

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

- | | | | |
|--------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Coloured covers /
Couverture de couleur | <input type="checkbox"/> | Coloured pages / Pages de couleur |
| <input type="checkbox"/> | Covers damaged /
Couverture endommagée | <input type="checkbox"/> | Pages damaged / Pages endommagées |
| <input type="checkbox"/> | Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée | <input type="checkbox"/> | Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées |
| <input type="checkbox"/> | Cover title missing /
Le titre de couverture manque | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur | <input type="checkbox"/> | Pages detached / Pages détachées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire) | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence |
| <input type="checkbox"/> | Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression |
| <input type="checkbox"/> | Bound with other material /
Relié avec d'autres documents | <input type="checkbox"/> | Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire |
| <input type="checkbox"/> | Only edition available /
Seule édition disponible | <input type="checkbox"/> | 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. |
| <input type="checkbox"/> | 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. | | |
| <input type="checkbox"/> | Additional comments /
Commentaires supplémentaires: | | |

1253
5'

La Revue Médicale DU CANADA.

666

LA REVUE MÉDICALE DU CANADA

La seule revue médicale hebdomadaire de langue française en Amérique.

Paraissant le mercredi.

Année 1903-04

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

AUMONT, J. M.; BENOIT, E. P.; BOLDUC, S.; BOURDON, A.; BRENNAN, M. T.; CHEVRIER, R.;
De MARTIGNY, ADELSTAN; De MARTIGNY, F. X.; DEROME, Wm. Jas.; DONOGHUE,
FRS. D.; ETHIER, A.; FOURNIER, N.; GAUDREAU, S.; KENT, G. H.; LACHAPPELLE, E. P.;
LASNIER, H.; LAURENDEAU, A.; LESPERENCE, JOS.; LIONAIS, H.; MARMO-
REK, A.; MONOD, FERNAND; PREVOST, COYTEUX; PRUME, J. J.; RHEAUME,
Z.; ROY, J. N.; SMITH, A. LAPHORN; TOURIGNY, O.; VERSAILLES, JOS.;
WYBAUW, R.

VOLUME SEPTIEME

MONTREAL

Imprimerie de La REVUE MEDICALE

62 — rue St.-Jacques — 62

1904

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII,

MERCREDI, 1er JUILLET, 1903.

No. I

Travaux Originaux

UNE DES CAUSES DE L'INSALUBRITÉ DE NOS MAISONS.

par M. T. Brennan, M. D.

Ancien professeur d'hygiène scolaire à l'école Normale Jacques-Cartier, etc.

Depuis bien des années, je suis pénétré de la pensée, bien connue d'ailleurs, que l'une des grandes causes de l'insalubrité des maisons que nous habitons vient du sous-sol,—des fondations. Je suis convaincu que dans l'étude et l'amélioration des fondements nous trouverons un prophylactique à bien des mauvaises conditions hygiéniques de nos habitations et à bien des maladies. Dans cette courte esquisse je désire attirer l'attention des hygiénistes, des médecins, des constructeurs, des architectes plus particulièrement sur ce point qui me semble si négligé. Je ne suis qu'un simple médecin, mais je me suis souvent trouvé aux prises avec cette question difficile. Je donne dans cette humble travail, je ne dirai pas du nouveau; mais tout en rappelant les bonnes choses des autres j'y mêle un peu du fruit de mon expérience personnelle. Nos idées sont-elles mauvaises, nos théories fausses, nos tentatives vers l'amélioration irréalisables, alors je serais heureux que des hommes compétents et éclairés me le dise, et qu'eux par leurs lumières et leurs études, fassent mieux que je n'ai fait et ne pourrais faire: c'est-à-dire mettent cette importante question au clair et fournissent les moyens de réaliser—en ce qui regarde le point que je considère—une habitation saine. Il ne s'agirait pas de théoriser ici, mais d'arriver à créer une manière de faire pratique, efficace, qui serait reconnue par tous et mis en usage forcément par tous. Je ne

toucherai qu'à quelques points. Nous savons que la grande chose à éviter dans une habitation, c'est la présence de l'humidité. Nous savons aussi que cette humidité vient presque en totalité, du sous-sol, de la cave. Je n'ai nullement l'intention de parler des conséquences fâcheuses que subissent les habitants d'une maison humide: je dis que pour tout le monde l'humidité est un danger, pour quelques uns c'est de longues maladies, de pénibles souffrances, pour d'autres, c'est la mort. Ceci suffit pour émettre les deux principes suivants:—1 Qu'il faut employer tous les moyens que l'étude, la pratique et la science peuvent fournir afin d'arriver à construire des maisons exemptes d'humidité; 2. Qu'il est du devoir du médecin de rechercher attentivement dans l'intérêt de ses patients, les habitations humides et de ne pas hésiter à les condamner et à encourager ses clients à ne pas y demeurer. Ce moyen pousserait les propriétaires à mieux construire.

Si, par bonheur, on arrivait à créer un règlement, basé sur des principes hygiéniques effectifs, la loi devrait être des plus sévères; exiger qu'aucun édifice ne soit construit sans que la partie qui concerne les fondations ait été soigneusement considérée, et punir sévèrement tout ceux qui commettraient une infraction.

A ce sujet je pourrais faire les remarques, que j'ai souvent faites dans mes cours—et je ne suis pas le seul bien entendu à constater cette anomalie, ce danger; c'est que beaucoup de constructeur, de plombiers, etc., n'ont aucunement les connaissances requises pour la construction des habitations. C'est déplorable à tous les points de vue, mais surtout parceque ces ouvriers, ces entrepreneurs ignorants trouvent leur emploi la plupart du temps dans les quartiers habités par des gens qui n'ont que peu ou pas de notions d'hygiène, où l'encombrement règne,

et où la maladie trouve des foyers continuels d'éclosion, justement là où il faudrait plus de soins hygiéniques dans les bâtiments.

Aucun individu ne devrait avoir le droit d'être entrepreneur-constructeur, s'il n'a fourni aux autorités des preuves qu'il possède les connaissances nécessaires pour mener à bonne fin, au point de vue hygiénique, la besogne qu'on lui confie.

Ces hommes selon moi devraient passer un examen sérieux, être diplômés et pourvus d'une licence—tellement je trouve cette question vitale. Ceux qui bâtissent ne devraient pas être laissés libres en ce qui regarde les exigences de l'hygiène. Je sais bien qu'il y a un inspecteur des édifices, que le bureau d'hygiène exerce un con-

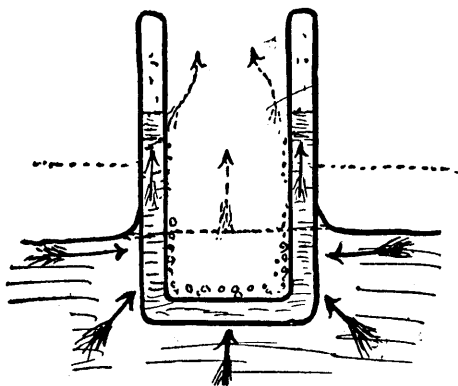


Figure 1.—Le vase poreux, plongé dans le liquide. Les flèches noires indiquent les mouvements de l'eau, les flèches pointillées, ceux de l'air.

trole sur les plans, etc. Mais tout n'est pas là. Tout réside, après l'apposition du sceau du permis de bâtir, dans les détails de la construction et c'est là qu'il faut que l'entrepreneur fasse preuves journalièrement de ses connaissances. Lorsqu'il y a un architecte, nécessairement, il doit y avoir plus la plupart du temps, de surveillance scientifique. Mais combien de maisons sont construites sans la surveillance de cet homme? Je demande, pardon, de cette digression et je me dépêche de la laisser, sans quoi je serais tenté d'entamer le sujet des écoles de métiers pour les ouvriers et cela pourrait m'entraîner loin. J'aurais aimé à y toucher quand même ce n'aurait été que pour féliciter ceux qui travaillent si courageusement à instruire notre population dans cette voie.

Mais revenons à notre humidité—à nos fondations.

Pour faire bien saisir à mes élèves le principe de la pénétration de l'humidité dans une maison, j'avais coutume de comparer celle-ci un peu à un vase poreux plongé dans un liquide. D'abord le liquide extérieur tend à pénétrer dans le vase et à s'élever à la même hauteur qu'à l'extérieur, en vertu du principe des vases communicants: puis intervient un agent, qui, pour moi, joue le plus grand rôle dans cette question, c'est la capillarité. Le liquide pénètre, imbibé les parois du vase et s'élève bientôt au-dessus de son niveau extérieur. En troisième lieu, si maintenant je réchauffe l'air contenu dans le vase, il se fera un mouvement d'ascension de l'air et il se produira de l'évaporation du côté de la paroi interne du vase; et voilà donc un autre agent qui active puissamment les deux phénomènes déjà mentionnés: la capillarité et l'équilibre dans les vases communicants.

Voilà les trois choses qu'il ne faut pas perdre de vue dans la construction d'une maison, si l'on veut s'opposer efficacement à la pénétration de l'humidité. La maison est plus complexe que le vase poreux, et les moyens à user le deviennent aussi par là-même.

Pour ne pas subir l'effet du principe des vases communicants, il faudrait que toutes les fondations fussent construites au-dessus du niveau de la nappe souterraine superficielle d'eau. Ce n'est pas toujours possible et il faut, la plupart du temps, pénétrer plus ou moins profondément dans la terre infiltrée, pour asseoir les fondements.

Alors survient deux cas: ou l'on s'avise de couvrir la surface de la cave avec une substance imperméable (ciment, béton) ou on laisse la terre nue.

Que se passera-t-il dans les deux cas?

Si la terre est à nue elle restera plus ou moins humide suivant la porosité et suivant la plus ou moins de profondeur à laquelle sa surface se trouve, suivant la plus ou moins grande quantité d'eau qui infiltre la nappe souterraine. Grâce à une bonne ventilation au-dessus d'elle, elle pourra rester relativement sèche; elle pourra même, par temps, se laisser imbiber par l'eau qui s'écoule des murs de la fondation, ou celle-ci pourra séjourner à sa surface. Mais elle rea-

tera toujours sujette à l'action de l'évaporation causée par la chaleur des étages supérieurs, et il y aura donc toujours—à moins de conditions toutes exceptionnelles—l'élevation dans les étages du haut d'un air chargé, souvent surchargé, d'humidité, et, par suite, de miasmes, de germes, d'odeurs. Si, au contraire, l'on enduit ce sol de la cave d'une couche imperméable, qu'arrive-t-il? L'eau ne peut plus pénétrer par le sol, alors la pression augmente sur la surface des murs et ceux-ci sont obligés de recevoir et de laisser passer cette eau. Ces murs tout imprégnés, ne pouvant plus se débarrasser entièrement de cette surcharge liquide par la capillarité et l'évaporation, la diversent sur le plancher imperméable. Là, s'il n'y a pas de bons égoûts ou une ventilation active, et même quand ces agents existent—cette eau séjourne et grossit beaucoup les dangers de l'humidité.

D'où un principe que je crois élémentaire, mais qui cependant est enfreint tous les jours,

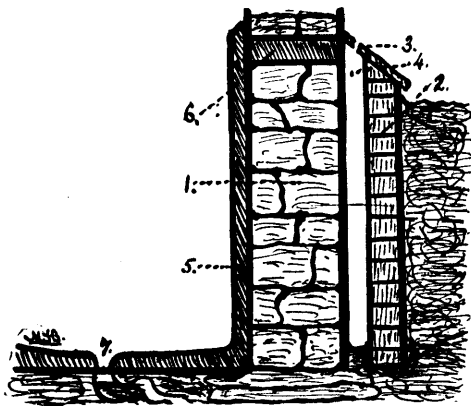


Figure 2.—1. Le mur de pierre des fondements (la bâtisse.) 2. Le mur extérieur de brique. 3. Le grillage perforé qui ferme l'espace de ventilation extérieure. 4. et 5. La couche imperméable interne, s'élevant à la hauteur du rang imperméable. 6. Dans le mur. 7. Plancher imperméable et bouche d'égout.

les exemples ne manquent pas:—jamais de plancher imperméable dans ces cas; mieux vaut la terre nue, et se fier sur le petit secours que fournira la ventilation.

Reste la question des murs des fondements.

Voici à mon sens le vif de la question. C'est par suite de murs défectueux, je crois, que les trois quarts du temps l'humidité règne dans l'habitation. Les murs sont de véritables appareils à succion. Et plus vous chauffez, plus ses

appareils fonctionnent, car vous favorisez l'évaporation à leur surface interne. Ainsi sursaturez-vous l'air de la vapeur d'eau obtenue des murs. Si la température tombe, alors ceux-ci restent encore plus humides.

Le problème qu'il s'agit de résoudre est donc celui-ci: 1. Empêcher l'eau de monter dans les murs, y étant entraînée par capillarité et par évaporation; 2. Empêcher l'eau de séjourner sur le plancher de la cave, de s'y évaporer où même d'y arriver.

La seule méthode efficace serait, je crois, la suivante qui obvie à tous les inconvénients. L'unique question à décider est: Est-elle praticable dans tous les cas et facilement? Je ne le sais trop. Trouvera-t-on une plus simple et une meilleure? Je l'espère.

Pour empêcher l'eau de monter dans les murs par capillarité et aspiration, le meilleur moyen, on le sait, consiste à intercaler dans les fondations au-dessus du sol extérieur, tout autour de celles-là, un rang de briques poreuses, ou mieux d'une substance imperméable.

Le sol de la cave sera couvert de ciment, de béton, dans lequel on ménagera des bouches d'égout, et la surface interne des fondements sera enduite de ciment jusqu'à la hauteur du rang imperméable.

De cette façon on est complètement à l'abri de l'humidité. Cependant, pour toute sécurité, il serait désirable d'entourer toute la fondation d'un mur extérieur de brique situé à trois ou quatre pouces de distance de la surface externe des fondements. Ce mur devra s'élever jusqu'au niveau, ou même un peu au-dessus, du niveau du sol extérieur. Ceci réservera un espace de ventilation et d'assèchement tout autour de la bâtisse; même entre les maisons voisines ce mur et ces espaces devraient exister. Un grillage convenable, avec portes de fermeture, devra protéger cet espace. Voyez la figure ci-dessus:

Dans ces petites remarques, je le répète, je n'ai nullement la prétention d'avoir fait du nouveau. Je n'ai voulu que tenter de mettre le sujet à l'étude. Quel joli résultat, si par les lumières d'hommes compétents en la chose, l'on pouvait arriver à quelque chose de positif pour parer à cette grave défectuosité. Si cette enten-

te se faisait, ce serait, je crois, une des belles conquêtes de l'hygiène moderne, et je serais heureux si mes humbles notes aidaient à travailler en ce sens.

La question de la ventilation comme principe est acceptée : c'est-à-dire qu'il faut que toute cave, tout sous-sol, soit ventilé, bien ventilé. Cela se fait par des fenêtres, soupiraux, tuyaux, communiquant à l'extérieur. Très souvent cette ventilation est défectueuse, ou pour le moins insuffisante, surtout en hiver. Je crois qu'il faudrait que cette manière d'aérer fût secondée, même remplacée, en hiver surtout, par une autre que je suggère. C'est celle de conduire de la cave jusqu'au faite de la maison, par en dedans de la cheminée, un tuyau de ventilation en fer ou en grès. Ce serait peu de frais lors de la construction des cheminées de mettre dans chacune un de ces tuyaux, qui ne gênerait en aucune façon le tirage et serait un énergique moyen d'aération et d'assèchement et d'assainissement des caves.

200, rue Saint-Hubert.

—:o:—

CHRONIQUE MEDICASTRE LEGERE.

Nous sommes au temps de la réforme, et j'en ai une épatante à suggérer au sujet des banquets médicaux surtout—on pourrait, cependant avec avantage, je crois, et je le permets, l'adopter pour d'autres réunions.

Il s'agit du costume des convives, tout simplement. Les médecins modernes devraient revêtir pour les banquets, au moins, un habit spécial distinctif.

Une petite aventure qui m'est arrivée au banquet de la Société Médicale vous prouvera toute l'importance de ma suggestion.

Peu d'instants après mon entrée dans la salle du festin intellectuel, j'aperçois dans l'embrasure d'une fenêtre un joli grand garçon en habit, très bien mis. Je crois reconnaître un jeune médecin qui vient d'avoir ses plumes de docteur. Comme les confrères avec qui je me trouve jaccassent spirituellement, et que leurs drôleries me semblent dérogatoires à la haute dignité de cette dignissime assemblée, je les quitte et je m'approche de mon jeune docteur. Je l'aborde, et le prenant par le bras, je me mets à causer amicalement avec lui :—“Et comment vont les affaires?” “Bien,” me répondit-il.—“Et ça accouche toujours?” “Ah! oui, encore un ce

matin.”—“Tiens, tant mieux; plus il y en a plus ça fait l'affaire du médecin...” “C'est vrai.”—“Accouchement heureux, sans fers?” “Non, pas de fers; tout s'est bien passé; l'enfant était un peu étouffé, mais en lui jetant un peu d'eau froide sur la poitrine, il est vite revenu.” “Très bien, très bien; c'est un excellent moyen de ressusciter ce petit monde-là. Et la mère?...” “Elle a eu une perte, mais on lui a donné une bonne dose d'argot et ça a arrêté.”—“Tiens,” me dis-je en moi-même, comme malgré l'instruction la prononciation reste parfois mauvaise.—“Vous êtes marié,” repris-je? “Tiens, beau dommage, que je le suis, puisque c'est ma femme qui a acheté ce matin.”—“Oh! la! la! c'était votre femme, c'était chez vous. Mes félicitations, mon cher collègue. Il y a longtemps que vous êtes reçu, que vous prati.....?”

Soudain, avant que j'aie pu terminer ma phrase, le volumineux majordome, d'une voix sonore et magistrale, interpelle mon compagnon: “Vite donc, sapré Toine; tonnerre! es-tu venu ici pour flâner? Quand même que t'aurais un gosse de plus depuis ce matin, quèque ça fait! File préparer le potage, cré ié!” Et voilà mon jeune homme, en habit à queue, et à cravate blanche qui détalé à toutes jambes, sans mot dire, vers la cuisine. Je n'ai eu que le temps d'ajuster mes binocles—car je suis un peu myope et enclin à l'orgueil—pour le vois disparaître derrière le buffet. Sic transiit...! C'était un des garçons avec qui j'avais eu l'honneur de causer, aussi “swell” qu'aucun de nous, et sans caractères distinctifs extérieurs. Il était bien ce garçon. Si c'eût été l'âge d'or—l'âge de la vente des brevets bibocodériques, il serait, j'en suis sûr, devenu un esculape. Quel dommage! Il y a eu des tailleurs qui n'ont fait que changer de ciseaux; pourquoi n'y aurait-il pas des garçons de table qui n'auraient qu'à remplacer leurs mets et leurs breuvages gastronomiques par des extraits et des teintures pharmaceutiques? Et dire que notre Collège des Médecins est si difficile, maintenant, qu'il faille un bill privé pour orner la profession de brillants sujets dont l'Université n'a pu comprendre les talents transcendants!

Je suis resté perplexe. Ah! si notre costume avait eu un cachet distinctif, je ne me serais pas emballé avec ce quasi-marmiton.

Cet exemple doit suffire pour vous démontrer l'urgence d'un costume particulier.

Comme c'est chose scientifique, sérieuse, que le banquet médical, pourquoi n'aurions-nous pas dans le choix de l'habit quelque chose de pittoresque, de rayonnant! Ça donne du poids, du crédit. Ne dit-on pas dans l'avocat Patelin:

"Mais sans l'habit, pas de crédit ?" Je ne sais si on adoptera jamais la suggestion d'un vieux radoteur, mais comme je jouirais, comme ce serait beau, ce me semble, voir briller autour de ces tables, où sommeille tant de science, mille-trois ou quatre suffiraient à la rigueur—et une couleur resplendissante! Pourquoi, pourquoi ne pas reléguer aux grands congrès—j'allais dire aux garçons d'hôtel—le traditionnel habit? Pourquoi ne pas recouvrir nos dignes et doctes personnes de quelque chose de chic, nouveau siècle? Nous aurions l'air moins corbeaux, et par conséquent plus corps beaux! La médecine a progressé—l'habit est un vestige stationnaire.

Par exemple, pourquoi ne porterions-nous pas une jolie jaquette, un gentil veston de couleur, en soie, satin ou même en flanelle? Ça, ça serait beau et crâne—par conséquent médical! Comme il serait facile, avec ce costume si charmant, si digne, de faire des distinctions, de créer même des distinctions; ainsi s'éviterait toute possibilité de méprise blessante pour notre dignité professionnelle. Alors avec quel éclat le médecin politicien ne pourrait-il pas se montrer au jour—excusez, à la nuit! Le conservateur en bleu tendre, le libéral en rouge feu, les "viristes" (admis par l'Académie, ce mot, depuis l'épisode Tarte) sous étoffe caméléon—soie moirée, le jaune pénétrant pour les médecins chasseurs de gibier... à cornes! Les professeurs de Laval se fendraient en deux pour la profession: la moitié droite rouge, la moitié gauche noire—aussi, afin que la main droite ne sache pas ce que la gauche fait. Sur cet habit de distinction on pourra pousser la distinction même plus loin: Au devant du cœur, les spécialistes pourraient porter l'emblème de leurs spécialités; le gynécologue y exhiberait un utérus (ce serait une occasion pour cet organe de plaider pitié avec plus de cœur, plus près du cœur de cet exterminateur sans cœur souvent); l'oculiste y pourrait poser son œil, le rhinologiste y mettre son nez; le laryngologiste y ajuster son larynx; le poumoniste y accorcher ses poumons; le chirurgien y planter son bistouri; les "orificiaux" supérieurs y apposer un grand O, avec des dents, les inférieurs, sans dents! Et ainsi de suite ad infinitum.

Les invités et les officiers auraient leurs cachets de distinction.

Un joli bonnet à la Molière ou un fez rouge, portant un blason approprié à chacun ou à tous aurait son attrait et protégerait contre les rhumés et le mal de cheveux.

Une jolie canne avec deux serpents enroulés—très utile pour affirmer son opinion, surtout

entre les mains d'Irlandais—complèterait chiquement ce charmant costume.

Je ne prolongerai pas mes suggestions; le comité pourra les développer à son loisir; je l'engage à le faire.

Qu'en dites-vous, amis lecteurs, n'est-ce pas que ce serait splendide, grandiose? A la fin du banquet on pourrait singer ce vieil auteur latin et dire avec toute chance de produire un effet concassant mirobolant:—"Ouvrez les portes; faites entrer les dames!"

A propos, puisque je les mentionne, un mot d'elles.

D'AIGUILLON.

Coq-a-l'Ane

LE TRAITEMENT DE BEHLA POUR LE CANCER.—Il aurait obtenu de bons résultats par l'administration interne de lysol, à la dose de 5 à 10 gouttes, dans du lait. Après quatre semaines, il augmente à 20 et 25 gouttes.

DIAGNOSTIC EMBARRASSANT.—On dit, gazouilla mademoiselle Piquetout, qu'il y a un imbécile dans chaque famille; qu'en dites-vous, monsieur Ramolli?

—Eh bien..., ah..., eu..., je ne sais trop, car... hi, hi..., voyez-vous, je suis seul de ma famille. (Stray Stories).

LA DYSPEPSIE APPENDICULAIRE. — 1. Il existe une forme de dyspepsie d'origine appendiculaire. 2. Action réflexe, par des concrétions biliaires, un état légèrement catarrhal ou ulcéreux de l'appendice, ou par suite d'obstruction ou d'irritation succédant à une inflammation. 3. Ces dyspepsies guérissent par une intervention chirurgicale sur l'appendice. 4. Dans tous les cas de dyspepsies chroniques, il ne faut pas oublier d'explorer la région appendiculaire, et il faut opérer quand une dyspepsie a résisté aux moyens ordinaires et que l'on croit à son origine appendiculaire. (Eagleson, in Northwest Med.)

ANATOMIE COMPAREE. — Le docteur qui sert des cotelettes de porc au dîner, présentant une à une vieille fille: Mademoiselle Lajeunesse, voici ce dont Eve a été faite.

—Oui, oui, répond la demoiselle, et ça provenait à peu près du même espèce d'animal. — (Exchange.)

LÉSIONS DU TUBERCULE DE GERDY (du tibia). — Osgood attire l'attention sur les traumatismes de ce tubercule, surtout chez les athlètes. Ces lésions arrivent chez les adolescents par contraction vigoureuse du quadriceps. La fracture et l'arrachement complets sont rares, il y a généralement décollement ou arrachement incomplets. Le patient se plaint d'une douleur plus ou moins aiguë à la région du tubercule. Il y a du gonflement et de la sensibilité au palper. Les rayons X assurent le diagnostic. (Boston Medical & Surgery Journal.)

L'HUILE D'OLIVE DANS L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC. — Walko a obtenu de très bons succès avec l'huile d'olive dans les ulcères de l'estomac et du duodenum. (Centr. f. inn. Med.)

CHEZ LE COIFFEUR ASEPTIQUE. — Le garçon: — Cette serviette, monsieur, ce savon, ce peigne, cette brosse, ont été purifiés; le blaireau, le rasoir sont purs; la chaise dans laquelle vous êtes assis a été lavée au sublimé, ses coussins ont été chauffés à 987 degrés; l'eau a été distillée, chauffée deux fois et filtrée; il n'y a pas seulement le plancher et le plafond et les murs qui n'aient été frottés avec de la gaze antiseptique; l'argent que nous recevons et que nous donnons est également passé à la gaze germicide; le miroir.....

Le client: — Dites donc, croyez-vous que je sois imprégné d'un germe qu'il faille anéantir par la parole? Tout ce que vous dites est bel et bien, mais que diable, pourquoi ne me rasez-vous pas?

Le garçon: — Ah, mais, monsieur, je ne suis pas le barbier, moi, vous savez.

Le client: — Mais tonnerre, où est-il votre barbier?

Le garçon: — Ils sont à le faire bouillir, monsieur. (Diet. & Hyg. G.)

PRURIT ANAL. — Benjoin, 2 drachmes; précipité blanc, 20 grains; lanoline, 4 drachmes.

ANESTHÉSIQUE LOCAL TRÈS EFFICACE. — Chloroforme, 10 parties; éther, 15 parties; menthol, 1 partie. Au moyen d'un pulvérisateur. (Furoncles, abcès, etc.)

EMBARRAS LEGITIME. — La maîtresse: — Tu viens bien tard à l'école, ce matin, Joseph.

— Oui, madame, mais il est arrivé un petit bébé nouveau cheu-nous, c'matin.

— Ah! ton père doit être bien content.

— Non, madame; poupa est à Québec, et ne le sait pas. Heureusement que mouman y était, parce j'aurais pas su quoi en faire du bébé.

VAGINISME REBELLE. — Tavel fait la résection du nerf honteux. Une incision antéro-postérieure est pratiquée dans la fosse ischio-rectale, à mi-chemin entre la tubérosité de l'ischion et l'anus. Le nerf est isolé de l'artère, et sectionné, et le bout périphérique arraché par torsion.

SPASME DU CARDIA. — Mikulicz a rencontré 20 cas de cette affection caractérisée par une dilatation sacciforme de la portion inférieure de l'œsophage. Mukulicz fait une incision sur la partie antérieure de l'estomac, assez grande pour admettre la main; il introduit dans le cardia un dilatateur et fait une dilatation graduelle de un centimètre. Il referme ensuite l'estomac. Il a réussi à guérir ses malades ainsi.

GUÉRISON DU RHUMATISME INFLAMMATOIRE PAR LES PIQURES D'ABEILLES. — Perc, de Marbourg, a mis ce traitement à l'épreuve dans 500 cas de rhumatisme articulaire et musculaire, et a pleinement réussi. Ce traitement est connu de toute antiquité dans le peuple. En une séance, il laisse piquer le patient par soixante-dix abeilles. Une de ses patientes reçut 6952 piqûres avant d'être guérie radicalement. (Phil. Med. J.)

INFLAMMATION CATARRALE DES BASSINETS. — Favitzky et Orlovsky s'appuient sur les signes suivants pour établir leur diagnostic: Douleur caractéristique dans la région rénale, l'augmentation presque constante du mucus dans les urines, fluctuations frappantes dans la quantité d'urine, dans la gravité spécifique et dans les constituants du sédiment urinaire. — (Rusky Vrach.—Phil. Med. J.)

LES MEFAITS DE L'ACIDE BORIQUE. — Voorden, de Frankfort, aurait provoqué une stomatite ulcéreuse à la suite de l'emploi d'un gargarisme à 3 1/2 o/o. Dans un autre cas, 10 grammes d'acide borique dans un verre d'eau, pris à l'intérieur, auraient donné des crampes d'estomac et de la diarrhée, qui durèrent six semaines.

TRAITEMENT DES PAROXYSMES DE COQUELUCHE PAR LA MÉTHODE DE NAEGLI. — Sobel (Sect. Pediat., N. Y. Academy of Med.); conclut ainsi, après avoir expérimenté

avec cette méthode qui consiste, le médecin placé au-devant du patient, à appliquer les index et les médus fléchis, à l'angle de la mâchoire inférieure et les deux pouces chaque côté du nez, sur le maxillaire supérieur et alors à faire des tractions en bas et en avant; le médecin en arrière du malade, à placer encore les index et les médus fléchis sur l'angle de la mâchoire, les pouces sur le corps de l'os, poussant en bas et en avant. 1. Cette méthode, dans la plupart des cas, contrôle les accès. 2. Elle agit mieux chez les enfants plus âgés que chez les bébés. 3. La manipulation est inoffensive et devrait être enseignée aux mères et aux gardes-malades. 4. Serait moins efficace dans les autres toux spasmodiques et les spasmes laryngés. 5. Particulièrement indiquée chez les rachitiques, les scrofuloux, les débilités, vu surtout leur prédisposition à des complications sérieuses; aussi dans les complications: bronchite diffuse, bronchopneumonie, convulsions, épistaxis, hémorragies sous-cutanées ou sous-conjonctivales, ulcérations sublinguales. (Arch. of Pediat.)

NIRE.

:O:

LE DOCTEUR LORENZ CHEZ SIR WILLIAM HINGSTON.

Lundi, le 22 juin, le docteur Lorenz était invité à dîner chez sir William, une réception au cachet tout intime à laquelle étaient conviés les principaux chirurgiens de Montréal et quelques médecins: les docteurs Armstrong, Bell, Birkett, Brennan, Drummond, England, Hackett, Hutchison, Kennedy, Lachapelle (E.P.), Mercier (O. F.), Pariseau, Roddick, Saint-Jacques, Shepherd, Smith (Laphorn). Les docteurs Marien, Merrill et Perrigo ont envoyé leurs excuses pour absence incontrôlable.

Sir William, faisant l'éloge du maître, toucha aux ennuis que la Presse cause aux grands personnages par leurs rapports souvent à sensation et peu conformes à la vérité. Sir William dit qu'il est aussi heureux de saluer dans le maître d'aujourd'hui, l'élève de son propre maître, le célèbre docteur Dumreicher de Vienne.

Le docteur Lorenz, parlant en anglais, langue qu'il manie facilement et élégamment, remercia, en termes choisis, les Canadiens de la considération et des honneurs qu'ils lui ont prodigués. Au cours de ses remarques, il mit les opérateurs en garde contre certains dangers de la méthode. Il cite un cas personnel où une réduction entraîna la gangrène et nécessita une désarticulation de la cuisse. Et un autre, opérée par un autre chirurgien, qui fut suivie de gangrène de la jambe, d'amputation et de mort. Il dit qu'il ne

peut être tenu responsable des accidents qui surviennent entre les mains d'autres qui tentent de suivre ses indications, et que ces accidents ne doivent pas faire déprécier sa méthode, qui ne convenant pas à tous les cas, trouve ses indications et ses contreindications qu'il faut connaître et respecter. Lorenz constate pas que sa méthode pour la réduction des coxalgies ou lésions tuberculeuses de la hanche entraîne plus de tendance à la méningite tuberculeuse que lorsqu'il n'y a aucune intervention de faite. Dans le redressement, il ne suit pas la méthode française, qui, dit-il ne se pratique pas chez lui. Le docteur a regretté, en s'approchant de Montréal, n'avoir pas pu apercevoir distinctement notre belle ville dans l'éclat de sa beauté— il l'appelle "La Reine du Canada," et pour cause: Elle était enveloppée de fumée. Il souhaite qu'un génie fasse disparaître cette nuisance et laisse ainsi apparaître notre métropole dans toute sa splendeur!

Après le dîner, lady Hingston, assistée de mademoiselle Hingston, donna une réception au distingué médecin et aux hôtes.

Pendant la soirée, notre poète-médecin, le docteur Drummond, récita trois ou quatre de ses intéressants poèmes, qui plurent tant au docteur Lorenz, qu'il demanda à Drummond une copie de ses poèmes.

Une réception aussi agréable, comme sir William sait si bien toujours en réussir, frappée du sceau de la dignité tendant la main à l'intimité, n'a pu manquer de plaire à l'illustre étranger, comme elle a plu aux convives, heureux de faire ainsi une connaissance plus amicale avec le bienveillant docteur Lorenz.

Le docteur est parti mardi pour Ottawa, et mercredi il sera à New-York.

:O:

Revue des journaux

MEDECINE

TRAITEMENT D'UN CAS DE CANCER DE L'ESTOMAC PAR LES RAYONS X.

par M. le Dr. Albert Robin.

MM. Doumer et Lemoine (de Lille) ont présenté récemment à l'Académie une note sur le traitement d'un cas de cancer de l'estomac par les rayons de Rontgen. Si je ne m'abuse, c'est la première fois que la radiothérapie aurait été tentée dans le traitement d'un cancer intérieur. Nous connaissons en effet les recherches qui ont été faites dès 1899 par Thor Stenbeck (de Stockholm) et qui, d'après cet auteur, auraient abouti à la guérison de nombreux cas de cancers cutanés, ainsi que les travaux des médecins anglais et américains, entre autres William (de Boston) et Coley et Turnure (de New York).

L'application de la radiothérapie au cancer n'est donc pas un fait nouveau, mais ce qui est nouveau et ce qui fait l'objet de la note de MM. Doumer et Lemoine, c'est son utilisation pour un cancer d'un organe profond. La malade que ces auteurs ont soignée avait soixante-quatre ans, elle présentait, au début un mois de janvier 1903, une tumeur stomacale bien facile à limiter, grosse comme un œuf de poule et siégeant sur la grande courbure. Depuis le mois d'août 1902 cette dame maigrissait, depuis deux mois elle avait des vomissements, son teint devenait jaunâtre et enfin des hématomésés et des mœlena venaient de se montrer; le diagnostic était donc aussi probable que peut l'être un diagnostic clinique et le volume de la tumeur ainsi que la succession des autres symptômes permettait de repousser l'idée d'une inflammation non néoplastique. Le traitement par les rayons X fit disparaître la tumeur en sept séances et tous les autres symptômes s'atténuèrent parallèlement. En ce moment, alors que tout traitement est cessé depuis quatre mois, la guérison se maintient et la santé générale et locale de cette dame est excellente.

La communication de MM. Doumer et Lemoine se borne à la relation de ce cas, mais ces messieurs ont bien voulu me communiquer celle des divers cas du même genre qu'ils ont observés.

Ils ont obtenu la guérison, ou du moins une amélioration qui la fait espérer, dans un autre cas de cancer de l'estomac. C'est une femme de quarante-huit dont le neveu est interne dans le service de M. Lemoine et dont l'observation fut prise par lui au jour le jour. Elle avait à la date du 25 mars dernier depuis plusieurs jours des vomissements alimentaires, puis des hématomésés, et elle présentait deux tumeurs stomacales, indurées, irrégulières, l'une sur la grande courbure, près du pylore, l'autre un peu plus bas et à droite de la ligne médiane. Teinte cachectique. Amaigrissement.

Le 16 avril, un nouvel examen montre que les tumeurs, surtout celle de droite, ont augmenté de volume; cette dernière est de la grosseur d'une mandarine; les vomissements persistent ainsi que les douleurs et les mœlena. Le 20 avril on commence la radiothérapie. L'amélioration se fait peu à peu et le 13 mai, à la douzième séance, on note la disparition complète des deux tumeurs; l'appétit est revenu, les vomissements ont cessé. Actuellement la malade reprend ses forces et engraisse, elle mange avec appétit des purées, des potages, de la viande saignante (4 juin).

Un troisième cas, à peu près analogue, est aussi en voie d'amélioration.

En revanche, les auteurs me signalent que leur méthode a échoué dans un cas de cancer de l'œsophage siégeant au cardia, et dans un cas de cancer du pylore avec propagation au foie. Là ils sont simplement fait disparaître les douleurs et diminuer le volume de la tumeur principale. De même ils ont échoué dans le traitement d'un cancer secondaire du foie.

Un énorme cancer utérin, avec propagation aux régions voisines, observé avec le Dr Catrin (de Valenciennes) fut amélioré, mais continua à s'étendre quand le traitement dut être cessé par suite de l'état de la peau.

Enfin, les auteurs ont traité des cancers du sein récidivés. Chez une malade opérée de deux récidives par le professeur Duret, une troisième récidive fut guérie en un mois. Une femme présentant un cancer du

sein en cuirasse avec œdème du bras, cancer dont l'examen histologique fut fait aussi et qui était du carcinome, la disparition est aujourd'hui à peu près complète après deux mois de traitement. Plusieurs autres malades fournissent des exemples semblables.

Inversement, un carcinome du sein à marche rapide ne fut pas amélioré et dut être opéré.

Le traitement est fait par une ampoule à osmorégulateur molle, donnant des radiations 5 au radiochronomètre Benoist, placée à 8 centimètres de la peau. Chaque séance a durée de trois à cinq minutes.

Le mot guérison est un terme dont on ose à peine se servir quand on parle d'un cancer des organes internes. Aussi MM. Lemoine et Doumer entourent-ils leurs observations de restrictions qui nous paraissent fort légitimes, puisqu'ils ne peuvent fournir la preuve absolue de diagnostic que donne seul l'examen histologique. Les faits qu'ils ont communiqués demeurent donc comme de simples documents d'attente qui doivent retenir l'attention des médecins, et qu'il serait aussi imprudent d'admettre sans réserve que de repousser de propos délibéré. Certes, la rapidité avec laquelle des résultats aussi favorables ont été obtenus dans une affection actuellement réputée incurable doit toujours laisser planer sur ces cas l'hypothèse possible d'une erreur de diagnostic; mais, d'un autre côté, l'autorité des auteurs doit entrer en ligne de compte, et leurs observations ne doivent pas être repoussées par ce seul fait qu'ils déclarent avoir guéri, provisoirement au moins, une maladie qui avait résisté jusqu'ici aux efforts de la médecine. Et quel que soit le légitime scepticisme que l'on soit en droit de conserver, après les espérances toujours déçues qu'on fait naître depuis tant d'années, les innombrables et décevants procédés de traitement du cancer, nous pensons qu'il serait injuste de repousser par la question préalable ce fait de MM. Lemoine et Doumer, si anormal qu'il paraisse, et qu'il y a lieu de le soumettre au contrôle de nouvelles et plus nombreuses observations.

(Bull. Acad. de Med.)

DEUX OBSERVATIONS DE FROTTEMENT PÉRICARDIQUE S'ENTENDANT DANS PRESQUE TOUTE LA RÉGION THORACIQUE —AUTOPSIES.

par MM. les Drs. V. Chappet et G. Leclerc.

Nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de péricardite avec frottement extrêmement intense et se propageant dans presque tout le thorax. Il s'agissait dans les deux cas de péricardite brigitique. Les deux autopsies purent être faites. La rareté d'une propagation aussi étendue nous a engagés à publier ces deux observations.

Ces deux observations sont intéressantes au point de vue de la propagation du frottement péricardique, qui, loin de naître et mourir sur place, s'étend sur une étendue considérable. Les faits de ce genre ne sont pas très fréquents. MM. Devic et Bernard de Teyssier ont rassemblé 11 observations dans lesquelles le frottement se propageait en dehors de la région précordiale. Parmi ces 11 observations 7 signalent la propagation dans le dos. Dans aucune d'elles pourtant, la propagation ne semble avoir été aussi étendue

que dans nos deux observations; nulle part, en particulier, on ne signale la propagation dans l'aisselle droite.

MM. Devic et B. de Teyssier ont, en outre, donné la raison de la propagation des frottements péricardiques; celle-ci tiendrait à plusieurs facteurs qui sont les suivants: abondance et consistance des exsudats péricardiques, volume du cœur et énergie de ses contractions, enfin densité des tissus situés dans le péricarde et l'oreille de l'observateur: les intermédiaires bons conducteurs étant surtout le squelette, puis le foie, enfin le tissu pulmonaire soit congestionné ou hépatisé, soit condensé du fait d'une compression par un épanchement moyen.

Or, nos deux observations semblent parfaitement confirmer ces vues. Et tout d'abord dans les deux cas le cœur était très gros; rappelons qu'il s'agissait de péricardites brightiques, ce qui est presque toujours le cas de ces péricardites à frottements très intenses et propagés très loin.

Dans les deux cas aussi, l'autopsie a révélé la présence de lésions pulmonaires et pleurales, expliquant la propagation anormale du frottement. Dans l'observation II, on trouve un épanchement double, sans lésion pulmonaire; la présence de ce liquide, comprimant le tissu pulmonaire sous-jacent et le rendant bon conducteur du son, explique la propagation du bruit péricardique. Dans l'observation I, nous voyons que, à droite, toute la moitié inférieure du poumon est transformée en un bloc de pneumonie grise, bien fait pour transmettre dans toute la moitié droite du thorax les vibrations qui lui viennent du péricarde. A gauche, le poumon présente à la fois une densification considérable à sa partie supérieure et une compression à sa base du fait d'un épanchement moyen. Les principaux facteurs de transmission du frottement sont donc réunis dans l'observation I, et c'est ce qui nous explique l'intensité considérable de ce frottement et l'étendue vraiment peu commune de sa propagation.

(Lyon Médical).

