en agissant ainsi, la seringue n'est pas vidée, on peut répéter l'opération, sans la retirer.

L'injection terminée, le malade doit attendre aussi longtemps que possible avant d'uriner ; parce qu'elle agit plus sûrement et que la miction est moins douloureuse.

La douleur causée par l'injection n'est pas ce qu'on imagine : presque toujours elle est modérée. Pour ma part, je ne l'ai jamais vue intolérable et Martin Damourette, sur plus de cinq cents injections, n'avait souvenir que de deux cas où elle a été très violente. La première miction très cuisante si on n'attend pas pour la satisfaire est à peu près normale après plusieurs heures.

A ce moment, sort de l'urèthre une grosse goutte blanc-jaunâtre, quelquefois teintée de sang, formée d'un épais magma constitué par des cellules épithéliales et purulentes. Très vite, si le traitement doit

réussir, la goutte diminue, s'éclaircit et blanchit ; la cuisson cesse et, au bout de vingt-quatre heures, il ne s'écoule plus qu'un liquide séreux disparaissant après quelques jours.

Vingt-quatre ou trente-six heures après la première injection, si l'écoulement tend à persister un peu consistant, on est autorisé à la renouveler, pourvu que les parties ne soient ni rouges, ni douloureuses.

En agissant comme je viens de le dire, on ne jouera jamais quitte ou double, et, tout en préservant l'avenir du canal, on coupera court à une affection dont la durée trop souvent indéfinie cause tant d'ennuis au malade et au médecin. Malheureusement, les malades sont un peu comme les fameux carabiniers, ils arrivent sinon toujours, du moins le plus souvent trop tard. — *Journal de Médecine de Paris.*

### **Différences des pieds et des orteils consécutives à certaines phlébites des membres inférieurs ; Pieds bots phlébitiques, par M. Verneuil.**

La phlébite peut frapper tous les points du système veineux, mais elle atteint surtout les veines de la moitié sous-ombilicale du corps et en particulier celles des membres inférieurs.

Elle a pour causes ordinaires : les plaies de ces membres, les fractures, les varices et deux lésions utérines fréquentes, l'accouchement et les néoplasmes malins, l'épithélioma par exemple. Dans ces deux derniers cas, la phlébite est généralement désignée sous le nom de phlegmatia alba dolens.

Les veines de la moitié inférieure du corps sont superficielles ou profondes ; les unes sont cachées dans la cavité du bassin, tandis que les autres sont logées dans l'interstice des muscles de la cuisse ou de la jambe (*veines inter-musculaires*) ou rampent dans l'épaisseur des muscles mêmes (*veines intra-musculaires*)

La phlébite n'atteint presque jamais la totalité de ces veines, et surtout ne les envahit pas simultanément ; de coutume elle occupe d'abord des régions, des segments plus ou moins étendus et circonscrits dans le bassin, la cuisse ou la jambe, à la superficie ou dans la profondeur, mais il arrive souvent que, de son point de départ, elle s'étend de haut en bas ou de bas en haut, des veines sous cutanées aux veines inter ou intra-musculaires, du côté droit au côté gauche, et réciproquement. Dans la phlegmatia alba dolens, qui, le plus souvent, est bilatérale, il faut parfois plusieurs semaines pour que l'envahissement soit à peu près complet.

Les conséquences prochaines ou éloignées de la phlébite des membres inférieurs sont bien connues. On a noté des accidents généraux infectieux ; des accidents locaux : œdème, suppuration, douleurs violentes,

arthrites, varices ; des accidents à distance causés par le déplacement des caillots (*embolies*). Mais il restait à décrire une complication tardive dont je n'ai trouvé traces ni dans mes lectures, ni dans les entretiens que j'ai eus avec mes collègues chirurgiens et accoucheurs. Seul, un de mes élèves les plus distingués et les plus instruits, M. le Dr Kirrnisson, qui s'occupe avec succès d'orthopédie, a vu et traité même un cas de l'affection en question sans avoir songé à le publier.

Il s'agit des difformités des pieds et des orteils qu'on peut rapporter à deux formes du pied bot : l'équin et le varus équin, avec ce caractère particulier que les orteils qui, dans les variétés congénitales, sont peu déviés, mobiles et généralement en extension forcée, sont ici rigides, immobiles, fléchis plus ou moins et parfois en forme de griffes ; ce qui permet de reconnaître que les agents de la déviation du pied sont surtout les muscles de la couche profonde de la jambe : flechisseur propre du gros orteil, fléchisseur commun des orteils et jambier postérieur, plutôt que le triceps sural qui joue le rôle principal dans la production de l'équin et du varus équin vulgaire.

Cette affection, à en juger par le silence des auteurs, serait rare, et j'aurais été favorisé en en rencontrant, dans moins de trois ans, trois exemples, auxquels il faut joindre le quatrième, observé par M. Kirrnisson. En tous cas, sa rareté est à peu près en rapport avec la fréquence bien connue des phlébites traumatiques, variqueuses et d'origine utérine, ce qui indique clairement que certaines variétés de ces phlébites sont seules capables de la produire. Voici, aussi concis que possible, le résumé des faits venus à ma connaissance.

Obs. I.—Femme adulte. Phlébite variqueuse partant d'un membre et envahissant l'autre au bout d'un certain temps. Douleurs excessives, accidents généraux très graves ; albuminurie, arthrites aiguës fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes ; extension permanente et forcée des pieds ; flexion des orteils et surtout du premier ; lésions plus marquées à gauche qu'à droite. L'affection, qui a commencé à la fin de 1887, n'est point encore guérie, et, bien que la santé soit tout à fait rétabli, la marche est encore tout à fait impossible.

Obs. II.—Jeune femme primipare. Phlegmatia alba dolens double, débutant quinze jours après l'accouchement et envahissant successivement les deux membres. Un double varus équin se produit en moins de trois semaines sous nos yeux, en raison de l'insuffisance forcée du traitement préventif. Aujourd'hui en voie de guérison, quatre mois après le début du mal.

Obs. III.—Homme adulte. Plaie de la cuisse. Ligature de la fémorale commune ; phlébite de la veine satellite s'étendant à tout le membre ;

extension forcée du pied et flexion modérée des orteils, avec rigidité absolue. Affection unilatérale.

Obs. IV.—Femme adulte. Phlegmatia alba dolens double, suite de couche. Pieds bots équins. Section du tendon d'Achille en bas, d'un an (Kirmisson).

J'ai déjà dit que toutes les phlébites ne donnaient pas naissance aux difformités en question ; d'autre part, j'ai montré que la déviation des pieds et des orteils provenait de la contracture des muscles de la couche profonde de la région postérieure de la jambe. Reste à indiquer comment l'inflammation des veines peut agir sur les muscles susdits. Or, voici comment les choses se passent : tant que les veines superficielles et profondes inter-musculaires sont seules enflammées les muscles, isolés par des plans aponévrotique ou une couche plus ou moins épaisse de tissu conjonctif, restent étrangers au processus morbide ; mais les vaisseaux intra-musculaires sont-ils pris qu'aussitôt la fibre rouge, en contact immédiat avec eux (car aucune barrière ne les sépare), s'enflamme à son tour et entre en fonction pathologique ; en d'autres termes, la phlébite amène la périphlébite, laquelle, agissant sur le seul tissu voisin, amène nécessairement la myosite qui produit fatalement à son tour la contracture, puis la rétraction et les déviations conséquentes.

Ceux qui connaissent la disposition des veines intra-musculaires de la région postérieure de la jambe chez les variqueux et autres sujets dont la circulation veineuse du membre inférieur est entravée, accepteront sans peine cette pathogénie des pieds bots phlébitiques, à laquelle, j'en conviens, manque pourtant encore la consécration des autopsies.

Si je reviens sur le terrain clinique, je constate que le pronostic est assez sérieux en ce qui touche le rétablissement des fonctionnements du membre. En effet, la malade atteinte de phlébite variqueuse à la fin de 1887 ne marche pas encore, et ceux qui sont actuellement dans mon service depuis trois ou quatre mois sont à peine en voie de guérison. Il est donc bien important de signaler une affection rebelle, ne fût-ce que pour savoir si, averti à temps, le praticien n'en pourrait pas instituer au moins la prophylaxie, c'est-à-dire s'opposer dès le début à la production de la difformité.

Le traitement curatif comprend la rectification des attitudes vicieuses par les appareils à action rapide ou progressive, les frictions, le massage, l'électrisation des muscles antagonistes et enfin la ténotomie qui, une fois déjà, a été appliquée par M. Kirmisson.

Une malade de mon service est actuellement traitée par une série d'appareils plâtrés, à l'aide desquels on redresse progressivement le-

double varus équin. Le massage, chez deux autres, nous donne de bons résultats appliqué qu'il est avec beaucoup de prudence.

J'ajouterai en terminant que si les indications thérapeutiques sont faciles à poser, elles sont beaucoup moins aisées à mettre en pratique, car les douleurs excessives de la phlébite et des aethrites concomitantes rendent les actions mécaniques plus ou moins longtemps intolérables, et le danger des embolies interdit pendant longtemps aussi les manœuvres pouvant atteindre plus ou moins directement les veines remplies de caillots sanguins.

### Deux variétés d'angiomes de la main

Observation communiquée à la Société de médecine de Paris dans la séance du 9 août 1889 par le docteur POLAILLON.

J'ai opéré dernièrement, et presque en même temps, deux tumeurs vasculaires de la main, qui représentent les types principaux des angiomes qu'on observe dans cette région. L'une de ces tumeurs était formée par un tissu caverneux en connexion avec les veines ; l'autre, par un lacis de vaisseaux en connexion avec les artérioles. La première était circonscrite, réductible, sans battements, sans altération des vaisseaux du voisinage ; la seconde, circonscrite à son origine, commençait à se diffuser dans les tissus voisins et avait produit une dilatation des artères afférentes. L'une était bénigne et serait restée bénigne ; l'autre avait pris rapidement un caractère grave, et son extension aurait pu conduire aux opérations les plus sérieuses. Il s'agissait, dans le premier cas, d'un *angiome veineux* ou d'une *tumeur érectile veineuse* ; dans le second, d'un *angiome artériel*, *tumeur érectile artérielle* ou *tumeur cirsoïde*.

I. — Sophie B..., âgée de 24 ans, exerçant la profession de domestique, s'aperçut, il y a six mois, de la présence d'une petite tumeur au niveau de l'éminence thénar de la main gauche. A ce moment, elle avait soulevé de lourds paniers et des fardeaux, ce qui provoqua probablement l'accroissement de la tumeur, invisible jusqu'alors.

La santé de la malade a toujours été excellente. Aucun antécédent morbide dans sa famille.

Depuis six mois, la tumeur a grossi peu à peu jusqu'à atteindre le volume d'une noix. Elle n'a jamais été douloureuse et ne produit que de la gêne dans les fonctions de la main.

Elle est située à la face palmaire du premier espace inter-osseux, un peu au-dessous de l'éminence thénar. Elle est molle, presque fluctuante, légèrement réductible. La peau est mobile sur elle et sans changement de coloration. La contraction musculaire ne la modifie pas. En la saisissant entre les doigts, on peut la faire un peu glisser

sur les tissus profonds, où elle paraît attachée par des adhérences lâches. Aucune douleur à la pression ; aucune douleur spontanée ; aucune transparence.

Le diagnostic resta indécis entre un kyste paratendineux à contenu gélatiniforme, un lipome et un angiome. Comme l'opération devait être à peu près la même dans ces trois hypothèses, il me parut inutile de faire une ponction exploratrice pour dissiper mes doutes.

Après avoir endormi la malade par le chloroforme et après avoir appliqué la bande d'Esmarch, je fais une incision qui met à nu la tumeur. Celle-ci a une teinte bleuâtre. Elle est nettement délimitée et enveloppée d'un tissu cellulaire, qui adhère peu aux parties voisines. Il est donc facile de l'énucléer presque sans le secours du bistouri. La bande d'Esmarch est desserrée. Immédiatement la plaie se met à saigner en nappe, hémorrhagie qui se modère rapidement, sans qu'il soit nécessaire d'appliquer des ligatures. Suture avec crins de Florence et pansement de Lister recouvert d'une compression ouatée.

Les suites de cette petite opération furent très simples.

Lorsque le premier pansement fut fait, deux jours après l'opération, la plaie était remplie par un caillot volumineux, qui fut expulsé par expression ; puis la plaie fut lavée avec la solution phéniquée au 20<sup>e</sup> et recouverte de gaze iodoformée.

Deux pansements furent encore nécessaires pour amener la guérison.

La coupe de la petite tumeur montrait un tissu formé de cloisons circonscrivant des aréoles pleines de sang, tissu tout à fait semblable au tissu caverneux de la verge. Il s'agissait évidemment d'un angiome appartenant à la variété des tumeurs érectiles veineuses.

II.—L'autre tumeur était d'une nature toute différente. Au lieu de contenir du sang veineux, elle contenait du sang artériel.

Le nommé D..., âgé de 40 ans environ, exerçant la profession de faïencier, portait depuis son enfance, à l'extrémité du médius droit, un très petit nævus rouge. Jamais ce nævus n'avait été l'occasion du moindre accident. Il passait tout à fait inaperçu, tant ses dimensions étaient minimes. Mais, dans ces derniers temps, D..., l'ayant excoûté en frottant des faïences avec du grès en poudre, il se mit à saigner et s'étendit en surface. Bientôt de petites élevures, en forme de petits bourgeons charnus, se développèrent, et des douleurs se firent sentir.

D... négligea ces symptômes, continuant à travailler et à irriter la petite tumeur avec la poussière de grès. La tumeur ne fit qu'augmenter rapidement de volume et, lorsque je l'examinai, elle avait acquis les dimensions d'une cerise.

Elle avait une couleur rouge vif. Sa surface était parsemée de petit

tes élévures arrondies, formées par des dilatations vasculaires. L'épiderme s'arrêtait net autour de sa base, et elle ressemblait à une végétation de tissu rouge sur l'extrémité de la pulpe du doigt.

Il était facile de voir que cette tumeur présentait des battements isochrones avec le pouls. En la comprimant, les battements devenaient très perceptibles au toucher. La pression était douloureuse. Enfin la plus petite excoriation produisait un écoulement de sang artériel, difficile à arrêter.

L'aspect du médius était digne de remarque. Il était plus volumineux que son congénère, plus chaud, plus rouge. Au-dessous de la peau, on voyait des lacis veineux partant de la tumeur. Les artères collatérales étaient très dilatées, et donnaient la sensation des pulsations de l'artère radiale.

Lorsque le malade laissait pendre sa main, le gonflement du doigt et de la tumeur augmentait, et il éprouvait une sensation de pesanteur douloureuse dans tout le membre.

A tous ces signes il n'était pas difficile de reconnaître une tumeur cirsoïde, c'est-à-dire une tumeur formée par la dilatation accidentelle d'un réseau de capillaires. La communication facile entre les artères et les veines à travers ces capillaires dilatés produisait, comme on le sait, la dilatation variqueuse des artères afférentes d'une part, et la dilatation des veines efférentes d'une part. L'activité de la circulation dans ce doigt, entraînait, comme conséquence, son hypertrophie et l'augmentation de sa température.

Le pronostic était sérieux, car les tumeurs cirsoïdes ont une marche envahissante, donnent lieu à des hémorragies graves, produisent une phlébartérite sans cesse croissante, troublent la nutrition, l'innervation et les fonctions du membre.

Comme la tumeur à laquelle j'avais affaire était circonscrite, son ablation radicale devait amener une guérison et faire cesser en même temps tous les troubles accessoires.

Le 4 juillet, une bande de caoutchouc ayant été enroulée autour du médius et fixée à sa base pour produire l'ischémie, j'insensibilisai l'extrémité du doigt en injectant sous la peau  $\frac{1}{2}$  grain de chlorhydrate de cocaïne. Puis, avec l'aide du docteur Dumée, je circoncrivis la base de la tumeur par deux incisions courbes, pénétrant profondément. J'enlevai, avec la tumeur, une grande partie de la pulpe du doigt. Trois sutures d'argent furent ensuite placées, et le pansement fut fait avec de la gaze au sublimé. Il n'y eut pas d'hémorragie après qu'on eut enlevé la bande de caoutchouc.

La petite plaie se cicatrisa sans suppuration. La dilatation des ar

tères collatérales et les varices des veines sous-cutanées disparurent rapidement. Aujourd'hui l'opéré est radicalement guéri.

L'examen anatomique montra que la tumeur était formée par des amas de vaisseaux tortueux, entourés de tissu conjonctif en voie de prolifération.

L'indication thérapeutique, lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur cirsoïde, est d'en pratiquer l'ablation, si la tumeur est circonscrite. Mais si elle est diffuse, il faut se contenter des injections coagulantes et quelquefois recourir à l'amputation.

---

## GYNECOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

---

### Traitement des endométrites par le curettage utérin.

Par M. le Dr BOUILLY, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté.