—:o:—

GYNECOLOGIE

PIGMENTATION CUTANÉE D'ORIGINE CHEZ LA FEMME.

par MM. les Drs P. Dalché et Ch. Fouquet

On observe assez fréquemment chez les femmes, soit à l'occasion de troubles fonctionnels, soit à l'occasion de maladies de l'appareil utéro-ovarien, des déterminations cutanées, multiples (coloration rappelant le masque de la grossesse, éphélides, vitiligo, hyperchromies variées, etc.). En sorte qu'il y aurait à côté des mélanodermies a) "rénale", b) "hépatique...", la mélanodermie e) "génitale". La pathogénie de ces pigmentations reste obscure. Effets d'actions réflexes ayant leur origine dans l'appareil utéro-ovarien, troublé dans son fonctionnement ou réellement altéré, ou bien consé-

quence de perturbations survenues dans la sécrétion utérine de l'ovaire (quantité, qualité, utilisation défectueuse)? Les auteurs étudient successivement, avec faits à l'appui, les modalités suivantes: 1. pigmentations dans les troubles fonctionnels de la menstruation; 2. pigmentations dans les affections utéro-ovariennes; 3. pigmentations pouvant être rapportées à une origine génitale au cours d'affections indépendantes du système utéro-ovarien (chlorose, maladie de Raynaud, acromégalie, ostéomalacie). — "Traitement". Il faut agir localement et de plus s'efforcer d'atteindre la cause, c'est-à-dire combattre les désordres fonctionnels ou autres ayant leur siège dans l'appareil utéro-ovarien. — "Traitement local". Suivant Besnier, pour faire disparaître le chloasma, les taches de rousseur, appliquer le soir de la pommade suivante:

Onguent de Vigo..... àâ 15 grammes
Vaseline..... àâ 15 grammes

sur une mousseline qu'on recouvre de taffetas gommé. Le matin, nettoyer la peau à l'eau chaude et, pendant le jour, appliquer la pommade:

Carbonate de bismuth. àâ 10 grammes
Kaolin..... " "
Vaseline..... 40 grammes.

"Traitement général". Le plus important. La difficulté consiste surtout à dégager la cause. Au cas d'aménorrhée accidentelle (froid), favoriser le retour régulier des règles. S'il y a aménorrhée mécanique, par déviation utérine, par exemple, réduire la déviation. Constate-t-on une affection inflammatoire des annexes, un fibrome de l'utérus, un kyste de l'ovaire, agir, médicalement ou chirurgicalement, suivant les indications. Enfin, dans les cas où les pigmentations anormales paraissent d'origine utéro-ovarienne bien qu'au cours d'affections indépendantes, tout au moins primitivement, de l'appareil génital, pourra-t-on recourir à l'opothérapie ovarienne.

(Ann. thérapeutique.)

—:o:—

MALADIES VENERIENNES

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME.

Le but à atteindre est le suivant: détruire les gonocoques qui ont envahi les tissus, mais en ménageant, quand c'est possible, ceux-ci, et ramener les choses à l'état normal.

Ra) "Urétrite blennorrhagique". — Topiques de choix, le sublimé en solution de 1/2 à 1 p. o/oo; le lysoforme à 1 p. o/o. Les avantages du dernier médicament sont qu'il possède une action désinfectante considérable, qu'il est peu irritant et peu douloureux.

Dans le "stade subaigu", une intervention

active est indiquée. Il convient de faire des lavages abondants, de 2 à 6 fois par jour, avec des solutions aqueuses désinfectantes, alumnol à 2 p. o/o, argonine à 1,5 p. o/o, et surtout protargol de 0,25 à 1 p. o/o. S'il ne survient pas de complications, en général, 10 à 14 lavages suffisent pour faire disparaître entièrement les gonocoques.

Dans les "cas chroniques", employer les crayons à l'iodoforme (10-20 p. o/o), au tannin (5 p. o/o), au protargol (10-20, p. o/o). Dans les cas particulièrement rebelles, préférer les crayons au nitrate d'argent (1 à 2 p. o/o), qui, toutefois provoquent en général une réaction vive. La "vessie" est rarement envahie par le processus gonococcique. Le cas échéant, dans les états subaigus et chroniques, on utilisera pour les lavages vésicaux les solutions mercurielles, et surtout le protargol.

"Vulvite blennorrhagique". — Chez les enfants, lavages de la vulve et irrigations vaginales avec une solution de sublimé à 1 p. 2000, ou de protargol à 1/4 p. o/o. Le lavage fait, introduire une petite bougie au tannin (5 p. o/o), à l'iodoforme (10 p. o/o). Quand la suppuration est à peu près tarie, employer les solutions de nitrate d'argent à 1/4 p. o/o, ou de protargol (1-5 p. o/o), ce dernier de préférence parce qu'il cause moins de douleur.

Dans le "stade subaigu de la vaginite", mieux vaut substituer au sublimé les lavages au chlorure de zinc, à la dose d'une cuillerée, d'une solution à 50 p. 100, dans un litre d'eau. On peut encore se servir de solutions glycéринées de protargol à 10 p. o/o. Au cas de cataracte du col, protargol à 5 p. o/o, argentamine à 1 p. o/o, nitrate d'argent à 1 p. o/o, ou la teinture d'iode.

"Métrite blennorrhagique". — La phase aiguë finie, appliquer un désinfectant caustique à action profonde, de préférence le protargol. Introduire une, deux, trois fois par semaine, dans la cavité utérine, une solution de protargol à 10 p. o/o. Dans les cas graves, qui réclament un traitement énergique, recourir à la teinture d'iode (on peut être appelé dans les cas rebelles, à faire alterner les attouchements à la teinture d'iode et au protargol). Dans les "cas chroniques", lavages avec des solutions faibles, nitrate d'argent (0,5 à 1 p. o/o), "protargol" (2,5 à 10 p. o/o). Quand l'utérus est volumineux, résistant, dur, le tamponnement est plus efficace que les lavages. Dans les cas de "métrites blennorrhagiques anciennes", il est indispensable de recourir à des caustiques énergiques (nitrate d'argent en nature, chlorure de zinc à 50 p. o/o).

"Blennorrhagie rectale". — Solutions de protargol (50 centimètres cubes d'une solution à 1 ou 5 p. o/o introduite en lavements 2 à 3 fois par jour, lavements à garder quelque temps.

(Ann. de Thérap.)

DERMATOLOGIE

INDICATIONS ET RESULTATS DE LA CURE GINGIVE-DENTAIRE DANS LA PELADE.

par M. le Dr Péchin

Dans la plupart des observations de l'auteur, la guérison de la pelade, après la suppression de l'épine irritative gingivo-dentaire qui en était la cause présumée, est venue confirmer le diagnostic.

Dans un certain nombre de cas, l'intervention, constituant une irritation aiguë, a renforcé momentanément tous les symptômes produits par l'irritation chronique qu'elle avait pour but de supprimer, y compris la pelade, démontrant ainsi la réalité du réflexe gingivo-dentaire. Cette aggravation n'a, d'ailleurs, été que passagère, comme sa cause elle-même, et a été bientôt suivie de guérison.

Ainsi le critérium thérapeutique vient s'ajouter aux arguments tirés de l'observation clinique en faveur de la théorie de l'origine dentaire de la pelade.

Cette théorie, d'ailleurs, n'a rien d'exclusif, et ne prétend pas plus expliquer tous les cas de pelade que les guérir par la seule intervention dentaire. La pelade est l'aboutissant commun de diverses causes d'ordre général et d'ordre local qui contribuent, chacune pour leur part, à entretenir la maladie. Il est bien évident que la suppression d'une épine irritative gingivo-dentaire n'amènera la guérison de la pelade que si elle en est la cause principale. Il ne faudra donc pas s'attendre à avoir toujours un succès immédiat après l'intervention dentaire.

Les observations de l'auteur montrent cependant qu'il y a un bénéfice réel à tirer de ce nouveau mode de traitement.

On peut donc résumer les faits de la façon suivante :

I. La pelade peut être provoquée et entretenue, entre autres causes, par une épine irritative gingivo-dentaire qui traduit sa présence par un ensemble de phénomènes réactionnels locaux et réflexes, sensitifs, vaso-moteurs et trophiques.

II. Chez tout peladique, on devra rechercher avec soin toutes les causes d'irritation buccale et les supprimer toutes les fois que cela sera possible.

III. La suppression de l'épine irritative entraînera le plus souvent la guérison rapide de la pelade, soit immédiatement, soit après une aggravation passagère.

(Ann. de thérap.)

BACTERIOLOGIE

ACTINOMYCOSE.

par M. le Dr M. Nogard.

Je suis de l'avis de M. Poncet; dans les pays où

L'actinomycose n'est pas signalée, il est bien probable qu'elle existe, mais qu'on ne sait pas la reconnaître. En France, avant 1888, on n'en avait pas observé un seul cas et, cependant, nous savons aujourd'hui, surtout grâce aux travaux de M. Poncet et de ses élèves, qu'elle y est relativement fréquente, puisqu'en cinq ans on en a publié quatre-vingt six observations.

Pourtant je demande la permission de signaler à l'attention de notre collègue une cause d'erreur possible dans l'établissement de ses statistiques.

J'ai présenté récemment à l'Académie au nom de mes anciens élèves, MM. Lignières, directeur de l'Institut bactériologique de Buenos-Ayres, et Spitz, l'un de ses assistants, un important mémoire intitulé: "L'actino-bacillose", qui prouve que l'on a confondu, jusqu'ici, sous le nom d'actinomycose, diverses affections, cliniquement très analogues, mais spécifiquement très différentes. L'actinomycose vraie est caractérisée par des foyers caséux ou des néoformations inflammatoires, au sein desquels le parasite spécifique apparaît sous forme de petits grains jaunâtres et mûrifomes, lesquels après dissociation et coloration au picrocarmin, se résolvent en petits amas en forme de touffes ou de gazons colorés en jaune intense, dont les éléments périphériques sont rayonnés et renflés en forme de crosses. Si on les traite par la coloration de Gram ces mêmes amas apparaissent comme un feutrage de filaments rameux qui ont fortement fixé le violet; les renflements piriformes de la périphérie restent incolores.

La maladie étudiée par MM. Lignières et Spitz ressemble beaucoup à l'actinomycose vraie; elle se manifeste pas des signes cliniques très analogues: foyers caséux ou néoformations inflammatoires renfermant aussi de petits grains mûrifomes dont la périphérie est comme hérissée de renflements piriformes, colorés en jaune vif par le picro-carmin, tout comme ceux de l'actinomycose; mais quand, après avoir dissocié ces petits grains, on les traite par le Gram, on ne réussit pas à y mettre en évidence les filaments ramifiés qui caractérisent le streptothrix de Harz. MM. Lignières et Spitz montrent que ces grains résultent de l'agglomération d'un grand nombre de coco-bacilles, qui ne se colorent pas par la méthode de Gram. Isolé en cultures pures, ce cocco-bacille reproduit la maladie chez les animaux auxquels on l'inocule, et l'on retrouve dans les lésions qu'il provoque les touffes rayonnées qui caractérisent la maladie naturelle et qui l'ont si longtemps fait confondre avec l'actinomycose.

Cette maladie nouvelle, que les auteurs proposent de désigner sous le nom d'actino-bacillose, n'est pas spéciale à la République Argentine; elle existe aussi en France.

Depuis que je connais le travail de MM. Lignières et Spitz, j'ai pu étudier deux "langues de bois" que l'on m'envoyait comme des cas typiques d'actinomycose linguale; au lieu de l'actinomycose, j'y ai trouvé le microbe de Lignières et de Spitz avec tous ses caractères: morphologie, colorations, cultures, effets pathogènes, tout était identique. Il m'est souvent arrivé jadis d'observer des malades que je considérais comme atteints d'actinomycose, bien qu'il me fût impossible de colorer par le Gram les filaments rameux des petits grains que la glycérine picro-carminée montrait formés d'éléments rayonnés piriformes et fortement teintés de jaune.

Je suis convaincu à l'heure actuelle que, dans tous ces cas, j'ai eu affaire à la maladie de Lignières et

Spitz.

Ce qui est vrai pour les bovidés est au moins vraisemblable pour l'homme, et je suis persuadé que si M. Poncet orientait ses recherches dans cette direction, lui aussi ne tarderait pas à constater que parmi ses malades suspects d'actinomycose, il en est qui sont, en réalité, atteints d'actinobacillose.

M. A. Poncet: Je me félicite d'avoir provoqué les intéressantes remarques de M. Nocard. Je connaissais déjà ses idées sur la pseudo-actinomycose dont il vient de parler; il m'avait obligeamment, il y a un an ou deux, signalé cette variété d'actinomycose décrite chez les ovidés, sous le nom d'actinobacillose par M. Lignières.

Dans toutes les observations que nous avons publiées, mes élèves et moi, en particulier dans celles mentionnées aujourd'hui, il s'agissait bien de l'actinomycose vraie, car nous avons toujours demandé à la méthode de Gram, dans l'espèce caractéristique, comme l'a bien dit M. Nocard, la confirmation du diagnostic.

Il s'en faut, en effet, que tous les grains jaunes soient produits par le champignon rayonné de l'actinomycose. Depuis longtemps, dès 1897, avec mon chef de laboratoire, le Dr Louis Dor, dont la compétence en parasitisme est bien connue, nous avons rencontré cliniquement et décrit des pseudo-actinomycoses, qui appelaient notre attention par de nombreux et parfois de gros grains jaunes, constitués par des masses épithéliales, entre autres, qui n'avaient rien à voir avec l'actinomycose.

Ces pseudo-actinomycoses humaines sont également des plus intéressantes et nécessitent de nouvelles recherches.

(Bull. Acad. Med).

— : o : —

BIBLIOGRAPHIE

LE MATERIALISME EST FAUX, LE CATHOLICISME EST VRAI DEVANT LA SCIENCE
LE BON SENS.

par le docteur L. Goux.—A. Maloine, Paris.

Ce petit livre de 300 pages est écrit par un ancien interne des hôpitaux de Paris, qui le dédit à messieurs les internes des hôpitaux de Paris:—"La société ne réclame pas de vous l'action, elle vous donne quatre d'observation, avec quelques loisirs bien légitimes, c'est le moment unique dans votre vie, si ce n'est au déclin irrémédiable de l'âge, pour rentrer en vous-même, faire le recensement de vos connaissances sur la destinée de l'homme et les compléter, de manière à vous faire une théorie rationnelle qui vous serve de boussole dans le voyage de la vie pour le parcourir dignement, honnêtement, en attendant que votre mérite se fasse jour, supportant les éclaboussures sans les rendre, cherchant avant tout la paix de la conscience, au lieu d'étouffer celle-ci par le sophisme."

Parcourir les pages de ce livre, quoiqu'il ne renferme guère de choses bien nouvelles, repose l'esprit et le cœur, les élève vers la divinité. Dans ces temps regrettables d'indifférence en matière de religion, de tendance, surtout de la médecine moderne, spécialement psychologique, à se porter, inconsciemment ou volon-

tairement, vers l'incrédulité, vers le matérialisme, vers le mépris, pourrais-je dire, du catholicisme vers l'abîme de l'athéisme, il est un sentiment de paix qui naît au cœur en lisant ces sérieuses et saines pages écrites par un médecin. Et nous déposons ce volume, une fois lu, en songeant au grand nombre de médecins et de belles intelligences à qui la gloire du monde, la recherche des honneurs, les illusions et l'éclat des soi-disantes découvertes de la science vulgaire—tous des feux-follets—ont fait oublier la douce et véritable lumière—celle de la vraie religion catholique, celle dont Dieu a inondé le monde terrestre pour illuminer le chemin vers un monde meilleur. Dans ce moment, une pensée consolatrice remplit notre esprit; c'est que, jusqu'à présent du moins, le médecin canadien, occupé sans cesse à son humble œuvre de dévouement chrétien, a conservé sa foi—est resté comme ses ancêtres de la vieille France, essentiellement catholique.

Ce petit volume écrit dans un esprit si chrétien, trouvera, sans doute, sa place sur les rayons des bibliothèques de nos collègues et compatriotes, parmi les "bons" livres.

BRENNAN.

Carl Beck, de New York—"The Value of the Roetgen Rays in the Treatment of Carcinoma." Pamphlet de 13 pages. Carl Beck—"Corrected Mal-union in Fractures of the Radius and Ulna of both Forearms." Extrait du American Journal of the Medical Sciences.

Carl Beck—"The Roetgen Rays in the Differentiation between Osteomyelites, Osseous Cyst, Osteosarcoma, and other Osseous Lesions." Extrait J. American Medical Asso.

Carl Beck—"Exploratives Principund Technik bein secundarem Brustschmitt."—Extrait Esmarch-Festschrift.

FORMULAIRE

CONTRE LES GERCURES DES MAINS

	Parties.
Teinture de benjoin.....	4
Glycérine.....	8
Savon vert	1
Eau de rose	16

TRAITEMENT DE LA CYSTITÉ DU COL CHEZ LA FEMME.

(Lutaud.)

Appliquer la pommade suivante:

Lanoline camphrée.....	30 gr.
Extrait de belladone	2 —

M.

Pour enduire un tampon d'ouate que l'on introduit matin et soir, dans le vagin.

Interdire les épices et surtout la bière.

Lavement avec dix gouttes de laudanum. Tisane d'uva ursi, genièvre, bourgeons de sapin, eau de goudron en grande quantités.

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES CONTRE LA MÉTRORRHAGIE

(Biedert.)

Ergotine 1 gr.
Eau distillée 5 —
Acide phénique cristallisé 0 gr. 01
M. S. — Pour injections sous-cutanées.
M. B. — Cette solution n'est pas irritante et, de plus, se conserve bien.

INHALATIONS CONTRE L'ASTHME.

(Dr. Plant).

Feuilles de stramonium et thé vert en poudre à 120 gr.
Lobellia..... 45 gr.
Mêlez et versez dans une solution saturée d'azotate de potasse — q. s. p. mouiller.
Dr — Séchez et conservez dans un flacon hermétiquement bouché.

LA SALICYLATE DE MERCURE DANS LA BLENNORRHAGIE.

(G. Silberminz.)

Salicylate de mercure 20 centig
Eau distillée 180 gr.
Gomme arabique q. s.
Pour faire émulsion.

S. — Après avoir agité, injectez 3 fois par jour 2 seringues de Pravaz.

NOUVELLES

NAISSANCES.

—Waterville, Me., le 23 juin 1903, Mme. Dr. C. G. Rancourt, une fille.

MARIAGES.

—A Montréal, le 24 juin, à la chapelle de l'église Notre-Dame, M. le docteur E. C. Verdun, de Granby, à Mlle M. L. Courtois, de Farnham.

La bénédiction nuptiale a été donnée par M. l'abbé Troie, curé de Notre-Dame.

—A Québec, M. le Dr Emile Jos. Thibaudeau, conduisait à l'autel, mademoiselle Marie-Louise Dumas, aussi de Québec.

La bénédiction nuptiale a été donnée dans la chapelle St.-Louis de la Basilique, par le Rév. M. N. Filion, cousin de la mariée.

FIANCAILLES.

—On annonce les fiançailles de M. le Dr. E. P. Benoit, professeur à l'Université Laval, avec Mlle Blanche Verret, de Québec, fille de M. Hector Verret, auditeur de la province.

—On annonce pour le 14 juillet, le mariage de M. le docteur Jos. Dégagné, des Eboulements, à Mlle Blanche Michaud, organiste, fille adoptive de M. Antoine Tremblay, maire de cette paroisse.

NECROLOGIE.

A St. Wenceslas, le 18 juin, le Dr. Aristide Sylvestre à l'âge de 29 ans. Les funérailles ont eu lieu à St. Barthélemi.

SUPPLEMENT

L'ORIGINE D'ENGHIEN-LES-BAINS COMME STATION THERMALE.

—Peu de médecins connaissent l'origine de la vogue dont jouissent à juste titre les eaux sulfureuses d'Enghien; c'est à la supercherie d'un malade vis-à-vis de son docteur qu'elles en sont redevables.

Découvertes par le P. Cotte, qui adressa en 1766 un mémoire très intéressant à l'Académie des Sciences, elles furent l'objet d'un rapport dont fut chargé l'abbé Nollet, physicien distingué; le chimiste Marquer, puis Fourcroy et Vauquelin en firent l'analyse; mais plus fort que la science, le préjugé qui n'attribuait qu'aux sources des Pyrénées les précieuses qualités des eaux sulfureuses, subsista longtemps, et ce fut le hasard seul qui permit de le battre en brèche, et d'en prouver l'inexactitude.

Le "Journal de Paris" dans son numéro du 24 mai 1787 publie la lettre suivante du docteur Antoine Petit:

"A la suite d'une maladie accompagnée des accidents les plus graves qui duraient depuis six ans, M. Lambert, secrétaire des commandements de S. A. le prince de Condé, se trouvait dans l'état le plus fâcheux, nous appela M. Ducanoy et moi; nous fûmes effrayés du marasme et du périclésement du malade.

"Nous prescrivîmes les eaux de Barèges coupées avec le lait de chèvre; mais leur usage, dans lequel le malade persista trois jours, ayant occasionné de violentes coliques, il leur substitua, à notre insu, les eaux sulfureuses d'Enghien. La fièvre et tous les accidents ont promptement disparu; le malade a repris ses forces, son embonpoint et ses couleurs: il est parfaitement guéri de sorte que nous pouvons certifier que M. Lambert a obtenu des eaux sulfureuses d'Enghien tout le succès que l'on pouvait espérer des eaux de Barèges prises sur les lieux."

A cette cure remarquable vinrent s'ajouter de nombreuses guérisons dont la plus célèbre est celle du colonel anglais Hyde-Park, blessé en Amérique, dans la campagne qui prépara l'émancipation des colonies anglaises.

Il serait trop long de relater ici la vogue dont jouirent alors les eaux d'Enghien; la mode s'en mêla, et la Révolution seule arrêta pour quelque temps, l'essor de la nouvelle station thermale.

Elle retrouva sa célébrité après la cure que vint y faire Louis XVIII. Depuis, sa prospérité n'a fait que grandir, et les améliorations apportées chaque année à l'établissement thermal, les nouveaux traitements qui y ont été installés pour la Gynécologie, les maladies cutanées, la syphilis en ont fait un établissement véritablement scientifique, placé aux portes de la capitale, et qui permet au corps médical français de soigner dans leur pays nos malades autrefois tributaires de l'étranger et notamment de l'Allemagne; si quelques médecins envoient encore leurs malades à Aix-la-Chapelle, c'est qu'ils oublient qu'ils ont à portée de la main une station sulfureuse de beaucoup supérieure, et grâce à laquelle ils pourraient conserver la direction du traitement de leurs clients.

L'ALCOOL PRODUIT DE DISTILLATION DES MATIÈRES FÉCALES.

Nous avons déjà signalé brièvement cette source inattendue de l'alcool. Les Remèdes nouveaux don-à ce sujet des détails intéressants.

Bientôt, paraît-il, il faudra ajouter aux procédés déjà connus un nouveau mode d'extraction d'alcool. Nous avons dans nos excréments une source continue de richesse, et les travaux du récent Congrès des naturalistes, qui a eu lieu à Dresde, ont cherché à nous fixer sur notre fortune.

La distillation sèche des matières fécales solides de l'homme donne, entre autres produits, de l'alcool qui, au point de vue chimique, en tant que principe alcoolique, ne se distingue en rien de l'alcool de pomme de terre, de grains et d'autres corps. Ce mode de formation d'alcool éthylique est assez curieux et peu connu; mais ce qui est encore bien plus frappant, c'est le rendement considérable en alcool donné par la méthode. Ainsi, l'inventeur du procédé extrait d'un kilogramme de matière fécale environ 80 grammes d'alcool. Des essais officiels ont donné, pour 100 kilogrammes de matière, 7 kilogrammes d'alcool ou 9 litres. Ceci est d'autant plus remarquable que 100 kilogrammes de pommes de terre ne donnent qu'un rendement de 11 lit. 5 d'alcool. Et encore faut-il ajouter à la matière première (la pomme de terre, beaucoup plus difficile à obtenir que l'autre) du malt et de la levure.

Ce fait est d'une importance colossale, si on peut arriver à traiter des tonnes de matières premières. Les essais manquent encore, car la question a besoin d'être étudiée avec soin.

Lorsqu'on soumet la matière fécale à la distillation sèche, il passe des gaz combustibles, des matières solubles dans l'eau que l'on recueille au passage, un goudron d'une odeur désagréable, et il reste un coke au fond de la cornue. On a donc, en somme, un ensemble de matériaux utiles. Les gaz, tout à fait semblables comme propriétés éclairantes et calorifiques au gaz d'éclairage, peuvent le remplacer et tout au moins servir de combustible à l'usine. Le goudron et le coke sont également utilisables; enfin, le liquide aqueux, soumis à la distillation, donne cette grande proportion d'alcool.

Une société vient de se former à Dresde pour étudier les conditions d'exploitation du brevet de Bornig. Si les espérances de l'inventeur sont réalisées, l'assainissement des villes, des cours d'eau serait bien meilleur qu'il ne l'est actuellement. De plus, l'alcool ainsi obtenu étant toujours dénaturé ne pourrait servir qu'à des usages industriels: le fisc aurait là un excellent contrôle. On calcule qu'une ville de 100,000 habitants, en admettant un rendement de 7 p. 100, pourrait fabriquer 4,500 hectolitres d'alcool et près de deux millions de mètres cubes de gaz utilisable.

On voit que ce serait là un grave préjudice porté à l'agriculture. Jusqu'ici, les excréments servent d'engrais pour faire pousser les grains dont on se sert pour produire l'alcool. Mais l'intermédiaire des végétaux serait rendu inutile par l'emploi des matières fécales; par conséquent, les cultures des grains en vue de la fabrication d'alcool industriel verraient leur fin.

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

I

Mrs. Brown, Nellie sa fille et le Révérend Barnes, prenaient le thé sous la véranda de Garry Fen, délicieux cottage situé dans les environs de Stratford-on-Avon.

Qui n'a pas entendu parler de Stratford, la patrie du grand Shakespeare, un des coins les plus agréables d'Angleterre, charmante petite dans le Comté de Warwick.

Garry Fen pouvait être à un mille de Stratford, c'était une de ces résidences comme on en rencontre tant dans le Royaume-Uni, c'est-à-dire qu'elle était à moitié ferme et à moitié cottage.

Depuis un demi-siècle Garry Fen appartenait aux Brown, et à l'heure où commence notre récit, Mrs. Brown, veuve du dernier descendant de la famille, habitait seule avec sa fille unique Nellie et deux ou trois fidèles serviteurs.

Avant de pousser davantage dans les différentes péripéties qui vont faire le sujet de cette histoire, donnons rapidement un mot sur quelques-uns des personnages qui vont y jouer un rôle important.

Le révérend Barnes, pasteur évangéliste de l'Eglise St-Jean de Stratford, avait légèrement dépassé le cap de la cinquantaine. C'était un des habitués de Garry Fen et comme il était célibataire et Mrs. Brown veuve, les petits cancans allaient leur train.

Une chose évidente est que le révérend Barnes n'aurait pas détesté unir sa destinée à celle de Mrs. Brown, mais celle-ci avait bien d'autres choses à penser qu'au mariage.

Car c'était une maîtresse femme que Mrs. Brown, pas sèche du tout, bien plantée, avec une légère pointe d'embonpoint et supportant allègrement quarante-huit automnes. Elle conduisait sa ferme avec une énergie toute masculine, aidée seulement du fermier Paterson et de Jimmy, un affreux gamin de seize ans qui servait à la fois de garçon d'écurie et de valet de pied.

Nellie avait dix-huit ans, elle était blonde, fraîche comme une rose et aussi jolie qu'il est possible à une belle anglaise de l'être, ce qui n'est pas peu dire, car lorsqu'une anglaise se met à être jolie, il est difficile de trouver rien de plus charmant.

On prenait donc le thé sous la véranda de Garry Fen, il était environ cinq heures et l'air

rafraîchit par la brise du soir embaumait du parfum des fleurs du jardin.

—Un peu de thé, M. Barnes, dit Nellie en approchant une théière d'argent de la tasse du révérend.

—Un morceau de "short cake," dit Mrs. Brown en ajoutant l'action à la parole et déposant dans l'assiette du ministre un énorme morceau de gâteau.

—Ce gâteau est délicieux, dit M. Barnes en saluant Mrs. Brown qui en rougit de plaisir.

Nellie remplit la tasse et tendait au ministre un sucrier et un petit pot de crème.

La conversation un instant interrompue continua, n'étant troublée de temps en temps que par les cris de Jimmy, qui s'efforçait de faire réintégrer au poulailler quelques volailles qui avaient envahi le jardin et faisaient massacre dans les plates-bandes.

Tout à coup Jimmy qui pourchassait un poulet qui s'était aventuré sur la route, s'arrêta, en regardant avec attention dans la direction de Stratford.

— Hé! Mrs. Brown, cria-t-il, en montrant du doigt la route poussiéreuse, voyez donc là-bas, un cheval en liberté qui se dirige de ce côté.

Tous se levèrent et regardèrent dans la direction indiquée.

—C'est un cheval emporté, dit le révérend.

—Mais il y a quelqu'un dessus, s'écria Nellie en se précipitant vers la rampe.

—Quelle imprudence, dit Mrs. Brown, voici un plan pour se tuer.

—Ohé! stop, criait Jimmy.

En effet, un cheval emporté avançait avec une rapidité vertigineuse, celui qui le montait essayait de toutes ses forces de retenir l'animal furieux, mais sans pouvoir y parvenir. En moins de temps qu'il ne faut pour y penser, l'homme et le cheval vinrent s'abattre juste en face de Garry Fen.

Ce ne fut qu'un cri.

Jimmy resta les deux bras en l'air, Mrs. Brown et Nellie devinrent pâle d'émotion, quant au révérend Barnes il faillit s'étrangler avec un morceau de "short cake" qu'il s'appêtait à avaler.

Le premier moment de stupeur passé, chacun courut vers le lieu de l'accident. Jimmy, le premier rendu, dégagea le cavalier qui avait la jambe engagée sous sa monture. Le cheval se leva et le plus tranquillement du monde, s'en fut brouter l'herbe qui bordait les haies de Garry Fen.

Le cavalier était évanoui, c'était un grand jeune homme blond d'environ vingt-cinq à trente ans. A ses vêtements on reconnaissait un homme du monde, costume de sportman simple mais de bon goût.

Jimmy soulevait la tête du blessé sur son genou, Mrs. Brown lui baignait le front et près d'elle Nellie se tenait ayant en main un vase contenant de l'eau glacée.

—Je crois qu'il serait bon d'aller chercher un médecin, dit le révérend, peut-être le malade est-il blessé plus gravement que nous le croyons.

(à suivre)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII,

MERCREDI, 8 JUILLET, 1903,

No. 2

Travaux Originaux

KYSTE SÉREUX DE L'APPENDICE.

Par M. le Dr. R. Chevrier,

Memb de la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris.

La littérature chirurgicale fait très peu mention des kystes de l'appendice. Au cours de mes recherches je n'ai pas rencontré d'observations de kyste séreux de cet organe, et j'ai cru qu'il serait doublement intéressant, tant au point de vue de la statistique que du diagnostic différentiel, de citer en quelques mots un cas de ce genre opéré récemment.

M. Y..., de Casselman, âgé de 30 ans, se présente chez moi, se plaignant de douleurs subaiguës dans la fosse iliaque droite; ces douleurs durent depuis quelques jours et se sont manifestées déjà une couple de fois à des intervalles rapprochés.

Autant que je puis en juger par les renseignements recueillis, ces attaques n'étaient pas accompagnées d'élévation de température et n'entraient pas les mouvements péristaltiques de l'intestin, qui continuait à fonctionner régulièrement. Le malade éprouvait de légères nausées. En somme, aucun des symptômes essentiels de l'appendicite, si ce n'est la douleur parfaitement localisée dans la fosse iliaque droite, dans la région appendiculaire.

A l'examen la peau de l'abdomen est souple, mais à la pression de la main dans la région ilio-cœcale la douleur sourde qui existe depuis quelques jours s'accroît. Pas de sensibilité abdominale ailleurs.

Langue assez bonne, et température normale. Tout de même la persistance localisée de la

douleur et son caractère récidiviste avec aggravation me font diagnostiquer une appendicite catarrhale et décider une intervention.

Incision classique. Nous ne trouvons pas d'adhérences d'aucune sorte; l'appendice est parfaitement libre et un peu plus long qu'à l'état normal. A sa partie centrale, à peu près, il présente un renflement de la grosseur d'une noisette, sphérique et de consistance assez ferme.

Excision et fermeture de l'abdomen par trois planes de suture.

Suites normales; guérison par première intention; le malade sort de l'hôpital la quinzième journée.

A l'examen macroscopique on trouve que ce renflement de l'appendice n'est ni plus ni moins qu'une cavité kystique remplie d'un liquide séreux. Il n'y a nulle communication entre la cavité appendiculaire au-dessus et au-dessous du kyste et ce dernier. L'appendice ne semble pas épaissi—les tissus sont de couleur normale.

L'examen microscopique n'a malheureusement pu être fait, vu que la pièce, par erreur, n'a pas été conservée après l'opération.

Cette opération, selon nous, a un certain intérêt en ce sens qu'elle prouve qu'on peut parfaitement étayer le diagnostic d'une lésion appendiculaire sur le seul symptôme de la douleur bien localisée.

Ottawa, 168 Ave. Daly, le 25 juin, 1903.

—: o: —

Coq-a-l'Ane

LE CREOSOTAL DANS LE CROUP. — La-sansky prescrit avec grand avantage ce médicament dans le croup, le pseudo-croup, la rougeole et la coqueluche. Il en est des plus satisfaisants. La première dose devra être assez forte pour

amener l'odeur caractéristique de l'haleine et la sueur; lorsque la température tombe, on diminue la dose. Comme véhicule, l'infusion d'ipécac et l'amoniaque anisée. (Deutsch Med. Zeitsch.—Arch. Pediat.) Le créosotal, c'est du carbonate de créosote, huile brune épaisse, qui se donne à la dose de 3 à 15 minimmes.

LA REACTION DIAZOÏQUE COMME MOYEN DE PRONOSTIC DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE. — Carter Wood, de New-York, donne des détails sur 363 cas observés à l'hôpital Saint-Luc. Il conclut ainsi: — 1. Si l'urine ne présente pas la réaction diazoïque et que l'on puisse exclure une lésion renale, le pronostic est favorable. Dix pour cent des cas de moyenne intensité donnèrent la réaction, qui disparut chez plusieurs par le traitement. Les cas légers ne présentent pas la réaction. 2. Si l'urine ne présente la réaction que de temps à autres, le pronostic n'est pas nécessairement mauvais. 3. Si l'urine donne continuellement une forte réaction, le pronostic est très mauvais; la moitié de ces cas meurent en-dedans de six mois. La constatation de la réaction au premier examen d'un patient, ne doit pas empêcher un essai du traitement hygiénique dans un sanatorium. (Med. News.) Comme on le sait, le réactif est ainsi formulé suivant Ehrlich, in Charité-Annalen: Acide sulfanilique, 10 parties; acide chlorhydrique pur, 50 parties; eau à 1000 parties. C'est pour la solution A. La solution B est une solution de nitrite de soude dans de l'eau, à 5 pour 1000. On mélange avec deux Cc. de la sol. B., 100 Cc. de la sol. A. Le mélange se conserve actif pendant deux jours, s'il est placé dans un endroit frais. Pour obtenir la réaction, on ajoute, dans un tube, volume égal d'urine et de réactif; puis un septième ou un huitième du volume d'urine, d'amoniaque liquide. Normalement l'urine prend une teinte jaune ou orange; à l'état pathologique, elle se teint rouge intense. Surtout la mousse obtenue par l'agitation des urines est d'une coloration rosée ou rouge-pourpre. Après 12 heures, au-dessus du précipité au fond du tube, on voit une coloration intense, variant du vert, vert noir au violet.

UN "COCKTAIL" SUR ORDONNANCE. — Entre un quidam dans une pharmacie d'une ville prohibitionniste. Il écrit une ordonnance en règle et, au bas, il formule: Fiat Cauda Galli Manhattani. Il a été prestement servi par le pharmacien "up-to-date."

NOUVEAU SIGNE DE GROSSESSE MULTIPLE. — Jentzer, reconnaissant par le palper

deux têtes, dit qu'en les mettant en contact, il éprouva la sensation de deux billes de billard dans l'eau que l'on frapperait ensemble. (Cent. f. Gyn.)

DIAGNOSTIC A L'OEIL. — Docteur, mon mari dit que tous les soirs il lui apparaît devant les yeux des taches rouges et noires. Que lui conseillez-vous de faire?

—Qu'il cesse de jouer au "poker."—Chicago Record.)

SYMPTÔME PRECOCE D'ATAXIE.—Weiss de Vienne, dit qu'un symptôme précoce d'ataxie locomotrice est l'impossibilité dans laquelle le patient se trouve de marcher à reculons, tandis que d'une autre façon, il peut aller avec certitude et rapidité. (J. Med. & Sc.)

CATGUT AU XYLOL. — Mayo Robson conseille de prendre le catgut formaliné ordinaire, de l'enrouler sur des bobines, de le placer dans un cylindre métallique hermétiquement fermé, contenant du xylo. On place dans le stérilisateur et on fait bouillir une demi-heure. Conserver dans une solution à 5 o/o d'acide phénique dans l'alcool méthylique. Il ne perd nullement de sa force, il est stérile et se conserve indéfiniment. (Med. Rec.)

ECLAMPSIE. — L'apomorphine est un puissant diaphorétique, presque l'égal de la pilocarpine, sans la tendance de celle-ci à produire l'œdème pulmonaire. A la dose de 1/22 de grain, il a donné de bons résultats dans l'éclampsie. (Kitchens, in St. Louis Cour. of Med.)

FIÈVRE PUÉRPERALE CHEZ UN HOMME. — Le maître de la maison est très malade au lit. La servante dit à son épouse:—Ah! Madame, vot' mari, ce pauvre messieu, y est ben malade, allez. Y me fait si ben penser à ma défunte sœur qui est morte. Je cré qui est malade de la même maladie qu'elle. Oui, madame, excusez, je sue pas docteur, vous savez, mé je cré qu'y a les fièvres puépérales!

FIÈVRE DE COUCHES. — Madame entre chez son jardinier. Le pauvre homme, terrassé par une grippe qui lui donne une fièvre ardente, est couché. La jardinière, interrogée, répond que le médecin a dit que c'est une griffe qui l'influença. Mais, entre nous autres, madame, je sais mieux que ça. Personne ne l'influença, ni y s'est-y fait graigner. Y a pris c'teu maladie-là en soignant ses couches chaudes; c'tane fièvre de couches qu'y a, mon homme.

NIBE.

Revue des journaux

MEDECINE

ABSORPTION DU MERCURE METALLIQUE PAR LES LEUCOCYTES.

Par M. Collet.

J'ai l'honneur de soumettre à la Société, à titre de communication préliminaire, quelques recherches sur l'absorption du mercure métallique, que je poursuis depuis deux ans, et que j'ai reprises récemment avec la collaboration de M. Cuisinier, élève à l'École du service de santé militaire.

Si on examine au microscope une fraction de goutte d'huile grise, on la voit formée d'une infinité de petites sphères très noires, et qui deviennent brillantes quand on éloigne l'objectif. Ces sphères sont de dimensions variées ; les plus grosses sont bien supérieures au diamètre d'un globule rouge ; mais entre elles on en voit de plus petites, et entre ces dernières, comme une fine poussière noire. Examinée à un plus fort grossissement, cette poussière noire se montre formée de sphères analogues aux précédentes, séparées par des granulations plus petites, elles-mêmes sphériques. Le mercure métallique est donc amené ainsi à un état de division extrême.

On peut obtenir une division semblable en triturant le mercure avec de la craie ; mais cette sorte d'émulsion est plus difficile à réaliser et peu durable.

On peut l'obtenir enfin avec de la gomme arabique, et c'est une préparation de ce genre que j'ai employée récemment.

A plusieurs reprises j'ai injecté de l'huile grise dans le sac dorsal des grenouilles ; il en résulte un énorme gonflement de ce sac, et, en l'ouvrant, le lendemain, par exemple, on constate qu'il est distendu par un liquide séro-hématique, l'huile grise formant une couche gris sale sur les parois du sac. Le liquide examiné au microscope montre des sphères de mercure, soit libres, soit situées au pourtour des globules ou à leur surface.

Si l'on emploie l'émulsion de mercure et gomme arabique dont je viens de parler, les résultats sont beaucoup plus nets ; on voit des leucocytes chargés de mercure leurs mouvements amiboïdes. Il y a aussi des gouttelettes de mercure dont quelques-unes très volumineuses, et sur différents plans. Ces leucocytes contiennent beaucoup de gouttelettes libres ; il est tout à fait exceptionnel qu'on les trouve accolées aux globules rouges.

Toutes choses égales d'ailleurs, l'absorption par les leucocytes m'a paru plus facile lorsqu'on emploie une émulsion peu chargée en mercure.

En injectant l'huile grise dans les muscles et en examinant le contenu des sacs lymphatiques, je n'ai trouvé dans ceux-ci de globules chargés de mercure.

En observant sur la platine chauffante, on n'assiste pas non plus à l'englobement du mercure par les leucocytes la sérosité et le liquide huileux ne se mélangent pas, formant deux flaques séparées. Tout ce

qu'on peut dire, c'est que les mouvements amiboïdes ne sont pas ralentis ; ils ne paraissent influencés ni dans un sens ni dans l'autre.

Chez le cobaye, qui a reçu sous la peau un centimètre cube d'huile grise diluée au dixième, il se forme souvent un abcès. J'ai bien vu dans les leucocytes du sang circulant et granulations très noires, mais je ne puis être affirmatif.

Par contre, la technique suivante m'a donné des résultats positifs. On injecte sous la peau d'un cobaye un centimètre cube de gomme arabique triturée avec du mercure. Quatre jours après on injecte dans le péritoine quelques centimètres cubes d'eau salée qui provoquent un afflux de leucocytes dans le péritoine. Le liquide péritonéal examiné quelques heures après montre de nombreuses cellules, et certaines d'entre elles renferment des sphères mercurielles. Le mercure est très inégalement réparti. Souvent il n'y a pas de cellules caractéristiques sous le champ du microscope, puis on en constate une ou plusieurs, parfois sous forme d'amas, qui contiennent des granulations rondes et très noires. Certaines de ces granulations sont de grande taille, parfaitement sphériques, noires, puis brillantes en éloignant l'objectif. Elles sont de volume inégal, très irrégulièrement disséminées, presque toujours dans le globule, exceptionnellement à sa surface. Il s'agit évidemment de leucocytes qui se sont chargés de mercure au foyer de l'injection, qui ont passé dans la circulation générale, puis qui ont été attirés dans le péritoine par l'injection d'eau.

J'ai répété souvent cette expérience avec succès ; je l'ai refaite également chez la grenouille.

Les globules mercurifères sont des mononucléaires et des polynucléaires, jamais des lymphocytes.

On savait déjà (Arnozan et Montel, Stassano) que les leucocytes jouaient un rôle dans l'absorption de certains sels de mercure ; mais il m'a semblé qu'il y avait intérêt à faire la preuve de cette absorption pour le mercure métallique. Vu la facilité avec laquelle on peut le suivre au microscope, ces recherches pourront servir à élucider diverses questions intéressantes, touchant son transport et sa localisation dans l'organisme. On pourrait, par exemple, en favorisant l'afflux des leucocytes dans un organe, favoriser du même coup l'afflux du mercure. C'est de ces questions connexes que je me propose de vous entretenir prochainement.

(Lyon Médical).

—: o: —

SUR UN CAS DE FIEVRE HYSTERIQUE.

Par MM. Lannois et Porot.

MM. Lannois et Porot rapportent l'histoire fort complexe d'une hystérique qui a présenté, entre autres symptômes curieux : Une asthénie extrême qui a persisté plus de trois mois et a disparu brusquement à l'occasion d'une maladie grave de son enfant. Des crises de tétanie avec trismus et opisthotonos qui disparurent par suggestion. Des vomissements incoercibles. Des troubles urinaires variés. Albuminurie intermittente. Oligurie, polyurie, anurie transitoire et enfin hématuries. Des élévations extraordinaires de température jusqu'à 41.5 degrés se produisant brusquement et d'une façon très irrégulière. Enfin depuis quelque

quelque temps des accès de sueurs paroxystiques: en quelques instants cette malade est trempée de sueurs comme si on avait jeté un seau d'eau sur son lit; quand elle est debout on croirait qu'elle a uriné sous elle tant la sueur coule abondamment. L'analyse de cette sueur a montré qu'elle contient 3 gr. 94 d'urée par litre. C'est une véritable élimination urinaire par la peau. Malgré ces nombreuses manifestations la malade a augmenté régulièrement de poids depuis son entrée dans le service, passant de 40 à 44, puis à 50 kilogs. Ce n'est pas un des moindres de ses stigmates hystériques.

(Lyon Médical).

—————: o: —————

VENTOUSES SECHES VESICANTES; OEDEME PULMONAIRE AIGU.

M. Soulier affirme qu'une ventouse sèche, à la condition que la peau soit un peu épaisse, a fortiori légèrement infiltrée, et que la ventouse soit volumineuse (un verre à boire), peut être vésicante, et l'application de nombreuses ventouses sèches, surtout si on peut les rendre vésicantes, constitue pour lui le traitement par excellence de l'œdème pulmonaire aigu.

M. Aubert a publié dans le Lyon Médical, en 1892, t. 70, p. 620, un article sur la "pose des ventouses sans brûlures;" et dans le tome 71 du même journal, p. 68, M. Aubert (de Mâcon) a indiqué, pour éviter sûrement toute brûlure, le procédé suivant: faire un petit cornet de papier de 10 centimètres de haut, en allumer la partie évasée, et, le papier flambant bien, le renverser au fond du verre; appliquer. La queue du cornet touchant seule l'épiderme, une brûlure est impossible.

M. Soulier considère la phlyctène ici produite, — semblable à celle de la brûlure, du vésicatoire, — bien qu'intra-épidermique, comme relevant du système lymphatique. D'autre part, Renaut a constaté la présence presque exclusive des globules blancs dans l'inondation séreuse intra-alvéolaire de l'œdème pulmonaire aigu. Ne peut-on pas, alors, dire qu'il s'agit ici comme d'un coup d' "œdème lymphatique?" L'on pourrait, donc, admettre comme une action dérivative des ventouses s'exerçant en système lymphatique.

Les phlyctènes cucurbitulaires — l'on dirait d'une hydrotomisation de l'épiderme — s'affaissent spontanément, et rapidement; ce ne peut donc pas être des brûlures.

(Lyon Médical.)

—————: o: —————

CHIRURGIE

INDICATIONS DE LA GASTRO-ENTERO-ANASTOMOSE; CHOIX DU PROCÉDE.

Par M. Vallas.

(Société Nationale de Médecine)

Cette opération est certainement une des plus heureuses conquêtes de la chirurgie abdominale. Son principe fut dès longtemps énoncé en France par Maison-

neuve, lorsqu'il créa l'entéro-anastomose, et elle nous est revenue d'Allemagne avec les travaux de Woffler et de von Hacker. A l'heure actuelle, elle est admirablement réglée et est entrée dans la pratique courante. Pour mon compte, j'en suis un partisan convaincu. J'ai relevé, dans mes observations de ces quatre dernières années, 60 cas de gastro-entéro-anastomoses, et c'est sur eux que je puis baser les considérations que je présente aujourd'hui.

L'indication capitale de la gastro-entérostomie, c'est la sténose pylorique. Malheureusement, dans l'immense majorité des cas, on se trouve en présence d'un rétrécissement néoplasique, et alors il ne peut s'agir que d'une opération palliative. Cependant, les résultats momentanés qu'elle procure sont des plus heureux. Les vomissements si pénibles des grandes dilatations stomacales cessent immédiatement, la soif s'apaise, l'appétit renaît, le dépérissement s'arrête et les malades passent par une période d'euphorie et d'engraissement véritablement surprenante. Cette halte dans la marche fatale de la cachexie cancéreuse est variable de durée. J'ai vu des malades survivre deux ans: tel, par exemple, un homme de 76 ans, que j'ai opéré en 1901 et qui est rentré dernièrement dans mon service, après 23 mois de santé parfaite, avec une gêne de 12 à 15 mois me paraît néanmoins le terme moyen néralisation péritonéale de son cancer. Une rémission au-delà duquel est repoussée la fatale échéance.

Si le rétrécissement pylorique est simplement cicatriciel, la gastro-entérostomie s'élève alors au rang d'opération curatrice. Le résultat immédiat est le même, mais il se maintient et on assiste à une véritable résurrection du malade. Pourquoi faut-il, hélas! que ces cas soient si rares, comparativement à ceux de sténose cancéreuse? C'est à peine si, sur 60 malades, j'en trouve quatre opérés pour lésions purement cicatricielles.

La gastro-entéro-anastomose se pratique encore quand l'indication se pose de mettre au repos l'estomac. C'est surtout pendant l'évolution des ulcères que l'on peut être mis en présence de cette éventualité. Quand les douleurs, qui accompagnent le travail de digestion stomacale, deviennent insupportables, il y a viennent dangereuses par leur abondance et surtout avantage à favoriser le passage rapide des aliments dans l'intestin. De même, lorsque les hémorragies de leur répétition, la gastro-entérostomie rend des services en supprimant, ou tout au moins en diminuant les contractions violentes de l'estomac. En pareil cas, elle peut être assimilée sous tous les rapports à la taille vésicale dans le traitement de la cystite tuberculeuse. Elle répond au même but, la mise au repos de l'organe contractile, et elle fournit le même résultat.

J'ai été amené deux fois à pratiquer la gastro-entérostomie dans des cas de périgastrite généralisée. Chez des malades qui présentaient des signes de sténose incomplète, mais qui souffraient énormément après l'ingestion des aliments, j'ai trouvé l'estomac enveloppé, comme dans les mailles d'un filet, par des adhérences peu serrées, mais répandues sur presque toute la surface de l'organe. On pourrait donner à cet état anatomique le nom de symphyse de l'estomac. Je l'ai rencontré pour la première fois chez un malade du Dr Tournier qui, d'ailleurs, me l'avait bien adressé avec le diagnostic de périgastrite. La facilité que j'eus à rompre ces adhérences et à libérer l'estomac fit que

je m'arrêtai là au cours d'une première intervention. L'amélioration fut immédiate, mais ne dura pas un mois. Je dus réopérer le malade et je lui pratiquai cette fois la gastro-entéro-anastomose postérieure. En raison de la rapidité avec laquelle se reproduisent les adhérences, c'est à cette intervention qu'il faut avoir immédiatement recours.

Y a-t-il des contre-indications à la gastro-entérostomie? Pour ma part, je n'en connais rien. Tant que le malade respire, on peut espérer un résultat favorable. Un des premiers malades que j'opérai, qui venait du service de M. le Prof. Bard, était déjà profondément cachectique: il avait de l'œdème des membres inférieurs et à l'incision de l'abdomen je trouvai du liquide ascitique dans la cavité péritonéale. Je dois à la vérité de dire qu'il ne survécut qu'un mois. Il succomba au progrès de la cachexie, mais eut au moins le bénéfice de voir disparaître ses vomissements. Cette observation prouve que l'opération est bénigne et peut être supportée par les gens les plus affaiblis. D'ailleurs que risque-t-on lorsqu'on est aux prises avec un cancer?

(Lyon Médical.)

(à suivre)

—: o:—

UN CAS D'OBSTRUCTION CALCULEUSE DU CANAL CHOLEDOQUE, GUERIE PAR LA CHOLEDOCOTOMIE; QUELQUES REFLEXIONS SUR LA PATHOGENIE DE L'ICTERE DANS LA LITHIASE DU CHOLEDOQUE.

Par M. Leclerc, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Communication faite à la Société nationale de Méd.
(Séance du 16 mars 1903)

Le subictère et même l'absence totale de jaunisse dans les obstructions calculeuses du cholédoque ne sont pas absolument rares. Il faut distinguer deux catégories de malades.

La première comprend ceux qui sont très infectés et chez lesquels l'infection supprime la sécrétion biliaire. Ce sont des acholiques incapables de faire de l'ictère.

La seconde comprend les malades non infectés ou peu infectés, chez lesquels la sécrétion biliaire est parfaitement conservée, mais qui, néanmoins et en dépit de l'obstruction n'ont pas de résorption du tout ou n'en ont que partiellement ou temporairement. Tel était le cas de notre malade. Telles étaient les quatre observations publiées par Griffon où, malgré une obstruction du cholédoque qui parut complète, l'ictère fit complètement défaut. Tel encore le cas de Schwartz, où l'ictère était si léger qu'il fallait le chercher au niveau des conjonctives.

Vautrin donne une statistique portant sur 66 cas qui se répartissent ainsi qu'il suit: 39 cas avec ictère chronique, 13 cas avec ictère intermittent, 8 cas avec un ictère survenu seulement quelque temps avec l'opération, 4 cas avec absence complète d'ictère.

Comment peut-on, dans l'espèce, expliquer l'absence de la jaunisse? On a dit que la vis à tergo pou-

vait être plus forte que l'obstacle et que, grâce à l'extensibilité du cholédoque et à l'augmentation de pression en amont du calcul, la bile pouvait s'infiltrer à côté de ce dernier. Cette explication est acceptable si, dans la lithiase du cholédoque, la rétention biliaire et l'ictère qui en est la conséquence, sont dus au calcul lui-même. Mais il ne paraît pas toujours en être ainsi. Il en serait même rarement ainsi, d'après Riedel, pour qui la cause de l'ictère réside le plus souvent, non pas dans le calcul lui-même, mais dans une angiocholite atténuée, consécutive d'ailleurs à la stase biliaire engendrée par le calcul. Cette angiocholite, en tuméfiant la tunique interne des canaux biliaires, crènerait la résorption de la bile. Pour cet auteur, il faut donc distinguer dans l'espèce un ictère lithogène et un ictère inflammatoire, ce dernier plus fréquent.

Ehret va plus loin et prétend que l'ictère dans la cholé-lithiase est, non seulement le plus souvent inflammatoire, mais encore intra-hépatique. C'est l'angiocholite des petits canaux, dit-il, qui produira le plus facilement l'obstruction des voies biliaires. Si l'angiocholite n'est pas ascendante, si elle se borne aux troncs mêmes, l'ictère inflammatoire ne s'établira que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'inflammation produira un gonflement assez prononcé de la muqueuse pour oblitérer la lumière relativement large du canal biliaire.

Si donc, ainsi qu'il résulte des opinions des auteurs précédemment cités, la pathogénie de la résorption biliaire dans l'obstruction calculeuse du cholédoque est variable, il n'est pas étonnant que l'ictère soit lui-même variable.

(Lyon Médical.)

—: o:—

SUR DIFFERENTES VARIETES DE FRACTURES DE JAMBES.

M. Destot présente, au nom de M. Pollosson, une malade qui, depuis deux mois, a une fracture de jambe non consolidée. L'examen clinique de cette malade est très difficile et c'est à peine si à un travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire on sent une légère saillie surplombant une dépression dans la ligne du tibia. La jambe est incurvée en avant, le talon avalé, si bien qu'au premier abord on serait tenté de croire à une fracture sus-malléolaire. La radiographie démontre qu'il s'agit d'une fracture de l'extrémité inférieure du tibia extrêmement oblique, de bas en haut et l'avant en arrière.

Ce cas vient compléter ce que j'ai dit des fractures de l'extrémité inférieure de la jambe et montre que la déformation observée tient aux manœuvres de réduction.

En effet, lorsque la fracture siège sur les malléoles mêmes, le point de réflexion des fragments se trouve dans le centre de l'articulation et il faut, pour rétablir le pied dans une bonne situation, tirer d'arrière en avant sur le pied, tout en ramenant la pointe du pied en dedans. Au contraire, lorsque la fracture siège dans le tibia, au-dessus de l'articulation, les mouvements de réduction opérés sur le pied font basculer le fragment inférieur. L'articulation étant saine, il se produit un angle ouvert en avant tenant à la bascule du fragment inférieur du tibia qui se déplace d'une façon angulaire.

En effet, si le trait est oblique de haut en bas et d'avant en arrière, toute l'épiphyse tibiale se porte en avant lorsqu'on réduit le talon et lorsque le trait est oblique de bas en haut et d'avant en arrière, il se produit une flexion dans le foyer de fracture, qui a pour effet de faire basculer le fragment inférieur en arrière par sa partie supérieure, tandis que la mortaise est amenée en avant.

Les fractures sus-malléolaires aboutissent donc à cette déformation spéciale, caractérisée par une jambe à arc de cercle antérieur et à talon avalé, mais ce n'est pas une déformation tenant à la fracture elle-même, mais bien aux manœuvres de réduction intempestives.

En pareil cas, il faut faire de l'extension continue, en ayant soin de n'embrasser que le pied et en soutenant le fût inférieur de la jambe en porte à faux. Malgré cette manœuvre, on échoue souvent et cela surtout lorsque l'épiphyse est détachée en bloc; c'est pourquoi une intervention précoce, lorsque le diagnostic est assuré par la radiographie, permettrait de rendre de grands services aux malades, si on aperçoit que les tentatives de réduction sont infructueuses.

Lorsque l'épiphyse est fragmentée, la réduction est bien plus facile, puisque chaque fragment se mobilise plus facilement. Enfin, il existe un cas intermédiaire dans lequel le fût du tibia est engrené dans l'épiphyse; dans ce cas, les manœuvres de réduction échouent, et comme la déformation est fatale, l'indication d'une intervention sanglante se pose.

En résumé, il existe une variété de fractures sus-malléolaires qui se distingue nettement des fractures des malléoles et des autres types de fractures de l'extrémité inférieure de la jambe; ces fractures sont de cause indirecte et succèdent à des chutes sur le pied ordinairement de peu de hauteur. On peut en distinguer deux types, l'un dont le trait oblique de haut en bas et d'avant en arrière, avec projection de l'épiphyse cassée en avant par glissement sur le plan incliné du fragment supérieur; l'autre, par extension forcée dont le trait est oblique de bas en haut et d'avant en arrière. Dans ce dernier cas les manœuvres de réduction ramènent la mortaise en avant pendant que le biseau fracturé bascule en arrière.

L'angle ouvert en avant, que ferme l'épiphyse avec le tibia, est donc de cause bien différente, mais imprime à la déformation de la jambe ce caractère commun d'une courbure antérieure du tibia avec effacement du talon et pseudo-équinoisme. Le pronostic de ces fractures est grave, la réduction et son maintien des plus difficiles. Les déformations sont dues, la plupart du temps, à des manœuvres intempestives et notamment aux tentatives de réduction par projection d'arrière en avant du talon. Ces manœuvres classiques et utiles dans les fractures malléolaires provoquent dans un cas le glissement de l'épiphyse sur le plan incliné du fragment supérieur. Ces fractures sont ordinairement d'un diagnostic difficile, au milieu du gonflement traumatique. La radiographie permet de lever toutes les difficultés. Dans quelques variétés, lorsque l'extension continue et les manœuvres de réduction ont échoué, il faudra recourir à une intervention sanglante, notamment lorsque la diaphyse du tibia s'est engrenée avec l'épiphyse.

(Lyon Médical.)

Thérapeutique et Matière Médicale

SUR L'EMPLOI THERAPEUTIQUE DE LA THEOPHILINE OU THEOCINE.

Par MM. Lyonnet et Devars.

(Soc. Méd. hôp. Lyon.)

La Théophiline est un isomère de la Théobromine contenue en quantité infinitésimale dans le Thé, d'où elle ne pourrait être extraite qu'à grands frais (15000 francs le kilog.). On l'a préparée récemment par synthèse et on a pu ainsi la livrer au commerce. C'est une poudre amère analogue à la théobromine, comme elle peu soluble dans l'eau et de plus un peu irritante pour l'estomac; aussi est-elle parfois mal supportée par certains malades. On a cherché à l'administrer par voie sous-cutanée; pour cela on a pu obtenir des solutions suffisamment concentrées en ajoutant du salicylate de soude ou une faible quantité de soude.

L'étude de la toxicité chez l'animal a montré (expériences pratiquées à l'École vétérinaire) que la Théophiline n'est toxique qu'à forte dose. A faible dose elle provoque l'accélération du cœur et de la respiration.

Chez l'homme, des doses de 0,40 à 0,60 centigrammes, administrées dans l'après-midi, suffisent à provoquer pour la nuit une agitation parfois très forte. Administrée le matin à doses plus faibles, 0,30, elle ne présente pas le même inconvénient.

C'est un stimulant plus énergique que la caféine. C'est aussi un diurétique, mais qui d'une manière générale peut être comparé à la Théobromine.

En somme, ce médicament semble plus utile au cardiaque qu'au brightique; sa grande indication paraît être l'asystolie quand les autres excitants du cœur ont échoué. Ses contre-indications seraient une excitation très marquée, le délire et les troubles gastriques.

(Lyon Médical.)

L'HISTOGENOL.

Parmi les médicaments nouveaux, susceptibles de stimuler la nutrition, l'Histogénol est un de ceux qui ont le plus attiré l'attention à cause des excellents résultats qu'il fournit dans le traitement des maladies consomptives (tuberculose, lymphatisme, anémie, chlorose, cachexie paludique, neurasthénie).

Ce nouveau médicament arsénio-phosphoré organique, à base de psarine (nucléine vraie), méthylarsinate disodique, présenté l'an dernier à l'Académie des Sciences, à la Société de Biologie, à la Société de Thérapeutique, a fait en novembre dernier, près la Faculté de médecine de Paris, l'objet de la thèse de M. le Dr Colombet, nous allons brièvement résumer ici les conclusions de cet important et intéressant travail.

M. le Dr. Colombet, après avoir indiqué la constitution de l'Histogénol et sa posologie, 2 cuillerées à soupe par jour (ce qui représente quotidiennement pour chaque malade adulte 0,05 cent. de méthylarsinate disodique, et 0,20 cent. de psarine), aborde l'étude clinique de ce nouveau médicament.

Il a soumis au traitement par l'Histogénol, et cela pendant plusieurs mois, à partir du 1er mars, tous les malades tuberculeux qui se trouvaient, durant les mois d'avril, mai, juin et juillet, dans le service de M. le Dr Morel-Lavallée à l'hôpital de la Pitié. Ces essais ont porté sur 33 sujets, suivis plusieurs mois après leur sortie de l'hôpital dont cinq étaient atteints de tuberculose au premier degré, 15 au second, 10 étaient atteints de cavernes plus ou moins volumineuses.

Chez les tuberculeux de premier et second degrés, dit M. le Dr Colombet, l'Histogénol a produit, en peu de temps, une amélioration frappante de l'état général, une augmentation rapide et remarquable de l'appétit (au bout de cinq ou six jours), une élévation croissante de poids, variant de 2 à 5 kilos par mois, la disparition complète des sueurs, de la fièvre au bout de 12 à 15 jours, une diminution manifeste, puis la cessation de la toux. Les crachats jaunes, verdâtres, farcis des bacilles de Koch que rendaient ces malades, ont perdu au bout d'un temps variable (un mois et demi au maximum), leur caractère de purulence, une disparition, dans beaucoup de cas, des bacilles de Koch, et l'expectoration est redevenue muqueuse normale.

L'auscultation et la percussion nous ont ensuite démontré que les signes physiques subissent, durant ce traitement, de notables changements. Nous avons, en effet, constaté la transformation des râles humides en râles secs. Quelquefois même, nous n'avons retrouvé qu'avec peine les signes d'induration constatés par nous et nos collègues un mois auparavant.

Quant aux malades porteurs de grandes cavernes, l'Histogénol produit une amélioration très nette, portant surtout sur la fièvre, les sueurs, la toux, l'expectoration; malheureusement cette amélioration n'est que passagère.

Enfin, M. le Dr Colombet termine: "En un mot, l'Histogénol en activant énergiquement l'assimilation et régularisant la désassimilation est le plus puissant stimulant de la nutrition que nous connaissions, et son emploi est rationnellement indiqué dans le traitement de toutes les maladies consomptives, dans tous les cas de convalescences où il faut rapidement relever un organisme affaibli par une affection aiguë quelconque."

Il va de soi que pendant tout traitement le médecin fera faire à son malade de la suralimentation avec œufs, viande crue, jus de viande, etc.

(Lyon Médical.)

—: o: —

TRAITEMENT DU PSORIASIS PAR LA MOELLE OSSEUSE EN APPLICATIONS EXTERNES

Par Watsan et Thompson

Weiss, de St-Petersbourg traitait, il y a 50 ans, les enfants athreptiques, rachitiques, débiles par des onctions de moelle osseuse rouge de jeunes veaux. Le myélocène, ou extrait de moelle osseuse bovine, n'en diffère guère; nos confrères le mélangent avec partie égale d'huile d'amande douce. S'améliorent non seulement les placards en contact direct avec le remède, mais encore ceux non traités. En application seulement externe, le médicament a donc un effet curateur général.

(Bull. Médic.)

—: o: —

GYNECOLOGIE

OPOTHERAPIE MAMMAIRE CONTRE LES FIBROMES UTERINS,

Par Crouse.

L'auteur prescrit la substance mammaire sous la forme de tablettes, à la dose de 0,30 centigrammes, trois fois par jour pendant six semaines; huit jours d'interruption; reprendre après. Chez certaines malades, ou si les doses sont trop élevées, contractions très douloureuses au niveau de la tumeur; alors suspendre le médicament ou en diminuer la dose. Les tumeurs peuvent rétrograder, les métrorrhagies, diminuer. Cette opothérapie peut également guérir les jeunes filles atteintes de métrorrhagies, de dysménorrhée.

(Lyon Médical.)

—: o: —

DILATATION IMMEDIATE ET RAPIDE DU COL UTERIN

La dilatation digitale et cono-digitale du col utérin lorsqu'il s'agit d'obtenir une rapide évacuation du contenu utérin est insuffisante.

Notre éminent collaborateur, le professeur Bossi, de Gênes, vient d'inventer un nouvel instrument pour obtenir en un laps de temps minimum une dilatation rapide, sans déchirure du col ni du vagin.

L'appareil de Bossi se compose de quatre fortes branches s'écartant sous l'influence d'une vis munie d'un volant; cette vis occupe l'axe de l'instrument. L'appareil présente une courbure pelvienne comme le forceps. L'instrument très robuste pèse environ 600 grammes; il porte un cadran inscrivant la marche de la dilatation. La structure de l'instrument est assez compliquée car il fallait arriver à ce résultat que l'ouverture de l'instrument ne provoquât pas de dilacérations dans le vagin.

Pour employer le dilatateur de Bossi, l'opérateur place la femme dans la position obstétricale, fait une toilette soignée des organes, aseptise l'instrument et l'introduisant en le guidant sur deux doigts placés dans le vagin. La femme doit être anesthésiée surtout quand il existe des crises éclamptiques.

L'opérateur peut garnir les branches à introduire dans le col de petits capuchons en caoutchouc coupés dans un tube à drainage.

Dans l'introduction il doit respecter l'intégrité des membranes quand celles-ci existent et agir toujours avec douceur.

Dès que l'instrument est introduit, on donne un tour de volant pour bien le fixer et on attend ensuite l'intervalle de petites contractions pour donner de nouveaux tours de vis. Au reste, l'opérateur doit agir plus ou moins vite suivant les indications du cas, suivant la résistance du col et suivant l'énergie des contractions utérines.

Dans l'accouchement prématuré on peut agir lentement et même laisser l'instrument en place pendant quelque temps en le soutenant par un bandage.

Dans les accouchements à terminer rapidement, l'accoucheur maintient la femme dans la position obstétricale avec toujours les doigts maintenus contre le col. Bossi a pu obtenir des dilatations complètes en 15 minutes, voire même en 7 minutes.

Pour retirer l'instrument, les doigts doivent maintenir la muqueuse vaginale écartée des branches pendant qu'on détourne la vis.

Si on doit alors appliquer le forceps il faut le faire immédiatement.

Voici, d'après un récent travail du docteur Audion, les indications de cette dilatation rapide :

Ces avantages reconnus à la dilatation mécanique immédiate amène son auteur à le considérer comme la méthode de choix, non seulement pour la terminaison rapide de l'accouchement chez une femme malade en travail et déjà très fatiguée, mais aussi pour l'interruption de la grossesse dans les cas de complication médicale grave: sécurité, courte durée de l'acte opératoire, économie des forces de la malade, telles sont les qualités de ce procédé, qui se trouve indiqué quand la vie de la mère ne peut être conservée qu'au prix d'une évacuation rapide de l'utérus (pneumonie grave, septicémie et foetus mort, éclampsie puerpérale intense,) ou bien quand une cardiopathie, la tuberculose pulmonaire, affaiblissent assez une femme enceinte pour faire prévoir que, si on laisse arriver la grossesse à son terme, la malade succombera épuisée pendant le travail ou dans les suites de couches.

Il est à peu près impossible de soumettre ces indications à des règles fixes et détaillées; le sens clinique de chaque praticien devra le guider plutôt qu'un exposé didactique au lit de la malade: ces indications, en effet, varieront dans divers cas différents d'une même complication médicale de la grossesse, suivant:

1. L'intensité de la lésion anatomique;
20. La résistance de l'organisme maternel dans chaque cas particulier;
3. L'imminence du péril qui menace cet organisme;
4. Le pronostic envisagé au point de vue du produit de conception;
5. Le milieu clinique où se trouve la malade: une intervention même difficile étant toujours abordable dans un hôpital où toutes les aises sont ménagées au chirurgien, tandis que l'opération la plus simple sera toujours à redouter dans un logis pauvre où la propriété comme les aides manqueront totalement ou seront suspects;
6. Les conditions sociales, psychologiques et familiales de la parturiente: notre conduite, en effet, vis-à-vis de la femme d'un ouvrier, mère déjà de plusieurs enfants, pourra être toute différente de celle que nous tiendrons à l'égard d'une dame riche, n'ayant pas encore d'enfants, mais en désirant, même après avoir été instruite par nous des dangers auxquels l'expose la continuation de sa grossesse.

Néanmoins, Bossi a divisé les indications de sa méthode en trois groupes:

1. Cas où la provocation artificielle de l'accouchement prématuré, ou bien l'accélération du travail sont reconnues nécessaires.

La supériorité de la dilatation mécanique immédiate sur les autres méthodes plus longues, et qui nécessitent des manœuvres pénibles où l'assistance d'une garde, d'aides chirurgicaux lui paraît évidente, surtout quand l'accoucheur doit opérer seul dans un milieu

pauvre: un long et pénible travail qui eût peut-être mis en péril la vie de la mère devra être, grâce à elle, évité, s'il s'agit par exemple d'une tuberculose pulmonaire avancée, d'une lésion grave non tuberculeuse de l'appareil respiratoire, d'une néphrite avec ou sans éclampsie, d'une cardiopathie menaçante, d'une maladie cutanée étendue et invétérée, d'une anémie pernicieuse progressive.

2. Cas justiciables de l'accouchement forcé. Le dilatateur de Bossi rendra les plus grands services quand la vie de la mère ou celle du foetus dépendront de la rapidité de l'évacuation de l'utérus: éclampsie grave, femme en travail, atteinte de tuberculose pulmonaire ou d'une affection cardiaque graves, placenta prævia, sténose anatomique du col, sténose cicatricielle du col; femme agonisante ou morte et foetus vivant.

3. Cas d'emprisonnement du placenta au-dessus d'un col utérin non dilatable par les moyens usités habituellement.

La dilatation mécanique immédiate peut résoudre même cette grosse difficulté.

-----: o o -----

PEDIATRIE

LA FAUSSE COQUELUCHE.

Par le Dr R.-Saint-Philippe.

Il existe positivement une fausse coqueluche il y a intérêt à la reconnaître, à la distinguer de l'autre, la vraie. Mais on se tromperait singulièrement si l'on s'attachait seulement, pour les différencier l'une de l'autre, aux caractères de la toux. Rien n'est plus aléatoire. On a beau avoir vu et entendu des milliers de coquelucheux, on a beau croire qu'on a dans l'œil la mimique et dans l'oreille la musique de ces tousses véritablement spéciaux, on peut être induit en erreur. Il faut donc se défier pour n'affirmer qu'à bon escient. Et ce qui complique le problème, c'est que si l'on n'y prend garde, comme je ne saurais trop le recommander, on pourra inversement laisser passer, sans la dépister, une coqueluche vraie dont la toux n'aura pas paru caractéristique.

Si l'on s'en tient aux opinions des auteurs et à celle de la majorité des praticiens, la coqueluche est toujours marquée par l'inspiration sifflante, par ce qu'on a appelé la reprise qui suffit à imprimer au mal son cachet. J'ai montré précédemment combien cette manière de voir répondait peu à la réalité des choses. Une fois sur trois quand la coqueluche est à son acmé et une fois sur deux quand elle est déjà vieille, le spasme inspiratoire manque ou est peu marqué—coqueluche incomplète et coqueluche fruste — et la coqueluche n'est plus affirmée que par le caractère nocturne ou matutinal des quintes, par leur opiniâtreté, par leur longue durée. Et j'ai montré, bien avant mon collègue des hôpitaux de Paris, M. Variot, qui a conseillé récemment de toucher du doigt l'orifice du larynx pour provoquer la toux démonstrative, qu'on pouvait dans ces cas, pour se faire donner le spectacle et la représentation de la quinte, peser fortement sur la trachée à l'extérieur, comme on le fait en médecine vétérinaire pour provoquer la toux du cheval.

La précaution, quelle qu'elle soit, est bonne assurément. Il faut y recourir dans les cas douteux pour avoir son jugement. Ce n'est pas moi, à coup sûr, qui voudrais y contredire. Mais je dis qu'il est des circonstances où cette audition de la toux n'est pas capable à elle seule de faire trancher la question. Elle peut même, au contraire, rendre l'ort perplexe.

Un enfant est pris d'une état catarrhal des premières voies avec ou sans fièvre, et au bout de peu de jours, quatre ou cinq au plus, il présente une toux sèche, sifflante, spasmodique, avec efforts de vomissements et même vomissements. Pendant la quinte ses yeux se remplissent de larmes et son nez coule. Il est triste, abattu, sans appétit. Ses nuits sont mauvaises. Est-ce la coqueluche? Est-ce sûrement la coqueluche?

Il est tout d'abord nécessaire de rappeler que bon nombre d'enfants qui ont eu antérieurement de la coqueluche, même à une date éloignée, voient leurs crises repargître à l'occasion d'un rhume, d'une bronchite vulgaire, du moindre état catarrhal. Il s'agit là d'un rappel, d'une sorte de réminiscence de la maladie antérieure qui, mal guérie, profite du premier prétexte venu pour se remonter à nouveau. J'ai vu des cas où le mal revêtait les allures d'une véritable rechute pouvant durer plusieurs septenaires et pendant lesquels on assistait à la réapparition complète de la maladie première, avec une moindre durée pourtant. J'ai même observé des coqueluches chroniques. J'ai dans mes notes l'observation de deux enfants qui, l'un depuis huit ans, l'autre depuis douze ans, n'ont pas cessé à chaque invasion catarrhale de présenter la toux caractéristique, avec une abondante expectoration et parfois des vomissements. Evidemment, il s'agit là d'un état de mal avec accalmies plus ou moins longues, de rémission et non de cessation complète avec rechute.

Quoi qu'il en soit, ces cas, ces divers aspects, ces diverses modalités doivent être mis hors de cause. Un interrogatoire précis des parents pourra le plus habituellement mettre sur la voie et faire éviter l'erreur.

Il est question plus précisément de la toux dite "coqueluchoïde."

Dans quelles conditions l'observe-t-on? D'après mon expérience, il m'a paru que c'était surtout après la grippe, au moment du déclin des phénomènes aigus, la toux qui accentue sa ressemblance avec la toux de la coqueluche. Mais je l'ai notée aussi après la rougeole, (qui est si souvent aussi suivie de vraie coqueluche), et je l'ai relevée dans le simple catarrhe du naso-pharynx, chez les prédisposés, chez les enfants atteints d'hypertrophie tonsillaire et de végétations adénoïdes, chez ceux qui font une poussée dentaire, chez les petits nerveux enfin. Le spasme, dans ces différentes occurrences, joue bientôt le rôle prédominant. A maintes reprises, je suis resté hésitant devant le diagnostic, que plusieurs fois je me suis vu, pourquoi ne pas l'avouer? dans l'obligation de réformer pour l'avoir trop hâtivement posé.

Comment interpréter de pareils faits? De quelle explication plausible sont-ils justiciables? S'agirait-il d'une manifestation avortée de la coqueluche? Nous avons des maladies infectieuses d'un virus très atténué qui touchent seulement de l'aile ceux qu'elles frappent. Témoin la variole, la varicelle, la scarlatine, la fièvre typhoïde, les oreillons, la diphtérie même. Assurément si le microbe de la coqueluche était mieux connu, disons nettement était bien connu (car malgré les

affirmations de quelques-uns, il ne l'est pas encore), on pourrait faire le départ entre des formes d'acuité si diverse. A défaut d'une réponse péremptoire de la microbiologie, l'observation permet, du moins jusqu'à nouvel ordre, de trancher la question. Il me semble qu'il se passe là quelque chose d'analogue à ce qu'on voit dans les différentes inflammations de la muqueuse laryngée, dans la laryngite striduleuse notamment. Ici, le spasme existe, parfois même à un degré violent, comme dans la diphtérie, et cependant la maladie n'est pas la même, il n'y a pas la spécificité, nous disons aujourd'hui l'infectiosité. Le germe infectieux, virulent, le Loeffler manque. Ce sont deux maladies distinctes, provoquées apparemment par deux germes différents, mais à toxine à peu près également convulsivante, à la durée près. Je ne crois pas qu'il y ait lieu de parler de congestion, de tuméfaction, d'hypertrophie des ganglions trachéo-bronchiques.

Très évidemment, la prédisposition, l'aptitude personnelle joue ici comme partout son rôle et contribue à mettre en jeu l'appareil de réaction. Tous les enfants ont de la fièvre ou des troubles digestifs. Tous n'ont pas de convulsions ouvrant la scène. Aussi n'est-ce que certains enfants qui présentent de la toux coqueluchoïde et qui la présentent avec prédilection.

Mais comment reconnaître cette fausse coqueluche? A quels signes? A quelles marques distinctives? En d'autres termes, quel est le diagnostic différentiel entre les deux affections, entre les deux états plutôt?

Deux caractères leur sont communs: le catarrhe initial et la toux. Tout le reste varie. Encore l'état catarrhal dans la coqueluche est-il moins bruyant, moins aigu, et la toux offre-t-elle un aspect plus franchement spasmodique.

Mais ce qui les distingue surtout, d'après mon expérience, le voici: c'est que la toux coqueluchoïde ou fausse coqueluche débute assez rapidement, trois ou quatre jours après le catarrhe, quelquefois en même temps que lui, et qu'elle disparaît de même huit ou dix ou au plus quinze jours après le début: ce qui est tout à fait exceptionnel dans la vraie coqueluche, qui débute rarement avant huit jours et dont la durée est toujours d'au moins quatre septenaires.

C'est que les antispasmodiques en viennent facilement à bout, ce qui n'a pas lieu dans l'autre cas, comme chacun sait;

Qu'on les observe surtout dans les épidémies de grippe;

Qu'elle ne contracte aisément aussi;

Qu'elle ne communique pas la coqueluche et qu'elle ne préserve pas les enfants qui l'ont eue d'une coqueluche ultérieure;

Que la toux est surtout diurne, qu'elle est moins houpante, qu'elle ne s'accompagne pas d'épistaxis ni d'expectoration, ni habituellement de vomissements, ni d'œdème de la face, ni enfin de lisses ou ulcérations linguales; qu'on n'y observe ni perte d'appétit, ni changement dans le caractère, ni surtout cette tachycardie qui est un des bons signes de la coqueluche légitime.

Quel intérêt et quel avantage y a-t-il, pourrait-on dire, à séparer ainsi ces deux manifestations de la bronchite spasmodique? La fausse coqueluche et ce qu'on appelle la coqueluchette ou coqueluche avortée ne se confondent-elles pas, et y a-t-il vraiment utilité pratique à donner une description distincte de ces deux formes qui n'en font peut-être qu'une?

En vérité, notre science n'est pas assez précise pour qu'on ne profite pas de toutes les occasions de mettre un peu d'ordre dans nos fouillis d'observations. De ce que la varicelle ressemble à la varioloïde, et semble offrir avec elle une certaine parenté, il ne s'ensuit pas qu'elles sont identiques et que la nosologie doit les fusionner: au contraire.

Poser le diagnostic de coqueluche à propos d'une même en quatre jours, c'est commettre plus qu'une simple toux coqueluchoïde qui peut guérir en huit et logomachie, c'est s'exposer à se voir désagréablement contredit par les événements, c'est ouvrir la porte à l'hypothèse fâcheuse et fautive d'un traitement abortif qui n'existe pas.

D'autre part, conclure prématurément à une toux nerveuse, spasmodique, méconnaître une vraie coqueluche, c'est encourir une grave responsabilité en négligeant et en laissant négliger les précautions prophylactiques de rigueur.

Aussi, et ce sera là ma conclusion, quand on se trouve en présence d'un état catarrhal qui s'accompagne au bout de quelques jours ou qui est suivi plus ou moins rapidement d'une toux quinteuse, sarcadée, sifflante, dont le grattage de la trachée ou l'attouchement de l'orifice glottique provoque l'explosion, qui offre en un mot les apparences de la coqueluche, il faut tenir le petit malade en observation, l'isoler, le garder à la chambre et parler de possibilité, de probabilité de la coqueluche, mais sans rien affirmer, avant qu'un certain temps se soit écoulé et qu'on ait vu si par ailleurs les caractères subjectifs de la maladie (ceux dont j'ai parlé plus haut) se montrent aussi pour consolider le diagnostic. Parmi ceux-là, je n'en connais pas de meilleurs par le fait que la durée et l'opiniâtreté, phénomènes sur lesquels Trousseau attirait déjà l'attention et que je considère comme pathognomiques pour ainsi dire. Ils sont de nature — c'est là que je voulais en venir — à infirmer cette définition qu'on trouve dans quelques livres classiques "que la coqueluche est une maladie contagieuse qui frappe presque exclusivement les enfants, et qui se traduit par une toux sifflante avec reprise qu'il suffit d'avoir entendue une fois pour la reconnaître toujours."

— : o o —

MALADIES VENERIENNES.

TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE

Par le docteur Doyen.

Le malade doit avoir à sa disposition:

1. Une poire de caoutchouc du volume du poing, avec canule en os ou en ébonite et embout conique de gomme rouge;
2. Un bol de 600 centimètres cubes environ et, à défaut d'éprouvette graduée, un verre à liqueur ordinaire (de 20 centimètres cubes environ);
3. Un flacon contenant une certaine quantité de solution aqueuse (sans trace d'alcool) de bichlorure de mercure à 1 p. 1000 ou de liqueur de Labarraque à 1 p. 10;
4. Un demi-litre environ d'eau très chaude (70 à 80 degrés) et une quantité égale d'eau bouillie et re-

froidie, afin de pouvoir obtenir sur-le-champ, par mélange, une solution à la température voulue (38 à 45 degrés).

Quelle que soit la période de la maladie, et sans jamais pratiquer l'exploration, absolument inutile si le malade ne consulte pas pour un rétrécissement de l'urètre postérieur, M. Doyen a coutumè de prescrire:

1. Trois paquets contenant chacun: Bichlorure de mercure, 1 gramme.

2. Poire de caoutchouc No 8 ou 10 avec canule en ébonite et embout conique de caoutchouc rouge.

Le malade reçoit une instruction détaillée dont voici le texte:

1. Verser un paquet de bichlorure de mercure de 1 gramme dans un litre propre. Remplir d'eau chaude.

Cette solution à 1 p. 1000 sera étendue, pour les injections, de trente à dix fois son volume d'eau chaude.

2. Laver la poire à l'eau chaude avant de s'en servir;

3. Pour prendre l'injection:

Verser dans un bol vingt-neuf à trente verres à liqueur d'eau bouillie encore chaude (entre 33 à 45 degrés). (Apprécier la température avec le doigt.)

Ajouter un verre de la solution de sublimé à 1 p. 1000.

Le mélange sera ainsi titré à 1 p. 30,000.

(Tracer à l'intérieur du bol, comme point de repère pour les injections ultérieures, une ligne de niveau.)

Remplir la poire par aspiration et chasser l'air aussi complètement que possible.

Se placer devant une cuvette.

Uriner. Introduire horizontalement dans le méat la canule de caoutchouc enduite de vaseline.

Presser vivement la poire afin de pratiquer un lavage de l'urètre antérieur.

Remplir la poire. Serrer le gland entre les trois premiers doigts de la main gauche. (La canule conique vient s'appliquer étroitement entre les lèvres du méat.) Presser la poire lentement et progressivement de la main droite et faire pénétrer tout le contenu dans la vessie.