Depuis 1887, j'ai eu l'occasion d'observer un très grand nombre d'endométrites traitées par divers ordres de moyens et depuis cette même époque j'ai pratiqué quatre-vingt-une fois le curettage de l'utérus contre cette affection ; j'ai pu suivre et consigner les résultats dans soixante neuf de ces cas et je peux les fournir comme certains. En effet, sur ce total, quarante-cinq appartiennent à la clientèle de la ville dans laquelle le contrôle est plus facile et plus sûr. Si je n'ai pratiqué cette opération que trente six fois à l'hôpital, ce n'est que par suite de l'exiguïté du service dont je suis chargé et où je suis forcé surtout de n'accepter que les opérations urgentes ; car les indications de faire le curettage ont été beaucoup plus nombreuses et c'est au moins une centaine de cas hospitaliers que j'aurais pu traiter. J'ai même pu, dans ces conditions, observer le temps considérable nécessité pour l'amélioration d'une endométrite chez des femmes ne suivant que le traitement externe de la consultation et ne se soignant que par des injections vaginales. Un an, 18 mois, 2 ans et quelquefois plus, sont nécessaires, dans ces conditions, pour obtenir une amélioration réelle, et la lenteur de la guérison dans ces cas, la résistance du mal, constituent, comme je le dirai tout à l'heure, un argument puissant en faveur du traitement plus rapide et plus actif par le curettage.

Dans cette communication, je ne ferai allusion qu'aux cas d'endométrite *simple*, c'est-à-dire non compliquée d'une grande déchirure du col avec ectropion réclamant l'opération d'Emmet ; dans ces cas l'intervention est complexe ; je la fais se composer d'un curettage utérin

avec restauration du col et il est difficile de faire la part exacte des résultats dus à l'une ou à l'autre de ces deux interventions.

Je laisse également de côté les endométrites compliquant un fibrome ou un polype de l'utérus, dans lesquelles le curettage n'est qu'un complément de l'ablation du néoplasme et pour ainsi dire la toilette de la cavité utérine.

Au contraire, je fais rentrer dans mes observations un certain nombre d'endométrites compliquées de lésions plus ou moins appréciables des annexes de l'utérus, lésions qui paraissent pouvoir être modifiées par l'état de la muqueuse utérine.

En me bornant à ces cas—endométrite simple ou endométrite compliquée de lésions peu avancées des annexes—d'une manière générale je n'ai pratiqué le curettage de l'utérus qu'après des tentatives longuement prolongées de traitement non chirurgical, instituées par d'autres médecins ou sous ma direction. Les symptômes de l'endométrite qui ont indiqué surtout le curettage ont été :

1o Des métrorragies ayant le caractère soit de ménorragies trop abondantes, prolongées ou rapprochées soit d'un suintement sanguin intermenstruel presque constant ou revenant à l'occasion de causes minimes ;

2o Des écoulements muqueux ou muco-purulents, abondants ;

3o Des douleurs accompagnant l'un ou l'autre de ces écoulements, surtout marquées au moment des règles ou persistant dans leur intervalle. Ces douleurs, qui ont leur siège sur les côtés de l'utérus, sur les parties latérales de la région sacrée, sont le plus souvent symptomatiques d'une propagation infectieuse à la muqueuse tubaire ou d'une endométrite du corps de l'utérus. Elles sont particulièrement fréquentes dans l'endométrite compliquant la rétroversion et la rétroflexion.

Je n'ai jamais pratiqué le curettage utérin contre cette douleur, quand celle-ci ne s'accompagnait pas d'un écoulement sanguin ou muqueux exagéré ; en un mot quand il n'y avait pas en même temps des signes d'une altération de la muqueuse utérine.

La douleur seule ne m'a jamais paru une indication de cette intervention ; elle est alors liée à des lésions qu'il s'agit de reconnaître. Je ne veux pas actuellement m'étendre sur la cause de ces douleurs pelviennes ; le sujet est complexe et demande une étude à part.

Le manuel opératoire que j'ai employé dans tous ces cas ne diffère guère de celui qui est généralement recommandé et suivi. En général, j'ai employé l'anesthésie ; le curettage que j'ai pratiqué douze fois sans chloroforme, détermine une sensation douloureuse spéciale, fort pénible pour les malades, cessant brusquement, il est vrai, dès que cesse

l'action de l'instrument, mais qu'il me paraît bon d'éviter par le sommeil anesthésique. En outre, sans anesthésie, l'abaissement de l'utérus se fait beaucoup moins facilement et les manœuvres intra-utérines, plus précipitées et plus difficiles, risquent de rester incomplètes. Du reste, l'opération totale n'exigeant que quelques minutes, le sommeil est toujours de courte durée.

Le curettage a toujours été pratiqué après dilatation préalable avec des tentes de laminaire pendant quarante-huit heures. Si l'on a soin d'introduire le premier jour une laminaire petite pénétrant sans difficulté dans la cavité utérine préalablement explorée à l'hystéromètre, la douleur est presque nulle après l'application; elle ne dure guère plus d'une heure à deux sous forme de tranchées et bien souvent elle fait défaut. Le lendemain une tige plus volumineuse est introduite après ablation de la première et lavages vaginaux; vingt-quatre heures plus tard la cavité est très facilement accessible. Je préfère cette dilatation lente à la dilatation rapide, extemporanée; elle me paraît provoquer dans le tissu utérin un certain ramollissement et une complaisance opératoire qu'on n'obtient pas par la dilatation brusque; elle donne à l'avance l'idée de la tolérance utérine et de la réaction possible du côté de l'abdomen ou du système nerveux; enfin, elle force les malades à quarante-huit heures de lit avant l'opération. Le plus souvent aussi, l'absence de douleur pendant cette dilatation les rassure sur la bénignité et l'innocuité des manœuvres ultérieures.

Je laisse de côté tous les autres détails opératoires: antiseptie vaginale, abaissement de l'utérus, lavages intra-utérins, avant et pendant le curettage, écouvillonnage final de la cavité pour ramener les derniers débris. J'ai toujours opéré avec la curette de Simon ou celle de Sims, légèrement tranchante; je ne crains pas d'appuyer fortement sur le tissu utérin surtout dans la région du col où le curettage doit être particulièrement vigoureux et soigné.

La manœuvre se termine par une application à l'écouvillon mou ou par une injection avec la seringue de Braun de teinture d'iode ou de glycérine créosotée au  $\frac{1}{3}$  (formule Doléris) ou de chlorure de zinc en solution au 1/20 ou au 1/10. J'emploie la glycérine créosotée ou la teinture d'iode dans l'endométrite muqueuse; je réserve le chlorure de zinc en solution forte à l'endométrite hémorragique.

Le pansement qui se compose de gaze iodoformée en queue de cerf-volant est renouvelé au bout de quatre jours, retiré au bout de huit et remplacé par des injections vaginales trois fois par jour avec une solution de sublimé au 1/4000 environ. Dans le cas où le second pansement présente un peu de muco-pus dans les points qui touchaient le col il m'a paru bon de renouveler la gaze iodoformée après avoir insufflé

sur le col de la poudre d'iodoforme ou avoir touché la cavité cervicale à la glycérine créosotée. Il ne faut se déclarer satisfait que s'il n'y a plus de sécrétion muco purulente et ne supprimer les pansements qu'à ce moment. Je suis intimement persuadé que nombre d'insuccès ne tiennent qu'à une réinfection rapide se produisant faute d'antisepsie suffisamment prolongée, et j'attache la plus grande importance à ce traitement consécutif.

Les malades ont toujours quitté le lit au bout de 12 à 15 jours et ont dû continuer à se faire deux ou trois fois par jour des injections antiseptiques.

Comme la grande majorité des opérateurs, je n'ai jamais observé de complications après l'intervention ; la douleur opératoire cesse immédiatement après l'opération et il ne s'en produit pas de nouvelle ; j'ai observé *quatre fois* une légère sensibilité sur la partie latérale de l'utérus, persistant pendant quelques jours, sans élévation de température. Cette douleur ne m'a pas semblé plus fréquente ni plus violente chez des malades atteints de lésions des annexes que chez d'autres. En revanche, dans un nombre de cas respectable, une douleur abdominale mal localisée, préexistant à l'opération, une sorte de malaise abdomino-pelvien faisant partie du cortège des symptômes, a disparu comme par enchantement dès le lendemain ou le soir même de l'opération. J'ai souvent noté ce symptôme alors même que plus tard il pouvait y avoir une légère récurrence de l'écoulement muqueux.

J'aborde maintenant les résultats thérapeutiques, de beaucoup les plus importants, les résultats opératoires étant depuis longtemps jugés.

Sur 81 opérées, j'en ai pu suivre 69 ; j'en ai perdu 12 de vue ; ces 69 cas serviront donc seuls à l'appréciation des résultats. Ceux-ci se décomposent de la manière suivante :

39 guérisons complètes, définitives ;

15 améliorations, c'est-à-dire disparition d'un ou de plusieurs des symptômes ayant fait l'indication opératoire ;

15 insuccès.

Les 39 guérisons comprennent 19 cas d'endométrite *hémorragique* et 20 cas d'endométrite *muqueuse* ou *muco-purulente* ; quelquefois il y avait combinaison des deux symptômes, mais pour la classification j'ai dû prendre le symptôme prédominant. Le résultat est surtout frappant et satisfaisant dans la forme *hémorragique* ; un suintement sanguin continu peut disparaître instantanément, et des règles abondantes et prolongées, avec caillots et retours chaque quinzaine, sont ramenées à des époques régulières de 3 et 4 jours. Ici le bénéfice est incontestable et c'est merveille de voir renaître la santé, l'énergie et la gaieté avec la reprise de la vie commune depuis si longtemps suspendue.

Les vingt autres cas se rapportent à l'endométrite muqueuse ou muco-purulente.

Parmi ces cas, je note une variété rare d'*endométrite caséuse* chez une femme âgée, ayant résisté à tous les traitements, donnant lieu à des écoulements fétides faisant craindre un néoplasme. La curette ramena en grande quantité des débris d'apparence caséuse, d'odeur infecte, très adhérents à la muqueuse utérine. Il s'agissait là d'une lésion tout-à-fait comparable à ce qui a été décrit sous le nom de *coryza caséux*. La guérison suivit avec une grande rapidité cette intervention qu'aucun moyen n'aurait pu remplacer.

Dans 3 cas, les annexes étaient douloureuses spontanément et à l'examen direct ; une fois il y avait sur les côtés de l'utérus une tuméfaction donnant l'idée d'une trompe volumineuse et distendue. Cette tuméfaction disparut les jours suivants et la guérison fut définitive. Mais je ferai remarquer dès à présent que dans les cas où les annexes sont reconnues ou soupçonnées malades, le point douloureux abdominal ne disparaît qu'avec une extrême lenteur, au bout de 2, 3 mois et même plus, alors même qu'il n'existe plus aucun phénomène morbide du côté de l'utérus. Quelquefois, comme je le disais tout à l'heure la douleur consécutive à ces lésions n'est en rien modifiée ; le curetage n'a rempli qu'une partie du programme ; la lésion utérine peut être améliorée ou guérie ; la lésion tubo-ovarienne n'en persiste pas moins avec toutes ses conséquences.

Sous le nom d'*amélioration* consécutive à l'opération, je range tous les faits dans lesquels il y a eu diminution notable ou disparition d'un ou de plusieurs des symptômes qui avaient fait l'indication opératoire. Je me suis montré très sévère pour accepter les cas de ce genre et j'ai rejeté à la colonne des succès des cas qui auraient pu être notés comme améliorés. De ces derniers, j'en compte quinze dans lesquels, soit l'hémorragie, soit l'écoulement muqueux, soit la douleur, ont été notablement diminués. Je relève un cas où l'écoulement persiste et où la douleur a cessé, soit dans l'intervalle, soit surtout au moment des règles ; je note des femmes chez lesquelles il n'y a plus de ménorragies, mais qui présentent encore de l'écoulement muqueux ; d'autres sont soulagées pour la marche et la station debout. La plus grande somme d'amélioration est fournie par la diminution des écoulements muqueux ou muco purulents ; ceux-ci ne sont plus remarqués que dans le liquide de l'injection au lieu de s'écouler presque constamment par la vulve.

Sur ces quinze malades, *trois* présentaient des annexes malades dont l'état ne fut nullement influencé, ni en bien ni en mal par le curetage. J'aurai occasion, plus tard, de donner mon opinion sur les rapports qui existent entre les lésions des annexes et les sécrétions de la

muqueuse utérine. Qu'il me suffise de dire que ces sécrétions sont difficilement modifiées quand les annexes sont malades et qu'elles peuvent disparaître spontanément quand les annexes sont guéries ou enlevées.

Les insuccès sont au nombre de quinze ; il y eut quatre fois persistance ou retour des métrorragies, onze fois d'un écoulement muqueux ou muco-purulent accompagné ou non de douleur abdomino-pelvienne. Il est surtout important de rechercher les causes de ces insuccès.

Ces causes me paraissent pouvoir être rangées sous plusieurs chefs et sont, du reste, variables avec la persistance de tel ou tel symptôme morbide, après l'opération.

On peut attribuer les insuccès du curettage, c'est-à-dire la persistance ou le retour des phénomènes morbides, 1<sup>o</sup> à une mauvaise technique opératoire ; 2<sup>o</sup> à une réinfection rapide de la muqueuse utérine ; 3<sup>o</sup> à une certaine variété anatomique d'endométrite ; 4<sup>o</sup> à la complication préexistante de lésions des annexes.

Je passe rapidement en revue ces divers chefs.

a) Dans un cas, je m'étais contenté de curetter le col utérin. L'opération peut être considérée comme incomplète, et les sécrétions du corps non modifiées, ont pu continuer à s'écouler à l'extérieur et à réinfecter la cavité cervicale.

b) Une cause plus fréquente de récurrence consiste dans une réinfection de la muqueuse utérine. Les malades abandonnées à elles-mêmes font mal leurs injections ou ne les font pas du tout ; les sécrétions vaginales et utérines s'altèrent de nouveau et la série des phénomènes se reproduit comme avant l'intervention.

c) Une certaine variété d'endométrite m'a paru rebelle au curettage ou tout au moins semble être difficilement modifiée par ce moyen. Je veux parler de l'endométrite glandulaire du col avec catarrhe muqueux abondant, tenace, visqueux, adhérent, presque solide. La lésion atteint dans ce cas les innombrables glandes du col, se cantonne dans les culs-de-sac glandulaires profondément situés sous la muqueuse et dans le tissu musculaire ; ces culs-de-sac sont inaccessibles à la curette qui ne fait qu'ébarber les conduits excréteurs et ils demeurent infectés. Très peu de temps après l'intervention, dans les semaines qui suivent, le catarrhe se reproduit avec ses mêmes caractères d'abondance et de viscosité. J'ai échoué complètement quatre fois dans ces conditions et je considère cette variété d'écoulement comme réclamant une autre thérapeutique que le curettage. C'est à l'opération de Schröder ou à une intervention analogue supprimant la muqueuse et ses glandes en totalité qu'il faut alors s'adresser.

d) Mais le plus souvent, l'insuccès du curettage doit être rapporté à

une lésion préexistante des annexes de l'utérus ; j'ai pu nettement invoquer cette cause dans quatre cas qui se décomposent ainsi :

Trois fois des lésions suppuratives de la trompe pour lesquelles la laparotomie dût être faite plus tard. Une fois la dégénérescence sclérokystique des ovaires entraînant après l'opération des écoulements et des douleurs que la médication intra-utérine est incapable de guérir en pareils cas. Enfin, dans deux cas, j'ai observé le retour de métrorragies, liées sans doute à la présence probable de fibromes sous-muqueux.

De tous ces faits je ne suis pas autorisé à tirer des conclusions générales sur la valeur du curettage dans le traitement de l'endométrite ; je ne puis donner que mes conclusions personnelles déduites de mes observations, et je les formulerai dans les termes suivants :

Le curettage appliqué au traitement de l'endométrite constitue une ressource précieuse, et dans les formes invétérées, rebelles, il ne saurait être remplacé par aucun autre moyen ;

Il met rapidement fin aux accidents hémorragiques de l'endométrite où il trouve une de ses meilleures indications ;

Il modifie avantageusement et vite les écoulements liquides muqueux et muco-purulents du corps et du col utérin ;

Il m'a semblé mal réussir dans le catarrhe cervico-glandulaire, avec écoulement glaireux tenace ;

Il ne m'a été donné que des résultats incertains quand il y a eu coexistence de lésions appréciables des annexes.

### **Vaginite—Erosion du col.**

Extrait d'une Clinique du Dr. H. Marion Sims, professeur de gynécologie à la Polyclinique de New-York, médecin à l'hôpital Ste-Elizabeth, etc., New-York.

Messieurs, cette malade est venue ici, pour la première fois, en février dernier, il y a donc dix mois ; elle plaignait alors d'un écoulement vaginal très désagréable. Il y avait une inflammation considérable des parois vaginales. Nous ne pûmes obtenir aucune histoire du cas. Sa menstruation était parfaitement régulière. Un examen révéla la présence d'une vaginite et d'une vulvite de nature spécifique.

Le traitement que j'adoptai alors donna un soulagement immédiat à la malade. Pendant ma carrière en gynécologie, j'ai essayé maint remède et toute sorte de traitement, mais je n'en ai trouvé aucun de si efficace que le nitrate d'argent dans cette forme de trouble. Je peignurai les parois du vagin avec une solution de nitrate d'argent de la force d'un drachme à l'once d'eau, recouvrant ainsi le vagin d'une mince pellicule qui ressemble quelque peu à la pellicule que l'on trouve à l'intérieur des écailles d'œuf.

Cette couche protège les parois vaginales et vous serez surpris de voir le soulagement obtenu en peu de temps par cette méthode. Il n'y a pas de préparation que je sache aussi efficace que le nitrate d'argent pour obtenir en si peu de temps une guérison complète de cette maladie. Ici, le résultat du traitement a été tout ce que nous pouvions désirer, et la malade est maintenant complètement délivrée de ces douleurs brûlantes, cuisantes qui la faisaient souffrir lorsqu'elle se présenta à la clinique la première fois.