Evacuer le liquide par la miction.

Un second lavage de l'urètre et de la vessie peut être pratiqué sur-le-champ, lorsque la muqueuse n'est pas trop irritée.

L'injection ne doit causer aucune douleur. Il faut la prendre aussi chaude qu'on peut l'endurer (entre 38 à 45 degrés).

Dès les premières injections, on ajoute progressivement aux trente verres d'eau chaude:

Un verre un quart, puis un verre et demi de la solution de sublimé à 1 p. 1000.

Si les lavages ne causent ni douleurs ni envies fréquentes d'uriner, il faut augmenter la proportion les verres d'eau chaude: un verre et demi, un verre trois quarts, deux verres (1 p. 15,000), deux verres un jour suivants et ajouter successivement aux trente quart, deux verres et demi, deux verres trois-quarts, trois verres (1 p. 1000) et au besoin trois verres et quatre verres de la solution de bichlorure.

On répète les lavages, quand l'écoulement est abondant, quatre à six fois dans les vingt-quatre heures, au minimum deux ou trois fois.

Les personnes qui possèdent une éprouvette graduée ajoutent progressivement aux 600 centimètres

cubes d'eau chaude — 20 centimètres cubes (1 p. 30,000), 25, 30, 35, 40 centimètres cubes (1 p. 15,000), 50, 60 centimètres cubes (1 p. 10,000) jusqu'à 80 ou 90 centimètres cubes de la solution à 1 p. 1000.

Les malades les plus craintifs font, sans peine, pénétrer l'injection dans la vessie.

L'urètre antérieur se gonfle et on a, au moment où le col est franchi, l'impression d'une légère résistance vaincue, en même temps que l'on perçoit profondément le passage du liquide chaud.

L'urètre se trouve complètement bafayé par le double lavage, que l'on mène à bien en cinq minutes à peine.

Dès que le besoin d'uriner devient impérieux, il faut le satisfaire, et faire au plus tôt une nouvelle injection, afin d'éviter tout contact prolongé de la muqueuse infectée avec l'urine, excellent milieu de culture pour les gonocoques.

Cette préparation est d'autant plus utile que l'écoulement est plus crémeux et plus abondant.

Lorsque le malade est dans l'impossibilité de laver l'urètre après chaque miction, il faut espacer ces dernières autant qu'il sera possible.

Si l'on prend soin de pratiquer un lavage après chaque miction, l'antisepsie de l'urètre se trouve réalisée, dès le début du traitement, et c'est à peine si le suintement reparait la nuit.

Le malade doit être convaincu que des lavages fréquents avec une solution faible sont plus efficaces que des lavages espacés, mais plus énergiques.

Un lavage détermine-t-il de la douleur, il faut diminuer de 4 à 5 millièmes le titre de l'injection suivante et sauter de 1 p. 15,000 à 1 p. 20,000, par exemple, pour ne revenir que plusieurs jours après au premier titre.

Le malade est, à cet égard, le meilleur juge, puisqu'il n'a qu'à se laisser guider par la susceptibilité de la muqueuse urétrale, tout en cherchant à atteindre le plus tôt possible le titre de 1 p. 10,000, qu'il est rarement utile de dépasser.

Quand la blennorrhagie est ainsi traitée dès le début avant que l'écoulement ne soit devenu crémeux et jaune verdâtre, la guérison est assurée en moins de huit jours.

Si l'on attend, au contraire, que la blennorrhagie soit dans la période d'état, le plus abondant et crémeux, l'urètre très enflammé et infecté jusque dans ses glandules, la guérison est plus difficile à obtenir.

Le traitement interne active la guérison, en rendant l'urine moins irritante et moins propre au développement des gonocoques. Il faut:

1. S'abstenir de boissons alcooliques et de mets épicés; boire de l'eau pure, de l'eau de Vichy, du lait, de la tisane de chiendent et de queues de cerises, etc.;

2. Prendre deux à trois fois par jour 1 gramme de salol additionné de 5 à 10 centigrammes de bleu de méthylène pur, toujours au moment des repas, afin d'éviter l'irritation de la muqueuse gastrique.

Pendant cette période d'état, il est particulièrement utile de ne jamais laisser baigner dans l'urine la muqueuse infectée. Les lavages doivent être faits au moins quatre fois par vingt-quatre heures (le matin, — à midi, — à six heures et vers dix ou onze heures du soir).

Dès que l'écoulement est à peu près entièrement disparu, le coït peut être pratiqué une ou deux fois par semaine. Il est bon de faire avant et après un

lavage de l'urètre. Le fonctionnement du corps spongieux et la congestion active de la muqueuse urétrale sont d'excellents adjuvants d'une bonne et durable cicatrisation.

S'agit-il d'un cas chronique et invétéré, l'ordonnance n'est aucunement modifiée; toutefois, deux ou trois lavages par vingt-quatre heures sont suffisants.

Un rétrécissement de l'urètre n'est pas une contre-indication. Bien mieux, on ne doit faire l'exploration à l'aide de la bougie à boule de Guyon qu'après plusieurs lavages.

Les lavages antiseptiques sont, en effet, le meilleur traitement préventif de la "fièvre urineuse."

M. Doyen pratique, dans les cas de rétrécissement, la dilatation progressive avec les sondes Béniqué coniques, à conducteur. Chez les malades très pusillanimes, on fait précéder le cathétérisme d'une injection ou d'une instillation de chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 20 ou 1 p. 30.

Certains urètres, dans les cas chroniques, supportent au bout de quelques jours les doses de 1 p. 10,000 et même de 1 p. 8,000 et 1 p. 7,000. Ces doses maxima ne doivent être employées que si l'urètre se montre tolérant et si elles ne déterminent aucune douleur.

Quelques sujets, particulièrement sensibles, sont obligés de faire suivre les lavages à 1 p. 10,000 d'un lavage très étendu. 1 p. 20,000 ou 1 p. 30,000 ou même d'une injection d'eau bouillie, pure ou boriquée.

Ces cas sont exceptionnels.

Dès que le suintement matinal a disparu, il faut cesser les injections pour les reprendre à la moindre alerte.

Ce traitement simple, logiquement appliqué, n'a donné que d'heureux résultats.

Le même traitement convient à l'urétrite blennorrhagique chez la femme.

Lès lavages se font aisément chez cette dernière, en faisant pénétrer de dix à quinze millimètres dans le méat la canule de gomme rouge. L'emploi d'une sonde est inutile et l'urètre se trouve désinfecté au cours de l'évacuation du liquide antiseptique.

(Revue Crit. Méd. et de Chir.)

—: o o —

BIBLIOGRAPHIE

L'ALIMENTATION LACTÉE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Par M. le Dr L. Butte.

Ex-chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis

Lauréat de l'Institut (Académie des Sciences) et de l'Académie de médecine.

M. le Docteur Butte vient de publier un travail fort complet et très documenté sur l'Alimentation lactée chez le Nouveau-Né. Il s'est attaché à mettre au point cette importante question qui est actuellement à l'ordre du jour, et a fait une étude complète du lait au point de vue physique, chimique, physiologique et bactériologique. — Le lait en général, les laits en particulier, les modifications du lait sous certaines influen-

ces physiologiques et pathologiques, le lait stérilisé, les laits modifiés, l'analyse du lait, l'étude microbiologique (altération, falsification), tels sont les titres des chapitres de la partie principale de l'ouvrage.

Pour obtenir un tout, M. Butte a demandé à deux savants confrères, qui venaient de traiter de la question de l'allaitement devant les Sociétés de Médecine de Paris, de lui permettre de faire suivre son travail de leurs intéressantes études. M. le Dr Dubrisay a écrit la partie relative à l'allaitement au sein, M. le Dr Dhomont celle qui concerne l'allaitement artificiel.

L'ouvrage ainsi complété ne peut manquer d'être utilement consulté, non seulement par les médecins et les sages-femmes, mais aussi par les pères et les mères de famille.

Comme le dit, dans sa préface, M. le Dr Porak, le savant accoucheur en chef de la Maternité: "Ce volume s'adresse à toutes les personnes qui ont à s'occuper de l'élevage des enfants. Elles y trouveront exposées, aussi brièvement que possible, tous les renseignements dont ils ont besoin."

—————: o :—————

FORMULAIRE

CONTRE LE CORYZA DES ENFANTS.

(Atkinson.)

Chlorhydrate d'ammoniaque.....	4 gr.
Sirop de scille	10 gr.
Sirop d'ipéca.....	10 gr.
Teinture d'opium camphrée.....	2 gr.
Sirop de tolu.....	q. s. p. f. 120 gr

M. D. S. — A prendre, par cuillerée à soupe, toutes les trois heures.

—————: o :—————

CONTRE LES COLIQUES MENSTRUELLES

	Grammes
Acétate d'ammoniaque	6
Infusin de fleurs de sureau et coquelicots	120
Eau de fleurs d'oranger	14
Sirop de morphine	20

Mélez. — 2 à 4 cuillerées par heure, contre les coliques qui précèdent ou accompagnent l'écoulement des règles.

—————: o :—————

HUILE DE FOIE DE MORUE IODOFERREE

Pour obtenir un produit de bonne conservation, on procède de la façon suivante:

Limaille de fer porphyrisée.....	4
Iode bisublimé.....	8,2
Ether.....	70

On agite jusqu'à formation d'iodure de fer, puis on ajoute ce mélange étheré à

Huile de foie de morue..... 200 gr.
placée au bain-marie, et l'on chauffe jusqu'à évaporation totale de l'éther. — On filtre et divise en petits flacons. — L'huile de foie de morue iodo-ferrée concentrée est ainsi obtenue.

Pour préparer l'huile de foie de morue iodo-ferrée concentrée est ainsi obtenue.

Huile de foie de morue iodo-ferrée concentrée	10 gr.
Huile de foie de morue.....	300 —

—————: o :—————

CONTRE LES TACHES DE ROUSSEUR.

Appliquer sur les taches de rousseur, pendant cinq minutes, un tampon de coton hydrophyle imbibé d'eau oxygénée.

S'il y a irritation de la peau, on fera une onction avec de la lanoline ou bien on lavera avec de l'eau boriquée chaude étendue d'un tiers de glycérine.

—————: o :—————

INTERETS PROFESSIONNELS

ASSEMBLEE SEMI-ANNUELLE DU COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRUGGIENS DE LA PROVINCE DE QUEBEC.

Le 2 et 3 juillet avait lieu, dans les salles de l'Université Laval, à Montréal, l'assemblée semi-annuelle du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

MM. les gouverneurs étaient au complet. Après la collation des licences aux candidats suivants: MM. Jos. P. Laporte, Hector Aubry, Jos. A. Isabelle, Désiré Houde, Hector Viau, Norman Strong, Edgar Smith, Edouard Pierre Grenier, Olivier Demers, A. H. Martel, J. H. Larose, Wilfrid Tetreault, Honoré Meunier, Joseph Guertin, Louis J. Ouimet, William Ouimet, William E. Nelson, Phydin Langlois, Is. Phil. Dorval, F. Chs. Douglass, Jos. Garon, Edouard A. Mitchell, Stanislas W. Laroche, Horace Gervais, John P. Brennan, Horatio Walker, Louis Félix Beauchamp, A. G. McAuley, Thos. H. Jackson, Ant. H. Desloges et Wilfrid Monette.

Les membres du bureau transigent les affaires de routine et s'attardent jusqu'à 6.30 p.m. à la discussion du préfet de révision des règlements du collège. Les amendements suggérés ont été votés et le tout devra être remis à un conseil légal qui sera chargé de modifier les règlements. Les règlements tels que modifiés, seront discutés de nouveau en Septembre et le bureau sera appelé à voter leur adoption définitive.

—————: o :—————

MARIAGE A L'HORIZON.

—M. le Dr A. N. Caron, de St. Pascal, doit se marier le 27 du courant à Melle Pelletier de St. Alexandre, Co. Kamouraska: Nos meilleurs souhaits.

—————: o o :—————

SUPPLEMENT

CAS CLINIQUES TRAITES AVEC DU GLYCO-THYMOLINE (KRESS).

par le docteur J. C. Sanders,

Professeur émérite d'obstétrique du Collège Médical de Cleveland.

Cas No. I.—Madame B..., âgée de 36 ans, mariée, mère de trois enfants; depuis la naissance de son plus jeune, maintenant âgé de trois ans, éprouvait de grands troubles dans le bas des reins; menstrues d'une abondance anormale et après chacune d'elles un écoulement. Une visite médicale démontra que l'utérus était gonflé et pâteux, quelque peu descendu, le col, très gonflé et très sensible; le col laissait suinter une leucorrhée gluante et légèrement purulente. Evidemment il y avait une endocéroite. La patiente fut traitée avec des tampons de ouate imbibée d'un mélange de deux parties de glyco-thymoline (Kress) et d'une partie de glycérine pure; le tampon imbibé aussi complètement que possible sans dégoutter. Le tampon fut placé directement en contact avec le col et ne fut renouvelé que toutes les 48 à 60 heures. Chaque changement de tampon était suivi d'une douche vaginale à l'eau aussi chaude que possible, contenant quatre drachmes de glyco-thymoline par chopine d'eau. Ce traitement fut répété hebdomadairement et les douches furent administrées journalièrement dans l'intervalle. Le traitement dura huit semaines, mit bon ordre aux menstrues trop abondantes, guérit la leucorrhée et fit disparaître les troubles locaux.

Cas II.—Mademoiselle C..., âgée de 25 ans, était affligée de telles douleurs dans le bas des reins et dans le bassin qu'elle ne pouvait presque pas se tenir debout. Elle avait été soignée par différents docteurs, mais sans résultat appréciable; ses menstrues étaient trop abondantes et douloureuses, des flueurs blanches (leucorrhée) venaient après chaque menstruation et duraient une semaine environ. A l'examen médical, je constatai une rétroversion de la matrice, le fond de l'organe était fortement descendu en dessous de la ligne du col, et ce dernier était d'une extrême sensibilité à la moindre pression, dans toute sa longueur. Cette demoiselle était une malheureuse infirme. J'ordonnai les douches avec glyco-thymoline (Kress): deux drachmes dans chaque chopine d'eau, aussi chaude que l'on pourrait la supporter, chaque jour, pendant une semaine ou plus, à sa discrétion, en lui conseillant de revenir me voir. Ce traitement préliminaire devait enlever la sensibilité et permettre à la matrice d'être remplacée sans souffrance. Au bout de dix jours ma patiente revint: la matrice fut aisément remplacée et retenue en place par l'usage d'un pessaire mou, ce qui procura un très grand soulagement à la malade et lui permit de se tenir debout plus longtemps qu'elle n'avait coutume de le faire dans ses périodes de maladie.

Pour continuer le traitement, je prescrivis l'usage du tampon hebdomadaire du glyco-thymoline (Kress) décrit dans le premier cas. La patiente devait garder le tampon de deux à trois jours et en le renouvelant prendre une douche vaginale comme dans le premier cas, deux fois par semaine dans l'intervalle de l'époque de la menstruation.

Ce traitement suivi avec soin fut si efficace, que ma patiente, après trois mois, pouvait se passer de pessaire et confier sa matrice à ses supports normaux. La guérison fut prompte et durable.

Cas III.—Madame G..., âgée de 32 ans, mariée, mère de deux enfants dont le plus jeune avait trois ans et demi.

Six mois avant de me consulter elle avait eu une fausse-couche à trois mois et demi de gestation, et elle était plus ou moins malade depuis. Elle avait été soignée par son docteur, mais sans examens internes ni traitements topiques autres qu'un grand nombre d'injections tièdes avec diverses préparations pharmaceutiques.

En l'examinant, je trouvai l'utérus pesant et augmenté de volume, un tiers plus gros qu'il n'aurait dû l'être d'après son état de multiparité, et d'une sensibilité excessive. Le col entier était indurée et la muqueuse ayant l'apparence d'une fraise, tellement l'épithélium était érodé; il était imprégné de muco-pus. Après un nettoyage à fond, le col laissait voir une ouverture béante d'où s'échappait une leucorrhée gluante, semi-purulente répandant une odeur nauséabonde. La patiente était dans un état pitoyable localement, et de plus elle était épuisée par des tremblements nerveux. Malgré tout cela, à ma grande surprise, elle se tenait sur les jambes et vaquait aux occupations ordinaires de son ménage. Mais il était évident que cela ne pouvait durer plus longtemps. Le glyco-thymoline me servit superbement dans ce cas; il y avait de sensibilité du museau de tanche. Je fus contraint jusqu'à ce que la grande sensibilité fut apaisée, de modifier le traitement au tampon au glyco-thymoline par l'addition d'une part égale de "succus-couii," d'où une drachme de chaque médicament sur chaque tampon. L'action fut excellente et d'une surprenante rapidité, réduisant la sensibilité et enlevant l'induration. Peu après je laissai le comium pour continuer le traitement au glyco-thymoline (Kress) seul, mais avec des intervalles graduellement espacés. Comme complément du traitement, j'ordonnai les douches chaudes médicamenteuses, comme dans les cas précédemment cités. La rapide guérison fut une surprise pour elle-même et sa famille.

Cleveland, Ohio, août, 1899.

—: o: —

"La théorie de l'exomase est la théorie de la santé."

"Celle de l'endosmose, anormale, signifie maladie."

L'action du glyco-thymoline est de résoudre les engorgements inflammatoires par l'exosmose, en augmentant la circulation capillaire et en maintenant une propreté aseptique.

Une solution contenant vingt-cinq pour cent. de glyco-thymoline a une force saline et alcaline semblable à celle du sang. Ce remède fut formulé ayant en vue les constituants naturels du sang et des sécrétions des membranes muqueuses.

Une application locale pour être efficace devra harmoniser avec les fluides naturels des tissus à traiter.

Il dissout facilement le mucus accumulé, détache les croûtes muqueuses et les tissus nécrosés.

221, rue Fulton,

New York.

Fabricants de Glyco-Thymoline (Kress) et des Douches Nasales K. & O. Markasol.

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Je cours chez le docteur Smyth, dit Jimmy.

—Préviens Paterson que nous avons besoin de lui, cria Mrs. Brown.

Jimmy disparut dans la ferme et Paterson vint rejoindre le groupe près du blessé.

Après quelques instants de discussion, il fut décidé de transporter le jeune homme sur un brancart et de le mettre sur un sofa dans le drawing-room du cottage.

Le docteur Smyth arriva, examina le blessé et diagnostiqua une simple foulure de la cheville.

—Cela ne sera rien, dit le médecin, une quinzaine de jours de repos et il n'en sera plus question.

—Je ne puis cependant le renvoyer ainsi, dit Mrs. Brown, et le plus prudent serait de le garder ici.

—Toujours bonne, toujours charitable, dit le révérend en levant les yeux au ciel.

—Placez-le dans ma chambre, fit Nellie, c'est la plus claire de la maison et j'ai entendu dire que les malades aimaient à avoir autour d'eux ce qui respire la gaieté.

Aussitôt dit, aussitôt fait, le jeune homme fut transporté dans la chambre de Nellie et le médecin se mit en frais d'appliquer un premier pansement. Pendant ce temps, le révérend Barnes, soucieux de posséder quelques renseignements sur l'identité du blessé, se mit à fouiller les poches de celui-ci. Il trouva quelques cartes de visites portant:

DONALD LINGTON

Lieutenant Royal Navy.

Une heure plus tard, le malade reposait tranquillement, après avoir repris connaissance. Le docteur Smyth et le révérend Barnes prirent congé de leurs amis ayant assurés qu'ils reviendraient le lendemain.

Lorsque les deux femmes furent seules, Mrs.

Brown envoya sa fille se reposer et ayant allumé une veilleuse, elle s'assit près du lit du malade, surveillant ainsi celui que le hasard avait envoyé à Garry Fen.

II

Donald Lington était à Garry Fen depuis une huitaine de jours et déjà on le considérait comme de la maison. C'était Donald à droite, Donald à gauche et il n'était rien qu'on eut fait pour lui être agréable.

Le jeune homme avait raconté son histoire, simple du reste et qui n'avait rien en elle qui ne paraissait invraisemblable. Il était officier de marine, fils d'un capitaine au long-cours et avait perdu ses parents tout jeune. Depuis son enfance il avait passé sa vie entre les études du Collège de la Marine et de longs voyages sur mer, voyages d'observations auxquels sont tenus tous les élèves de l'école navale.

Il revenait justement d'une croisière et profitant d'un congé de quelques semaines il s'était décidé de visiter cette partie de l'Angleterre qu'il ne connaissait pas. Descendu du train à Stratford, il loua un cheval et s'appretait à gagner les environs de cette ville, lorsque survint l'accident qui le fit s'arrêter à Garry Fen.

Donald Lington avait vingt-six ans, c'était un bel homme, de stature élevée et d'un maintien élégant. Très blond, une moustache coquettement relevée, il avait le type absolu du bellâtre anglo-saxon. Ses manières étaient simples, son caractère dénotait une nature douce, légèrement enclin à la poésie. Cependant sa voix était brève, ceci dû probablement à l'habitude du commandement.

L'impression que le jeune homme fit à Garry Fen fut des plus favorables et les premiers jours de son séjour dans la villa des Brown s'écoulèrent comme un rêve. Enfin le médecin trouva le malade suffisamment bien pour quitter la chambre et passer une partie de la journée à respirer l'air frais sous la véranda.

Ce fut charmant, le jeune homme confortablement assis sur une chaise longue racontait à Nelly des récits d'aventures et des accidents de voyages.

La jeune fille, qu'aucun travail ne retenait à la maison, se plaisait à écouter le marin, dont les récits lui apprenaient une foule de choses dont elle ignorait même l'existence.

Quelquefois leurs yeux se rencontraient et Nelly baissait la tête, ne sachant comment interpréter le trouble qui l'envahissait toute entière.

(à suivre)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII,

MERCREDI, 15 JUILLET 1903,

No. 3.

PROPOS DE DEUX CAS DE GROSSESSE NORMALE AYANT SUCCEDES A DES OPERATIONS POUR GROSSESSE ECTOPIQUE.

par Francis D. Donoghue,

Instructor in Clinical Surgery, Tufts Medical School, Boston, Mass.

(Extrait d'un travail lu sur invitation devant la Celtic Medical Society de New York, Académie de Médecine, de New-York, avril 1903, et publié dans les Annals of Gynecology & Pediatrics, juillet, 1903.

Le fait qu'une femme qui a bien relevé d'une opération pour grossesse extra-utérine est susceptible à la reproduction d'une nouvelle grossesse ectopique, dans la proportion de 1 dans 4, suivant Pestalozza, Sens et Vernier, rend intéressante l'existence d'une grossesse normale post-opératoire. Deux cas de grossesse et de délivrance normales, une succédant à une intervention vaginale et l'autre à une abdominale, l'été dernier, semblent dignes d'être rapportés et d'intéresser les partisans de chirurgie pelvienne conservatrice—chirurgie qui semble si nécessaire, si nous voulons combattre "le suicide de la race."

Les grossesses ectopiques se rangent naturellement en deux groupes:—a. Celles dans lesquelles la trompe est rompue, avortement tubaire; b. Celles dont le diagnostic est posé avant la rupture.

Dans le premier groupe nous trouvons l'hématocèle pelvienne ou dans le ligament large et l'hémorragie libre dans la cavité abdominale. L'hématocèle du ligament ou l'hématocèle pelvienne qui se forme lentement peut être surveillée et opérée ou non, suivant les conditions. Les cas dans lesquels l'hémorragie s'arrête après la

formation d'un caillot de grosseur moyenne, peuvent bien être traités par la méthode de l'expectation. Les dangers de cette méthode sont la production de nouvelles hémorragies et l'infection du caillot. Dans ce dernier cas, l'intervention par la voie vaginale semble offrir les meilleures chances de succès.

L'hémorragie intra-abdominale demande un tout autre traitement. Les signes sont caractéristiques: une douleur subite, aiguë, tendance à la syncope, pâleur, pouls faible ou absent, une matité qui se développe rapidement dans les flancs. Dans ces accidents, l'intervention immédiate est de rigueur, sans injection intra-veineuse de sérum au préalable, à moins que le pouls ne soit extrêmement faible ou imperceptible. Attendre la réaction après le choc est dangereux, car quelquefois elle ne vient jamais. Il suffit, dans ces cas, habituellement, pour obtenir la guérison, de ligaturer la trompe malade et de fermer la cavité sans drainage. On doit invariablement laisser l'autre trompe, à moins qu'elle ne soit manifestement lésée, et alors, si l'état de la patiente le permet, on la résèque et on la laisse, en créant un nouvel ostium-tubae.

Il apparaît qu'il faut suivre attentivement tous les cas qui guérissent d'une intervention pour grossesses extra-utérine. Vu que le nombre de grossesses normales, d'après le chiffre croissant d'heureux résultats opératoires, semble être plus fréquentes que les répétitions de grossesses ectopiques, nous sommes en droit de croire que nous agissons bien en conservant les organes pelviens de nos patientes, en vue d'une future grossesse; mais nous devons surveiller, afin de dépister la moindre irrégularité menstruelle après l'opération.

La question du droit de la patiente de choi-

sur l'opération a été discutée, non pas tant sous le côté qui nous occupe que sous celui de l'opération césarienne dans les cas d'obstruction pelvienne prononcée. La considération des droits de la patiente de choisir son opération, ouvre un champ si vaste qu'il ne peut pas être couvert dans un seul travail, même long. Cependant, si nous concédons que la malade a le droit d'exiger qu'elle ne sera plus exposée au danger de grossesses ectopiques répétées, ou à une gravité qui rendra nécessaire, si l'on doit obtenir un enfant vivant, une intervention sérieuse, et, en sus, si elle peut demander, comme étant son droit, que l'on ait recours à la formation d'un obstacle mécanique afin de prévenir toute grossesse ultérieure, ne serons-nous pas tenus de lui accorder aussi une demande d'empêchement à toute grossesse quelconque, si elle décide que celle-ci est accompagnée de plus de dangers qu'elle n'en veut courir le risque?

409, rue Marlborough, Boston, Mass.

—: o: —

CHRONIQUE LEGERE MEDICASTRE

Aujourd'hui, en reprenant ma chronique, je me sens peiné, car je vais mettre au jour le fait qu'à nos deux banquets médicaux, on a commis — bien involontairement peut-être — un manque d'étiquette, une injustice, j'allais dire hideuse, tant elle est laide. Nulle part, nous ne voyons sur la carte des santés, le nom "Des Dames!"

J'en suis chagrin, car j'ai bien aimé les femmes; je les aime encore et j'espère que le baiser d'adieu que je recevrai bientôt en laissant ce monde, sera celui d'une femme aimée. Pourquoi a-t-on exclu la femme? Est-elle moins gentille que par les années passées? Aurait-on moins raison cette fois de chanter "Vive la Canadienne" que dans le bon vieux temps? Est-ce un oubli? Ce serait triste alors, et prouverait une indifférence déplorable, un manque de cœur chez la nouvelle génération. La galanterie canadienne trouverait-elle sa tombe sous l'arrogance pseudo-scientifique? A Dieu ne plaise!

Mais la femme peut avoir encore cette fois une consolation. Si on n'a pas daigné inclure son nom officiellement dans la liste des santés, on en a bel et bien parlé avec éloges, au nez même des comités—trop gars-lents. Depuis M. le vice-recteur et le doyen des Arts, tous ont eu

un bon mot pour la femme et tous ont conseillé à nos futurs Esculapes de convoler au plus tôt possible. Ils ont même tenté la conversion de certains célibataires endurcis. Leurs conseils ont germé, car depuis, un s'est adjoint la "virolette" de son cœur. Un autre suivrait si quelqu'un agitait son cœur vigoureusement; pour cela il faudrait peut-être que vous le "berniez" dans des draps nuptiaux. Et vous Verret... pardon, un "Z"... un autre encore eût à étudier l'emmanu... triple pardon; en vieillissant, l'orthographe, comme bien autre chose, nous échappe; je disais, est à étudier les manuels du mariage. C'est toujours, plus pour le médecin que pour d'autres encore, une question de pattes au logis!... grand Dieu, encore mon orthographe... de pathologie. Voilà.

Il faut que je vous rapporte—c'est à propos—l'histoire que m'a racontée un convive, voisin pendant un des banquets, d'un de nos médecins les plus intelligents, les plus spirituels.

Ce médecin écoutait avec un visible plaisir les sons harmonieux de l'orchestre; il se penche vers son voisin et dit: "Ah! j'aime la musique tara... tarara..., surtout pendant un banquet. Oui, j'aime beaucoup la musique en mangeant, oui... tararara...." et après un instant de réflexion pendant laquelle sa pensée a dû s'envoler vers des régions plus vaporeuses... "oui, c'est si beau pendant les repas... chez-nous... c'est ma femme qui fait la musique!" Et un fin sourire effleura ses lèvres.

Souhaitons que l'an prochain la femme aura sa place d'honneur au milieu des santés; et j'espère pouvoir, si je vis encore, boire cette fois à la Canadienne et grossir de ma voix tremblante le refrain national.

Nos hôtes. Quel terme général, générique, commode, bien choisi, n'est-ce pas? Il comprend tout, il est si vaste. C'est un titre qui permet aux comités d'y enfouir tant et tant; c'est la boîte à surprise d'où surgissent, à tour de rôle, les personnages les plus divers. Sur l'ordre du président, au léger mouvement de sa baguette présidentielle, crac! un envoyé de Momus apparaît. Je comprends que ce titre est nécessaire, de plus en plus nécessaire, vu le nombre toujours croissant d'hôtes étrangers que les banquets médicaux doivent entretenir. Il faut bien les entasser, inconnus, sous ce titre, autrement le compte de l'imprimeur absorberait le salaire du comité... et zut!... D'ailleurs, l'inconnu a son charme—même quand il n'est pas question des mets synthétiques du menu. C'est encore un peu comme à l'école, quand nous étions petits et que le maître nous appelait pour réciter: avec un

"Présent, m'sieu," nous défilions ce que nous savions, ou croyions savoir. Mais à l'école, notre maître ne se levait pas, il ne nous introduisait pas à la compagnie, il ne nous flattait pas avec des paroles élogieuses—au contraire. Aux banquets, le président se lève, laisse tomber quelques propositions élogieuses. C'est naturellement plus poli. Et puis à l'école, c'était le maître qui nous faisait la leçon; aux banquets c'est l'orateur. Et le président ne peut pas lui dire: "Assis-toi!"

Les invitations se font naturellement par le comité, et pour le plus grand bien de la science médicale... et des membres du comité. Les comités aujourd'hui sont ordinairement composés de jeunes gens de très bonne volonté, en ce qui regarde les intérêts de tous—les leurs exceptés. Etant quelquefois inexpérimentés—beaucoup de membres de comités ont la science infuse; il faut l'accorder—ils sont, par conséquent, exposés à devenir neurasthétiques et tiqueurs. Mais étant de braves gens, ce sont de polis tics, ce qui explique, peut-être, l'affluence de politiciens au banquet de la Société Médicale. Le neurasthénique peut être photophobe; alors il a horreur de certaines couleurs; il peut être atteint de Daltonisme et ne verra pas certaines nuances!

Pour éviter toute malice et erreur à l'avenir, je conseillerais de faire examiner chaque membre du comité par un spécialiste en couleurs!

A propos, il faut que je vous glisse à l'oreille, une aventure qu'on m'a contée. Il n'est pas question d'aucun de nos derniers banquets médicaux; oh! non! C'est bien avant, dit-on!

Un jeune médecin, membre d'un comité d'organisation, se promenait, tout imbu de science et d'importance—c'était peut-être un tiqueur, mais cher p'tit cœur, le plus sage des hommes, cependant sur une de nos grandes rues. Il fait la rencontre d'un de ses clients, employé de commerce. La conversation s'engage et tombe sur le prochain banquet médical—tout bonnement, puisque monsieur le docteur est organisateur, il faut le faire savoir. Alors l'employé lui dit: "Dites donc, cher docteur, j'aime à rigoler et j'aime la science médicale; ne pourriez-vous pas me faire inviter à votre banquet? C'est vrai que mon commerce ne touche pas des plus intimement à la médecine, mais nous pourrions faire, pour la circonstance, un rapprochement. Au besoin, je vous dirai un petit discours, ça fera connaître notre maison de commerce."

Le médecin, désirant faire plaisir à son bon client, place son nom sur la liste des invités. Et le monsieur, représentant de la Maison Tom Ato

& Co., siège à la table d'honneur et débite un discours sur les conserves en boîte, et surtout sur l'absolue innocuité de celles préparées par la maison Tom Ato & Co., selon leur procédé chimico-bactério-antitoxique, maison qui ne livre sur prescription de médecin que des produits... mangeables! L'invité fut bien applaudi, surtout par son médecin, qui a ajouté (je le dis en cachette,) à son compte \$5.00 pour une consultation spéciale. Le client ne s'en est pas formalisé, paraît-il; on dit même qu'il a envoyé chez son médecin des échantillons redoublés de ses produits... mangeables!

Elle est bonne, celle-là, n'est-ce pas? Eh, bien, c'est du gascon,, m'assure-t-on.

On a remarqué qu'à nos deux derniers banquets, aucune invitation officielle n'a été envoyée à la presse médicale. N'y aurait-il pas eu un peu de bienveillance à faire les choses en famille, et à inviter nos trois journaux de médecine? Par hasard, la presse médicale serait-elle dépacée dans ces réunions? Les organisateurs craindraient-ils que les rapports ne seraient pas de leur goût? Je l'ignore. On m'a signalé cet oubli—du moins ce que je crois être un oubli—je le mentionne.

A propos d'invités, j'ai reçu, à travers les feuillages, bien entendu, quelques échos des invités anglais au banquet de la Société Médicale. Il paraîtrait que ce banquet a été toute une révélation pour eux. Nos confrères travaillent activement, me dit-on, à organiser pour l'automne, un grand banquet où il n'y aura absolument rien à manger—excepté les confrères—tout sera discours! Ils sont à déterminer et la nature et la longueur de chaque chef-d'œuvre, afin d'établir un "Standard." Le comité du banquet de la Société Médicale sera invité, paraît-il pour comparer les statistiques. Le nouveau professeur du McGill, qui s'est tant amusé au festin de la Société Médicale, citera dans son cours, basés sur ces deux banquets, les chiffres de résistance du corps et de l'esprit humains aux richesses qu'Apollon aura servies.

Les banquets devenant une cause d'épuisement et d'extinction intellectuels de la race humaine, on a pris, dans certains endroits à l'étranger, des mesures de protection pour les délégués surtout? Comme probablement peu d'organisateur ici connaissent encore cette innovation, je me permettrai de vous en dire un tout petit mot.

Certains sociétés, constatant une augmentation dans la maladie et dans la mort de ceux qui étaient délégués aux banquets, ont fait imprimer une formule que la société qui lance l'in-

vitation doit signer. Toutes ces formules se ressemblent à peu près; je vous en donne une, au hasard.

"Vous nous adressez l'aimable invitation de faire représenter notre Sociéty à votre.....du prochain.

"Nous acceptons avec plaisir ce grand honneur; mais nous nous permettons de rappeler à votre attention, honorés messieurs, une des clauses de notre constitution, à laquelle vous êtes priés de vous conformer, si vous désirez que notre Société soit représentée à votre.....

"Extrait du règlement:—

1.—Notre délégué à nous, sera M.....

2.—Le discours que notre délégué sera appelé à prononcer à votre banquet, étant dû aux efforts combinés de ce monsieur et de tous les membres de notre organisation, et étant sensé soutenir l'honneur et faire ressortir la gloire de notre Société, sera écouté jusqu'à sa fin. Votre comité s'engage à fournir la protection nécessaire à cette fin.

3.—Notre représentant sera traité avec une extrême délicatesse par tous vos officiers (surtout l'exécutif squellétique.) En l'introduisant, votre président devra se servir d'un langage de nature à faire ressortir l'importance de l'orateur, et du corps qu'il représente.

4.—Notre délégué ne pourra prendre part à aucune chanson en langue étrangère.

5.—La place sur la liste des discours occupée par notre délégué ne sera pas changée pendant le banquet. Il devra parler à son tour, afin d'éviter toute complication.

6.—Le comité permettra à notre délégué de prononcer son discours et de s'en retourner chez lui dès qu'il manifesterà de sérieux symptômes d'obnubilation, d'empoisonnement par l'eau distillée ou autre poison de table. Il lui sera permis de quitter la salle de festin à temps pour qu'il arrive chez lui assez à bonne heure le matin pour le bonheur conjugal, et pour éviter toute neurasthénie capillaire qui pourrait le mettre dans l'impossibilité de reprendre sa besogne le lendemain.

7.—Nous prendrons, au nom de notre association, une police, (la police des villes étant reconnue impuissante dans ces circonstances,) sur la vie et la santé de notre délégué. Cette police sera prise dans "La Société de protection Mutuelle des orateurs banquettes." Nous en payerons, a prime.

8.—Si votre association n'accepte pas ces conditions et qu'elle veuille un délégué de son choix, qu'elle conduira à sa guise, il faudra que votre Association prenne une assurance de ga-

rantie, au nom de notre délégué, payable en partie à notre association et en partie à la femme et aux enfants (veuves et orphelins du représentant.) Cette police, dont votre Association devra naturellement payer la prime, sera prise dans "L'Association contre les désastres physiques et psychiques post-balthasariens."

"Votre secrétaire et votre président sont priés de signer ce bulletin.

"N. B.—Nous nous chargeons de faire manger notre représentant avant son départ pour le banquet. Nous fournissons aussi le soufflet pour le gonfler."

On peut dire en lisant ces lignes que la prudence est véritablement la mère de la vertu.

D'AIGUILLON.

Revue des journaux

MEDECINE

REINS POLYKYSTIQUES.

Par M. Jossierand,

(Société des Sciences Médicale de Lyon.)

Les reins polykystiques que je présente méritent un coup d'œil pour leur apparence typique et pour leur poids, qui est d'un kilo. chacun.

L'affection avait été diagnostiquée pendant la vie: ce détail se rencontre rarement dans les observations; M. Jossierand, dans sa thèse récente, n'a pu, dans ses statistiques, n'en réunir qu'une dizaine d'exemples. Le rein polykystique de l'adulte est, en effet, dans la grande majorité des cas, une trouvaille d'autopsie. Jusqu'à ces dernières années, il n'avait qu'une histoire anatomo-pathologique. Morgagni l'avait décrit et Rayer en avait établi définitivement les caractères. Plus tard s'ouvrit la période histologique et pathogénique avec Virchow, Malassez, Laveran, Gombault. Quant aux caractères cliniques de l'affection, permettant de la soupçonner ou de l'affirmer pendant la vie, leur description n'a tenté les auteurs que ces dernières années: Lejars et Luzzatto ont essayé de combler cette lacune.

Assez souvent l'histoire clinique est nulle; le sujet a succombé à une toute autre affection, et c'est alors d'une simple coïncidence qu'il s'agit. D'autres fois, c'est bien le rein polykystique qui a causé la mort, mais il l'a fait avec une brusquerie remarquable; le malade a succombé soudainement sur la voie publique, avec quelques convulsions éclamptiques, au milieu d'une santé en apparence satisfaisante: les bulletins de la Société anatomique renferment plusieurs cas de ce genre. Dans une troisième catégorie enfin, nous rangerons les faits comme le nôtre, dans lesquels s'est établie une scène urémique d'une durée plus prolongée, de

quelques semaines ou de quelques mois. C'est ordinairement le tableau banal de l'urémie des dernières phases de la sclérose rénale: œdèmes, cachexie, vomissements, diarrhée, albuminurie. Dans un cas récent, Ménétrier et Aubertin ont constaté une diminution bien naturelle de la perméabilité rénale. Notre malade ne faisait remonter le début de ses malaises qu'au mois de décembre dernier. On voit donc que presque toujours le sujet supporte avec une tolérance remarquable, pendant des années, cette énorme réduction du champ de sa diurèse, et que l'équilibre se rompt brusquement par une faillite soudaine de la fonction au moment où il ne reste presque plus rien de l'organe.

Lejars, et après lui Luzzatto, ont cherché s'il n'existait pas, en dehors du tableau urémique banal, quelques signes caractéristiques particuliers à l'affection, et ils sont parvenus à en mettre quelques-uns en évidence.

Le premier de ces signes, le meilleur à mon avis, est la bilatéralité: elle existait chez ma malade et c'est elle qui m'a fait poser le diagnostic. La présence d'une tumeur bosselée, occupant des deux côtés la région des lombes et de l'hypochondre, chez un sujet en état d'urémie, doit suffire à orienter le diagnostic. Mais il n'est pas absolument rare que la bilatéralité clinique fasse défaut; si, en effet, l'affection est à peu près toujours bilatérale au point de vue de l'autopsie ou tout au moins au point de vue histologique, la lésion peut être assez peu accusée d'un côté pour échapper aux investigations du médecin pendant la vie; et dans ce cas le diagnostic peut s'égarer dans le sens d'une affection hépatique, splénique, pylorique. Chez notre malade, l'insufflation de l'estomac nous épargna cette dernière erreur.

Un second caractère, sur lequel Lejars insiste beaucoup, consiste en crises douloureuses, rappelant les caractères de la colique néphrétique. En troisième lieu vient l'hématurie, signalée, d'après Luzzatto, 40 fois sur 250 cas. Enfin, la ponction exploratrice peut, comme dans le cas de Ménétrier et Aubertin, lever tous les doutes. Notre malade n'avait présenté que quelques douleurs rénales et jamais d'hématurie.

Elle a succombé, à l'âge de 68 ans, à une affection qui évoluait certainement depuis de longues années, et a vécu longtemps avec un parenchyme rénal singulièrement réduit. Sans m'étendre en effet sur l'historique de l'affection au point de vue pathogénique, je vous rappelle pour mémoire la théorie de la stase par rétention et celle de la sclérose rénale banale dans laquelle le processus kystique se serait monstrueusement développé. Vous savez que les deux théories modernes, qui se partagent le champ des hypothèses pathogéniques, sont la théorie néoplasique défendue par MM. Malassez, Gombault, Brault et Chauffard, qui invoquent une espèce de maladie kystique comme celle du sein, et la théorie congénitale, soutenue par Bard. Quoi qu'il en soit, des reins aussi désorganisés que ceux que je vous présente devraient, semble-t-il, être incompatibles depuis longtemps avec l'existence et ne pas permettre une survie jusqu'à un âge aussi avancé. Et pourtant, Jossand, dans ses statistiques, arrive à fixer la moyenne de la mort entre 40 et 60 ans, et il cite un cas de Fabrice de Hilden qui a trait à une femme de 80 ans. Je trouve là un exemple de cette loi de pathologie générale: à savoir que l'organisme supporte avec une tolérance remarquable la suppression progressive, chronique des éléments nobles d'un parenchyme: tube

par tube, glomérule par glomérule, un rein se défend longtemps contre l'insuffisance fonctionnelle, à condition qu'une complication congestive aiguë ne vienne pas tout d'un coup la supprimer physiologiquement.