Aujourd'hui cette patiente a une érosion au col : cela arrive communément après une vaginite. L'application de coton absorbent, trempé dans une solution de fer—une partie de la solution de Monsel pour quatre parties d'eau—faite directement sur le col, amènera certainement dans son cas une amélioration marquée.

*International Journal of Surgery.*

### **Traitement de l'inertie des contractions utérines.**

Pour traiter ces cas avec succès, il faut d'abord en connaître la cause.

Lorsque la femme est mal nourrie, chlorotique ou à peine convalescente de quelque maladie grave, les contractions peuvent être faibles dès le début. Ces femmes doivent avoir la meilleure nourriture possible pendant leur grossesse ; pendant que le travail de l'accouchement se fait, il est prudent de soutenir les forces de la malade par un verre de vin ou quelque nourriture légère donnée de temps à autre.

Si le col est encore fermé, des irrigations vaginales d'eau tiède répétées toutes les heures ou toutes les deux heures seront utiles.

Si l'inertie est due à la fatigue, les narcotiques sont à l'ordre, et l'on peut employer l'opium ou le chloral. Un bain général tiède prolongé pendant trois quarts d'heure, rendra aussi de bons services.

La rupture des membranes ne doit pas être pratiquée à moins que le col ne soit complètement dilaté et que la partie qui se présente ne soit engagée, excepté toutefois dans les cas d'hydramnios. L'on ne doit introduire une bougie que dans des cas exceptionnels.

Quelquefois les contractions utérines peuvent être excitées ou augmentées par des frictions faites avec la main sur l'abdomen vis-à-vis le fond de l'utérus. Le traitement par les drogues donne en général assez peu de satisfaction. L'emploi de l'ergot avant la naissance de l'enfant est dangereux. Le borax, la cannelle, la pilocarpine, le carbonate d'ammoniaque et la quinine sont inutiles ; il ne faut pas s'y fier. La strychnine à des doses fractionnées rend des services dans quelques cas.—*The Times and Register.*

## MEDECINE LEGALE.

**Le criminel.**

M. le Professeur BROUARDEL.

Messieurs,

J'ai l'intention de consacrer les premières leçons du cours de cette année à l'étude du criminel. J'ai deux raisons pour cela. En général, on connaît très mal le criminel, et c'est une surprise pour chacun de nous que de se trouver en présence des accusés. Lorsque l'on arrive devant un criminel avéré, on s'attend à trouver un individu à manifestations extérieures puissantes, et l'on est très étonné en s'apercevant que c'est juste l'inverse. On voit un homme faible, d'intelligence amoindrie, et qui se défend, selon l'expression de Lasègue, comme un écolier que l'on accuse d'avoir pris le thème de son voisin. On ne trouve pas plus chez les criminels que chez les autres hommes, plutôt moins. Le criminel est certainement plus intéressant quand il est sous l'influence de l'émotion qui suit la découverte du crime ou l'incarcération. Plus tard il se fait une sorte de type que l'on peut comparer à celui de l'aliéné depuis longtemps dans un asile et discipliné.

La deuxième raison qui me pousse à entreprendre l'étude du criminel est que, en ce moment, il se fait un mouvement pour modifier les modes de la répression, mouvement né, il ne faut pas s'y tromper, sous l'influence des idées médicales. J'ai donc pensé qu'il serait imprudent de ne pas exposer devant vous les idées qui résultent de ce que nous avons vu. Je ne veux pas, du reste, aborder la question de la responsabilité humaine dans toutes ses parties et je ne m'occuperai que de ce qui est de la médecine légale. Je ne passerai pas non plus en revue la théorie de la responsabilité humaine et vous exposerai seulement ce qui est admis actuellement.

Au début de ce siècle, on a codifié la répression pénale et cette codification est acceptée partout. Il y a là une épreuve qui fait que nous devons ménager nos critiques. La théorie actuelle de la responsabilité humaine repose sur deux conceptions : 1° chacun est responsable de ses actes ; 2° la répression doit être proportionnée au délit et crime. Voilà toute la théorie du Code pénal, théorie parfaitement juste si elle s'applique à un individu entièrement sain, mais seulement dans ce cas. Il ne faut pas croire, du reste, que ceux qui l'ont conçue aient négligé de tenir compte des circonstances dans lesquelles pouvait se trouver le criminel, car trois articles comportent des atténuations à la loi.

L'article 64 porte qu'il n'y a " ni crime, ni délit, lorsque le prévenu

était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister."

L'article 66 dit : " Lorsque l'accusé est âgé de moins de seize ans, s'il est décidé qu'il a agi sans discernement, il sera acquitté, et selon circonstances..., etc."

Enfin quand on a établi l'échelle des peines, on a laissé au juge la faculté de poser les circonstances dans lesquelles le crime avait été commis.

Il y a une quatrième atténuation que le législateur n'avait pas prévue. On demande au juré si l'accusé amené devant lui est coupable ou non coupable. Souvent le jury, alors même qu'il y a aveu, alors que le fait est patent, dit que le crime n'a pas été commis s'il juge le coupable irresponsable. Il m'est arrivé fréquemment de voir dans une affaire d'infanticide la coupable avouer son crime, et cependant le jury disait qu'elle ne l'avait pas commis

Vous voyez donc que, dans l'état actuel de nos lois, il y a une place à faire à l'individu à côté de l'accusé.

La répression, je vous l'ai dit, doit être proportionnée au crime ou au délit. Peut être est-ce là le point le plus faible de la théorie. La répression doit améliorer le coupable et agir sur ceux qui seraient tentés de l'imiter. Ce but est-il atteint ? A la police correctionnelle, à l'audience des flagrants délits, il est fréquent de voir des individus qui ont six, dix, quinze condamnations. J'en ai vu un âgé de 25 ans qui avait déjà quarante condamnations à son actif et on peut vraiment se demander si la prison avait diminué ses dispositions au crime. Les statistiques sont très mauvaises, partout l'on se plaint du nombre croissant des récidivistes. Leur nombre atteint communément 45, 50 p. 100 de celui des accusés, et il y a des pays où l'on compte 70 récidivistes contre 30 accusés n'ayant pas encore passé devant la justice.

On peut se demander si les conditions dans lesquelles vit le prisonnier ne sont pas pour quelque chose dans les récidives, et il est évident que l'on doit tenter d'améliorer quelques situations, surtout celle des détenus très jeunes. Nous n'avons malheureusement pas le temps de nous occuper aujourd'hui de cette question.

Des deux buts de la répression : améliorer l'individu, améliorer les témoins, le deuxième est aussi manqué que le premier. C'est à peine si la justice ose exécuter publiquement les condamnés à mort. Un certain public prend plaisir à ce spectacle odieux, et ceux qui ont assisté à une exécution vous diront les orgies nocturnes qui se passent autour de l'échafaud.

Autrefois on y mettait plus de franchise. On conduisait le condamné, escorté de ses juges en grand costume, sur le Champ-de-Mars

et on l'exécutait publiquement. Aujourd'hui, il n'y a plus qu'une demi-publicité et l'on pense à exécuter à huis clos dans la prison.

Vous voyez donc que, même en dehors de toute intervention médicale, la théorie de la responsabilité prête à certaines critiques.

Un deuxième point s'est trouvé mis en lumière quand on s'est, pour la première fois, trouvé aux prises avec le mot démence. Jusqu'en 1824, les aliénistes avaient bien dit que l'on exécutait des malades, mais leurs protestations étaient restées sans écho. A cette époque survint une affaire bien connue. Un individu appelé Papavoine se promenait dans le bois de Vincennes, à côté d'une mère accompagnée de ses deux enfants ; il se jeta sur ces derniers et les tua. Auparavant il n'avait jamais vu cette famille. L'avocat du criminel plaida l'irresponsabilité, et cependant l'exécution a eu lieu. Actuellement, nous savons que Papavoine était épileptique, qu'il a eu une impulsion irrésistible, qu'il n'était pas responsable.

C'est Esquirol à qui on doit la campagne en faveur des médecins légistes ; même aujourd'hui, bien que les aliénistes aient fait connaître à tous ce que c'est que l'aliénation mentale, on se heurte encore à cette conception de l'aliéné qui est celle du Théâtre-Français, c'est-à-dire un homme déraisonnant sur tout, n'ayant pas une seule idée raisonnable. Beaucoup admettent encore la définition de l'aliéné qu'avait donnée Maine de Biran : " Un homme qui ne peut exercer aucune des facultés de son cerveau et qui a complètement perdu l'intelligence, la volonté et la mémoire. " Un malade qui a conservé une de ses facultés ne serait pas un aliéné. Cette conception de l'aliéné, qui suppose que l'on perd sa raison comme son porte monnaie, c'est-à-dire toute à la fois, est encore actuellement trop souvent admise. Royer-Collard, qui m'a précédé dans cette chaire, le disait déjà. " La raison n'est pas perdue dans l'aliénation d'une manière complète, et l'aliéné peut exercer des actes qui nécessitent l'intervention des facultés intellectuelles. " Personne, vous le savez tous maintenant, ne sait combiner comme un aliéné, qui peut, de plus, dissimuler dans la perfection.