Pour terminer, je signale que le cœur était hypertrophié, pesait 460 grammes. Ménétrier et Aubertin pensent qu'il s'agit dans ces faits de cœur rénal, et invoquent à l'appui, dans leur cas, l'absence d'artériosclérose. Chez notre malade la chose était plus complexe, car il existait un rétrécissement et une insuffisance aortique, diagnostiqués d'ailleurs, et relevant d'une aortite qui avait dans l'hypertrophie cardiaque une part très importante.

(Lyon Médical.)

ETUDE SUR L'ASSOCIATION DE L'APPENDICITE ET DE LA CHOLECYSTITE AVEC OU SANS PERITONITE,

Par M. le Prof. G. Dieulafoy.

L'étude que je vais entreprendre a pour but de démontrer l'association de l'appendicite et de la cholécystite. Il ne s'agit pas ici de coexistence fortuite livrée au hasard, mais il s'agit de deux infections associées, l'une entraînant l'autre. On peut dire que l'appendicite et la cholécystite s'appellent, se combinent, s'accouplent, et de cet accouplement, dont l'apparition est tantôt brusque et aiguë, tantôt lente et progressive, naît un état complexe que nous allons essayer d'esquisser.

Cette étude est basée sur une trentaine de cas; elle n'est pas sans importance puisqu'elle a pour corollaire immédiat de préciser autant que possible le diagnostic qui conduit à l'intervention chirurgicale.

En résumé, les lésions aiguës ou chroniques de ces appendicites associées à la cholécystite se présentent sous les formes multiples de toutes les appendicites: liquide muco-purulent ou hémorragique, ulcérations des parois de l'appendice, sténose, dilatation, perforation, gangrène, adhérences, suppuration péricœcale, péritonite, etc. Les cholécystites sont calculeuses ou non calculeuses, la vésicule biliaire étant, suivant le cas, distendue, épaisse, rétractée, adhérente et contenant un liquide variable comme quantité et comme qualité.

Nous avons maintenant à nous demander quelle est la cause de cette double infection intéressant l'appendice et la vésicule biliaire. Cette double infection est-elle simultanée, se fait-elle en même temps sous l'influence d'une cause dominante, ou bien y a-t-il superposition des deux infections, l'une préparant l'autre et dans ce cas quelle est celle qui commence, est-ce l'appendicite ou la cholécystite?

On pourrait s'arrêter un instant à l'idée que les deux infections sont dues à un processus lithiasique, provoquant à la fois la cholécystite calculeuse et l'appendicite calculeuse. Mais cette hypothèse ne tient pas devant ce fait que chez les malades atteints de la double infection qui nous occupe, les concrétions calculeuses sont rares dans l'appendice et sont parfois défaut dans la vésicule. Il faut donc chercher ailleurs la pathogénie de la double infection.

La cholécystite serait-elle la conséquence de l'appendicite? On sait, en effet, avec quelle facilité se font

es infections ascendantes d'origine appendiculaire. Ainsi, dans le foie appendiculaire, l'infection qui aboutit à la purulence de l'organe part du foyer appendiculaire et est transportée au foie par la voie ascendante des réseaux veineux qui aboutissent à la veine porte et au foie. Mais cette migration veineuse de l'infection n'a rien à voir avec l'infection de la vésicule biliaire; c'est le foie qui est atteint et non la vésicule, et la preuve, c'est que dans les cas fort nombreux de foie appendiculaire la vésicule est restée indemne.

On peut alors se demander si l'infection partie du foyer appendiculaire ne pourrait pas atteindre la vésicule biliaire par voie ascendante à la faveur des lymphatiques et des adhérences qui relient si souvent l'appendice, l'intestin et la vésicule? Ce mode d'infection ascendante est celui qui aboutit à l'empyème sous-phrénique appendiculaire et à la pleurésie appendiculaire. En pareil cas, l'infection partie du foyer appendiculaire, "primum movens," remonte le long du caecum et du côlon, gagne l'hypocondre, détermine souvent un empyème sous-phrénique, traverse le diaphragme perforé ou non perforé et envahit la cavité pleurale; les traînées membraneuses et purulentes jalonnent sa route, si bien qu'on peut suivre l'épopée infectieuse depuis sa modeste origine appendiculaire jusqu'à son épanouissement intro-thoracique où la pleurésie est souvent purulente et putride. Mais en relisant les nombreuses observations où l'infection appendiculaire remontante a abouti à l'empyème sous-phrénique et à la pleurésie on voit que la cholécystite n'est pas signalée; l'infection a pu laisser sur les parois de la vésicule biliaire des traces de son passage, mais, je le répète, elle n'a pas provoqué de cholécystite.

Or, si la vésicule biliaire échappe à la grande traînée infectieuse d'origine appendiculaire qui remonte en s'épanouissant le long de l'intestin, autour et au-dessus du foie, et jusque dans la cavité thoracique, est-il rationnel d'admettre qu'elle est infectée par la petite traînée qui la relie à l'appendice? Je ne le crois pas; je pense que dans la grande majorité des cas ce n'est pas l'appendicite qui provoque la cholécystite, mais c'est la cholécystite qui provoque l'appendicite; l'infection n'est pas ascendante, elle est descendante.

Du reste, dans le plus grand nombre des observations, vingt-cinq fois au moins sur trente, on voit que ce sont les symptômes des lésions biliaires qui ouvrent la scène; les symptômes de l'appendicite n'apparaissent que secondairement, quelques jours, quelques semaines, quelques mois plus tard.

Tel malade, par exemple, a dans son passé des signes non douteux de colique hépatique ou de cholécystite; il a éprouvé, il y a un an, il y a six mois, il y a quelques semaines ou quelques jours, des douleurs localisées à l'hypocondre droit ou à la région de la vésicule; on a fait le diagnostic de lithiase biliaire, de colique hépatique, de cholécystite calculeuse ou non calculeuse. A un moment donné surviennent des douleurs localisées à la fosse iliaque droite; ces douleurs sont accompagnées d'autres symptômes qui permettent de diagnostiquer une appendicite aiguë, subaiguë ou chronique. Habituellement, surtout dans les formes aiguës, ce sont les symptômes de l'appendicite avec ou sans péritonite qui prennent le dessus, et les symptômes de cholécystite s'effacent ou disparaissent. Dans d'autres cas, surtout dans les formes subaiguës, les deux foyers appendiculaire et vésiculaire restent assez

distincts pour qu'on puisse formuler le diagnostic de cholécystite et d'appendicite.

Bien des erreurs ont dû être commises tant que l'attention n'a pas été appelée sur l'apparition de l'appendicite consécutive aux cholécystites calculeuses ou non calculeuses. Tel médecin qui avait assisté plusieurs fois à des coliques hépatiques franchement caractérisées a pu croire à une nouvelle colique hépatique, le jour où d'une façon subintrante a éclaté l'appendicite. Tel autre médecin qui assiste à l'éclosion d'une appendicite aiguë peut méconnaître l'existence antérieure d'une cholécystite si les symptômes de cholécystite ont disparu ou si les renseignements qu'on lui fournit ne sont pas suffisants.

C'est donc un chapitre nouveau à ajouter à l'histoire des cholécystites et de l'appendicite; l'association possible de la double infection doit sans cesse nous tenir en éveil.

Aussi, faudra-t-il, à l'avenir, porter un soin tout particulier au diagnostic de l'accouplement de ces deux infections. Certes l'infection de la vésicule ne manque pas de gravité, mais l'infection de l'appendice est bien plus redoutable. Méconnaître l'appendicite et se cantonner sur le terrain seul de la cholécystite est une erreur à tous les points de vue préjudiciable, car elle peut fausser l'indication thérapeutique. On croit alors tout le temps de combattre l'infection de la vésicule biliaire, on temporise et pendant ce temps-là, l'appendicite qu'on a méconnue peut marcher rapidement avec son cortège d'accidents toxi-infectieux, avec ou sans péritonite, avec ou sans gangrène, avec ou sans perforation, et la vie du malade est compromise par la double ou par la triple infection, faute d'avoir agi à temps.

C'est ici que l'intervention chirurgicale hâtive est plus indiquée que jamais. N'opérer que la cholécystite lorsqu'il y a appendicite concomitante, c'est laisser à la toxi-infection appendiculaire toute sa gravité; mais n'opérer ni l'une ni l'autre et prêter la temporisation, c'est aller au-devant d'accident les plus redoutables.

(Bull. Acad. Méd.)

—: o :—

LA POLYNEVRITE ALCOOLIQUE

(Clinique du Professeur Raymond)

Je vous présente une jeune femme, mariée il y a sept ou huit ans, ayant eu quatre grossesses normales, et qui était nourrice depuis un an quand apparurent quelques troubles digestifs et un certain état d'affaiblissement.

Pour combattre cet état, elle se mit à prendre des grogs à l'eau-de-vie et pendant deux mois ne vécut pour ainsi dire que de cette boisson. Sous l'influence de ce régime, elle fut prise un jour d'hallucinations voyant les objets s'agiter, des animaux terrifiants, etc. Elle resta 48 heures dans cet état délirant, puis elle eut des syncopes pendant une huitaine de jours. Alors seulement elle commença à présenter des douleurs au niveau des pieds.

La marche et la succession des accidents est ici intéressante, car ce sont des phénomènes aigus qui ont débuté: délire avec hallucinations, puis état demi-syn-copal, et enfin douleurs dans les membres inférieurs.

Ces douleurs étaient très vives prenant parfois le caractère fulgurant. La malade fatiguée par l'allaitement s'est intoxiquée d'autant plus facilement par ce régime alcoolique qui a porté d'abord sur les centres, provoquant cette psychose avec confusion mentale et hallucination, puis sur la périphérie amenant ces accidents de névrite périphérique. Souvent en pareils cas, ce sont les phénomènes douloureux qui commencent, et l'alcool peut ne pas produire les accidents cérébraux aigus, parce qu'il est supprimé dès ce moment.

L'alcool une fois supprimé, l'amélioration a été assez rapide: cependant la malade a conservé quelques douleurs lancinantes, de la douleur à la pression et un amaigrissement en masse de tout le membre, mais les reflexes sont conservés et la malade guérira sûrement.

Il est à noter que cette polynévrite est de la forme sensitive, car la malade, tout en souffrant, marche assez facilement et ne présente pas de paralysie; cette forme est très curable: il a suffi ici de supprimer l'alcool et de faire quelques massages pour voir se produire rapidement une grande amélioration. Il persiste aussi un certain degré d'amnésie, dont la malade a conscience, et qui s'explique facilement par l'imprégnation alcoolique des cellules cérébrales.

Une dernière remarque importante: cette forme de névrite a été particulièrement douloureuse et cependant cette malade n'a jamais pris que de l'alcool et non des liqueurs à essence comme l'absinthe, qui sont réputées donner lieu plus spécialement aux troubles de la sensibilité.

Voici une seconde malade qui présente une polynévrite calquée à certains égards sur la précédente et dont l'étiologie est identique, ce qui montre combien ces pratiques sont répandues chez une certaine catégorie de sujets.

Celle-ci, qui avait eu dix enfants, dont trois étaient morts, et nourrissait depuis quinze mois, perdit l'appétit et se traita également par des grogs qu'elle préparait avec du rhum. Elle avait eu aussi une série de métorrhagies et on lui avait conseillé de prendre de l'alcool pour se donner des forces.

Chez elle les phénomènes délirants furent peu marqués, mais les douleurs des membres inférieurs furent également très vives en même temps qu'il y avait une certaine atrophie musculaire diffuse. Toutefois c'était encore une forme sensitive, sans paralysie, elle guérit assez facilement par la suppression de l'alcool, les massages légers et surtout par l'influence d'un régime réparateur.

CHIRURGIE

INDICATIONS DE LA GASTRO-ENTERO-ANASTOMOSE; CHOIX DU PROCÉDE.

par M. le Dr Vallas.

(Société Nationale de Médecine)

(Suite)

Cette bénignité relative est d'ailleurs prouvée par la statistique. J'ai perdu 12 malades sur 60. Ce chiffre est peu élevé si l'on veut bien remarquer que je ne

choisis pas les cas et que j'opère toujours, quel que soit l'état du sujet. Je n'ai jamais observé de péritonite post-opératoire. Les malades ont succombé à une hémorragie interne (1 cas), à une pneumonie (3 cas), au choc (3 cas), à la persistance de la cachexie et du marasme. Quand l'amaigrissement a été considérable, il arrive que, malgré le bon état de l'orifice nouveau et le rétablissement de la circulation gastro-intestinale, le malade ne peut se relever. Il semble qu'il y ait une limite au-dessous de laquelle le courant de la dénutrition ne peut être remonté. C'est ainsi que j'ai vu mourir un jeune homme de 31 ans, qui avait pesé 85 kilog. et n'en pesait plus que 53 au moment de l'opération, et une femme de 46 ans qui avait passé de 56 à 30 kilo. Ces deux malades ont succombé le soir même au choc opératoire. Une autre femme de 46 ans, qui ne pesait plus que 35 kilog., a continué de s'affaiblir et est morte un mois après sans arrêt dans la marche de la cachexie. L'amaigrissement rapide est donc un élément de pronostic important.

Bien que je ne regarde pas comme élevé le chiffre de la mortalité que j'ai obtenu (20 p. c.), je suis persuadé qu'il peut encore être abaissé. Si l'on pose plus vite l'indication opératoire, la statistique se dégrèvera de ces cas sur lesquels je viens d'insister, où l'opération est mortelle par le choc ou inutile par persistance de la cachexie. J'en ai la preuve par les résultats que j'ai obtenus en 1902. J'ai opéré, dans le courant de cette année, 20 malades qui m'ont été adressés aussi rapidement que possible par MM. les Drs Josserand, Mouisset, Tournier, P. Courmont, et sur ces 20 malades, je n'ai eu qu'une mort au huitième jour, par pneumonie.

Je serai bref sur le choix du procédé. Le chirurgien a à sa disposition la gastro-entero-anastomose antérieure, la postérieure au trans-méso-colique, le procédé en Y de Roux et la gastro-duodénostomie de Villard. Ce dernier procédé est incontestablement celui qui rétablit la fonction gastro-duodénale de la façon la plus parfaite, puisque le contenu stomacal est déversé dans le duodénum au-dessus de l'ampoule de Water. Malheureusement il est presque toujours impossible de le pratiquer dans les cas de sténose cancéreuse. L'orifice nouveau est trop près de la tumeur et souvent la région pylorique est trop profondément fixée par les adhérences pour qu'il soit possible d'y avoir recours. Par contre, dans les sténoses cicatricielles, ce procédé est excellent et je n'ai pas hésité à l'employer dans ces cas.

Après lui, c'est le procédé en Y de Roux qui rétablit les fonctions dans l'état le plus voisin de la normale. Je crois être le premier à l'avoir employé à Lyon (30 avril 1898) et je l'ai utilisé deux ou trois fois depuis cette époque. On ne peut lui faire que le reproche d'allonger la durée de l'opération, et c'est pour cela que chez les sujets affaiblis et surtout chez les cancéreux, où il ne s'agit que d'obtenir un résultat temporaire, je me contente de la gastro-entéro-anastomose postérieure ou trans-méso-colique d'après la méthode de von Hacker. Celle-ci, d'ailleurs, fournit d'excellents résultats. Il n'y a pas à sa suite de circulus viciosus, pas de compression du côlon comme cela peut se voir dans le procédé antérieur et le passage des liquides biliaire et pancréatique au niveau de la bouche gastro-intestinale, ne paraît avoir aucun inconvénient.

Quant à la gastro-entérostomie antérieure de Wolfler, elle est bien inférieure à sa rivale et ne peut

être regardée que comme un procédé de nécessité. Je ne l'ai jamais pratiquée que lorsque je ne pouvais faire autrement. Chez une malade qui avait déjà subi la postérieure et chez laquelle une plaque de généralisation néoplasique sur le méso-côlon, avait déterminé le rétrécissement du nouveau pylore, j'ai eu recours au procédé de Wolfler. Une autre fois, j'ai dû l'employer parce que les manœuvres sur la région mésocolique déterminaient immédiatement des phénomènes de syncope respiratoire et cardiaque.

Je ne veux pas aborder ici la question de technique opératoire. Il me suffira de dire que je suis, à ce point de vue, partisan de la suture que je regarde comme supérieure au bouton anastomotique dans la chirurgie gastrique.

Comme conclusion, il est à souhaiter que les malades atteints de sténose pylorique se décident de bonne heure à l'opération. Les succès de la gastro-entéro-anastomose en deviendraient certainement plus nombreux et plus brillants.

(Lyon méd.)

LES ABCES DE FIXATION DANS LES MALADIES INFECTIEUSES ET LES INTOXICATIONS

Par M. le Prof. Arnoz et le Dr. J. Carles.

Depuis 1891, époque à laquelle Fochier faisait connaître sa méthode, on n'a cessé d'employer les injections hypodermiques d'essence de térébentine au cours des maladies infectieuses.

Nous avons pu relever 128 cas (dont 39 personnels) d'affections diverses traitées par les abcès de fixation. La plupart de ces sujets, atteints de broncho-pneumonie, fièvre typhoïde, méningite cérébro-spinale, paludisme, tuberculose chronique, étaient considérés comme perdus; néanmoins, nous avons noté cinquante-huit guérisons.

Malgré la difficulté quelquefois assez grande de leur application, il semble donc qu'on doive recourir aux abcès provoqués dans bien des cas où la thérapeutique usuelle reste sans efficacité.

Quant au mode d'action de la méthode, il paraît multiple: on a parlé des propriétés ozonisantes et antiseptiques de dérivation, d'état bactéricide. Si ces diverses causes ont une part d'action, nous croyons que la fixation par le pus de divers éléments toxiques et peut-être des microbes contenus dans le sang, n'est pas non plus sans influence.

À l'appui de cette opinion, celle même de Fochier, l'expérimentation nous a fourni de sérieux arguments. Au cours d'intoxications par le cuivre, mais surtout par l'arsenic et le mercure, l'analyse nous a permis de découvrir jusqu'à deux et quatre fois plus de substance toxique dans le pus des abcès provoqués que dans même poids des divers tissus.

En tenant compte de ces résultats, nous avons utilisé les injections térébenthinées dans diverses intoxications par l'acide phénique, l'oxyde de carbone, le sel d'oseille. Les avantages qu'elles nous ont fournis nous permettent de penser qu'on pourrait en multiplier l'emploi.

Enfin, quelle que soit l'affection traitée, nous avons toujours vérifié le principe déjà posé par Fochier: l'inflammation obtenue est proportionnelle au degré de résistance de l'organisme. On peut ainsi régler en quelque sorte à l'avance le pronostic.

Therapeutique et Matière Médicale

LE CRESSON ET SES DANGERS

Par Ed. Crouzel, de Bordeaux.

Depuis plusieurs années déjà, j'ai été frappé de la fréquence des intoxications provoquées par l'ingestion, aux repas, du cresson de fontaine, santé du corps (*sysimbrium nasturtium*).

D'un certain nombre d'observations que j'ai réunies, et qui font l'objet d'une communication à l'Académie de Médecine, il résulte un fait bien saillant, à savoir que les cas d'intoxication par ce comestible sont remarquables par l'identité presque absolue des symptômes caractéristiques chez divers malades cependant bien différents par l'âge, la constitution, les antécédents morbides et l'état de santé contemporain aux empoisonnements.

Ces symptômes généraux sont les suivants: malaise général, anxiété précordiale, refroidissement des membres supérieurs, douleurs abdominales assez vives, vomissements fréquents.

Ce sont, du reste, les symptômes habituels de l'empoisonnement par les matières alimentaires avariées ou corrompues. Cela s'explique aisément par le fait que ce n'est pas le cresson, à proprement parler, qui cause le mal, mais bien les matières organiques en décomposition qu'il véhicule et qui doivent être constituées par des ptomaines et des dérivés alcaloïdes d'origine microbienne.

Voilà pour les méfaits directs et constatés après manifestation rapide. Mais combien de fièvres typhoïdes et autres maladies contagieuses de nature épidémique qui pourraient, si l'on cherchait bien, être imputées au cresson, sans compter les cas de taenia ou d'autres vers intestinaux dont il est susceptible de communiquer le germe!

La contamination habituelle du cresson est provoquée par les procédés ordinaires de culture intensive de cette plante, au moyen de matières fécales, purins, fumiers divers qu'on place directement dans les cressonnières.

Que penser de ces dernières lorsqu'elles sont situées en aval de lavoirs publics, comme cela se voit malheureusement quelquefois?

Pour éviter les dangers que je signale, on devrait ne pas submerger cette plante, afin de soustraire la partie comestible (feuilles, pétioles et sommités des tiges) au contact de l'eau contaminée par les engrais.

On devrait n'employer, comme engrais, que des produits chimiques ou encore des produits de vidanges ayant subi une haute température en vase clos. Cette précaution devrait présider aussi à la culture des autres plantes destinées à être consommées sans avoir subi de cuisson (laitues, chicorées, etc.).

On pourrait aussi placer les engrais dans des caisses ou des fosses, à parois latérales étanches, à fonds

Grammes

Borate de soude.....	6
Antipyrine.....	4
Teinture de gaiac	5
Alcool de menthe	5
Glycérine neutre.....	145

On peut également mettre une cuillerée à café de ce liquide dans un demi-verre d'eau tiède pour bains de gorge ou se servir de ce topique employé pur en badigeonnage, sur la paroi pharyngienne une fois ou deux par semaine. D'une manière générale, on ne doit faire usage des badigeonnages que pendant les périodes de calme: le gargarisme seul suffit au moment des poussées subaiguës.

Une fois les choses rentrés, dans l'ordre, il sera ordinairement utile de terminer la cure par une saison thermale sulfureuse, arsénicale ou alcaline, suivant l'état général de chaque malade.

Le point important dans toute cette thérapeutique est de veiller au bon fonctionnement de la muqueuse nasale ou naso-pharyngienne et de bien s'assurer que ce n'est pas dans ces cavités qu'il faut chercher l'origine des soi-disant granulations auxquelles on a jusqu'à ce jour accordé une importance véritablement très exagérée.

(Jour. de méd. de Bordeaux.)

DERMATOLOGIE

TRAITEMENT DE LA COUPEROSE PAR LA PHOTOTHERAPIE.

par M. le Dr Leredde

Le traitement de l'acné rosée est dans la plupart des cas difficile; quelquefois la maladie devient incurable, en général elle ne guérit qu'à la condition de soins prolongés, par des pommades, des scarifications et l'électrolyse.

La photothérapie, déjà employée dans cette affection par Finsen, réalise un progrès considérable dans son traitement, comme il a pu s'en assurer. Parmi les malades que M. Leredde a soignés, la plupart avaient résisté aux méthodes anciennes et présentaient par conséquent des formes graves. Sur 8 cas, il a obtenu 8 guérisons. Dans les premiers cas qu'il a soignés, le traitement a été long parce qu'il craignait de déterminer des cicatrices en faisant des séances de photothérapie de plus d'une demi-heure. Mais, peu à peu, il est arrivé à faire des séances aussi longues que chez les lupiques et il a constaté que jamais il n'y avait de cicatrices consécutives. Dans ces conditions, on peut guérir en deux ou trois semaines, une couperose qui a résisté à des traitements, parfois pénibles, poursuivis pendant des mois.

(Ann. thérap.)

percés ou sans fonds, afin d'avoir des vases communi-
quants. Il ne faut pas oublier que c'est uniquement au
moyen de leurs racines et non de leurs feuilles que ces
plantes puisent dans leur milieu ambiant ce qui est
utile à leur développement.

Les cressonnières à eau constamment courante
sont le plus recommandables au point de vue hygié-
nique.

Bien entendu, il n'est pas de même au point de
vue du rendement qui arrive à son maximum dans les
eaux stagnantes tenant en suspension de fortes propor-
tions de produits fertilisants, mais constituant d'ex-
cellents bouillons de culture pour de nombreux micro-
bes et bactéries plus ou moins pathogènes.

Le cresson venu spontanément, c'est-à-dire sans
fumure, dans les eaux vives et courantes devra être
préférée.

Ceux qui sont chargés du service de la cuisine
feront bien désormais de s'assurer de l'origine du cresson
qu'ils achèteront, sous peine d'endosser une res-
ponsabilité morale très sérieuse, sans compter les dan-
gers qu'ils risqueraient de courir eux-mêmes.

On pourra, il est vrai, diminuer un peu les dangers
que je signale par un nettoyage méticuleux du cresson
dont on ne devra employer que les feuilles et les péti-
oles qui ont plus de chance que les tiges de se dévelop-
per hors du contact de l'eau contaminée.

Pour cela, on lui fera subir une macération dans
l'eau salée concentrée et bouillie suivie d'un lavage
sous un filet d'eau tombant d'une certaine hauteur et
capable de détacher de la surface de la plante les ma-
tières toxiques ou pathogènes qui peuvent la souiller.

N. B. — Je dois des remerciements à M. le Dr
Rouhet, de Taillecevat, près de Monségur, pour des
renseignements personnels qu'il a bien voulu me don-
ner sur ce sujet.

(J. Méd. Bordeaux.)

REVUE DE THERAPEUTIQUE APPLIQUEE

Traitement de l'angine granuleuse

(Moure, de Bordeaux.)

Pendant les poussées inflammatoires, quelques
bains de gorge alcalins, des gargarismes borax-bro-
mure, avec ou sans cocaïne, suffisent pour amener une
amélioration passagère ou définitive, suivant les cas.

Contre les formes chroniques, M. Moure a employé
avec avantage les badigeonnages de l'arrière-gorge une
fois ou deux par semaine, faits avec la solution sui-
vante :

Iode.....	0 gr. 25
Iodure de potassium	0 — 30
Laudanum de Sydenham	3 —
Glycérine pure.....	120 —

Le malade peut encore utiliser ce liquide pour se
gargariser ou se baigner la gorge, en mettant une cui-
llérée à café de ce topique dans un demi-verre d'eau
tiède, suivant sa susceptibilité.

D'autres fois, la teinture de gaiac, employée sous
la forme de gargarismes, donne également d'excellents
résultats. On prescrit alors de la façon suivante:

HYGIÈNE

DE LA NECESSITE ET DES MOYENS PRATIQUES DE CONTROLE DES DESINFECTIIONS PUBLIQUES.

Par M. A. Calmette.

Au moment où l'on se préoccupe d'organiser partout des services de désinfection conformément à la loi du 15 février 1902, il devient urgent de s'assurer que ces services sont réellement en mesure de fournir aux habitants de nos villes et de nos campagnes toutes les garanties d'efficacité désirables. Or, il ne suffit pas pour cela que les appareils ou procédés de désinfection employés aient été préalablement soumis à l'approbation du Comité consultatif d'hygiène: tel appareil et tel procédé peuvent être parfaitement efficaces entre des mains expérimentées et ne donner que des résultats tout à fait illusoire, lorsqu'ils seront appliqués ou exploités industriellement sans une surveillance incessante.

C'est pourquoi il m'a paru indispensable de rechercher des moyens pratiques de contrôle dont il serait possible de généraliser l'emploi avec un minimum de dépenses.

J'ai pensé qu'on pouvait atteindre ce but à l'aide de tests chimiques et bactériologiques faciles à transporter et à installer dans les locaux dont il s'agit d'effectuer la désinfection. Ces tests peuvent être aisément préparés dans tous les laboratoires d'hygiène. Ils varient suivant le procédé de désinfection employé et suivant la nature des germes contagieux qu'il s'agit de détruire. Si nous exceptons les étuves à vapeur sous pression dont le contrôle est des plus simples lorsqu'on prend soin de les munir d'un thermomètre enregistreur tel que celui de A.-J. Martin et Walckenaer, construit par Richard, qui est employé dans les stations de la ville de Paris, les procédés usuels de désinfection sont actuellement tous basés sur l'emploi de l'acide sulfureux ou sur celui de la formaldéhyde et de ses dérivés.

Il s'agit donc, pour chacun de ces agents, de déterminer:

1. Si la pénétration de l'antiseptique a été suffisante pour assurer la destruction des germes pathogènes contenus dans l'épaisseur des objets contaminés soumis à la désinfection;
2. Si les germes pathogènes qu'on se propose de détruire dans chaque cas particulier ont été atteints.

M. Thoinot, dans son rapport de 1901 au comité consultatif d'hygiène sur l'emploi de l'acide sulfureux faisait déjà remarquer que la question des désinfectants est une question d'espèce.

"Ce qu'il faut savoir, écrivait-il, c'est si tel désinfectant convient à tel agent infectieux déterminé et à quelle dose. On ne peut plus assigner aujourd'hui, comme on le faisait il n'y a pas longtemps encore, une valeur générale plus ou moins grande à tel désinfectant, il faut être fixé d'une façon précise sur la valeur de ce désinfectant, dans chaque cas particulier".

En pratique, il serait impossible de laisser aux intéressés le choix entre les différents procédés de désinfection qui peuvent être efficaces dans telle ou telle circonstance particulière. Mais il serait tout à fait irrationnel que les municipalités, par exemple, et les services publics de désinfection ne puissent disposer que d'un seul système passe-partout qu'on emploierait exclusivement et uniformément dans tous les cas. Il est évident par exemple que, si la vapeur sous pression peut rendre de très grands services lorsqu'il s'agit de désinfecter des linges et des objets de literie souillés de germes pathogènes difficiles à détruire, on ne peut raisonnablement plus imposer son emploi quand on doit répéter fréquemment la désinfection des mêmes objets, ceux-ci ne tardant pas alors à être mis hors d'usage. On sait, en effet, que la vapeur détériore rapidement et irrémédiablement les soieries, certains lainages, les objets de cuir, les livres, les cahiers, les jouets d'enfants, les substances alimentaires, etc.

Chaque mode de désinfection présente donc ses contre-indications et ses avantages: il est impossible de ne pas tenir compte des uns et de se priver des autres.

Ce qui importe essentiellement, c'est d'être assuré qu'une désinfection a été efficace et que l'agent désinfectant a pu atteindre les objets contaminés, soit sur toute leur surface, soit dans toute leur épaisseur.

Voyons donc comment on peut instituer ce contrôle.

A.—Procédés basés sur l'emploi de l'acide sulfureux.

1. Il résulte d'expériences nombreuses que j'ai effectuées à l'Institut Pasteur de Lille avec la collaboration de M. Rolants, chef de laboratoire, qu'on peut mesurer aisément le pouvoir de pénétration de l'acide sulfureux à l'aide d'un test chimique très simple, constitué par des tubes en verre, de 5 ou 10 millimètres de diamètre et 1 mètre environ de longueur, fermés à une extrémité et remplis de sable sec et fin, coloré en bleu par de la teinture de tournesol. Ces tubes sont gradués à l'extérieur; leur extrémité ouverte est bouchée avec un tampon d'ouate.

On les places à différentes hauteurs, horizontalement, dans la pièce qu'il s'agit de désinfecter.

Le gaz y pénètre d'autant plus profondément que sa concentration est plus forte et que la durée de contact est plus prolongée. Toute l'épaisseur de sable traversée est alors colorée en rouge et il suffit de noter les dimensions de la zone rouge pour en déduire le pourcentage approximatif du gaz sulfureux utilement produit. On peut ainsi dresser une table indiquant jusqu'où le gaz doit pénétrer dans le tube pour que la désinfection soit sûrement efficace à l'égard de telles espèces de microbes pathogènes. Il suffit, par exemple, que le sable soit coloré en rouge jusqu'à une profondeur de 25 centimètres pour que la bacille typhique soit détruit. Une pénétration de 40 centimètres est nécessaire pour assurer la destruction du bacille de la diphtérie.

Ce test-tube de sable coloré fournit des indications suffisamment précises et immédiates sur l'efficacité de la désinfection effectuée.

2. Nos test-bactériens sont constitués par de petits cylindres en verre de 10 millimètres de diamètre et de 10 centimètres de longueur, ouverts aux deux extrémités et bouchés à l'ouate. Chacun de ces cylindres, préalablement stérilisé à l'autoclave, reçoit une ou plusieurs bandelettes de papier à filtrer ou d'étoffes imprégnées avec des cultures pures des différents microbes pathogènes qu'il s'agit d'expérimenter.

On les porte ensuite à l'étuve sèche à la température de 30 degrés pendant vingt-quatre heures. Les uns sont conservés comme témoins; les autres sont placés à différentes hauteurs dans la pièce à désinfecter.

Après la désinfection on peut les transporter au laboratoire sans crainte de les réinfecter puisqu'ils restent bouchés à l'ouate. Il suffit alors d'immerger chaque bandelette, avec les précautions familières aux bactériologistes, dans des tubes de bouillon nutritif; on immerge en même temps les bandelettes témoins qui ont été conservés hors du local désinfecté. Après quarante-huit heures de séjour à l'étuve, on note les tubes de bouillon qui donnent des cultures et ceux qui sont restés stériles. Le résultat de l'opération est alors exactement déterminé.

S'il s'agit de désinfecter une chambre pour un cas de diphtérie ou d'érysipèle par exemple, on se bornera à placer dans celle-ci des tests contenant des cultures sèches de bacille de la diphtérie ou de streptocoque de l'érysipèle et, pour plus de précision, on emploiera de préférence des cultures mélangées de sérum, afin que l'albumine desséchée à la surface du papier à filtrer ou des bandelettes d'étoffe protège les microbes et représente plus exactement les conditions normales de souillure des divers objets de literie ou de linge restés dans le local infecté.

Nous repoussons absolument l'usage des cultures humides qui sont toujours très facilement détruites par des doses faibles d'antiseptiques, parce que les milieux nutritifs qui leur servent de véhicule absorbent avec une grande avidité ces substances et les retiennent avec énergie, de telle sorte que les résultats obtenus ne sont nullement comparables avec ce qui se passe normalement dans la pratique.

B.—Procédés basés sur l'emploi de la formaldéhyde.

1. Dans nos expériences de désinfection par le formol, nous avons d'abord songé à utiliser la propriété bien connue que possède ce gaz de colorer en violet la gélatine fuschinée. Mais nous avons reconnu que la gélatine absorbe le formol qui pénètre lentement de proche en proche dans sa masse, de sorte que les indications fournies par ce réactif sur le pouvoir pénétrant de l'antiseptique sont tout à fait fausses.

Après de nombreux essais, nous nous sommes arrêtés au dispositif suivant:

Nous mélangeons une certaine quantité de solution hydroalcoolique de fuschine rubine à du sérum liquide de cheval et nous desséchons ce sérum à l'étuve à la température de 40 degrés. Ce sérum sec, réduit en paillettes rouges brillantes se redissout très facilement dans l'eau à laquelle il abandonne immédiatement sa matière colorante. Si on le soumet à l'action des vapeurs de formol, il fixe aussi-

tôt celles-ci: il devient alors insoluble dans l'eau et retient sa matière colorante qui ne passe plus dans le liquide.

Rien n'est plus simple, dès lors, que de préparer des tubes contenant, soit du sable fin desséché, soit de l'ouate, en y intercalant de distance en distance tous les cinq centimètres par exemple, des index constitués par quelques paillettes de sérum fuschiné desséché ou par de petits disques de papier à filtrer imprégné de sérum fuschiné sec.

On placera ces tubes dans le local à désinfecter, à diverses hauteurs. Après l'opération, il suffira de reprendre par l'eau chacun de ces index; partout où les vapeurs de formol auront pénétré, le sérum rouge sera devenu insoluble et n'abandonnera plus sa matière colorante. On mesurera ainsi d'une façon très exacte la pénétration du gaz.

Ces test à sérum rouge peuvent être employés aussi facilement lorsqu'on fait usage d'appareils formogènes à production directe par évaporation ou vaporisation, tels que la lampe de Linger, l'appareil Hotton, l'appareil Trillat ou l'appareil de Rechter, ou d'étuves à compression et à décompression successives telles que celles qu'emploient actuellement les frères de Rechter à Bruxelles;

2. Le contrôle bactériologique des désinfections au formol peut être effectué exactement de la même manière que j'ai déjà décrite à propos de la désinfection par l'acide sulfureux. Je me bornerai seulement à indiquer ici que le pouvoir pénétrant du formol étant beaucoup moindre que celui du gaz sulfureux, il est nécessaire d'obturer les cylindres de verre contenant les cultures microbiennes sèches seulement avec de légers tampons d'ouate très lâches et de raccourcir au minimum la longueur de ces tubes jusqu'à 6 centimètres environ.

J'ai fait construire, dans un des laboratoires de l'Institut Pasteur de Lille, une petite chambre parfaitement close de 5 mètres cubes de capacité, munie de tous les dispositifs utiles pour réaliser des expériences de désinfection avec les divers procédés et appareils actuellement proposés ou déjà connus et avec des doses exactement mesurées des divers agents désinfectants. Ces expériences sont contrôlées d'après les méthodes que je viens de décrire, de telle sorte qu'il me sera bientôt possible de faire connaître avec toute la précision désirable quelles quantités et quelles concentrations d'acide sulfureux par exemple, ou de formol pur ou de formol-acétone on doit employer pour réaliser sûrement dans un local de dimensions connues la destruction de chacun des principaux germes pathogènes.

Il m'a paru nécessaire d'entreprendre cette étude, car si les nombreux travaux de laboratoire qui ont été publiés jusqu'à présent nous renseignent à peu près sur le pouvoir bactéricide des substances antiseptiques, nous ne disposons, à l'heure actuelle, d'aucun moyen de contrôle des opérations de désinfection publique telles que sont pratiquement réalisées.

Or, la nécessité de ce contrôle apparaît certainement aussi indispensable aux yeux de tous les hygiénistes que peut l'être, par exemple, l'inspection des pharmacies.

VBull Acad. Méd.)

ROLE DES MOUCHES DANS LA PROPAGATION DE LA FIEVRE TYPHOÏDE.

Mme Alice Hamilton a présenté une communication sur ce sujet à la Société de médecine de Chicago. Elle conclut d'une étude qu'elle a faite lors de la dernière épidémie de la fièvre typhoïde dans cette ville que :

1. L'épidémie qui a sévi à Chicago depuis le mois de juillet au mois d'octobre 1902 a été particulièrement grave dans le 19e district qui a donné 1/7 de la mortalité totale, alors que sa population ne constitue que 1/36 de la population de la ville.

2. La concentration de l'épidémie dans ce district ne saurait s'expliquer par la souillure de l'eau potable ou des denrées alimentaires, ni par l'ignorance ou la misère de la population, car sous ces divers rapports les habitants du 19e district ne se distinguent pas de ceux de certains autres quartiers.

3. L'étude des conditions sanitaires de la localité en question montre que beaucoup de conduits de la canalisation sont trop étroits et que seulement 48 o/o des maisons sont pourvues d'une canalisation suffisante pour les immondices.

4. Les rues les plus mal partagées au point de vue sanitaire ont donné le plus grand nombre de malades pendant l'épidémie, abstraction faite de la misère de leurs habitants.

5. Avec les mouches prises dans deux cabinets d'aisance dépourvus de canaux, sur les murs de deux cours, sur les murs de deux maisons et dans la chambre d'un typhique on a fait 18ensemencements sur des milieux de culture, et dans 5 de ces milieux on a trouvé des cultures du bacilles typhique.

6. Lorsque les matières fécales sont abandonnées à l'air libre dans des fosses d'aisance ou dans les cours, les mouches peuvent devenir des intermédiaires dans la propagation de l'infection.

(Lyon Méd.)

—: o:—

INFLUENCE DE LA POUSSIERE DU PLATRE SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

A l'une des dernières réunions de la Société allemande des fabricants de plâtre, on discutait la question de l'influence favorable qu'exercent les poussières de plâtre sur la tuberculose pulmonaire.

Un des fabricants présents à la réunion a déclaré que sur 400 ouvriers qu'il occupait pendant une longue série d'années, aucun n'est devenu tuberculeux; par contre, sur quelques ouvriers atteints de tuberculose au moment où ils commençaient à travailler dans son usine, la maladie s'est arrêtée et n'a fait de progrès. C'est là, d'ailleurs, un fait connu depuis longtemps. Dans le Harr, l'expérience a également confirmé la réalité des bons effets de la poussière de plâtre sur les tuberculeux. Weissenbourg dans le canton de Berne doit sa réputation de station de cure d'air pour les tuberculeux à l'action adjuvante de ses sources thermales riches en plâtre.

(Lyon Méd.)

PEDIATRIE

LES PARALYSIES DIPHTERIQUES PRECOCE DU VOILE DU PALAIS.

Il n'y a pas encore bien longtemps la paralysie du voile du palais survenant de bonne heure au cours de la diphtérie, était considérée comme un symptôme de peu d'importance. Il paraît que cette opinion, qui se trouve formulée dans nos meilleurs traités de pédiatrie, est loin de répondre à la réalité des faits, et qu'au point de vue du pronostic de la diphtérie, il n'existe peut-être pas de symptôme aussi significatif que la paralysie précoce du voile du palais. C'est du moins la conclusion légitime qui découle des faits que M. Marfan a communiqués il y a déjà un an à la société médicale des hôpitaux et qui se dégage non moins nettement d'une statistique présentée dernièrement par M. Barbier à la Société de pédiatrie.

En 1902, M. Barbier a observé dans son service de diphtérie 38 paralysies du voile du palais, dont 18 avant le sixième jour, et 20 après le cinquième jour. Sur les 18 premières, il a noté 5 morts, soit une mortalité de 28 pour 100, et sur les 20 secondes 2 morts seulement, soit une mortalité de 10 pour 100. La signification de ces chiffres, je veux dire la valeur pronostique de la paralysie précoce, apparaît encore plus nettement quand on considère en détail la statistique de M. Barbier. On voit alors par exemple que lorsque la paralysie du voile du palais apparaît dès le premier jour (1 cas), la diphtérie se termine fatalement par la mort, et qu'avec une paralysie survenant au second jour, la diphtérie tue encore 2 malades sur 3, pour devenir de moins en moins meurtrière à mesure que la paralysie s'éloigne du début de la diphtérie.