Il y a donc deux doctrines opposées : la première est celle de la responsabilité absolue, défendue par des auteurs éminents, professée par M. Guillot, juge d'instruction et grand criminaliste, qui a écrit en parlant de Papavoine : " Un aliéniste peut gémir sur sa condamnation ; pour moi, elle me laisse absolument froid. " L'autre doctrine, que nous défendons est celle-ci : Parmi les criminels, il y a un grand nombre de malades et il faut tenir compte de leur état pathologique dans la répression. Mais comme il faut préserver la société, nous demandons que, quand la volonté a disparu, l'accusé soit traité comme malade et enfermé comme tel dans un asile.

Or, Messieurs, les conséquences de la doctrine de la responsabilité que je vous ai exposée sont très différentes. Actuellement, on demande aux médecins d'examiner l'état mental de l'accusé et de dire s'il est responsable. Votre réponse sera variable suivant les cas. Ou bien vous direz : l'accusé sain d'esprit est responsable, et il sera condamné ; ou bien vous le déclarerez complètement aliéné et malade, et il sera placé dans un asile. Dans d'autres cas, vous admettrez qu'il est épileptique, qu'il a agi sous l'influence d'une impulsion ; ou, enfin, vous ne le considèrerez pas comme aliéné, mais ferez valoir qu'il existe dans ses antécédents des faits qui témoignent qu'il n'est pas maître de lui. Dans ce dernier cas, le jury acquittera presque toujours, parce qu'il pense, comme Maine de Biran, qu'on est aliéné ou qu'on ne l'est pas, et qu'il n'accepte pas une demi-aliénation, une demi-responsabilité. Les jurés, en ce moment, arrivent à se méfier de tout le monde et considèrent que le médecin légiste a toujours une tendance à déclarer que le coupable est un malade.

L'accusé, acquitté par suite d'une faible responsabilité, que devient-il ? Juste le contraire de ce qu'il deviendrait si nous étions chargés de nous occuper de lui. Cet individu, malade reconnu, est lâché, et, par conséquent, sera aussi dangereux qu'avant sa première arrestation et pourra recommencer le même acte délictueux. Dans ce cas, on rendra le médecin légiste responsable de ses nouveaux méfaits. Quelquefois, cependant, on met le malade dans un asile ; mais, après trois ou quatre mois, comme sa vie est changée, il devient calme, le directeur le trouve sain d'esprit et l'autorité administrative le relâche. Ce ne sont pourtant pas les aliénistes qui ont inventé le mot accès, et il y a des crises de folies, des accès d'aliénation qui sont séparés par des périodes de calme et de rémission. L'accès de goutte guérit, c'est vrai, mais il présage un autre accès pour plus tard ; il en est de même pour la folie à accès. Dans l'immense majorité des cas, quand l'aliéné, calmé, est sorti de l'asile, il se retrouve au milieu de ses excitations habituelles et recommence à commettre des actions criminelles. Certains exemples sont frappants, et je pense vous rapporter à ce propos un événement qui s'est passé il y a quelques mois sur le boulevard des Italiens.

Un homme regardé comme guéri, sortait d'une maison de santé où il avait été enfermé pour avoir commis un meurtre dans l'état d'alcoolisme. Aussitôt lâché, il s'était rendu dans un restaurant, avait déjeuné copieusement et bu du champagne ; aussi, son déjeuner fini, il sortait sur le boulevard, il tira des coups de revolver au milieu des personnes qui attendaient l'omnibus de Clichy-Odéon. Il fut remis dans un asile ; mais comme il en est sorti maintenant, je vous engage vivement à

ne pas vous trouver à sa portée la première fois qu'il sera sur le boulevard après avoir bu une bouteille de champagne.

Cette situation est très grave et on dit, dans ce cas, que c'est la faute du médecin légiste. Loin de là, c'est la faute de la loi, dans laquelle il y a une lacune. On croyait au moment où on l'a rédigée, que, pour me servir d'une comparaison que j'ai déjà employée, on perdait sa raison comme son porte-monnaie ; rien n'est plus faux et il y a tous les intermédiaires entre la raison et la démence. Pour les gens qu'on acquitte, dans les conditions que je viens de vous citer, il faut des asiles de fous criminels. En Angleterre, un asile de ce genre existe depuis qu'un a été acquitté après avoir tiré sur le souverain. Il est vrai que Sa Gracieuse Majesté a le droit d'autoriser la mise en liberté du fou, mais elle use fort rarement de sa prérogative. Il faudrait, en France, obtenir cette réforme, et, du reste, le Sénat l'a votée il y a quelques années. Il est à espérer qu'elle passera dans la loi après avoir été soumise à l'étude de la Chambre, car, en ce moment, il y a des aliénés qui circulent librement et qui sont fort dangereux. Pour eux, la récidive s'impose.

Il y a encore un point, messieurs, sur lequel je dois attirer votre attention. Nous disons, sur la demande d'un juge d'instruction, que l'individu n'est pas sain d'esprit, n'est pas responsable. Il est enfermé et, au bout de quelque temps, le directeur de l'asile déclare qu'il ne peut pas le garder, car il ne présente pas de symptômes d'aliénation. Quand nous donnons un de ces certificats dans lesquels nous déclarons que l'aliéné n'est pas responsable, c'est comme si nous délivrions une sorte de brevet d'impunité. Il y a quelques années, un médecin eut à examiner un clerc d'huissier qui avait volé son patron. Comme l'accusé avait eu autrefois quelques troubles épileptiques, le médecin le déclara irresponsable. Depuis ce moment, cet homme va de département en département, se place toujours comme clerc d'huissier, puis, après quelque temps, se sauve en emportant une somme d'argent quelconque. Il est alors arrêté et montre son certificat. Presque toujours le juge d'instruction écrit à Paris et demande copie du rapport délivré au moment de la première affaire. Le coupable s'en tire avec quelques mois de prison et recommence dans un département voisin. Dans ces cas, messieurs, vous vous trouvez dans une sorte d'impasse, car l'aliéné, malade au moment où vous l'examinez, peut redevenir sain par la suite et être responsable de ses actes.

Je veux vous dire encore un mot de la responsabilité comme la conçoivent Lombroso et l'école italienne. Bien des philosophes ont parlé de la responsabilité en travaillant dans le silence du cabinet. Ce qu'ils ont trouvé de plus vrai, c'est leur *nosce teipsum*. Ils ont toujours

trouvé un moi intérieur qui distingue nettement le bien et le mal ; ils l'ont appelé la conscience, et, pour eux, cette conscience est le fondement de la responsabilité. Quand on fait de la médecine légale et qu'on a été imbu de cette doctrine, c'est avec un grand étonnement que l'on voit, par exemple, le fait suivant : Un homme de 40 à 50 ans, estimé, honnête, se fait arrêter dans une pissotière se livrant à des actes lubriques avec un voyou ; ou bien une femme riche, rentée, est arrêtée dans un grand magasin, volant des objets sans valeur. Que devient ici le moi ? Que devient la conscience ? Nous connaissons tous des gens qui sont parfaits dans leurs relations extérieures et qui, cependant, ont une morale privée déplorable. D'autres, au contraire, ont une vie extérieure médiocre, sont regardés comme suspects d'indélicatesse, quelquefois même comme voleurs, et vivent très correctement dans leur famille.

Il peut donc y avoir une dissociation entre les phénomènes de la vie intellectuelle et ceux de la vie extérieure. Ceci n'a rien de surprenant, car cette distinction est faite par le pédagogue qui donne une note pour l'attention, une note pour la conduite.

Quand on veut voir comment se développe la vie intellectuelle, on prend généralement comme type l'enfant. Étudions chez lui la dissociation dont je viens de parler. Les enfants sont sans pitié, dit-on. Il est certain que beaucoup d'enfants n'ont pas de pitié pour les animaux, qu'ils sont volontiers cruels pour l'animal qu'ils n'ont jamais caressé. Par contre, ils ont la plus vive affection pour le chien ou le chat avec lequel ils ont l'habitude de vivre et auquel ils font sans cesse attention.

Il y a une chose qui existe très vite dans l'esprit de l'enfant, c'est le sentiment du juste et de l'injuste. Quand, au collège, un enfant a, comme cela se voit quelquefois, copié sa composition sur celle de son camarade et que ce dernier est classé en tête, tandis que lui est mis à la queue, son cœur se révolte contre l'injustice, qu'il estime être une mauvaise action. Ce sentiment pourtant n'est pas général, et les enfants l'ont plus ou moins développé. En effet, chez le même enfant, certaines facultés deviennent prépondérantes, tandis que d'autres sont loin de se développer d'une façon correspondante. Un petit garçon, de 15 à 16 ans, avait tué sa tante à coups de rouleau de pâtissier pour lui prendre sa montre. Il était cependant très intelligent, toujours le premier dans sa classe, mais, chez lui, le sentiment du bien et du mal n'existait pas. Pour faire comprendre cette inégalité des facultés, La-sègue donnait l'exemple suivant : dans une classe d'adolescents au collège, il y a des jeunes gens qui sont toujours les premiers, tandis que d'autres sont des cancre. Si l'on emmène les uns et les autres dans un salon, bien souvent ceux qui sont à la tête de leurs camarades tâche-

ront d'aller jouer aux billes avec des enfants, tandis que les autres seront élégants et chercheront à plaire aux femmes et aux jeunes filles. Cette distinction existe aussi chez l'adulte, car certains grands de la terre ont une vie privée bien singulière, tout en étant cependant fort intelligents. Il y a donc lieu de faire la distinction entre la valeur intellectuelle et la moralité, et il ne faut pas conclure de l'intelligence d'un inculpé à sa responsabilité morale. A 20 ans j'étais fort indulgent pour des choses que je ne me pardonnerais pas maintenant que j'ai 53 ans.

Dans une pièce moderne on trouve, dans la liste des acteurs, cette indication bizarre : *Un vieux débauché—30 ans*. Il est évident que c'est la une phrase d'adolescent ; mais le côté sérieux de tout ceci, c'est que la responsabilité morale ne se développe pas en même temps que l'intelligence et augmente avec l'âge.

---

## REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX.

---

### Convulsions Infantiles.

Un correspondant du "British Medical Journal" écrit : Pour un enfant âgé de quelques mois, je commence par un centième de grain de nitrate de pilocarpine, trois fois par jour et j'augmente graduellement jusqu'à un douzième de grain ; pour un enfant d'un an, j'emploie fréquemment cette dernière dose. Je ne l'emploie pas en injection sous cutanée, je ne crois pas que la méthode hypodermique soit recommandable dans le traitement des maladies de l'enfance.—La voie rectale devrait être employée plus souvent dans la thérapeutique infantile.—*Albany Medical Annals*.

### Action du Salicylate de Soude sur l'Utérus.

M. le Dr. Wacker a publié dernièrement une série de cas dans lesquels le salicylate de soude avait été donné à des femmes, soit dans le rhumatisme, soit dans des métrorrhagies ou des dysménorrhées. Il l'administra à deux femmes enceintes, dont l'une était parvenue au deuxième et l'autre au quatrième mois de grossesse. Une dose quotidienne de 45 grains amena un avortement chez chacune d'elles. Chez six accouchées l'administration du salicylate de soude occasionna une métrorrhagie et augmenta l'écoulement des lochies ; dans un cas, il y eut production d'une hémorrhagie fatale qui survint le cinquième jour après l'accouchement. Dans cinq autres cas, le salicylate de soude administré pendant ou peu après le flux menstruel pour cal-

mer la dysménorrhée, produit un retour des règles, sans soulager les souffrances. Néanmoins dix-neuf fois, sur trente-trois cas de dysménorrhée, l'auteur a obtenu des résultats favorables de l'emploi de ce médicament. L'action abortive du salicylate de soude semble incontestable et l'auteur l'attribue à la grande congestion de l'utérus qu'il occasionne.—*Therapeutic Gazette.*

### Traitement du Coryza.

Le Dr. S. Wilson Hope (*British Med. Journ.*) dit que 20 grains d'acide salicylique dans une dose ordinaire de liqueur d'acétate d'ammoniaque, trois ou quatre fois par jour, maîtriseront tellement un coryza que le larmolement et la douleur dans les yeux disparaissent en quelques heures; l'éternuement et l'écoulement du nez diminuent et disparaissent en quelques jours. Avec ce traitement il est rare que le coryza se termine par une bronchite.

### Antipyrine dans le travail de l'accouchement.

Le professeur Paolo Nigri, directeur de la Clinique Obstétricale de Venise, dit: 1° que l'antipyrine dans l'accouchement n'a jamais produit de mauvais résultats; 2° que dans la majorité des cas il était d'une grande utilité, tellement que dans sa clinique, l'antipyrine est employée à l'exclusion de toute autre drogue, pour soulager les douleurs causées par les contractions utérines.—*Albany Medical Annals.*

### Empoisonnement par l'acide carbonique.

Le savon ordinaire donné aussitôt que possible et continué aussi longtemps qu'il y a des symptômes toxiques, est un antidote efficace.

### Asthme.

Rien, d'après mon expérience, n'égale le nitrite de sodium à la dose de trois à cinq grains répétés fréquemment. Quant à la jusquiame dans cette affection, je trouve que les doses ordinaires donnent peu de résultats. Si l'on veut prescrire ce médicament en une seule dose, il faut donner deux drachmes, si l'on veut répéter les doses souvent, l'on ne doit pas donner moins d'un drachme chaque fois. Non-seulement la jusquiame a un effet antispasmodique très prononcé, mais encore elle tranquillise l'esprit. Donnée seule dans l'asthme, elle ne diminuera pas le spasme, mais lorsqu'on le combine avec le nitrite de sodium, l'amélioration du patient est très marquée, quelque fois merveilleuse.—Dr. Pearse dans le *Lancet*, *Alb. Med. Ann.*

### Calculs Biliaires.

Le succinate de fer est recommandé dans les calculs biliaires à dose d'une cuillerée à thé trois fois par jour; on doit le continuer pendant des mois.—*Alb. Med. Ann.*

### **Moyen de couper brusquement les quintes de la coqueluche**

Sur ses deux enfants atteints de coqueluche, Nægeli a réussi, plus de 500 fois, à arrêter net les quintes, en attirant en avant et en bas la mâchoire inférieure des petits malades, par l'un des procédés variés qu'il indique dans son travail. Il ne s'agit pas là d'une médication psychique, car la manœuvre a le même succès pendant le sommeil.

Les parents peuvent la pratiquer eux-mêmes, car elle est simple, indolore, nullement gênante et complètement inoffensive. On s'en abstient seulement quand le malade a des aliments dans la bouche.

La suppression régulières des quintes a une influence favorable sur la marche et la guérison de la coqueluche ; en prévenant l'apparition de complications, elle restreint considérablement la mortalité de l'affection.

Nægeli a également reconnu que par le même procédé on abrège souvent, d'une façon notable, la toux quinteuse d'une autre origine (*Revue des sciences méd.*, 15 janvier 1890).

### **Action somnifère du bandage de corps humide.**

On connaît depuis longtemps l'effet calmant sédatif et somnifère des bains tièdes prolongés.

Alldorfer a imaginé un nouveau moyen qui met à la portée de tous les patients les effets sédatifs d'un bain tiède.

Il consiste à envelopper la région lombaire et le ventre avec des linges trempés dans l'eau tiède ; on recouvre ensuite ces linges par une toile imperméable s'opposant à l'évaporation. Enfin, sur le tout, on applique une pièce de flanelle destinée à tenir ce bandage de corps et à prévenir toute déperdition de chaleur.

Le procédé est d'une exécution facile, et son auteur assure qu'il a obtenu des résultats surprenants avec ce simple moyen dans le traitement des insomnies. (*Arch. méd. belges*, oct. 1889.)

### **Le régime des diabétiques à Tubingen.**

L'ordinaire de la clinique spéciale comprend :

Pre. mi. er déjeuner : café noir, six œufs, beurre. Dans la matinée : jambon, tête de veau à la vinaigrette, demi litre de vin. A midi : bouillon avec un œuf, rôti et légumes ; dans le cours de l'après midi, café noir avec viande froide ; le soir, bouillon, rôti, salade verte. (*Le Praticien*, 20 janvier 1890).—*Journal de médecine de Paris*.

### **Effets du chlorhydrate de cocaïne sur l'oreille.**

Le Dr Kiesselbach a employé la cocaïne contre les bourdonnements d'oreilles. Il fait dans la trompe une injection tiède de 5 à 10 gouttes de chlorhydrate de cocaïne au titre de 2 à 10 pour cent. Ces injections sont

espacées à trois ou cinq jours d'intervalle. Les premières injections s'accompagnent parfois de vertiges, de vomissements survenant au bout d'une demi-heure environ et pendant un jour ou deux, d'augmentation des bourdonnements. Dans les cas récents les bruits normaux cessent très vite, parfois même après une seule injection. Dans les cas anciens, ils sont plus tenaces; la médication est même restée tout à fait sans résultat dans plusieurs cas de vieilles scléroses et dans un cas de syphilis. Mais ordinairement on a tout au moins une grande atténuation des bourdonnements, plus rarement une disparition complète du vertige. Théoriquement ces effets de la cocaïne peuvent s'expliquer par la dépression qu'elle amène dans la tension artérielle.