Il va de soi que ce n'est pas la paralysie du palais qui cause la mort du malade. Elle n'est souvent que le prélude d'accidents redoutables qui amènent la terminaison fatale. Dans la plupart des observations on voit, en effet, la paralysie du voile du palais être suivie de près d'abattement et de somnolence, de vomissements et de collapsus périphérique avec pâleur de la face et des téguments, de ralentissement ou d'accélération avec faiblesse du pouls, d'irrégularités du rythme cardiaque avec bruits assourdis ou bruit de galop. Et la marche de ces accidents est parfois foudroyante.

Ainsi dans une observation, l'enfant, entré à l'hôpital le 15 juillet, a sa paralysie le 16, le même jour on constate du collapsus, de l'abattement, un rythme pendulaire du cœur, un pouls petit, et le malade meurt dans cet état le 17. Dans un autre cas, l'enfant, entré à l'hôpital le 1er juillet, a sa paralysie le 2, en même temps que le pouls tombe à 65 et qu'un bruit de galop apparaît au cœur. Le lendemain. l'abattement qui existait la veille s'accroît, des vomissements apparaissent le surlendemain et l'enfant meurt le 5 au cours d'une syncope mortelle.

Il est inutile d'insister sur l'importance pronostique de la paralysie précoce du voile du palais quand elle est suivie du syndrome ci-dessus résumé. J'ajoute seulement qu'au moment où elle apparaît, elle constitue le seul symptôme qui permet de juger exactement la situation, car souvent, très souvent même, la gorge est presque complètement nettoyée au moment où se manifestent ces accidents.

—: o:—

SUPPLEMENT

UN EXEMPLE A SUIVRE.

Dans l'après-midi de samedi dernier, Mr. B. Hal. Brown, gérant-général pour le Canada, de la compagnie d'assurance sur la vie London & Lancashire, réunissait chez lui, en sa somptueuse villa d'été, au Mont St-Bruno, tout le personnel du bureau-chef à Montréal et quelques intimes.

Mr. Brown, gracieusement secondé par son aimable compagne, madame Brown, s'est efforcé de faire disparaître pour un moment la gêne naturelle qui existe entre employés et patron. Ceci a été fait si naturellement et Madame Brown y a mis tant de tact et de sympathique cordialité, qu'en moins de temps qu'il n'en faut pour le dire, il régnait entre amphitryons et hôtes, une intimité qu'on ne rencontre que chez des vieux amis.

Ce lieu enchanteur, embelli par la main de l'homme, cette résidence princière qui domine un monticule situé entre deux lacs, dont les eaux tranquilles dorment dans l'ombre de l'épais feuillage des arbres, qui viennent y tremper leurs branches, tout a été mis à la disposition des invités. Avant de prendre part au goûter succulent qui fut servi, les employés présentèrent à madame Brown une magnifique corbeille à fleurs, en argent. Dans la veillée, M. le général Châtelain, de l'armée américaine, un octogénaire d'une verte vieillesse, sut intéresser tout le monde pendant près d'une heure, par le récit de quelques étapes de sa vie.

Un magnifique feu d'artifice vint mettre fin trop tôt à cette joyeuse réunion, dont le souvenir restera longtemps gravé dans la mémoire de ceux qui s'y trouvaient. Nul doute que l'écho des montagnes qui enchâssent ce coin d'un paradis terrestre, redit encore les gais propos, les chants patriotiques de tous ceux qui prirent part à cette fête de famille.

N'est-ce pas que de semblables fêtes sont trop rares, dans un temps où la vie est si intense, où la lutte entre le travail et le capital tend chaque jour à s'affirmer davantage, où l'activité commerciale est si aiguë!

Qu'il fait bon de s'attarder un peu dans cette course, où prennent part toutes les classes de la société, et de vivre quelques instants sans la fièvre de la vie, tout en goûtant les plaisirs d'une promenade hygiénique!

UN INVITE.

—: o :—

VOYAGES D'ETUDES MEDICALES.

C'est vers le Sud-Est que M. le Dr Carron de la Carrière dirigera cette année ses confrères français et étrangers réunis sous la bannière des V.E.M.

L'Ariège, les Pyrénées-Orientales, l'Aude l'Hérault le Gauchuse, l'Ardèche et la Loire, telles seront les régions parcourues par les voyageurs. Elles sont fertiles en ressources thérapeutiques et les médecins y trouveront un ample champ où moissonner d'utiles et précieuses observations. Comme de coutume l'éminent professeur Landouzy directeur scientifique des Voyages d'études médicales, facilitera leur tâche en faisant sur place des conférences sur la médication hydro-minérale, ses indications et ses applications.

Nous avons trop souvent déjà apprécié ici le but utilitaire et hautement patriotique que poursuit avec zèle admirable le Dr. Carron de la Carrière pour qu'il soit nécessaire d'y insister à nouveau. Le succès des Voyages d'études médicales a prouvé qu'une telle entreprise répondait à un besoin. Constatons seulement que ce succès s'accroît d'année en année et que la cinquième excursion qui va se mettre en marche le 10 septembre prochain s'annonce comme devant rassembler un nombre d'adhérents plus considérable encore que les excursions précédentes.

Ce voyage d'ailleurs sera charmant. En dehors de l'intérêt scientifique qui s'y attache, il offrira des agréments auxquels les médecins ne seront point insensibles. Car, pour être diplômé par la Faculté, on n'en demeure pas moins épris des beautés de la nature et le souci des maux dont souffre l'humanité n'empêche pas de goûter la splendeur des paysages.

Or, la région des Pyrénées passe à juste titre pour une des plus pittoresques qui soit en France. Anlus, niché au fond d'une vallée boisée; Ax, si curieusement construit sur un véritable réservoir d'eau minérale bouillante; Moitg, encaissé dans la gorge de Castellane; Prats de Mollo, petite citadelle accrochée au flanc d'une montagne; la Preste, le Vernet, Alet, autant de sujets d'étonnement et d'admiration pour le todriste inaccoutumé à ces parages lointains où nos raffinements modernes n'ont point encore assez pénétré pour en gêner l'aspect un peu rude.

De même, les voyageurs aimeront à parcourir les belles routes qui traversent la Cerdagne. On a dit d'elle que c'était une Touraine à 1,300 mètres d'altitude. Et de fait, ce riche plateau semble presque une anomalie de la nature à côté des roches sauvages et des pentes inhospitalières des Pyrénées. Peu connue encore des Français, la Cerdagne est depuis longtemps le lieu de villégiature favori des habitants de Barcelone. Sa situation, son altitude, l'air excellent qu'on y respire la rendent tout à fait propice à l'établissement de sanatorium. Nul doute qu'à cet égard une telle contrée intéresse vivement les médecins.

Le cinquième Voyage d'études médicales, préparé avec la plus scrupuleuse attention, s'effectuera, malgré les difficultés particulières que présentait son organisation, à la complète satisfaction de tous et il, consacra définitivement le triomphe de l'œuvre à laquelle se dévoue le Dr Carron de la Carrière.

— o —

AVERTISSEMENT

Le médecin qui accepte un pot-de-vin d'un fournisseur à qui il a adressé un client, est indigne.

“ Déontologie Médicale ”.

Tous les honnêtes gens sont de cet avis, mais la plupart sont loin de soupçonner les indignités qui se commettent dans certains milieux. Voilà pourquoi nous sommes dans la pénible nécessité de dénoncer certaines pratiques qui déshonorent la profession médicale et qui finiront par la discréditer auprès du public. Loin de nous la pensée de vouloir blâmer les médecins en général; le médecin canadien est presque toujours un homme d'honneur. Il ne s'agit ici que de rares brebis galeuses à qui nous voulons tout simplement donner avis; et aussi d'un certain nombre de dupes, (ce sont surtout ces derniers que nous voulons prévenir) qui, par complaisance pour des maisons d'affaires ou pour leurs agents, ou encore par inadvertance, s'exposent à être classés avec ceux qui sont payés pour faire aller les affaires de maisons louches bien connues.

Le nombre de ces imprudents qui s'exposent aussi maladroitement est plus considérable qu'on ne le croit et se recrute quelquefois parmi les médecins les plus huppés ou qui croient l'être.

Nous avons vu des ordonnances pour des préparations suspectes, signées par des médecins qui aspirent à faire partie du corps enseignant de la Faculté de Médecine et aussi par d'autres qui ont déjà un pied dans l'étrier. Si ces derniers ambitionnent de l'avancement, il leur sera nécessaire de s'amender, cela va sans dire.

Nous voulons bien admettre que ce sont des cas isolés dûs, non à un esprit de lucre, mais à la négligence.

Un jour ou l'autre on nous remerciera des efforts que nous faisons pour purifier l'atmosphère médicale.

Un de nos lecteurs nous a fait voir un carnet de blancs d'ordonnances, qui lui a été adressé par un fabricant de spécialités. Chaque feuille de ce carnet porte un talon sur lequel le médecin qui s'en sert doit inscrire l'adresse, le nom du malade, etc., pour lequel il prescrit les spécialités du fabricant en question. Ce talon devient alors un bon permettant au médecin de toucher tant pour cent à la caisse du fabricant.

Un autre lecteur nous rapporte qu'un agent de spécialités bien connu lui a proposé de lui verser mensuellement une commission sur toutes les spécialités qu'il prescrirait. De plus, l'agent a fortement insisté auprès

de notre lecteur, en lui assurant que nombre de médecins avaient déjà accepté des propositions semblables. Si l'individu qui a fait cette malhonnête proposition disait vrai, ce que nous ne voulons pas croire, cela explique peut-être, pourquoi certains médecins persistent à prescrire à leurs malades des spécialités douteuses et surtout pourquoi ils exigent que les malades achètent ces spécialités directement des agents ou des fabricants, et poussent le dévouement jusqu'à écrire sur les ordonnances, l'adresse des agents ou fabricants.

Il est possible aussi que "la petite commission" soit le motif qui pousse d'autres médecins à prescrire certaines spécialités à la "douzaine" et au "gallon"; quelquefois même ils prescrivent pour lotions, cataplasmes, bains de pieds, ou n'importe comment, pourvu que le malade en achète beaucoup et plus, des médicaments ordinairement employés pour l'usage interne.

Ils font absorber par leurs malades des bouillabaisse pharmaceutiques qui coûtent des prix fous, quelquefois le salaire de toute une semaine de travail du malheureux pour qui l'on prescrit de ces étranges mélanges.

Dans certains milieux on croit que cela pose un médecin quand on peut dire de lui que ses remèdes coûtent cher. Quel que soit le motif de cette manière de prescrire, elle n'est pas moins méprisante.

Quelle sensation produirait nos dénonciations si elles étaient connues du public? Quelle serait la position de ces médecins imprudents qui bravent l'opinion publique, en se compromettant à salaire fixe ou par complaisance, si ces faits étaient connus?

Espérons qu'il ne sera pas nécessaire de revenir sur ce sujet, et que notre premier avertissement sera suffisant pour rappeler au sens commun ceux qui, pour une raison ou pour une autre, s'en sont écartés.

A bon entendeur, salut...

— : o : —

L'ANESTHESIE GENERALE CHEZ LES PEUPLES DE L'ANTIQUITE.

Les Assyriens d'avant le dixième siècle avant Jésus-Christ employaient, dans le but de l'anesthésie générale, la compression des artères carotides. Chez les anciens Egyptiens, on employait beaucoup d'acide carbonique, qu'on se procurait en traitant la pierre Memphis par du vinaigre. Les contemporains de Dioscoride et de Pline connaissaient bien l'action de la mandragore. Les Chinois du dixième siècle avant Jésus-Christ connaissaient également l'anesthésie générale, pour laquelle ils employaient l'aconit, l'opium, etc.

— : o : —

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII,

MERCREDI, 22 JUILLET, 1903,

No. 4

Travaux Originaux

DYSTOCIE PAR FIBROME ENCLAVE DANS LE BASSIN.

Par M. le Dr M. T. BRENNAN, Professeur
de Gynécologie à l'Université Laval, Mont-
réal; Gynécologue à l'hôpital Notre Dame,
etc.

La patiente qui fait le sujet de cette intéressante observation, se présente à l'hôpital Notre-Dame, le 27 mai dernier, accompagnée de ses deux médecins, mes excellents collègues les docteurs Huot et Mathieu. Elle est en travail depuis deux jours, et les médecins ont constaté que la tête ne pouvait s'engager à cause de la présence dans le bassin d'un très gros fibrome. Ils l'ont donc amenée à l'hôpital pour faire enlever la tumeur ou pour faire faire une césarienne.

La patiente est âgée de 33 ans. C'est sa troisième grossesse. Elle n'a jamais eu de fausses-couches. Les accouchements antérieurs ont été heureux, sans instruments, et les relevailles toujours bonnes. Les eaux actuellement sont crevées depuis deux jours. Durant toute sa grossesse, cette femme a été très bien. Son dernier enfant a 23 mois. Ses deux enfants vivent et ont bonne santé.

La malade n'a jamais eu de pertes utérines en aucun temps; ses règles duraient deux ou trois jours. Ses intestins ont toujours été réguliers; elle n'a jamais présenté de troubles du côté de la miction. N'a jamais eu besoin de se faire examiner pour aucune maladie pelvienne.

Nous voyons la malade vers les huit heu-

res du soir. Elle est sous l'influence calmante de la morphine, car elle a des douleurs.

Nous constatons, à l'examen, une volumineuse tumeur fibreuse, développée aux frais du segment inférieur et postérieur de l'utérus, tumeur qui remplit presque tout le petit bassin et qui pousse la tête de l'enfant en haut et en avant vers l'aîne gauche et qui empêche absolument cette tête d'entrer dans le bassin. La tumeur est presque immobile dans le pelvis. Le col est renvoyé sur le pubis; il est dilaté et l'on sent à travers lui la tête de l'enfant en position transverse, près de la surface pectinéale, chose que le palper abdominal avait précédemment déterminée.

Nous décidons de tenter immédiatement l'extraction de la tumeur, quitte à faire une césarienne si l'ablation du myome devient impossible.

A 10.15 hres., le cul-de-sac postérieur vaginal et le Douglas sont largement ouverts. La tumeur origine bien de la surface postérieure de l'utérus est sessile et encapsulée. Nous la morcelons. Ce travail se fait difficilement à cause de la grosseur de la tumeur, de son enclavement et de la hauteur à laquelle elle s'élève (promontoire). Aussitôt que le cœur de la tumeur est assez creusé pour permettre l'introduction de toute la main gauche dans le bassin, nous nous guidons plus facilement et le morcellement, au bistouri, va plus rapidement.

A 11.20 hres., monsieur le docteur de Co-tret, agrégé de la Faculté et accoucheur de la Maternité, veut bien appliquer le fosceps, la tête de l'enfant en iliaque gauche transverse, et dans quelques minutes il nous délivre très habilement la femme. L'enfant est vivant.

Après une toilette minutieuse, et un lavage intra-utérin, nous drainons légèrement la cavité utérine à la gaze iodoformée, et nous paquetons avec précaution le bassin par la brèche postérieure vaginale. Un pansement vulvaire simple.

A 11.45 la femme est mise dans son lit.

Les suites ont été des plus simples. Étant constipée depuis quelques jours, la température est de 101, 100, 99, pendant quelque temps. Les intestins étant devenus réguliers et la coprémie dissipée, le 11e jour, la température tombe à la normale, le pouls étant à 80 la malade s'est levée le 11e jour, bien.

Le 15e jour (12 juin) la patiente s'enretourne chez elle.

Lors de son départ, le cul-de-sac est presque entièrement fermé, et la régression utérine se fait bien. On sent, à travers le cul-de-sac, un peu vers la droite, sur le segment inférieur de la matrice, un noyau dur gros comme un œuf de pigeon, de consistance fibreuse. Nous avertissons la patiente de se faire observer par son médecin de temps à autres.

La mère n'a pas nourri l'enfant, une petite fille robuste, qui a été mise au lait pasteurisé. Le 3e jour la petite a fait un peu de jaunisse, qui a duré quelques jours; elle eut un peu de lait dans les seins. Mais chose plus frappante, c'est qu'elle a perdu par le vagin les troisième, quatrième et cinquième jours, du sang foncé; on aurait dit que cet écoulement était accompagné de légères coliques. Le 6e jour elle a fait une stomatite aphteuse, qui a cédé rapidement au borax, glycérine et eau de menthe.

Le lendemain de l'opération, elle avait une légère conjonctivite et comme une petite pointe de kératite marginale, qui ont disparu avec des lavages boriqués.

Nous pouvons remarquer, en terminant: —

1. Avoir fait bonne chirurgie en tentant l'extraction par morcellement du myome, sauvant ainsi la femme des dangers beaucoup plus sérieux d'une césarienne.

2. La bénignité de l'opération.

3. L'importance de l'introduction de la main dans le pelvis, par le cul-de-sac postérieur, afin de se guider dans l'extraction de la tumeur.

4. La plus grande rapidité opératoire que donne le bistouri pour le morcellement, sur les autres instruments (ciseaux, tubes à évitement, etc.).

5. L'état latent de cette grosse tumeur qui n'avait réveillé ni douleurs, ni hémorragies, ni phénomènes de compression. Tumeur dont la femme ne se doutait nullement de la présence et qui ne fut découverte qu'au moment du travail.

6. La menstruation du bébé, si on peut appliquer ce terme à cet écoulement par les voies génitales, sans que l'on ait pu découvrir la moindre cause qui aurait pu déterminer une perte sanguine par ces voies.

7. La conjonctivite et la kératite passagères des premiers jours, dont la cause ne paraît pas être le froid (??) Serait-ce une kératite traumatique comme celles dont parle Jardine dans le *Scottish Medical and Surgical Journal*?

200 rue St-Hubert.

—o o—

LE CANCER DE L'UTERUS.

Par A. Laphorn Smith, B.A., M.D., M.R.C., C., (Angleterre)

Professeur de Gynécologie à l'Université de Vermont, Professeur de Gynécologie Clinique à l'Université Bishop à Montréal. Chirurgien en chef de l'Hôpital Samaritain pour les femmes; Gynécologue à l'hôpital Western General, au Dispensaire de Montréal et à l'Hôpital pour Femmes, Montréal

1. Le cancer de l'utérus offre à la Gynécologie le plus grand champ pour sauver la vie de la femme, mais un champ qui aujourd'hui menace d'être abandonné.

2. Notre chemin n'est pas difficile à suivre; nous avons seulement à croire implicitement quelques axiomes et ensuite à agir selon eux sans une seule heure de délai plus qu'il en est absolument nécessaire.

3. Oublier complètement qu'on a jamais cru que c'était une maladie héréditaire et apprendre au plus tôt qu'elle est contagieuse pour des tissus convenables. Pendant qu'on la cherche en vain chez les ancêtres qui sont morts on l'ignore chez la malade qui va mourir.

4. Toute femme portant un col de matrice déchiré est surtout sujette à mourir de cancer tandis qu'au contraire du moment que cette déchirure est cousue, ses chances de mourir de cancer deviennent très petites.

5. Que tout médecin de famille se fasse un devoir de conscience d'expliquer l'importance de cette question à toutes les femmes avant ou bientôt après leur accouchement afin que non-seulement elles consentent à être examinées, mais qu'elles recherchent l'examen.

6. Ne pas compter sur le spéculum pour révéler la déchirure, mais se fier seulement sur l'examen digital; si on sent un relief sur la lèvre antérieure ou postérieure permettant à la muqueuse du canal cervical de frotter sur la muqueuse du vagin, le col est déchiré.

7. On doit insister pour que cette déchirure soit cousue ou si cette déchirure est très prononcée nous devons faire l'amputation du col ce qui est facile à faire par la nouvelle méthode de l'auteur presque sans perdre une goutte de sang et sans laisser aucune trace de l'opération, en même temps rendant une déchirure impossible au prochain accouchement.

8. Ne pas attendre quelques jours, semaines, mois ou années avant de coudre ou amputer parce que la femme est jeune et que ça ne presse pas avant qu'elle n'ait quarante ans. Beaucoup de femmes sont mortes et enterrées à la suite du cancer longtemps avant d'arriver à quarante ans.

9. Considérez toute femme victime du cancer de matrice jusqu'à preuve contraire, qui, ayant passé la ménopause, commence à saigner encore soit régulièrement soit irrégulièrement.

10. N'attendez jamais pour opérer dans les cas soupçonnés l'opinion du pathologiste

que c'est du cancer; opérez d'abord et donnez la pièce au pathologiste après que la vie de la femme est sauvée.

11. N'attendez pas que vous soyez certain que la femme a du cancer de l'utérus; car vous arriverez trop tard pour sauver sa vie. Il faut enlever l'organe aussitôt qu'on soupçonne la présence du cancer et même alors c'est déjà assez tard.

12. La profession est à blâmer si la maladie est si répandue; comme nous avons cru que la tuberculose était héréditaire longtemps après que le laïque a compris que c'était une maladie contagieuse, ainsi nous croyons encore que le cancer est une maladie héréditaire quand l'expérience prouve qu'elle est contagieuse. Si la fille d'une femme qui est morte de cancer contracte la maladie c'est parce qu'elle s'est infecté pendant qu'elle donnait des soins à sa mère cancéreuse.

13. Si la maladie est contagieuse nous sommes gravement responsables si nous faisons l'examen d'une femme non suspecte après avoir examiné une femme suspecte, sans une désinfection rigoureuse des mains, car ainsi la maladie peut être propagée.

— o o —

Coq-a-l'Ane

LUXATION CONGENITALE DE LA HANCHE.—La méthode par excellence est celle de Paci, modifiée par Lorenz. Convient surtout aux enfants au dessous de huit ans; plus tard il y a plus d'insuccès que de réussites. Procédé:—1. Hyperabduction. Le bassin est consolidé et le membre est porté en abduction forcée. Les muscles adducteurs sont séparés de leurs attaches par pression manuelle. 2. Hyperflexion. Le membre est fléchi jusqu'à ce que les orteils touchent presque l'oreille. 3. Hyperextension. Le patient couché sur le côté opposé, le membre est fortement étendu, le genou étant fléchi. 4. Le patient couché sur le dos, on fait une traction forcée. 5. Réduction. Un bloc de bois triangulaire est placé sous le trochanter, la cuissè est portée fortement en abduction, afin d'agrandir la partie antérieure de la capsule, puis on fait faire à tout le membre, une rotation interne.

La cuisse étant en abduction et le genou fléchi, on applique un appareil plâtré.

L'hérédité semble jouer un rôle marquée dans cette malformation, qui frappe de préférence les filles.

EPILEPSIE ET CIRCONCISION.—Malgré les affirmations de Jacobi, qui n'a jamais observé de guérison à la suite de circoncision, Campbell rapporte une guérison manifeste. (Amer. Medecine.)

"Les températures fétale et maternelle."—Champion, de Dublin, dit qu'à la naissance, la température rectale du fœtus est de 1 degré, en moyenne, plus élevée que celle de la mère. Cette élévation disparaît dans les quinze ou vingt minutes qui suivent la naissance. (J. Obst. & Gyn.)

ONGUENT DE CREDE.—Cet onguent est une pommade contenant 15 pour cent. de collargol. Ce dernier est une forme allotropique d'argent, soluble dans l'eau et les liquides albumineux. Il n'est pas toxique. On peut s'en servir en injection intraveineuse, 1/2 à 1 8/0, ou plutôt sous forme d'onguent de Crede, en frictions. C'est Crede, de Dresde, qui a introduit ce nouveau médicament, en 1897. Il est indiqué (et donne parfois des résultats très remarquables là où d'autres agents ont été impuissants), dans les états infectieux: fièvre puerpérale, pyohémie, endocardite infectieuse, etc., enfin là où il y a indice de formation de pus, de foyers infectieux.

LE DIAGNOSTIC DE L'ULCERE DE L'ESTOMAC.—Le docteur Mendel, d'Essen, dit que la sensibilité épigastrique manque souvent au palper; alors il conseille, pour la mettre en évidence, de percuter avec un marteau percuteur. A l'état normal, cette percussion ne réveille pas de douleur, mais dans le cas d'ulcère, celle-ci est souvent très vive et nettement localisée au siège de la lésion.

REACTIF POUR LA RECHERCHE DE L'ALBUMINE DANS LES URINES.—Ce réactif est à conseiller vu son efficacité et sa simplicité. C'est tout simplement parties égales d'acide phénique et de glycérine. C'est tout simplement parties égales d'acide phénique et de glycérine. On mélange parties égales du réactif (2 Cc.) et d'urine filtrée dans un tube à réactif, et l'on agite avec une baguette en verre. Si le liquide reste clair,

il n'y a pas d'albumine: des traces sont rendues perceptibles.

LA SANSOSINE.—C'est le docteur R. Schneider qui vient de découvrir ce nouveau remède contre la consommation. C'est un mélange de soufre et d'eucalyptus d'Australie, en poudre, que l'on vaporise au-dessus d'une lampe à alcool et que l'on respire. Les effets auraient été très encourageants, au dire d'un rapport que le docteur Summerfield a fait à la Société de Médecine de Berlin.

LES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE SERUM ARTIFICIEL.—Dès qu'il se manifeste une congestion de la figure, il faut suspendre l'injection, quelle que soit la quantité déjà introduite, et attendre la disparition du symptôme, avant de procéder. (Internat. J. Surgery.)

CHANGEMENT DE COMPARTIMENT.—Monsieur et Madame parlent de leur voyage de noces, devant l'un de nos célèbres accoucheurs. Tout-à-coup l'enfant de la maison demande s'il y était. Notre confrère, voyant l'embarras des parents: "Certainement, répondit-il, seulement vous êtes parti avec papa et vous êtes revenu avec maman!" (J. de Santé.)

NIRE.

GOUTTE INSIGNIFIANTE.—On demandait à un médecin:

—Un goutteux peut-il prendre des bains de mer?

—Je n'y vois pas d'inconvénient, répondit l'homme de science. Que voulez-vous que fasse une goutte de plus dans l'océan. (J. de Santé.)

LE THIOCOL.—C'est un orthosulogaïacolate de potassium, qui renferme 52 0/0 de gaiacol. C'est une poudre blanche inodore, quelque peu salée. Elle est soluble dans quatre parties d'eau froide et dans une d'eau chaude. Le thiocol produit son effet par le gaiacol qu'il renferme. Il n'a pas d'action sur la pression sanguine, ni sur le sang même; il n'est pas toxique, ni caustique pour les muqueuses. La dose est environ de 1 à 7 grammes par jour, en solution aqueuse, en sirop, en pastilles. Le thiocol se prescrit surtout pour combattre la tuberculose. On l'a employé aussi contre la blennorrhagie, un demi-gramme, trois fois par jour.

LE TRAITEMENT DE L'IRITIS.—M. Ramsey (in Scott Med. & Surg. J.) dit que le patient doit être mis au lit, dans une chambre obscurcie, régime très simple, défense de fumer, de prendre des stimulants. Les trois indications à remplir sont de dilater la pupille, de calmer la douleur et de traiter la cause constitutionnelle. De toutes les applications locales, l'atropine est l'indispensable. Elle met l'iris au repos, calme la douleur et la photophobie empêche la formation de synéchies et aide à la destruction de celles déjà formées. Si elle ne calme pas la douleur ou si elle cause une exacerbation de celle-ci, il faut rechercher s'il n'existe pas d'augmentation de la tension intra-oculaire: alors il faut cesser l'atropine. Lorsque les symptômes sont graves, il est bon de combiner la cocaïne et la dionine à l'atropine; mais les applications de chaleur ou de froid et les sangsues, rendent des services encore plus grands.

Revue des journaux

MEDECINE

EMPYEME DOUBLE DE LA TUNIQUE VAGINALE DANS LA SCARLATINE.

Wilson Tyson rapporte l'observation d'une séquelle peu connue de la scarlatine. Le sujet dont il s'agit était un enfant de quatre ans; il était atteint d'une scarlatine à évolution régulière et sans albuminurie; il se leva au bout de trois semaines. Huit jours plus tard il se plaignit de souffrir au niveau du bas ventre, et fut pris de vomissements fréquents. La température atteignit 39.07. Le scrotum était rouge et infiltré, les testicules étaient durs et gonflés. Le jour suivant on constata des signes de suppuration: on fit de chaque côté une petite incision qui donna issue à un pus jaune et épais. Il ne s'agissait pas, comme on pourrait le penser, d'un abcès sous-cutané, car l'incision des couches superficielles ne détermina l'écoulement d'aucun testicule dont il fut possible de constater directement la dureté. Les deux plaies furent draginées. La guérison survint d'ailleurs assez rapidement.

(Brit. med. Journ.)

POLYMYOSITE INFECTUEUSE AIGUE A RECIDIVES.

Par M. H. Vincent.

J'ai observé récemment, dans mon service du Val-de-Grâce, un cas de cette affection assez rare.

Le malade, âgé de vingt-trois ans cultivateur, a présenté en 1898, 1901, 1903 trois atteintes de polymyosite aiguë. Chaque poussée a été plus intense que la précédente. La dernière est apparue en février 1903 et a été précédée, comme il arrive fréquemment, par une angine. La localisation s'est toujours faite aux mêmes muscles: triceps fémoral de la cuisse gauche et muscle de la gouttière vertébrale à gauche.

La dernière atteinte a débuté par une fièvre à marche rémittante, comprise entre 38. et 38.6 le soir, avec céphalée vive, état gastrique, inappétence, soif, constipation et insomnie complète. La cuisse gauche et les muscles situés dans la gouttière vertébrale, en dedans du bord interne de l'omoplate, devinrent le siège d'un gonflement de l'omoplate, devinrent le siège d'un gonflement considérable, dur, non œdémateux. La douleur était très vive, et exagérée au moindre mouvement. Abolition du réflexe rotulien.

Dès le début, la peau a présenté une éruption de petites macules rouges siégeant sur la face antérieure de la cuisse malade. Aucune flexion articulaire. Aucun œdème des jambes ou des malléoles. Pas d'albuminurie.

L'éruption cutanée a disparu au bout de quinze jours. La tuméfaction musculaire a régressé plus lentement et a laissé à sa suite une petite nodosité dure dans le muscle grand dorsal et une nodosité ovoïde, mesurant 12 centimètres de longueur et 7 centimètres de largeur, dans le droit antérieur de la cuisse gauche. La tumeur dorsale a actuellement disparu, mais la tumeur du droit antérieur persiste encore, quoique en voie de régression. Les muscles malades sont encore douloureux.

L'excitabilité électrique, galvanique et faradique du triceps fémoral et du trapèze gauche est très affaiblie. Le réflexe rotulien est encore très diminué.

Il y a lieu d'écarter l'hypothèse de la trichinose parce que ce malade n'a pas présenté, dans la triple atteinte dont il a souffert, les signes ordinaires de cette affection (diarrhée, œdème facial, participation des muscles de la langue, des yeux, etc.). Chez lui ce sont d'ailleurs les muscles extenseurs qui ont été atteints alors que la trichinose intéresse les fléchisseurs.

La récidence de la polymyosite n'est pas commune, bien que Löwenfeld, Jacoby, Késter en aient observé des cas. Il est remarquable que ce soient les mêmes muscles qui aient été atteints chez notre malade.

On sait qu'en raison des éruptions cutanées et de l'œdème qui accompagnent fréquemment la myosite infectueuse, Unverricht a proposé, pour cette affection, le nom de dermatomyosite. Cependant, il s'agit, avant tout, d'un processus infectieux localisé aux muscles. Les érythèmes traduisent beaucoup d'autres états infectieux et, dans la myosite, ils ne correspondent pas toujours aux muscles malades. La myosite peut frapper, d'ailleurs, des muscles qui ne sont pas en rapport avec les téguments (muscles de la langue, du pharynx, du larynx; diaphragme).

Pour ces raisons, il y aurait lieu de réunir, sous une rubrique commune, la dermatomyosite d'Unverricht, la dermatomuco-myosite d'Oppenheim, la po-

lymyosite de Rendu et de Larger, l'angiomyosite de Lépine et de Millet. Toutes ces affections, quelle qu'en soit la marche, sont l'expression commune d'une myosite infectueuse.

(La Presse Médicale.)

— o o: —
CHIRURGIE

DU JEUNE PROLONGE COMME PREPARATION A LA CURE RADICALE DES GROSSES HERNIES CHEZ LES OBESES.

Par le docteur Victor Pauchet (d'Amiens).

Quel est l'organe atteint d'insuffisance fonctionnelle qui produit l'obésité? quelle est la cause du vice de nutrition qui entraîne l'infiltration graisseuse des tissus? Nous ne sommes pas encore nettement édifiés sur ce point. Ce que nous savons pourtant, c'est que tout obèse est un malade, et généralement un malade inconscient. Les sujets au ventre bedonnant et au teint coloré, les bons vivants qui font ou ont fait honneur à la bonne table seraient sans doute étonnés de savoir qu'ils sont des êtres sans résistance et de mauvais sujets chirurgicaux. Après les interventions, la base du poumon se congestionne facilement, le myocarde cède sans surmenage, la moindre faute septique amène de la suppuration; d'ailleurs, la glycosurie ou l'eczéma, apanages fréquents des êtres adipeux, favorisent souvent l'infection.

L'obèse est un ralenti, un intoxiqué; son foie et reins sont surmenés, et ne supportent pas aisément le surcroît de travail antitoxique ou d'épuration amené par l'anesthésie et l'acte opératoire.

L'obésité n'est certes pas une contre indication chirurgicale, il s'en faut, mais nous aimons mieux les malades secs et résistants que les organismes graisseux, le fait est connu.

Parmi les obèses susceptibles de subir une intervention, il en est chez qui cet état constitue, sinon une contre-indication, du moins une cause indiscutable d'insuccès: ce sont les hernieux.

Chez ces sujets, le ventre est tendu, la pression intraabdominale est exagérée; la hernie a parfois perdu droit de domicile; cet état s'explique aisément: l'infiltration graisseuse du tissu cellulaire sous-péritonéal, de l'épiploon et du mésentère, augmentent le volume des viscères abdominaux et diminuent la capacité du ventre par l'épaississement des parois. En supprimant toute cette graisse par la diète, on amoindrit la masse péritonéo-intestinale et on augmente la capacité du ventre. Grâce à cette double combinaison, on rend facile ou possible une intervention laborieuse, et on assure pour l'avenir une guérison plus durable. Le jeûne n'offre pas seulement pour avantage de dégraisser le ventre de l'abèse—contenant et contenu—et de faciliter la partie mécanique de l'opération, mais il augmente la résistance du sujet en mettant au repos le foie et les reins, surtout si on les lave à grande eau par des boissons.

En quoi consistera le régime de ces malades? Combien de temps durera-t-il? La diète sera-t-elle absolue ou relative? Le patient devra-t-il garder le repos ou vaquer à ses occupations? Il n'y a pas de règles fixes à ce sujet.

I. J'ai opéré trois malades dans ces conditions. Le premier était un homme de cinquante-quatre ans, alcoolique, à la fois grand et gros. Il portait une hernie inguinale énorme, qui pouvait être réduite par lui-même dans la position horizontale ou déclive. Cette réduction, que le malade obtenait par des manœuvres lentes, nécessitait, pour persister, l'application des doigts à l'entrée du canal; dès que la pression externe cessait, la masse herniaire était expulsée de nouveau hors de la cavité abdominale. Je soumis ce malade à une diète de courte durée, mais énergique. Pendant quinze jours, il garda le lit, et n'absorba que un ou un litre et demi d'eau bouillie par vingt-quatre heures. J'administrerai même trois purgatifs à quatre jours de distance; le malade n'a pas été pesé, mais la veille de l'opération, je trouvais un ventre souple, et une masse herniaire molle, qui se réduisait aisément.

Je pratiquai la cure radicale; je ne trouvai pas d'épiploon dans le sac. L'intestin grêle se réduisit d'autant plus facilement que j'opérai sur un plan incliné. Après l'excision du sac, je fermai l'anneau employer l'un des nombreux procédés préconisés employer l'un des nombreux procédés préconisés dans le traitement de ces hernies.

Comme la période de jeûne préparatoire avait été courte, le malade continua la diète hydrique pendant trois semaines après son intervention. Pendant quelques mois, il se soumit encore à une diète relative. Depuis sept à huit mois, il a repris son régime ordinaire, et aujourd'hui—quinze mois après l'opération—la paroi inguinale est solide, la récédive ne paraît pas devoir se produire.

II. Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, chez laquelle je pratiquai, il y a cinq ans, une hystérectomie abdominale pour fibrome. A cette époque, cette femme était déjà obèse et portait une hernie ombilicale. Pendant deux ans, cette hernie parut guérie par la suture abdominale, mais à mesure que la malade engraisait, la hernie augmentait. Au bout de quelques mois, il s'agissait d'une véritable éviscération qui atteignait, au mois d'août dernier, la grosseur d'une tête d'adolescent. Cette femme fut soumise au régime suivant: repos au lit, diète hydrique, jusqu'au jour où elle aurait perdu 20 kilos. Elle eut le courage de se soumettre à un jeûne de cinquante jours. Pendant cette longue période, elle s'était permis à quatre ou cinq reprises d'absorber de la salade ou une pomme. J'opérai cette femme dont le ventre flasque et la hernie flétrie m'offrait un cas désormais favorable. Je réséquai 600 à 700 gr. d'épiploon, je disséquai un sac spacieux, j'avivai les muscles grands droits, depuis le pubis jusqu'à l'épigastre, et je suturai ces deux muscles avec soin. La guérison s'effectua sans incident et ma malade réduite à un volume des plus raisonnables a repris sa vie ordinaire. A chaque repas elle prend soin de rester sur son appétit pour ne pas engraisser de nouveau.

III. Il s'agit d'un homme de quarante ans porteur d'une hernie inguinale irréductible, grosse comme une tête d'enfant. Cet homme était obèse et alcoolique. J'exigeai un amaigrissement de 20 kilogrammes. Le malade continua de travailler et ne vécut de limonade, de salade et de pommes crues pendant quatre-vingt-cinq jours.

Trois mois après l'avoir vu pour la première fois, il revint chez moi et je l'opérai; à cette époque, son aspect était tellement changé que son médecin habituel, le docteur Henry (de Montdidier), ne le reconnaissait plus.

La cure radiale fut très simple; je réséquai 300 grammes environ d'épiploon. J'opérai séance tenante chez ce même malade une hernie épigastrique qui occasionnait des accès gastralgiques. Le malade supporta cette intervention admirablement et quitta la clinique au bout d'une quinzaine de jours.

Voici donc le régime que je conseille aux hernieux comme aux autres malades que je crois devoir "laver" ou "dégraïsser" avant une intervention.

Boire de l'eau chaude ou froide à discrétion, c'est-à-dire à la dose moyenne de 2 litres par vingt-quatre heures. Cette eau est prise naturelle ou sous forme de tisane, limonade, bouillon d'herbes légèrement salé...

Si le malade désire circuler et s'occuper, il a droit à une salade "nature" à midi et à une pomme matin et soir ou bien à quatre ou cinq oranges par vingt-quatre heures.

Avec cette diète, les malades perdent 250 à 500 grammes par jour et atteignent en six semaines ou trois mois le poids désiré. J'avoue que l'entourage s'étonne de cette cure d'inanition conseillée dans le but de soutenir la résistance opératoire du patient, mais l'excellence du résultat obtenu donne raison au chirurgien.

A la suite de cette diète, les sujets obèses, rouges, au ventre tendu, porteurs de hernies irréductibles, prennent un teint clair, présentent un ventre souple et complaisant dans lequel la hernie rentre avec aisance.

(Gaz. des Hôp.)

—o o:—

Thérapeutique et Mat. Médicale

LE LAVAGE DU SANG DANS LA PARALYSIE DIPHTÉRIQUE.

Puisque nous venons de parler de paralysies diphtériques, il nous semble tout indiqué de résumer ici l'observation que M. Schoull publie dans le Bulletin de l'hôpital civil de Tunis et qui, suivant cet auteur comporte au point de vue thérapeutique un véritable enseignement.

Un homme de trente et un ans contracte une diphtérie grave et présente dès le cinquième jour une paralysie du voile du palais. La paralysie ne reste pas limitée et lorsque, environ un mois après le début de sa diphtérie, le malade entre à l'hôpital on trouve à côté de la paralysie du voile du palais

et de l'œsophage, une paraplégie complète, une parésie des membres supérieurs, du ptosis, de l'intolérance absolue de l'estomac, des douleurs cardialgiques.

Les jours suivants la situation s'aggrave encore davantage. Les membres supérieurs se paralysent complètement et la paralysie gagne la vessie et le rectum. Les battements du cœur deviennent mous, mal frappés, fréquents, irréguliers, la respiration difficile, et le malade dit qu'il lui semble à chaque instant qu'il va mourir asphyxié.

Malgré les injections de strychnine et de caféine, malgré les inhalations d'oxygène et les vaporisations d'éther, le malade va de mal en pis et paraît perdu, lorsque M. Schoull a l'idée de lui faire à la fois une application copieuse de sangsues à l'anus et une injection d'un litre de sérum de Hayem, destiné à opérer un lavage du sang. L'effet de cette intervention fut merveilleux. Le malade qui était mourant le matin paraissait hors de danger le soir. Le lendemain, l'amélioration n'a fait que s'accroître et dix jours plus tard, on a pu prendre en toute sécurité le traitement classique des paralysies diphtériques. Un mois plus tard, le malade quittait l'hôpital complètement guéri.

L'enseignement que M. Schoull tire de cette observation, c'est que dans la diphtérie tant soit peu grave, le lavage du sang devrait être pratiqué d'une façon systématique, au même titre que dans les autres maladies toxi-infectieuses, avant même l'apparition des symptômes menaçants.

(La Presse Médicale.)

—o o:—

DERMATOLOGIE

TRAITEMENT DU PRURIT VULVAIRE ET DES AFFECTIONS PARASITAIRES.

(Verchère).

Avant tout, il convient de combattre la cause qui peut être très variable, c'est-à-dire, suivant les cas combattre la métrite, la vaginite, enlever les polypes urétraux, faire disparaître les parasites (oxyures), traiter le diabète, etc. On ne considérera le prurit comme idiopathique, c'est-à-dire d'origine nerveuse, que si l'on ne peut incriminer une cause locale ou une affection diabétique.

Comme traitement local, on emploiera d'abord des lotions émoullientes suivies d'application d'une poudre inerte; sous-nitrate de bismuth, oxyde de zinc, isolés ou mêlés à parties égales avec du talc pulvérisé.