*Annales des Maladies de l'Oreille, etc.*

### Traitement de la blennorrhagie chronique.

M. le docteur LEBEL emploie, à l'hôpital militaire central de Jassy (Roumanie), un nouveau traitement de la blennorrhagie chronique. Il introduit dans l'urèthre malade une sonde dure en gomme; puis il applique des tours de bandes autour de la verge, de manière à comprimer la muqueuse de l'urèthre contre les parois rigides de la sonde. Cette manœuvre est répétée tous les jours et dure en moyenne deux heures environ.

M. Lebel a traité ainsi 20 uréthrites chroniques blennorrhagiques, dont 18 guérirent radicalement dans l'espace de deux à seize jours, et dont deux encore en traitement. L'auteur considère cette méthode comme excellente, parce qu'elle permet de renoncer aux injections d'une utilité plus ou moins douteuse, et parce qu'en détruisant les granulations de la muqueuse, elle constitue un véritable traitement prophylactique des rétrécissements de l'urèthre.—*La Tribune Médicale.*

---

### MARIAGE.

A Montréal, le 15 avril 1890, M. le Dr J. N. Picotte de cette ville, conduisait à l'autel Mademoiselle Marie Clorinde Thais Lebel. La bénédiction nuptiale fut donnée dans la chapelle de l'Archevêché, par le Révérend M. A. Lebel, curé de Ham-Sud, frère de la mariée.

---

### NECROLOGIE

Le docteur Ulysse Trélat, vient de mourir. Il était né à Paris, le 13 août 1828; reçu docteur en 1854, agrégé en 1857, avec une thèse très remarquable sur la *Nécrose par le phosphore*, question alors peu étudiée et dans laquelle il fit le premier la lumière, il fut attaché successivement

à la Maternité et à l'hôpital Saint-Antoine, en 1864, à la Pitié en 1868, et, enfin, à l'hôpital de la Charité, 1872. Nommé professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Paris, le 24 juin 1872, il fut élu membre de l'Académie de médecine le 29 janvier 1874.

Le professeur Trélat laisse un bagage scientifique d'une valeur durable. Outre de nombreux mémoires sur toutes les questions chirurgicales à l'ordre du jour, on cite de lui des travaux originaux de la dernière importance.

Tout récemment encore il prenait une part importante aux débats de l'Académie de médecine de Paris sur la prophylaxie de la tuberculose. C'était un opérateur habile et hardi, un professeur éminent et surtout un vulgarisateur de premier ordre.

Il était un des fils du docteur Trélat, le médecin de la Salpêtrière, qui fut ministre des travaux publics, en 1848, et opéra en chirurgien et alieniste les Ateliers nationaux.—*La Clinique.*

## BULLETIN.

### **Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.**

Les messieurs dont les noms suivent, ont obtenu le titre de M. B.

Bergevin L.	Gauthier W.
Bourbonnais E.	Gervais R.
Bel'erosé A. H.	Ladouceur D.
Bédard U. A.	Lefils F.
Beaudoin J. A.	Lapointe C.
Charbonneau Ant.	Larose A.
Charbonneau L.	Lecompte J. L.
Chouinard J. B.	Morin W.
Coutu H.	Picard H.
Cayley H.	Perrault J. N.
Désilets S.	Paiement A. G.
Desjardins F. X.	Sylvestre F. X.
Daigle A.	St Germain L.
Forest A. C.	Taudeau L. J.
Forget U.	Taillefer Arth.
Gradbois J.	Warren F. L.
Gagnon J. E.	

Les messieurs suivants ont obtenu le titre de M. D.

Archambault A.	Landry Elie.
Baribault A.	Larose A.

Berthiaume Denis.	Lasalle Théo.
Biron J. H. R.	Lavallée A. M.
Blackburn N.	Lavoie F. J.
Brady Chas.	Legault W.
Campeau H.	Lemaire Clas.
Cayley H.	Lussier P.
Chandonnet A.	Marchildon J. P.
Coutu H.	Magnan J. A.
Cypihot L. N.	Marien P. J. A.
Daignault Os.	Masson L. J. G.
Dandurand J. J.	McGill P. G.
Desrosiers C.	Molleur J. C.
Dumont E.	Molleur L. F.
Faribault G.	Paicment A. G.
Forest M.	Piette A.
Forget U.	Poitras J. O.
Gagnon C.	Robillard L.
Gagnier P.	Roch E.
Girard Chas.	Roy Hector.
Huet E. J.	St Germain L.
Jasmin Tel.	Sylvestre F. X.
Laforce E.	Tremblay G. N.
Lafrenière A.	Savignac A.
Lanciaux H.	Taillefer Arth.
Larin G. E.	

### Université Laval, Montréal.

FACULTÉ DE MÉDECINE.—Les épreuves pour le doctorat en médecine (2e et 4e de doctorat) ont eu lieu les 29 et 31 mars. Les questions suivantes ont fait le sujet de l'épreuve écrite :

*1<sup>ère</sup> de doctorat* : Rétrécissement de l'urèthre.—Péritonite diffuse aiguë.—De la mort subite.—Otite purulente aiguë.

*2<sup>ème</sup> de doctorat* : Action nerveuse réflexe.—Appareil de Marsh ; ses réactions.—Artères du membre inférieur.

Les candidats dont les noms suivent ont subi avec succès les différentes épreuves :

*1<sup>er</sup> de doctorat*—MM. D. S. Bélanger, C. Bernier, J. C. Bernard, J. S. Boisjoli, A. Daoust, R. Dazé, A. Duquette, J. A. Gauthier, U. Jarry, E. Lamoureux, D. Landry, E. Landry, E. Larue, J. Laviolette, C. Leblanc, H. Lesage, F. X. de Martigny, J. S. Martel, S. J. McNally, O. Milot, L. Montpetit, F. Montpetit, J. Ouimet, F. X. Renaud, J. E. Rivard, J. Samt-Onge.

2e de doctorat—(Bacheliers en médecine) : MM. R. Beaudry, E. P. Benoit, J. A. Brien, D. Crevier, A. Ethier, H. Gaboury, R. Hébert, R. C. Laurier, A. McCoy, F. Sylvestre.

3e de doctorat.—MM. N. L. Auger, H. A. Bellemare, J. A. Charest, C. Daunais, S. Derome, F. Dion, A. Dussault, U. J. Lalonde, S. McDuff.

4e de doctorat—(Docteurs en médecine).—MM. O. A. Bissonnette, J. R. Boulet, A. J. L. O. Brodeur, J. E. P. Chagnon, R. Chevrier, J. Doiron, H. M. Duhamel, H. Fortier, E. N. Fugère, J. C. Gariépy, L. de L. Harwood, G. L. Smith, N. Leduc, L. E. Leriche, G. E. Lesage, A. L. de Martigny, O. Mercier, J. E. Poutré, H. H. Préfontaine, J. W. Rourke, N. Sasseville, J. V. Thuot, J. E. Vanasse.

## BIBLIOGRAPHIE.

TRÉPANATION POUR HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.—Série de trépanations pour accidents divers : vertiges, épilepsie vraie et symptomatique, par le Dr Just Lucas-Championnière, Chirurgien de l'Hôpital St Louis.—A. Cocoz, libraire, éditeur, 14 rue de l'Ancienne Comédie à Paris.

\* \* \*

ABDOMINAL TUMORS.—A clinical lecture delivered at the Philadelphia Hospital, by John H. Musser, M. D. assistant professor of Clinical Medicine, University of Pennsylvania, Physician to the Philadelphia Hospital.—Reprinted from the "University Medical Magazine."

\* \* \*

ATLAS MANUEL D'ANATOMIE DESCRIPTIVE DU CORPS HUMAIN par le Dr A. Prodhomme : Paris 1890, 1 vol. in-12, contenant 135 planches, dessinées et gravées par l'auteur avec texte explicatif en regard, cartonné 10 francs.—J. B. Baillièrre, éditeur.

Nous avons examiné ce volume. Sous un petit format, il contient des planches que l'on ne retrouve que dans des atlas beaucoup plus considérables et d'un prix plus élevé. Nous n'avons aucun doute que ce livre, dont les planches sont bien faites et le texte explicatif très suffisant, sera d'une grande utilité à l'élève, surtout à la salle de dissection.

\* \* \*

ETUDE DE CLINIQUE INFANTILE par le Dr Sevestre Médecin de l'Hospice des Enfants assistés, Paris. (Syphilis héréditaire, laryngite syphilitique, bronche-peumonie par infection inécolinale, prophylasie de la rougeole et de la diphthérie à l'Hospice des Enfants Malades.) Volume in-80 de 143 pages avec figures dans le texte.—Prix...3 frs.

*Publications du Progrès Médical.*—14 rue des Carmes, Paris.