L'eau très chaude en douche vulvaire, les grands bains tièdes prolongés donnent souvent de très bons résultats.

Brocq recommande, si le grattage a déterminé un état d'irritation des parties, d'employer des lotions additionnées d'un peu de bromure de potassium (1/500 ou 1/200 ou de chloral (1 à 2 o/o) ou encore de borate de soude, d'hydrolat de laurier-cerise ou de quelques gouttes d'essence de menthe.

Le sublimé est certainement l'agent le plus efficace contre le prurit vulvaire.

Bichlorure de mercure.....	2 grammes
Alcool	10 —
Hydrolat de roses.....	40 —
Eau distillée.....	450 —

Les lotions sont répétées matin et soir. Les premières, causant une cuisson vive suivies d'un lavage à l'eau fraîche.

L'acide phénique rend aussi de grands services.

Les solutions de cocaïne en lotions ou en applications permanentes n'amènent qu'une sédation momentanée.

On a encore employé des pommades contenant du bromure de potassium, de l'extrait de belladone, etc.

Dans les cas rebelles, l'électricité soit galvanique, soit faradique, ont donné l'une et l'autre des résultats satisfaisants. Il en est de même des sacrifices linéaires quadrillés.

Comme moyen généraux de traitement, on emploiera contre le prurit idiopathique, le bromure de potassium, les valériannes, parfois l'antipyrine, l'hydrothérapie, les douches froides.

Parmi les parasites que l'on peut rencontrer à la vulve, citons l'oïdium albicans, qui a été constaté chez les très jeunes enfants athrepsiques, malpropres, chez les vieillards cachectiques et parfois chez les jeunes femmes sous l'influence de la grossesse.

On le combattra au moyen de solutions de sublimé tièdes à 1/1000 (sans alcool), de lavages avec des solutions alcalines concentrées.

L'acné varioliforme de Bazin (*molluscum contagiosum*) est très fréquente à la face externe des grandes lèvres, dans les plis génitocruraux, etc.

On a proposé des applications de savon mou de potasse, de teinture d'iode, de pommades mercurielles, naphtholées, tous moyens qui déterminent une inflammation superficielle exfoliante du derme et de l'épiderme.

Dans les cas d'éruptions très confluentes, aux éléments volumineux, Brocq conseille d'essayer des lotions astringentes, telles que les solutions d'alun, de sulfate de fer, etc.

Le traitement chirurgical est le plus simple et le plus efficace. On vide la tumeur par la compression avec une pince à disséquer et l'on en cautérise la base avec la pointe d'un crayon de nitrate; on peut encore exciser la tumeur au niveau de sa base avec des ciseaux courbes. On supprime la douleur en anesthésiant chaque élément avec un jet de chlorure d'éthyle. Le thermocautère (pointe fine) permet aussi de détruire complètement la tumeur; mais il faut lui préférer le galvanocautère à peine douloureux.

Les oxyures qui ont émigré vers la vulve sont facilement détruits par les lavages à l'eau salée, à la glycérine pure. Les pédiculi sont détruits par des lotions de vinaigre additionné de sublimé (1/300). On calmera l'irritation consécutive par l'application de cold-cream ou de vaseline boriquée. Il ne faut pas employer les pommades mercurielles, en raison des dangers d'absorption du mercure par les régions couvertes de poils.

On peut aussi employer le naphthol en suspension dans l'huile d'olive:

Naphthol B.....	5 grammes
Huile.....	50 —

Deux applications par jour.

(Journal de médecine de Paris, 17 mai 1903)

A côté de ces formules contre le traitement du prurit vulvaire, je tiens à attirer l'attention des praticiens sur l'emploi contre cette affection rebelle, d'un médicament dont j'ai fait l'étude physiologique et sur lequel j'ai appelé l'attention depuis plus de douze ans. Il s'agit du guaco.

(Annales de Therap.)

—o o:—

OBSTETRIQUE

L'ÉPREUVE DE LA PHLORIDZINE CHEZ LES FEMMES ALBUMINURIQUES.

Par MM. Bar et Daunay.

Le rein a deux actions: l'une qui consiste à filtrer le sang et l'autre à transformer ce sang. On peut rechercher le degré du pouvoir à l'aide de la phloridzine. Cette substance, injectée à la dose d'un demi-centigramme, produit de la glycosurie. Nous avons fait l'épreuve de la phloridzine sur quatre femmes enceintes albuminuriques ne présentant pas d'autres symptômes anormaux. Chez ces quatre sujets l'élimination du sucre fut normale ou même plus abondante qu'à la normale. Sur deux femmes ayant en outre de l'albumine, d'autres phénomènes d'intoxication (œdème, céphalée, troubles nerveux), l'expérience prouva que la transformation en glucose n'avait pas lieu. Ces faits montrent que l'albuminurie n'est pas une preuve d'altération rénale, et que ce sont les toxines contenues dans le sang qui agissent sur le pouvoir transformateur du rein. Nous avons fait l'épreuve de la phloridzine chez deux éclampsiques, et nous avons vu que chez l'une d'elles la glycosurie se produisait très rapidement, tandis que chez l'autre elle était nulle. Ces faits sembleraient prouver que l'accès d'éclampsie n'est pas lié au fonctionnement du rein.

(La Presse Médicale.)

—o o:—

OPHTALMOLOGIE

SELS D'ATROPINE; LEURS INDICATIONS EN THERAPEUTIQUE OCULAIRE; MOYENS D'ÉVITER LES INCONVENIENTS SÉRIEUX DE L'ATROPINE.

Par M. le Dr. Darier.

Si l'atropine, par son action rapide et puissante sur le tonus musculaire de l'iris, rend chaque jour d'incontestables services dans la thérapeutique oculaire, principalement contre les synéchies postérieures

res et le spasme de l'accommodation, son emploi n'est pas sans inconvénients et même quelquefois sans dangers. Les dangers sont dus à l'accroissement de la pression intra-oculaire, susceptible d'aggraver et même de produire des accidents glaucomateux; les inconvénients proviennent de la dilatation pupillaire et de la paralysie accommodative, causes de troubles visuels qui persistent durant plusieurs jours.

Dans le cocaïne, dans l'homatrapine, dans l'euphthalmine, la thérapeutique a trouvé, nous dit M. Darier, des mydriatiques exempts en grande partie des défauts de l'atropine; mais les deux derniers alcaloïdes sont d'un prix excessivement élevé, et le premier, par l'opalescence légère de la cornée que, parfois, il détermine, peut rendre plus difficile un examen ophtalmoscopique qu'il avait dessein de favoriser.

Le méthylatropine, sous forme de bromhydrate en solution au centième, provoque chez l'emmetrope une dilatation pupillaire maximale en 30 à 45 minutes, dilatation qui décroît au bout de 12 heures et disparaît durant la seconde journée, mais qui, de plus cède promptement à l'instillation de quelques gouttes d'un collyre à l'ésérine. Il en est de même de la paralysie de l'accommodation.

En associant le bromhydrate de méthylatropine au chlorhydrate de cocaïne dans les proportions suivantes:

Bromhydrate de méthylatropine, 0,05
Chlorhydrate de cocaïne 0,10
Eau distillée..... .. 10 grammes

M. Darier a obtenu un collyre dont une goutte produit une dilatation pupillaire maximale en 35 à 50 minutes avec une paralysie de l'accommodation, inappréciable chez les myopes et les emmétropes, un peu gênante, mais de courte durée, chez les hypermétropes et les presbytes. Il sera prudent néanmoins de prévenir ces derniers de la gêne qu'ils peuvent éprouver, gêne inhérente chez eux à l'emploi de tous les mydriatiques.

Les constatations de notre confrère montrent le rôle important que le méthylatropine est appelé à jouer dans la thérapeutique oculaire. Il serait spécialement indiqué: 1er pour établir un diagnostic d'iritis au début quand il y a crainte de glaucome; 2o pour la détermination précise de la refraction statique; 3o pour faciliter l'examen ophtalmoscopique quand la dilatation de la pupille est indispensable.

Bul. de l'Acc. de Méd. de Paris.

—o o:—

LA TEINTURE D'IODE CONTRE LES ULCERATIONS DE LA CORNEE.

M. Lawton Hierz (Philadelphie méd. p.) applique la teinture d'iode au traitement des ulcères de la cornée. L'anesthésie est d'abord pratiquée avec une solution de cocaïne, puis on gratte l'ulcère avec une curette appropriée. L'ulcère est ensuite touché avec un petit tampon d'ouate hydrophile

enroulé à l'extrémité d'un stylet. L'excès de teinture ayant été enlevé, le globe oculaire est lavé avec une solution d'eau boricquée ou avec de l'eau stérilisée.

Le traitement a été appliqué depuis 5 ans par M. Hierz dans plus de 200 cas et a toujours amené la guérison. Il est surtout indiqué dans les formes torpides. Après les applications de teinture d'iode les ulcérations de la cornée seraient moins étendues.

—o o:—

LE THALAMUS OPTIQUE.

Dans une des séances générales du Congrès de Madrid, le 28 avril, Ramon y Cajal a fait, avec de nombreux dessins à l'appui, une conférence sur les résultats de ses recherches sur le thalamus optique. Il a apporté une contribution nouvelle et importante à l'étude du système nerveux. Voici les résultats de ce beau travail:

1. Tout système sensoriel possède un groupe de fibres conductrices qui n'aboutissent pas au cerveau mais se terminant dans les foyers bulbaires et médullaires du cerveau moyen, afin d'y établir les connexions avec les noyaux moteurs;

2. Il existe en outre un cordon de tubes limités expressément au cerveau, tubes centraux qui peuvent émettre en route des rameaux collatéraux réflexes, se rendant aux foyers inférieurs, comme je l'ai constaté pour le système acoustique et tactile;

3. Ce cordon cérébral, ou voie sensorielle centrale, se compose constamment de deux neurones échelonnés, l'inférieur ou buthóthalamique et le supérieur ou thalamocortical;

4. Le thalamus optique est l'endroit de l'encéphale où se trouvent les ganglions destinés à unir le neurone central inférieur avec le supérieur;

5. Ces foyers présentent l'ordre suivant: l'olfactif (dont l'étude n'est pas encore terminée), est situé dans le plan antérieur recevant les fibres centrales par l'intermédiaire du ruban de Vicq d'Azyr et des ganglions mamillaires de la région olfactive inférieure du cerveau; l'optique représenté par le pulvinar et le corps genouillé externe est situé en avant et en haut occupant un périmètre considérable du cerveau intermédiaire; l'acoustique siège en tactile ou sensitif est situé en dedans du visuel en arrière du visuel (corps genouillé interne); enfin le troisième et un noyau, dont les connexions sont inconnues, et qui a été appelé par Nissl interne postérieur.

Ramon y Cajal, s'exorimait en français, a tenu pendant deux heures, son auditoire sous le charme de sa parole et a été remercié par des applaudissements très chaleureux. (Revue génér. d'ophtalm.)

—o o:—

PEDIATRIE

DYSPEPSIE CHRONIQUE CHEZ LE NOURRISSON.

M. L. Guinon rapporte l'observation d'un enfant de trois semaines qui mourut après avoir souffert pendant plusieurs jours d'une dyspepsie intense. La cause de cette dyspepsie fut trouvée dans une énorme adénopathie trachéo-bronchique. Si ces faits sont relativement fréquents chez les enfants, chez les nourrissons, au contraire, on a peine à comprendre le développement de ces adénopathies.

M. Marfan a vu des cas semblables chez lesquels on ne put faire ce diagnostic avec le croup qu'en se basant: 10 sur la longue durée de la dyspnée et du cornage; 20 sur l'absence de sifflement; 30 sur le timbre normal de la voix et de la toux. Cependant ce dernier signe peut être en défaut lorsqu'il existe, en même temps qu'une compression de la trachée, une compression du récurrent.

M. Comby insiste sur les difficultés presque insurmontables du diagnostic des adénopathies trachéo-bronchiques.

M. Béclère croit que ce diagnostic ne peut se faire qu'au moyen des rayons de Rœntgen.

(La Presse Médicale.)

SYPHILIGRAPHIE

LE MERCURE DANS LA SYPHILIS.

(Eug. Fuller).

Pendant le traitement mercuriel, on doit prêter une attention particulière aux dents et aux gencives. Les dents doivent être brossées complètement et la bouche rincée avec de l'eau oxygénée deux fois par jour. Si le malade supporte facilement le médicament, on continuera, sinon il vaut mieux avoir recours aux fumigations et aux frictions. Si un sujet se présente pendant la première période de la maladie, on peut commencer le traitement mercuriel dès qu'on a établi le diagnostic, dans ce cas, on administère les préparations par la bouche.

Si le médicament est bien toléré et si on réussit, non seulement à dissiper les symptômes actuels, mais à prévenir les accidents qui peuvent survenir, il n'y a aucune raison d'abandonner la méthode d'abord adoptée pour recourir à une autre. Mais il peut arriver que dans les premiers mois le mercure, quoique bien toléré par la voie buccale, ne suffit pas à enrayer les accidents. Dans ces cas il faut recourir de temps à autre à des injections sous-cutanées qui constituent ici un supplément utile. Si le sujet se présente dans la période secon-

daire de la maladie, avec de l'anémie, des éruptions faciales, de l'alopecie, de la céphalalgie, des douleurs rhumatoïdes, il peut être très important d'arrêter le plus rapidement possible les accidents.

Les injections hypodermiques sont alors tout indiquées en raison de la rapidité de leur action. Puis une fois que les accidents s'atténuent, on peut recourir à un autre mode d'administration.

(Jour of Amer. med. Ass., 7 mars 1903, et Revue de thérap. méd. ch., 1er mai 1903.)

—o o:—

TRAITEMENT DES SYPHILIDES ULCEREUSES DE LA PEAU.

Souvent des malades atteints de syphilides ulcéreuses de la peau ne peuvent, par ce fait, exercer leur profession, et il y a grand intérêt pour eux d'activer la cicatrisation de ces lésions. En pareil cas, M. Besnier conseille de gratter la région malade avec une curette et de la cautériser; quelquefois l'application du nitrate acide de mercure est suffisante, mais cette cicatrisation reste douloureuse pendant longtemps, et on a tout avantage à employer l'instrument tranchant, qui agit mieux et n'est douloureux que pendant quelques instants; la douleur peut, du reste, être très atténuée par une injection de cocaïne dans la partie malade. M. Besnier a employé récemment ce procédé sur un homme présentant une syphilide ulcéreuse de la tempe d'une grande étendue, quinze jours après l'opération, la cicatrisation était déjà presque complète alors qu'il fallu au moins quatre à cinq semaines pour arriver au même point avec le traitement interne seul, qui doit être d'ailleurs administré en même temps.

(Annales de Therop. et Syph.)

—o o:—

SEROTHERAPIE

INCONVENIENTS DES INJECTIONS PREVENTIVES DE SERUM ANTIDIPTERIQUE DANS LA ROUGEOLE.

M. Variot.—Malgré ses avantages incontestables, l'emploi systématique des injections préventives de sérum antidiptérique présente quelques inconvénients, sur lesquels il convient d'attirer l'attention.

Je signalerai d'abord les érythèmes variés, localisés ou généralisés, qui se montrent à la suite de ces injections; j'en ai observé 73 cas sur 230 enfants qui sont entrés, depuis le 1er janvier, au pavillon de la rougeole de l'hôpital Trousseau, et qui tous avaient reçu préventivement 5 ou 10 centimètres cubes de sérum antidiptérique. Dans 29 cas ces érythèmes se sont accompagnés d'une hyperthermie qui a oscillé de 39 degrés à 41 degrés; 8 autres

enfants ont eu consécutivement aux injections une élévation de température sans érythème concomitant. Enfin, une fillette de deux ans, atteinte de rougeole franche, a succombé à un phlegmon diffus de la proi abdominale développé à l'endroit où avait été pratiquée l'injection de sérum. L'autopsie de cette petite malade est restée négative, et l'enquête que j'ai faite dans le service a démontré que les précautions habituelles avaient été prises pour assurer l'asepsie de l'injection; il me semble donc vraisemblable d'admettre que la mort ne peut être imputable, dans ce cas, qu'à un échantillon de sérum accidentellement septique. Je crois, en outre, en m'appuyant sur la proportion élevée des érythèmes que j'ai observés (32 p. 100), que le sérum antidiphthérique est mal supporté par les rougeoleux et que, pour éviter le retour des accidents que je viens de signaler, il conviendrait de renoncer à injecter préventivement tous les enfants atteints de rougeole et à restreindre cette pratique aux seuls enfants dont un examen minutieux du pharynx et du larynx aura démontré qu'ils sont suspects de diphtérie.

: o :

RADIOGRAPHIE

SUR LE TRAITEMENT DES CANCERS DU SEIN PAR LES RAYONS X.

Par M. le Dr Léon Labbé.

Dans l'avant-dernière séance, notre collègue M. Corqil a lu un rapport sur un cas de tumeur du sein, traitée à l'aide des rayons X, par M. Vigouroux.

J'ai lu avec attention tous les travaux parus depuis quelque temps et relatifs à la cure du cancer par cette méthode.

J'ai été frappé des modifications obtenues, sous cancer ulcéré, et je trouve que les recherches faites l'influence de ce moyen, dans les plaies résultant de dans cette direction doivent être encouragées; mais, il faut bien le dire, il n'existe pas encore d'observations qui puissent faire admettre la guérison du cancer.

Quant au fait relaté par M. Vigouroux, il se rapporte, de la façon la plus évidente, à une tumeur bénigne du sein (fibroadénome, tumeur adénoïde). Tous les chirurgiens connaissent ces faits d'élimination spontanée de tumeurs bénignes du sein. La lecture attentive de l'observation publiée par M. Vigouroux ne peut laisser aucun doute dans l'esprit. Il s'est agi, dans ce cas, de l'élimination spontanée de l'une de ces tumeurs.

Il ne faudrait pas qu'en ce moment, sous le couvert de l'autorité de l'Académie, on proclamât que la cure du cancer par les rayons X est un fait établi.

(Bull. Acad. de Méd.)

: o :

MALADIES VENERIENNES

VALEUR THERAPEUTIQUE DES IRRIGATIONS DANS LA BLENNORRAGIE.

(Orville Horwitz)

Les résultats obtenus par l'auteur au moyen des irrigations dans la blennorrhagie aiguë sont analogues à ceux qu'ont mentionnés ceux qui les ont largement employées. Ces irrigations ne réussissent pas à faire avorter la maladie. La durée moyenne du traitement a varié de quatre à six semaines. Dans la plupart des cas, la durée de la période aiguë a été diminuée et réduite à quelques jours. La prostatite, l'épididymite sont fréquentes après les lavages, parfois il survient une uréthrite postérieure aiguë qui oblige à suspendre le traitement. Il faut le plus souvent avoir recours à d'autres traitements.

Si l'inflammation est modérée, l'irrigation de l'urètre ne produit pas de résultats fâcheux; dans les cas aigus elle amène souvent de la fréquence des mictions, du spasme, de la douleur. D'après l'auteur, l'irrigation de l'urètre postérieur doit être réservée aux cas chroniques. Il formule enfin les conclusions suivantes:

La méthode des irrigations n'est pas une méthode abortive pour la blennorrhagie aiguë. Elle hâte l'arrivée du stade terminal de la maladie qui se prolonge et est difficile à guérir. Elle amène souvent une uréthrite chronique et des complications du côté des organes sexuels. Il faut souvent supprimer les irrigations dans le stade terminal pour employer d'autres méthodes de traitement. Enfin le traitement de la blennorrhagie aiguë n'a fait que très peu de progrès au point de vue de l'action abortive et même pour en abrégier la durée et prévenir les complications.

(Thérap. gaz.—mars 1903, et Revue de thérap. méd.-ch. 1er mai 1903).

: o :

NOUVEAUX REMEDES

LE COLLARGOL.

Par M. le Dr. Weill.

Depuis quelques mois j'ai employé d'une façon méthodique le collargol dans le traitement d'un certain nombre d'affections. Mes observations ne sont pas encore très nombreuses, mais elles me permettent déjà d'affirmer qu'il faut modifier l'opinion que l'on a en général de ce médicament. Il n'y a pas lieu de le considérer comme ayant une efficacité aussi rapide et aussi constante qu'on a bien voulu le dire.

Dans un cas de méningite cérébro-spinale, à pronostic d'ailleurs favorable, il m'a semblé qu'une amélioration s'était produite après quelques frictions de collargol.

Mais dans un certain nombre de pneumonies je n'ai pas trouvé que le collargol ait eu la moindre action favorable. La maladie a évolué normalement vers la guérison, ce qui est la règle chez les enfants.

Dans un cas d'érythème noueux, à poussées successives, j'avais pu suivre un certain nombre d'accès. Avec le traitement au collargol la durée moyenne des poussées n'a pas varié.

Cet échec tient peut-être au mode d'emploi. Je n'ai jamais employé d'injections intra-veineuses, je n'ai fait que des applications cutanées.

Broca a également employé le collargol en frictions pour des périostites, des ostéomyélites... Il se servait de mélanges à 6 ou 7 o/o. Cet auteur n'a pas obtenu de résultats plus satisfaisants que les miens.

Les frictions doivent se prolonger pendant dix minutes environ, et ce que j'ai remarqué de plus constant, c'est que celui qui frictionne, aussi bien que le malade d'ailleurs, perçoit très rapidement un goût métallique dans la bouche.

De plus, les frictions provoquent de l'érythème au bout de trois ou quatre jours.

En somme, mon expérience encore récente n'a pas confirmé les résultats merveilleux qui ont été obtenus par le collargol.

M. Soulier. Le collargol est en somme de l'argent à l'état colloïdal, de l'argent en dissolution. Il est très absorbable par la peau, de sorte qu'il est bien inutile de l'employer en injections intra-veineuses.

En raison de cette absorption rapide par la peau il est bon de l'employer avec prudence. Il est moins toxique que le protargol, mais comme lui il tue facilement les animaux par œdème pulmonaire.

Avec ces réserves, malgré les échecs de M. Weill je suis décidé à employer le collargol, car c'est un antiseptique de premier ordre.

M. Weill. Je nie pas les heureux résultats publiés par d'autres auteurs, mais je n'ai pas pu obtenir dans mon service des résultats aussi favorables.

(Lyon Médical.)

— o o: —

VOIES URINAIRES

TRAITEMENT DE LA BALANITE.

(Leredde)

(a) Le malade peut décalotter: laver à fond avec eau bouillie ou additionnée de sublimé 1:10000, ou de permanganate 1:2000, ou d'eau oxygénée 1:20; sécher, poudrer avec talc ou dermadol 2, oxyde de zinc 10; coton hydrophile ou gaze aseptique et recalotter sinon faire tenir avec de la gaze sèche. Plusieurs pansements par jour dans les cas sérieux.

(b) Impossible de décalotter: lavages fréquents au moyen d'un tuyau de caoutchouc introduit entre le prépuce et le gland; laver, jusqu'à ce que le liquide ressorte non purulent, avec eau blanche 1:10 à 20, en permanganate 1:2000 à 1000. De temps en temps, chercher à décalotter. Si l'inflammation est

intense, la gangrène à craindre, deux fois par jour injecter: acide phénique 1 gr., alcool 10; faire suivre une injection avec résorcine 3, eau 100. Si malgré tout l'état s'aggrave, inciser.

(Presse méd.)

— o o: —

FORMULAIRE

LINIMENT SICCATIF.

Dans les cas où il s'agit de recouvrir des parties cutanées d'un pansement occlusif et protecteur, M. J. Pick, de Prague, recommande le mélange suivant auquel il donne le nom de liniment siccatif.

Gomme adragante finement pulvérisée.....	.....	.....	.....	.....	5 grammes
Ajoutez par petites portions et en triturant constamment le mélange dans un mortier:					
Eau distillée.....	.....	.....	.....	.....	100 grammes
Glycérine.....	.....	.....	.....	.....	2 —

E.S.A.—Usage externe.

Ce liniment, qu'on peut préparer à froid ou, mieux encore, à chaud, présente une consistance sirupeuse; il se laisse facilement appliquer sur la peau en couche fine et uniforme, et s'y dessèche très rapidement en formant un enduit protecteur, solide, fin, lisse, sec, qui ne modifie pas d'une façon appréciable la couleur de la peau, et qui se laisse ensuite facilement enlever au moyen de lavages à l'eau ordinaire.

On peut facilement incorporer à ce liniment de quantités relativement considérables (5 à 10 o/o) de différentes substances médicamenteuses soit insolubles dans l'eau: huile de cade, goudron, ichthyol, baume du Pérou, chrysarobine, oxyde de zinc, iodoforme, iodol, acide salicylique, pyrogallol, naphthol, résorcine, acide borique, créoline, précipités blanc, jaune ou rouge de mercure, etc.

Par l'adjonction de substances pulverulentes insolubles, le liniment prend la consistance d'une pâte et se dessèche rapidement; mais il se laisse cependant encore bien manier. Les substances oléagineuses retardent plus ou moins la solidification du liniment, mais sans la supprimer.

M. Pick a pu recouvrir, avec un liniment siccatif contenant 10 o/o de goudron ou d'huile de cade, de grandes étendues de la surface cutanée, sans inconvénient aucun pour le malade. Bien que, dans ces observations, l'action locale ait été aussi énergique que lorsqu'on emploie les préparations ordinaires de goudron et d'huile de cade, l'absorption du médicament a été si faible, que jamais on n'a vu survenir des phénomènes d'intoxication.

— o o: —

NOUVELLES.

Nécrologie.

—En cette ville, le 18 courant, à l'âge de 9 mois, Pauline, enfant du Dr. J. B. A. Quintal, de Maisonneuve.

— o o: —

SUPPLEMENT

DE L'UTILITE POUR LES GYNECOLOGUES
DE BIEN CONNAITRE PARIS.

L'histoire suivante qui nous a été rapportée par un vieil ami, a peut-être déjà été publiée; mais, comme elle intéresse tout particulièrement le corps médical, nous n'hésitons pas à la reproduire: certains d'être de quelque utilité à nos confrères gynécologues en leur apprenant un synonyme nouveau.

Le fait qui, paraît-il, est authentique, s'est passé il y a quelques années.

Un de nos plus éminents gynécologues de l'époque, doublé d'un chercheur et d'un érudit distingué, voit entrer dans son cabinet une dame jeune encore, parlant très mal, prononçant les c comme des k et des q et qui lui explique son cas: "douleurs dans le ventre, "fleurs blanches" enfin "depuis plus d'un mois j'ai toujours mal à mon petit Batignolles".

Sans manifester aucune surprise devant pareille dénomination, en véritable érudit, notre illustre confrère comprend de quoi il s'agit. Il examine la cliente et lui donne des conseils. Mais, tout en donnant ses soins et ses conseils, mentalement en véritable chercheur, il décomposait le mot Batignolles et s'efforçait de découvrir la cause de pareille appellation. C'était en vain. Aussi en prenant congé de sa cliente, en lui remattant son ordonnance il lui dit d'un ton bon enfant: "Mais enfin, Madame, pourquoi donc appelez-vous l'endroit où vous avez mal, votre petit Batignolles?"—"Mais docteur, c'est mon mari qui l'appelle ainsi et qui m'a appris ce nom-là."

Perplexité du confrère qui insiste: "Pourquoi diable votre mari emploie-t-il pareille expression? De quel pays est-il donc? D'ordinaire ici on appelle cela tout autrement."

Et la cliente de répondre: "De quel pays est mon mari? Mais il est Parisien de pur sang, docteur, je vous l'affirme. Et dame, probable qu'il l'appelle son petit Batignolles parce que c'est tout près de la place...Clichy!"; elle prononçait "Kichy".

Notre confrère gynécologue a failli en faire une maladie.

L'ENSEIGNEMENT DE LA PUERICULTURE
DANS LES ECOLES COMMUNALES.

M. le Dr. Pinard a tenté de combler une regrettable lacune dans l'éducation de la jeune fille; au fit une série de conférences sur la puériculture, printemps dernier, à l'école du boulevard Pèreire. il c'est-à-dire sur les soins à donner aux enfants en bas âge, M. Pinard va continuer, cette année, cette utile campagne à l'École normale des institutrices du boulevard des Batignolles. Les conférences auront lieu les 11, 18, 25 juin et 2 juillet, à dix heures du matin. Tandis que les conférences de l'École Pèreire s'adressaient à des enfants de moins de quinze ans, les nouvelles leçons seront faites aux

élèves-maîtresses de l'École normale, et aux institutrices de la Ville de Paris; elles seront destinées à indiquer comment les institutrices devront enseigner la puériculture qui entre désormais dans le programme des études primaires.

(Gaz. Gyn.)

MORT AUX REMEDES SECRETS.

Le "Practical Druggist" fait savoir que la direction de l'Exposition universelle de Saint-Louis (Etats-Unis) refusera l'admission à l'Exposition de tous les objets ayant un caractère de nocivité ou pouvant devenir dangereux, dans ce nombre tous les remèdes patentés (c'est-à-dire secrets), ainsi que les appareils appartenant à la même catégorie. (Journ. of the Amer. Med. Associat.)

LEGS MACABRE.

Au mois de novembre dernier, un individu, semblable à celui qui figurait parmi les phénomènes du cirque Barnum, montrait dans un music-hall de New-York la dureté extraordinaire de son crâne. Il brisait sur sa tête des bâtons de chaises, des assiettes de porcelaine de Chine, et d'épais morceaux de verre. Un soir, à l'issue de la représentation, il entra en rapport avec un médecin qui se trouvait dans l'assistance et signa avec ce dernier un contrat assez singulier: il lui vendit son crâne pour 500 dollars, et il touche chaque mois un acompte de 5 dollars; mais, s'il meurt avant que la somme soit entièrement payée, son crâne n'en appartient pas moins à l'acheteur.

A PROPOS DU SPINTERMETRE DETONATEUR

M. Destot fait remarquer que l'usage du spintermètre est bien antérieur à sa dénomination. Il insiste aussi sur l'usage courant du détonateur en radioscopie et en radiographie dont tout le monde a constaté la valeur sans qu'on puisse fournir de son action une théorie satisfaisante.

LA CORDE OU LE CHANCRE.

Un comédien anglais nommé Foote, connu pour son esprit satyrique, s'était attiré la haine d'un des ministres en place. Celui-ci le rencontrant un jour lui dit: Apprenez-moi donc, maraud, comment vous finirez. Mourrez-vous de la vérole, ou serez-vous pendu? Et le cabot de répondre: "Cela dépend, Excellence, de ce que j'embrancherai en premier lieu votre maîtresse ou vos principes."

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

Quant à Donald il regardait la jeune fille avec une admiration dont il ne pouvait maîtriser l'ardeur. La beauté de Nelly l'avait grisé et il se sentait complètement subjugué par cette femme encore enfant. Il analysait les beautés sculpturales de la jeune fille, savourait en pensée le parfum de cette rose à peine éclos, mais qui avait déjà en elle la maturité de l'épanouissement.

Avec son tact féminin, Nelly eut vite fait de comprendre que quelque chose se passait dans l'esprit du marin. Femme avant tout, elle avait compris l'ascendant que sa beauté avait sur Donald et loin de s'en effaroucher, sa coquetterie en fut flattée.

Un jour qu'ils feuilletaient ensemble les pages d'une "magazine", la main de Donald rencontra celle de Nelly. La jeune fille tressaillit mais ne retira pas sa main que Donald pressait dans la sienne.

—Ne trouvez-vous pas Nelly, lui dit-il, que le vie est une étrange chose. Je ne savais même pas que vous existiez et un hasard, un accident que j'appellerai miraculeux m'approche de vous.

—Oh! Monsieur Lington; dit la jeune fille en rougissant; pourquoi me parlez-vous ainsi?

—M. Lington? dit le jeune homme en s'approchant davantage de Nellie, pourquoi ce M. Lington! Votre mère, tous enfin ici ne m'appellent-ils pas Donald. Pourquoi? chère Nelly, ne feriez-vous pas comme eux?

—Jamais je n'oserai, dit la jeune fille, en détournant la tête et effeuillant dans son trouble une fleur dont les pétales tombaient une à une sur le sol.

—Cette crainte m'étonne et me fais de la peine, continua Donald, j'ai toujours été seul et enfin je croyais trouver en vous une petite sœur qui saurait comprendre ce qui se passe en mon âme, lire ce qui est dans mon cœur. N'avez-vous pas tout ce qu'il faut à une fem-

me pour se faire aimer, un cœur d'ange et jolie...

—Vous me trouvez jolie, Monsieur Do..., elle n'osa achever.

—Ne vous l'a-t-on jamais dit, Nelly?

—Non, car à part Dick, vous êtes le seul homme qui ait franchi la barrière de notre maison.

—Dick, qui est-ce celui-là? fit Donald.

—C'est mon cousin qui est officier dans l'armée d'Égypte et en ce moment fait partie de l'armée du général Kitchener.

—Ce cousin ne vous a jamais parlé de votre beauté?

—Oh! fit la jeune fille, lorsqu'il partit je n'étais alors qu'une enfant.

—Et aujourd'hui Nelly, vous êtes la femme la plus charmante, la plus adorable qu'il soit possible de rêver.

Nelly se leva, une larme brillait dans ses yeux.

—Je vous ai offensée Nelly, pardonnez-moi, mais il m'a été impossible de vous cacher plus longtemps l'admiration profonde et sincère que j'éprouve pour vous.

La jeune fille s'était avancée vers le bord de la véranda, de sa main, elle appuyait sur son cœur comme pour en modérer les pulsations.

—Encore une fois Nelly, me pardonnez-vous.

Nelly ne répondit pas, mais elle jeta sur Donald un long regard qui en disait plus qu'un discours et lentement descendit dans le jardin.

Le marin la regarda s'éloigner, puis prenant dans ses mains les fleurs que la jeune fille avait laissé choir en partant:

—Comme ces fleurs que tu effeuillais tout à l'heure, ta résistance se brisera, car aujourd'hui, Nelly Brown, tu m'aimes et demain tu seras à moi.

III

Un matin, Donald Lington suivant son habitude, était sous la verandah, confortablement assis sur sa chaise longue. Il lisait un numéro du "Times" et parcourait rapidement les colonnes relatives à l'armée.

Tout-à-coup, la voix argentine de Nelly vint le tirer de sa lecture. La jeune fille toute joyeuse venait trouver son malade, comme elle se plaisait à le dire.

(à suivre)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII,

MERCREDI, 29 JUILLET 1903,

No. 5

Travaux Originaux

DE L'EMPLOI DE L'HUILE STÉRILISÉE EN CHIRURGIE ABDOMINALE.

Depuis bientôt quatorze ans je fais usage de l'huile d'olive dans mes opérations abdominales, et elle m'est d'un usage courant journalier depuis trois ou quatre ans.

J'ai publié dans " La Revue Médicale du Canada " (Vol. V., p. 441, 26 fév. 1902.) une note à ce sujet, dont voici les traits principaux :

"J'emploie l'huile dans les cas où surtout une opération laisse des surfaces avivées, où il y a de la lymphe épanchée, où les intestins, les organes pelviens, abdominaux, sont déjà irrités, enflammés, où il y a de la péritonite. Mon but principal en m'en servant est de calmer l'inflammation existante et de prévenir de nouvelles poussées. En sus, je crois que cette huile prévient le développement des germes et finalement est absorbée et sert à la nutrition du patient.

"Son emploi faciliterait l'enlèvement des gazes de drainage, et faciliterait le drainage.

"Cette huile est stérilisée à l'autoclave, sous une pression de 15 livres, à une température de 250 degrés Fahr.

La quantité à employer varie beaucoup : j'en ai déjà laissé jusqu'à 300 cc. dans le ventre. Toutes les mèches à drainage en sont fortement imprégnées ; même quand je ne draine pas, je verse l'huile dans le ventre, ou je l'applique avec une petite compresse, puis, avec la main ou les doigts, je la porte au contact de tous les organes pelviens (surtout les intestins), ayant soin de bien en enduire toutes

les surfaces dénudées ou recouvertes d'exsudats.

"Son rôle m'a semblé prépondérant dans la guérison de cas les plus graves, où je crois les conséquences les plus fâcheuses — peut-être mortelles—seraient survenues si je n'eusses employé cet argent de protection: annexites graves, purulentes, les péritonites, les appendicites, etc."

Depuis que j'ai écrit ce qui précède, il y a au-delà d'un an, mon expérience clinique n'a fait que confirmer mes bons résultats passés et je n'ai rien à ajouter sous ce rapport.

Mais j'ai voulu tâcher appuyer mon expérience clinique, si favorable, sur des données plus précises au point de vue scientifique: celles de la bactériologie. Dans ce but, j'ai confié à Monsieur le docteur Bernier, mon élève et ami, le soin de mener à bonne fin une série de travaux. Le docteur Bernier étant directeur du laboratoire de l'hôpital Notre-Dame et professeur agrégé à l'université Laval était tout indiqué pour ces études. Je lui offre ma reconnaissance pour la méthode et la science qu'il y a mis et y met encore.

Je tiendrais à mettre en lumière les points suivants:—

I. L'huile empêche-t-elle l'épanchement ou localise-t-elle le dépôt de la lymphe, et peut elle ainsi prévenir ou limiter les adhérences?

II. Les microbes vivent-ils dans l'huile et y conservent-ils toute leur virulence?

III. L'huile empêche-t-elle la pullulation des microbes et limite-t-elle leur foyer d'action?

IV. Peut-elle prévenir la production ou l'absorption des toxines?

V. L'huile déposée dans le péritoine peut-elle donner naissance à des embolies graisseuses?

I. La prévention des adhérences.

La clinique semble répondre affirmativement à cette question:—La guérison rapide, sans accidents, de nombreux cas où il y avait déjà de la péritonite localisée, de la lymphe d'épanchée en assez grande quantité; l'absence de réaction dans les cas où du pus avait été répandu dans le ventre et dans ceux où il y avait de larges surfaces dénudées.

Aucune autopsie complète a permis des renseignements positifs encore. Chez trois femmes mortes subitement et peu de jours à la suite d'opérations au cours desquelles j'avais fait usage d'huile, j'ai pu faire sauter les points et me permettre un examen du ventre, sans pouvoir aller plus loin. Dans aucun de ces cas je n'ai pu examiner le cœur, ni les poumons, les parents se refusant à toute mutilation.

Une première opérée meurt à la fin de la troisième journée, étant devenue subitement plus mal dans l'espace de quelques minutes. Elle avait été opérée pour fibromes, petits, multiples, accompagnés d'annexite gauche avec adhérences étendues et fermes. Je fis une hystérectomie abdominale, avec drainage vaginal. Tout semblait bien aller, à part une jaunisse qu'elle commença à faire le deuxième jour, et un état nerveux prononcé. La patiente est morte sans douleur, les battements cardiaques persistant jusqu'au dernier moment, rapides mais bien perceptibles. La température n'a été que de 99 4-5, sans aucun frisson ou signe de trouble pulmonaire. Immédiatement après la mort, j'ouvre la cavité abdominale: Il n'y a aucune trace d'inflammation, de pus, d'épanchement lymphatique. Du côté de la suture péritoneale pelvienne et des surfaces mis à nu par le détachement des organes adhérents, il n'y a nul indice de la production de lymphe adhésive. Le ventre est net, libre de sang et d'exsudats. Je ne trouve pas de trace d'huile. Le foie est petit et dur. J'apprends par la suite que cette

femme était une alcoolisée "en cachette." Elle meurt d'une insuffisance hépatique probablement.

La seconde malade est âgée de 22 ans, alcoolique chronique depuis quelques années; aurait eu la syphilis. Elle se présente pour de la pelvipéritonite, avec symptômes appendiculaires, survenus à la suite d'un avortement, non provoqué, dit-elle. L'examen des urines ne donne rien de bien anormal. Du côté utérin, il ne paraît y avoir qu'une simple métrite sans signes infectueux actuels. A l'ouverture du ventre, je trouve une pelvipéritonite adhésive, sans pus, une annexite gauche adhésive, une appendicite qui semble secondaire. Je libère les adhérences, intestinales, utérines et vésicales, je résèque l'appendice et j'enlève les annexes gauches. L'épiploon ne présentait rien de spécial à l'œil, il n'était pris dans les adhérences que d'une façon légère. Je lave la cavité au proxide d'hydrogène au tiers, j'assèche et je badigeonne tout le petit bassin et les intestins avec de l'huile stérile. Je draine avec un tube et de la gaze huilée.

Tout va bien le lendemain et le surlendemain de l'opération: la température et le pouls sont tombés et les vomissements ont cessé. Le soir du deuxième jour, la malade développe des symptômes d'irritabilité nerveuse et tombe rapidement dans le coma. Il n'y a pas de symptômes abdominaux: aucun ballonnement, guère de sensibilité, les intestins ont fonctionné très bien, il n'y a aucune indice de péritonite. Les urines, normales en quantité, donnent des traces d'albumine. Malgré une odeur particulière que dégage la malade, on ne constate pas la présence de glucose, ni d'acétone, ni d'acide diacétique. La malade meurt dans le coma, sans convulsions.

A l'ouverture du ventre, je trouve une épiploïte généralisée: rougeur, épaissement, durété, sans pus. Aucune hémorragie ou exsudation sur les intestins. Il n'y a pas d'entérite. Là où il y avait des adhérences les surfaces sont lisses et il n'y a aucune tendance à la formation de nouvelles adhérences. L'huile

a disparu. Je n'ai pu pousser mes recherches plus loin.

Cette patiente semble être morte de son infection, qui a entraîné une insuffisance rénale et nerveuse. Dans le temps, je n'ai pas cru devoir faire une hystérectomie totale, vu le peu de signes de ce côté; je me suis contenté de nettoyer et de drainer la cavité utérine. Aurai-je mieux fait d'agir radicalement, ce n'est le moment de le discuter, mais je ne le crois pas.

Une troisième patiente se présente avec un très gros fibrome utérin interstitiel, accompagné d'hémorragies répétées qui durent depuis longtemps. En sus, elle a eu des crises douloureuses dans les côtés. La femme est anémiée et son moral déprimé par des peines de famille. Sur ses instances et vu ses grandes pertes, je consens à intervenir. L'opération se fait bien—une hystérectomie supra-vaginale—il y a des adhérences vers la vessie et en deux ou trois endroits aux intestins. Je badigeonne à l'huile les surfaces avivées et la ligne de suture et je ferme sans drainer.

La malade ne relève guère; sa température reste tout à fait normale, jusqu'à la veille de sa mort, arrivée le 5e jour, alors qu'elle descend à 97 degrés, le pouls a toujours été rapide, 115 à 130, ne réagissant que passagèrement aux piqures stimulantes; le moral reste apathétique jusqu'à la mort.

A l'ouverture du ventre, tout est bien, nulle hémorragie, surfaces dénudées presque disparues, sans adhérences secondaires, aucune trace d'huile.

Je sens bien que ces observations sont boiteuses en ce qui concerne une démonstration précise, mais je ne puis donner que ce que j'ai à ma disposition. Pour une raison ou une autre certains rares cas, morts dans notre service hospitalier, n'ont pu être observés.

Voilà donc, ce que je puis donner cliniquement à l'appui ou à la non-réussite de ma méthode.

Les seconde et troisième questions à l'étude, sont du ressort du travail de mon collègue Bernier, dont nous donnons ici le rapport:

NOTE CONCERNANT L'ACTION DE L'HUILE D'OLIVE SUR LES MICROBES.

A la suggestion de M. le professeur Brennan, nous avons commencé une série de recherches concernant l'action de l'huile sur les microbes. Bien que ces recherches ne soient pas encore terminées, nous donnons ici les résultats obtenus jusqu'à maintenant. Nous nous sommes servis dans ces expériences, d'huile d'olive à réaction neutre, stérilisée à l'autoclave, à 120, pendant 20 minutes.

I. Ensemencement dans l'huile.

1. Le 19 février, nous avons ensemencé 6 tubes à essais contenant de l'huile stérilisée: 3 d'entre eux avec du staphylocoque doré, les 3 autres avec du coli-bacille. Le lendemain, quelques gouttes d'huile prises dans deux de ces tubes sont transportées dans du bouillon et donnent des cultures.

Le jour suivant, les quatre autres tubes sont ensemencés de la même façon dans du bouillon, et 3 d'entre eux donnent des cultures; soit, en tout, 5 sur 6.

Le 26 février, une semaine après les premiers ensemencements, les 6 tubes primitifs d'huile sont de nouveau portés dans du bouillon, et deux seulement donnent un résultat positif. Ce sont deux cultures de coli-bacilles.

2. Nous avons mis, dans un tube d'huile stérilisée, un morceau de papier enduit d'une culture de staphylocoque.

Après 24 heures de séjour à l'étuve, à 37 degrés, le papier est transporté dans du bouillon, dans lequel on retrouve le lendemain une culture abondante. L'huile de ce tube, ensemencée donne le même résultat.

La même expérience faite avec du papier enduit de culture et desséché, a été également positive.

L'huile de ces mêmes tubes, ensemencée dans du bouillon, après 3 jours, donne aussi des cultures.

3. Le staphylocoque et le coli-bacille ensemencés dans du bouillon recouvert ensuite d'une couche d'huile, se développent lentement, et l'huile, ensemencée 24 heures après,

a donné des cultures. Mais ce résultat n'a été obtenu que 3 fois sur 5.

II. Inoculations aux Cobayes.

Le 26 février, nous avons inoculé, en injection intra-péritonéale, 4 cobayes, dont 2 avec des cultures et 2 avec un mélange de culture et d'huile, à parties égales.

Nous sommes servis de microbes dont la virulence n'a pas été exaltée: du staphylocoque doré, isolé de crachats de bronchite chronique et du coli-bacille, isolé de l'intestin d'un nouveau-né.

Les inoculations ont été faites avec des cultures de 48 heures, à la dose de 1 cc.

Les cobayes injectés avec le mélange d'huile et de culture ont été aussi malades que ceux qui n'ont reçu que la culture.

Le tableau suivant donne la température des cobayes, depuis le lendemain de l'injection:—

Date (1903)	fév		mars								
	27	28	1	2	3	4	5	6	7	8	9
I.—Staphylocoque. (A. M.)	37.1	37.6	39.5	40.7	38.6	39.4	38.5	38.6	39.0	39.0	38.3
(P. M.)	39.9	38.4	38.2	39.5	39.8	39.1	39.2	39.3	39.0	39.3	39.6
Staphylocoque et huile. (A. M.)	37.4	38.9	39.5	40.6	38.4	39.6	39.2	36.7	38.6	39.6	39.4
(P. M.)	38.1	38.2	39.8	39.5	40.4	38.6	39.5	37.9	38.6	38.6	38.4
II.—Coli-bacille. (A. M.)	39.0	37.7	38.0	38.4	38.2	38.4	38.0	39.0	39.3	38.7	38.5
(P. M.)	38.3	37.9	38.5	39.1	38.4	39.0	38.4	38.4	37.8	39.0	38.3
Coli-bacille et huile. (A. M.)	38.4	39.0	39.4	39.0	38.7	39.3	39.0	39.0	39.2	39.3	39.2
(P. M.)	38.5	39.6	39.0	39.8	39.0	38.3	39.6	38.9	38.4	38.8	39.2

De ces quelques expériences, nous concluons que le staphylocoque et le coli-bacille peuvent vivre quelques jours dans l'huile et que l'huile injectée dans le péritoine d'un cobaye, en même temps qu'une culture, et à la même dose, n'a aucune influence sur la marche de l'infection.

A. BERNIER,

Professeur agrégé (Université Laval) Chef de laboratoire (hôpital Notre-Dame).

WILFRID DEROME,

Interne à (l'hôpital Notre-Dame).
Laboratoire de l'hôpital Notre-Dame,
Montréal, P. Q.

Mars, 1903.

A la première question, les microbes vivent-ils dans l'huile, ce travail apporte une réponse affirmative: oui,

Y conservent-ils toute leur virulence? La question est encore à l'étude.

L'huile empêche-t-elle la pullulation des germes? Non; mais la culture serait plus lente.

L'huile empêche-t-elle la diffusion des microorganismes? Réponse encore à l'étude.

Quant à la quatrième question, celle de la production et de l'absorption des toxines, elle est entièrement sans solution encore.

Au sujet de la cinquième, l'huile peut-elle donner naissance à des embolies graisseuses, je crois, jusqu'à présent devoir répondre "non." Les morts subites, que j'ai rencontrées, n'ont pas présenté les symptômes caractéristiques de l'embolie et ont pu être expliquées par autres causes; alcoolisme, insuffisance hépatique, rénale, infection.

En face de ces données, malgré que la bactériologie ne m'offre pas encore une sécurité et une autorité telles que je les voudrais, je ne puis que continuer dans la voie que je parcours et que la clinique journalière semble si bien me pousser à suivre. J'y trouve un fait, et qu'est-ce qu'il y a de plus brutal qu'un fait, c'est que j'ai d'excellents résultats à la suite de l'emploi de l'huile. Je n'ai pas un seul instant regretté de m'en être servie, car, comme je le disais, je crois sincèrement que plusieurs de mes malades lui doivent, sinon leur vie, au moins une guérison plus rapide, plus radicale et plus exempte de douleurs, ce qui n'est pas peu dire.

— o o: —

Coq-a-l'Ane

GUERISON ASSURÉE.—Docteur, je suis très inquiète de mon mari. Il se tracasse beaucoup à propos d'argent. Faites lui quelque chose, je vous en prie.

—Soyez tranquille, madame, je vais l'en soulager. (Phil. Rec.)

LES CEPHALALGIES.—La céphalalgie occipitale reconnaît pour cause une faiblesse cardiaque, amenant une congestion nerveuse de la base du cerveau; la constipation, un colon surchargé, une dyspepsie intestinale, qui

à leur tour peuvent provenir d'un désordre des organes génitaux; une congestion pelvienne passive par gêne de la circulation de retour, lorsqu'il y a manque de support des organes pelviens. La céphalalgie coronale peut être due à un état anormal de l'estomac ou des organes pelviens. Le mal de tête temporal trouve sa raison d'être généralement, dans une affection oculaire, surtout les effets du surmenage oculaire, malgré qu'il puisse être produit par action réflexe dépendant d'un désordre du même côté du corps. La céphalalgie frontale est ordinairement d'origine gastrique ou oculaire. Il y a des maux de têtes généralisés qui se rapportent à des causes générales, telles que le rhumatisme, la goutte, la névralgie, la syphilis. Dans le premier cas, il apparaît à la baisse du baromètre; dans le second, il est accompagné de grandes quantités d'acide urique; le troisième est caractérisé par l'hyperesthésie; et la céphalée syphilitique est presque toujours nocturne ou avec des exacerbations le soir. (Fuller, in Ann. Gyn. & Ped.)

NOUVEAU MOYEN D'HOSPITALISATION.—Le chemineau: "Madame, ne pouvez-vous pas me donner un morceau de la bonne galette que vous avez donné à Guillot le Fatigué, hier?"

La jeune mariée fière: "Mais, oui, mon pauvre homme. Voici le reste."

—Merci, grand merci, madame; que Dieu vous bénisse, car maintenant on va me prendre à l'hôpital, comme ce pauvre Guillot hier."

L'HERBE-A-LA-PUCE.—Le meilleur traitement serait encore 16 grains de calomel dans 3 onces d'eau de chaux. Mélanger et appliquer trois fois par jour. (Med. Summ.)

LE TRAITEMENT DES CANCERS INOPÉRABLES PAR LA FORMALINE.—Powell (B.M.J.) recommande la méthode. On emploie une solution de 1 1/2 o/o 2 o/o. On imbibe de la charpie avec la solution et elle est appliquée sur la tumeur, retenu en place par du jaconas, du coton hydrophile et un bandage. Ce pansement est changé toutes les six heures. Dans de un à deux jours la fétidité et l'écoulement cessent; dans de trois à sept jours, une ligne de démarcation se forme et la masse cancéreuse commence à se détacher. On achève le processus de séparation avec les ciseaux. Dans de douze à seize jours,

le docteur Powell a pu enlever un sarcome du sein, un squirrhe du sein et un épithéliome de la lèvre; laissant à leur suite une surface couverte de bonnes granulations.

L'ACTION TOXIQUE DE L'UROTROPI-NE.—On a remarqué des symptômes de toxicité à la suite de 15 grs. par jour. L'urotropine s'absorbe rapidement et n'est apparemment décomposée dans le sang. On n'a pas pu démontrer la présence de formaldéhyde dans les urines. L'urotropine agit comme puissant antiseptique urinaire, comme, diurétique et comme dissolvant de l'acide urique. Ce médicament produit, à certaines doses et chez certains sujets, de l'irritation gastrique, de la diarrhée, des douleurs abdominales, de l'irritation de la vessie, pouvant aller jusqu'à l'hématurie. On a signalé de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles, une éruption ressemblant à de la rougeole. (Coleman, New York Acad. Med.—Med. Rec.)

LE TRUC DU MEDECIN.—Un médecin de Londres, ayant perdu l'autre jour son griffon et désespérant de le retrouver, mit dans les journaux du matin une annonce ainsi conçue:

"Perdu, dans Mayfair Street, un griffon blanc, etc. Porte les traces d'inoculation récente des bacilles du choléra, etc."

A midi, le cabot avait regagné le domicile de son maître. (Lyon Médic.)

NOUVELLE CAUSE DE FRACTURE CERVICALE.—Dans le bas de Broadway, à New-York.—Qu'est-ce qu'il y a?

—Un homme s'est cassé le cou.

—De quel étage est-il tombé?

—Il n'est pas tombé—il essayait de voir le dernier étage de la maison. (The Foolish Book.)

LES RAYONS X DANS LE TRAITEMENT DE LA PSEUDO-LEUCEMIE.—Senn a trouvé que les rayons X avaient eu un résultat bienfaisant dans deux cas très avancés de cette maladie. (N.Y. Med. J.)

NOUVEL ANTIDOTE DE LA STRYCHNINE.—Le docteur J. D. Batson, de Marietta, Terr. Ind. (Phil. Med. J.), après avoir épuisé tout autre traitement, a réussi, dans un cas, par les injections hypodermiques d'hydrochlorate de pilocarpine.

LES CORPUSCULES DE GUARNERI.—Considérées par quelques auteurs comme l'a-

gant spécifique de la variole, Sikowski vient de montrer que ces corps ne sont nullement des parasites, mais un produit de métamorphose de cellules migratrices et qu'on peut les obtenir artificiellement dans la cornée après inoculation de la toxine diphtérique et d'autres produits qui n'ont rien de commun avec la vaccine. (Arch. Sc. Biolog.)

FORMALINE ET GLYCERINE.—Jordan a trouvé que les propriétés irritantes de la formaline sont abolies par son mélange avec de la glycérine. Une solution de 2 o/o à 4 o/o est un spécifique dans les angines avant la formation d'une collection profonde de pus. Dans toutes les maladies cutanées parasitaires, surtout le ténia tonsurans, cette solution est utile à 4 o/o. (J. Am. Med. A.)

POUR CONSERVER LA MOLLESSE DU CAOUTCHOUC.—Oehme dit qu'une partie d'ammoniaque dans 10 à 12 parties d'eau, permet de conserver indéfiniment le caoutchouc. On emploie un bouchon de caoutchouc. (Med. World.)

AMBIGUE.—M. Bourru, sortant son nez de son journal:—Je voudrais bien que ces journaux fussent un peu plus précis dans leurs rapports. Voici qu'ils annoncent que le vieux Tremblay, qui a été sous les soins de trois médecins pendant quinze jours, est maintenant hors de danger. (Mod. Med. Sc.)

LE TRAITEMENT NUCLEO-SODIQUE DE LA FIEVRE PUERPERALE.—Dix-neuf cas très graves de septicémie puerpérale généralisée furent traités, dans la clinique de Schauta, sans un décès. La nucléine fut administrée, à dose de 5 à 6 grammes, toutes les 12 à 24 heures, jusqu'à réaction de la moëlle osseuse (sensibilité des os). 500 à 600 grammes de solution saline furent donnés journalièrement, par le rectum ou sous-cutanément. (Arch. f. Gyn.—J. Am. Med. A.)

LA TUBERCULOSE GENITALE DE LA FEMME. SIGNE DE HEGAR.—Sellheim (Beitr. z. Geb. u. Gyn.) attire spécialement l'attention sur le signe de Hégar dans le diagnostic de la tuberculose pévienne: la présence de nombreux nodules de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, sur les ligaments utéro-sacrés, la surface postérieure de l'utérus et des ligaments larges. On ne devra opérer que si un traitement général et local persistant n'entrave

pas la marche de la maladie. A la clinique de Freiburg, pendant ses huit dernières années, il a trouvé, sur 31 cas traités palliativement et 27 chirurgicalement, que les résultats dans les premiers étaient satisfaisants en ce qui regarde la disparition de la douleur, la capacité au travail, et l'atrophie des organes atteints. Au point de vue opératoire, les meilleurs succès ont été retirés d'opérations locales, ayant sacrifié et l'utérus et les annexes. (J. Am. Med. A.)

LE PRINCIPAL INGREDIENT DES MEDECINES PATENTEES.—Cet ingrédient est le même pour toutes ces médecines.

—Ce doit être une drogue très puissante. Qu'est-ce que c'est?

—L'encre de l'imprimeur! (Mod. Med. Sc.)

NIRE.

—o o:—

Revue des journaux

MEDICINE

ESSAI D'ETUDE SUR LES ACCIDENTS DE LA SURALIMENTATION.

par M. le docteur Mathieu Colombani

Dans cette intéressante thèse inspirée par M. Robin, l'auteur montre que le régime doit être établi d'après les pertes réelles de l'organisme, il doit fournir les éléments nécessaires à l'entretien de l'équilibre nutritif. On peut fixer, non pas une ration minima, mais une ration moyenne représentée par 1g25 à 1g50 d'albumine et par 35 ou 40 calories par kilogramme de poids, ce qui paraît exagéré à l'auteur.

Dans l'alimentation habituelle, ces quantités sont généralement dépassées; la consommation d'albumine prédomine surtout. Systématiquement on pratique la suralimentation chez les tuberculeux et les hypersthéniques; elle réussit dans certains cas, dans d'autres elle provoque des manifestations morbides diverses.

La suralimentation donne lieu:

a. A des troubles gastriques dus à la non-transformation et à la difficulté d'élimination des aliments, principalement azotés; à la dyspepsie hypersthénique par excitation prolongée de la fonction stomacale.

b. A des troubles intestinaux: l'acidité des matières fécales des hypersthéniques est un muqueuse intestinale. Cette irritation, lorsqu'elle se localise au côlon transverse ou à l'S iliaque, provoque l'entérite muco-membraneuse, et l'appendicite lorsqu'elle

le siège au caecum et à l'appendice vermiculaire.

c. A des troubles hépatiques: la suractivité fonctionnelle du foie, conséquence de l'hypersthénie gastrique, entraîne la congestion et l'hypertrophie de l'organe et cause des lésions épithéliales ou interstitielles. La fonction glycogénique de la cellule hépatique exagérée produit la glycosurie dyspeptique qui aboutit quelquefois au diabète sucré.

d. A des troubles néphrétiques: une partie de l'albumine alimentaire qui échappe à la digestion, introduite dans le torrent circulatoire, excrétée par le filtre rénal, occasionne l'albuminurie dyspeptique. L'irritation prolongée de la fonction du rein engendre parfois la néphrite.

e. A des troubles nerveux: l'exagération des échanges dans le système nerveux chez les dyspeptiques hypersthéniques est la cause fréquente de la neurasthénie.

f. A des troubles cutanés: les dermatoses symptomatiques sont en rapport étroit avec le mauvais état fonctionnel des organes de l'économie.

La surnutrition, si la fonction des organes hépatique et gastrique est énergique, produit:

a. La goutte et la gravelle par la surproduction d'urée avec augmentation énorme d'acide urique, la lithiase biliaire par la précipitation dans un milieu acide de la cholestérine.

b. L'obésité par la transformation et l'utilisation complète des matériaux hydro-carbonés.

c. Le diabète par l'abus des féculents, des viandes et du sucre.

(Gaz. des Hop.

— o o: —

RHUMATISME, TUBERCULEUX. ARTHRITE ANKYLOSANTE D'ORIGINE TUBERCULEUSSE.

Par M. le docteur J. Levet.

La tuberculose, au même titre que les autres maladies infectieuses, donne naissance à une variété de pseudo-rhumatisme qui a été appelée par M. Poncet "rhumatisme tuberculeux".

Le rhumatisme tuberculeux peut revêtir diverses formes: aiguë, subaiguë, chronique déformante, qui ont déjà été décrites par différents auteurs.

A côté de ces formes, doit prendre place une forme que nous appelons "arthrite ankylosante d'origine tuberculeuse".

L'arthrite ankylosante rhumatismale tuberculeuse mono, polyarticulaire, a une prédilection marquée pour les grandes articulations: genou, hanche, coude, etc., elle peut, dans son évolution, simuler diverses variétés de rhumatismes chroniques qui pourraient donner le change, si on n'en recherchait la cause.

Des observations de ce genre ne sont certainement pas rares. L'auteur en a réuni sept dans notre thèse.

Le diagnostic, dans la période rhumatismale proprement dite, sera fait avec tous les rhumatismes: vrai ou faux; dans la période ankylosante,

avec toutes les affections qui peuvent retentir sur les articulations et y donner lieu à de l'ankylose.

L'anatomie pathologique, encore peu connue il est vrai, ne présente rien en elle-même de bien particulier. Elle semble ne pas se différencier de celles d'autres rhumatismes infectieux ou pseudo-rhumatismes.

Le traitement doit être général et local. Général contre la tare tuberculeuse. Local: soit contre l'arthrite, soit contre l'ankylose, suivant les diverses périodes. Ce traitement doit toujours s'inspirer de l'état général du malade.

(Gaz. des Hop.

— o o: —

CAS D'ANEMIE PERNICIEUSE A MOELLE JAUNE.

M. Cade présente une observation d'anémie pernicieuse intéressante en raison des difficultés du diagnostic clinique et hématologique, et aussi en raison de la présence dans l'épiphyse et la diaphyse de l'humérus, pris comme type d'un os long, d'une moelle jaune, c'est-à-dire inactive.

Il s'agissait d'un syndrome anémique et cachectique survenu progressivement chez un homme de 55 ans, affecté d'une diarrhée incrochable. Ce symptôme, joint à l'amaigrissement, faisait penser à un néoplasme intestinal. A l'examen hématologique on trouvait une anémie globulaire très marquée (R613,000 globules rouges par mill. cube); pas de mégaloctes, de normoblaste ni de mégaloctes. Leucocytose à 40,000 par mill. cube sans hypopolynucléose. Pas d'irrtractilité du caillot. Seule l'augmentation très nette de la valeur globulaire pouvait permettre de porter le diagnostic de maladie de Biermer.

A l'autopsie, pas de néoplasme. Il n'existait que des altérations macroscopiques et microscopiques sans grande importance, analogues à celles trouvées en général dans les nécropsies des anémies pernicieuses essentielles. Mais un point attirait et retenait l'attention: c'était l'absence de moelle rouge dans l'épiphyse et la diaphyse de l'humérus, seul os long examiné à ce point de vue.

Cette observation rentrerait donc à ce titre dans la forme aplastique d'anémie pernicieuse, opposée par Ehrlich à la forme métaplastique.

La première est caractérisée en effet par la non-activité de la moelle des os et conséquemment l'absence dans le sang circulant des éléments cellulaires témoins de cette activité.

Dans la seconde, c'est le contraire qui a lieu, la moelle est partout rouge ou active, mais son activité est déviée de son type normal, il y a métaplasie.

La forme aplastique est très rare. C'est donc là un nouvel élément d'intérêt pour l'observation publiée aujourd'hui; mais en outre celle-ci, pour divers motifs, n'était pas absolument superposable aux quelques cas de cette forme antérieurement décrits et paraissait constituer un type intermédiaire, un type de transition.

— o o: —

CHIRURGIE

UNE METHODE SIMPLE POUR OPERER LES
HEMORROIDES.

Par le Dr. A. B. Mitchell.

La méthode indiquée par Mitchell lui a toujours donné de très bons résultats depuis plus de quatre ans qu'il la pratique.

Le sphincter ayant été dilaté et les hémorroïdes placées bien en vue la muqueuse est lavée avec une solution de sublimé à 1:1,000. Une hémorroïde est alors saisie avec une longue pince à mors plats: la pince à artère de Kocher convient très bien pour cet usage. Toute la partie de la muqueuse qui fait saillie le long des mors de la pince est excisée avec des ciseaux. Une aiguille courbe armée de catgut et trempée dans la formaline est alors passée immédiatement au-dessus de la pince et le catgut est assujéti par un nœud. On applique très rapidement, une suture continue autour de la pince. Celle-ci est alors retirée sans difficulté et la suture est ensuite serrée en tirant sur les extrémités du fil. Chaque hémorroïde est traitée de la même manière.

Les avantages réclamés par son auteur pour cette méthode sont la rapidité très grande de l'opération l'absence de perte de sang, la sûreté de l'hémostase en raison de la continuité de la suture qui ne peut pas glisser. Comme il n'existe pas de surface rugueuse, l'intestin fonctionne très rapidement; en général les malades peuvent se lever au bout de la semaine. Enfin il est inutile de retirer les sutures, celles-ci se résorbant au bout de huit ou dix jours.

(The Brit. Med. J.)

Thérapeutique et Mat. Médicale

L'ALCOOL DANS L'ALIMENTATION.

M. Triboulet.—1. L'alcool est-il un aliment utile? L'alcool pris à dose faible (un demi-litre en moyenne de vin) peut faire partie du régime alimentaire et y porter quelques calories; c'est ainsi que les Trappistes vivent en bonne santé par un régime végétarien strict et additionné de 20 grammes d'alcool par jour. Mais en réalité c'est un leurre de demander à l'alcool un supplément de calories, car l'alcool devient vite un irritant local: il conduit au ralentissement de la nutrition, à l'arthritisme. L'habitude devient un besoin et aboutit à l'excès. Il est préférable, si la ration alimentaire est insuffisante, de substituer à l'alcool le sucre ou la graisse.

2. L'alcool est-il indifférent? S'il est vrai que certains individus peuvent absorber journellement une forte dose d'alcool sans que leur santé paraissent s'en ressentir, il faut bien dire que d'autres sont incommodés par de très faibles doses. D'ailleurs, en examinant médicalement les buveurs d'alcool qui paraissent en bonne santé, on trouve chez la plupart des lésions vésicales, et il est à présumer que sans l'alcool leur santé serait meilleure encore.

3. L'alcool est-il nuisible? L'usage de l'alcool conduit à l'hépatisme, à l'obésité, à l'arthritisme.

Quelques auteurs le considèrent comme un condiment. Il est vrai que c'est un excitant du système nerveux; mais, au point de vue de son action sur l'estomac, je le considère plutôt comme un anesthésique, il supprime la sensation de faim. C'est "une négation d'alimentation".

(Méd. Orient.)

LES INJECTIONS INTRAVEINEUSES D'AR-
GENT COLLOIDAL DE CREDE (COLLAR-
GOL) DANS LES MALADIES SEPTI-
TIQUES.

L'auteur a obtenu, par l'injection intraveineuse de collargol dans trente cas de maladies infectieuses, de si prompts résultats qu'il emploie maintenant ce moyen dans de telles affections avec la même confiance que le sérum dans la diphtérie. Il ne peut que recommander avec insistance à ses collègues ce moyen employé par Crédé; les cas traités sont les suivants; érysipèle grave, méningite cérébro-spinale épidémique, périmérite, mastite, lymphangite opiniâtre, phlegmon, rhumatisme articulaire aigu, pleurésie exsudative, appendicite, péritonite, etc.

On employa deux fois l'injection après une résection des côtes pour empyème fétide; la fétidité s'atténua avec une rapidité surprenante et la guérison se produisit plus vite que normalement. De même, dans les fièvres septiques, il a pu constater deux fois des améliorations satisfaisantes, cessation de la fièvre et des sueurs nocturnes, augmentation de l'appétit et du poids du corps.

On injecta le collargol dans une veine superficielle du bras: chez les adultes, à la dose de 5 cc. de sol. à 1 pour 100; chez les enfants, à la dose de 2 cc. 5 à 4 cc. de la même solution. Quand cela fut nécessaire, on répéta l'injection dans les jours suivants.

Abstraction faite des frissons qui surviennent presque régulièrement, une à quatre heures, après l'injection, il n'a pas remarqué de phénomènes secondaires mauvais, quoiqu'il ait employé chez les enfants des doses assez fortes.

(Ann. Thérap.)

BLEU DE METHYLENE, SON ACTION.

M. Rey-Pailhade (de Toulouse) démontre que le bleu de méthylène exerce réellement dans l'organisme, soit dans les voies digestives, soit dans les tissus eux-mêmes, lorsqu'il a été absorbé, une action antiseptique appréciable. L'expérience peut le prouver. Mettez en présence une solution colorée par cette matière appréciable. L'expérience peut le prouver. Mettez en présence une solution colorée par cette matière colorante et de la levure de bière; il y a décoloration immédiate, si l'on opère à l'abri de l'air. Agitez ensuite avec de l'air, et l'on voit la coloration revenir, et ainsi de suite. Il y a eu déshydrogénation de la matière vivante; c'est la réaction du philtion, dont j'ai si souvent parlé, substance normale des cellules, capable de céder de l'hydrogène. Le bleu de méthylène est donc bien un soustracteur d'hydrogène en cédant lui-même son oxygène, il est par conséquent actif.

— o o —

TRAITEMENT DES EPITHELIOMOS CUTANES
PAR L'ACIDE ACÉTIQUE CRISTALLISABLE (GUICHOT.)

L'acide acétique a eu une certaine vogue à un moment donné dans le traitement des épithéliomas, et en 1890 notamment, le Dr Arnozan, de Bordeaux a cité un bon nombre de faits très encourageants pour l'emploi de cette médication, et son élève, le Dr Rouzier, a étudié cette question dans sa thèse avec des faits assez nombreux. Depuis, ce médicament est tombé dans l'oubli. M. le Dr Guichot vient de citer dans sa thèse un bon nombre de nouveaux cas montrant qu'il pouvait être fort utile à la condition qu'on choisit les cas et qu'on employât l'acide acétique pur, c'est-à-dire cristallisable.

L'acide acétique doit être réservé au traitement des épithéliomas cutanés; il a rendu des services incontestables dans le traitement des épithéliomas superficiels, à marche lente, à tendance, c'est-à-dire contre l'épithélioma à forme verruqueuse, contre les kératomes séniles, contre l'ulcère rongeur et contre l'épithélioma plan cicatriciel. Mais il aura des résultats moindres, sans être absolument contre-indiqué, dans les épithéliomas profonds à allure envahissante, avec engorgement ganglionnaire, dans les épithéliomas récidivés, enfin, dans les épithéliomas marginaux, lorsqu'ils s'étendent à la muqueuse et qu'ils acquièrent de ce chef une malignité désespérante.

La méthode est simple: elle consiste à badigeonner l'ulcération épithéliomateuse avec un pinceau trempé dans l'acide acétique concentré. Une seule application suffit dans les formes bénignes, et dont la lésion est très peu étendue, mais, dans la plupart des cas, les badigeonnages doivent être répétés tous les deux jours ou même tous les jours. La fréquence du traitement ne constitue pas un inconvénient bien grave, car la présence du médecin n'est pas indispensable. Le malade peut faire le badigeonnage lui-même, ou le faire pratiquer par

une personne de son entourage. D'ailleurs, la douleur qui suit chaque application est peu intense et il n'est pas à craindre que la malade interrompe pour cette raison le traitement. De plus, il n'y a pas de danger bien grand à confier ce topique au malade: l'odeur forte qu'il exhale met facilement en garde contre l'empoisonnement, qui d'ailleurs ne présente pas une gravité bien grande.

Le badigeonnage suffit; étant la facilité avec laquelle ce topique pénètre les tissus, on peut espérer que les racines du mal seront atteintes; par conséquent, il semble inutile de faire des injections dans la tumeur elle-même ou dans sa périphérie. Tout au plus, dans les cas d'épithéliomas végétants pourrait-on, afin d'agir d'une façon plus rapide, combiner les deux méthodes, et pratiquer des injections interstitielles en même temps que des applications externes.

Pour favoriser l'action du topique, il importe, avant toute application, de débarrasser la lésion épithéliomateuse de la croûte qui la recouvre presque toujours. Un cataplasme, un pansement humide suffit; et on étend l'acide acétique sur cette surface bourgeonnante, ainsi mise à nu. Il est important de badigeonner, autour du bourrelet qui limite l'ulcération, une étendue de quelques millimètres afin de détruire les fusées néoplasiques qui pourraient s'y trouver. Les parties touchées deviennent immédiatement blanches, le malade accuse une sensation de fourmillement plus ou moins désagréable, mais durant cinq minutes au maximum, et la douleur n'est jamais assez intense pour motiver l'emploi préalable d'une solution de cocaïne. Bientôt, la zone limitante devient rouge, mais ne s'enflamme jamais d'une façon sensible, tandis que l'ulcération se recouvre d'une croûte jaunâtre. Pour empêcher cette croûte de devenir adhérente, et rendre plus faciles les applications ultérieures du caustique, il faut recommander au malade d'enduire souvent la lésion avec une pommade antiseptique ainsi formulée, soit:

Turbith méneral..... 2 grammes
Vaseline..... 20 grammes

Jamais l'application du caustique n'a été suivie d'hémorragie: au contraire, le suintement sanguin qui accompagne si souvent la chute de la croûte s'est arrêté immédiatement sous son influence. Ce fait n'a rien d'étonnant; les propriétés styptiques de l'acide acétique sont connues depuis longtemps et l'ont fait préconiser contre les hémorragies capillaires presque à l'égal du perchlorure de fer.

Dès les premières applications, l'amélioration devient sensible: le malade accuse une diminution très notable de la douleur à peu près continue qui le tourmentait auparavant et empêchait tout sommeil réparateur. Ce fait-là est connu depuis longtemps: l'acide acétique avait été d'abord préconisé contre les douleurs cancéreuses que la morphine était impuissante à calmer.

En même temps, la suppuration diminue, l'odeur se dissipe, la cicatrisation se fait progressivement et la cicatrice, blanche, souple, se distingue difficilement du tissu voisin.

La durée du traitement est variable; la guérison a été obtenue dans un espace de temps qui a varié de un à deux mois avec des badigeonnages répétés tous les trois jours. Il convient, avec ces attouchements, de garantir la conjonctive ou la muqueuse nasale du contact des vapeurs acétiques au moyen d'un tampon sec ou humide pendant la durée de l'application.

(Jour. de méd. et de chir. pratiques.)

— o o —
L'ADRENALINE.

L'Adrénaline est un des principes actifs de la capsule surrénale. C'est à elle que les extraits de cet organe doivent leurs propriétés hémostatiques, connues depuis plusieurs années, et mises à profit dans certains cas.

Le principal avantage de l'adrénaline est de substituer à l'action, trop souvent infidèle, de l'extrait de capsules minérales un produit défini et toujours identique à lui-même.

C'est qu'en effet, la caractéristique de l'adrénaline est une action ischémiantes des plus intenses, s'exerçant sur les muqueuses avec une grande rapidité et permettant des interventions chirurgicales sans la moindre effusion de sang.

L'adrénaline qui, d'après Takamine, répond à la formule $C_{10}H_{15}AzO_3$, est une poudre microcristalline, blanche, de saveur amère, peu soluble dans l'eau froide, insoluble dans l'alcool et l'éther.

L'adrénaline possède une faible réaction alcaline qui lui permet de former des sels. On connaît le tartrate, le benzoate et le chlorhydrate. Ce dernier sel est le plus employé, car il est très soluble dans l'eau et donne des solutions assez stables.

L'adrénaline en solution présente quelques réactions qui permettent de l'identifier. Elle donne avec le perchlorure de fer une coloration verte, passant au violet par addition d'ammoniaque. Elle réduit les sels d'or, et se colore en violet au contact de l'eau iodée.

Les solutions d'adrénaline peuvent être stérilisées par la chaleur sans crainte d'altération. Elle se colore en rose au contact de l'air et de la lumière, et cette coloration peut aller jusqu'au brun foncé.

Les solutions quoique colorées conservent toute leur activité thérapeutique.

L'adrénaline, à doses même infinitésimales, produit une vaso-constriction énergique et une élévation notable de la pression sanguine. Une injection intra-veineuse de 8 millièmes de grammes à un chien de 8 kilos a élevé la tension sanguine de 14 millimètres de mercure. L'action locale n'est pas moins remarquable. L'action de l'adrénaline sur les muqueuses nasale, laryngée et pharyngée, est en tout point semblable; l'ischémie est profonde et peut durer une heure et demie.

L'extrait de capsules surrénales avait été introduit en thérapeutique en 1895, par M. Bates, de New-York, qui a utilisé les propriétés vaso-constrictives contre les hémorragies, et dans les interventions chirurgicales sur l'œil et le naso-pharynx.

Cette préparation n'a pas eu tout le succès qu'on pouvait attendre, car elle est particulièrement infidèle. Il faut en rechercher la cause dans ce fait que la glande surrénale possède une richesse en principe actif, susceptible de varier dans des limites très étendues, comme quantité et comme propriétés. Il en résulte que les extraits préparés, même dans des conditions identiques, ont une composition variable suivant la provenance et le degré de conservation de la glande qui a été employée. On peut aussi leur reprocher de ne pas être de conservation parfaite, de fermenter facilement et devenir un excellent milieu de culture pour les espèces microbiennes.

Dans ces conditions, l'adrénaline, lorsqu'elle est chimiquement pure, jouit d'une supériorité incontestable sur les extraits capsulaires. Son dosage est facile, sa puissance mille fois plus grande que celle des meilleurs extraits, et la stérilisation des solutions salines se fait parfaitement sans que le principe actif soit altéré.

L'adrénaline a été employée avec succès en ophtalmologie, particulièrement dans le glaucome; en otologie, dans les otites et pour rendre à la trompe d'Eustache sa perméabilité; en rhinologie, dans le coryza chronique et comme hémostatique dans les interventions sur la muqueuse nasale; en laryngologie et dans la chirurgie des voies urinaires. Sa valeur hémostatique contre les hémoptisies des tuberculeux a été démontrée par l'injection dans la trachée de un centimètre cube d'une solution d'adrénaline à 1 pour 10,000; l'hémorragie s'arrête pendant 7 à 8 heures. L'application d'une solution d'adrénaline à 1/1000 sur une tumeur hémorroïdaire amène en moins d'une heure la décongestion des veines tuméfiées.

MODE D'EMPLOI DE L'ADRENALINE.

L'adrénaline est employée en solutions, surtout à l'état de chlorhydrate, qui est un sel à la fois soluble et stable.

Avec ces solutions on peut faire des badigeonnages des instillations, des injections hypodermiques. Eu égard à ces différents modes d'applications, il est utile d'avoir des solutions à plusieurs titres.

On prépare dans les laboratoires Clin trois types de solutions à l'adrénaline, dans l'état actuel de la question, répondent aux diverses indications thérapeutiques.

1 Solution d'adrénaline au 1/10000 ou solution forte. Cette solution peut être employée directement, soit en badigeonnages, soit en instillations, mais elle est surtout réservée pour les interventions chirurgicales.

2. Collyre d'adrénaline au 1/50000. C'est la solution faible de titre moyen qui trouve le plus grand nombre d'applications.

En laryngologie, on emploie fréquemment cette solution à 1/50000, et même quelquefois la dilue-t-on pour en diminuer le titre de la moitié.

On peut additionner le collyre d'adrénaline, de cocaïne, de pilocarpine, d'ésérine, etc., dans les proportions de la posologie habituelle, l'adrénaline renforçant pour ainsi dire l'action de ces alcaloïdes.

3. Solution d'adrénaline pour injections hypodermiques. Solution tirée à 1/2 milligramme d'adrénaline par centimètre cube.

Un centimètre cube représente la dose de choix; il a été démontré, en effet, que cette dose n'est jamais dangereuse, tandis que celle de 3/4 de milligrammes à 1 milligramme peut présenter des inconvénients. Les injections hypodermiques d'adrénaline ne sont pas douloureuses, et doivent être faites avec toutes les précautions voulues d'antisepsie.

Dr Raymond in Revue Critique Med. and Chir.

BACTERIOLOGIE

RECHERCHES NOUVELLES SUR LES STREPTOCOQUES.

Dans un précédent travail Aronson a établi au moyen de l'agglutination et des immunisations qu'il n'existe pas de différences fondamentales entre les streptocoques isolés dans les diverses maladies de l'homme.

Ultérieurement, Moser, s'appuyant uniquement sur l'agglutination, affirma qu'il existe un streptocoque pathogène de l'homme. Peu de temps après, Meyer, par le même procédé, crut pouvoir isoler une race spéciale de streptocoques trouvée dans le rhumatisme articulaire aigu.

Aronson a donc repris ses recherches. Dans ses premiers travaux, il s'était servi de streptocoques rendus virulents par passage à travers l'organisme de la souris. Dans ses nouvelles recherches, il a opéré sur vingt-sept streptocoques d'origines différentes (scarlatine, rhumatisme, phlegmons, septicémies, etc.), et provenant directement de l'homme sans passage par la souris. Il a fait ses cultures sur bouillon glucosé. Tantôt le streptocoque troublait uniformément le bouillon, tantôt il poussait en masse conglomérées. Dans le premier cas, l'examen microscopique montrait des chaînettes courtes, dans le second cas de longues chaînes contournées, et cela sans relation avec la provenance du streptocoque.

Les streptocoques, même provenant de septicémies graves, étaient peu virulents pour la souris et le lapin. Contrairement aux affirmations de Meyer, Aronson n'a pu établir de relation entre la provenance d'un streptocoque et les lésions qu'il provoque provenant d'un malade atteint de rhumatisme provoque particulièrement des arthropathies et des endocardites.

Pour étudier l'agglutination, l'auteur a inoculé à des chevaux des streptocoques de provenance humaine. Ces inoculations ne provoquaient que des abcès locaux de la fièvre et parfois de légères arthropathies. Il est arrivé ainsi aux conclusions suivantes:

1. Les streptocoques provenant directement de l'homme sont plus facilement agglutinables que ceux provenant de la souris.

2. Les streptocoques poussant en amas conglomérés sont bien plus fortement agglutinables que les autres. Les premiers agglutinent parfois jusqu'à 1/20 000, tandis que chez les autres l'agglutination ne dépasse pas 1/2000;

3. Les streptocoques à virulence exaltée par passage par la souris agglutinent tous à un taux sensiblement égal (1/40 à 1/50). Au contraire on remarque pour les streptocoques venant directement de l'homme des différences individuelles. Ainsi un même sérum de cheval immunisé agglutine à des taux bien différents deux streptocoques provenant d'une même affection. De plus le sérum d'un cheval immunisé avec un streptocoque d'une provenance déterminée agglutine souvent bien plus fortement un streptocoque d'une autre provenance.

Enfin Aronson a cherché à résoudre le problème suivant: un cheval immunisé par inoculation d'un streptocoque déterminé est-il immunisé contre d'autres streptocoques? Il croit pouvoir répondre par l'affirmative et rapporte un certain nombre d'expériences probantes.

De ses nouvelles recherches comme des premières, Aronson tire la conclusion que rien n'autorise à distinguer différentes sortes de streptocoques, et que celui-ci est incapable de produire une maladie aussi nettement différenciée que la scarlatine. Il repousse également l'existence d'un sérum antistreptococcique spécifique de la scarlatine.

(Gaz. des Hôp.)

PEDIATRIE

UN CAS D'IMPOSSIBILITE DE LA SUCCION ET DE LA DEGLUTITION VOLONTAIRE CHEZ UN ENFANT.

M. Legendre rapporte le fait clinique très rare d'un enfant chez lequel on ne rencontre aucun vice de conformation et qui est réfractaire à tous les modes d'alimentation autres que le gavage. Il semble donc qu'il y ait ici quelque chose d'anormal du côté du centre nerveux présidant à la déglutition volontaire et à la succion, ou tout au moins un retard de développement.

On ne note aucune tare du côté des ascendants.

M. Legendre pense qu'on pourrait peut-être faire l'éducation du centre nerveux de cet enfant, en essayant progressivement de lui faire déglutir des quantités de lait de plus en plus grandes, et de plus en plus souvent.

M. Pinard a observé un fait analogue. Il s'agissait d'un enfant, né de père syphilitique et traité pendant cinq ans par M. Fournier lui-même,

Au bout de quelques jours, le réflexe de la déglutition se localisa de plus en plus profondément à la base de la langue, si bien qu'on fut obligé d'allonger de plus en plus les tétines servant à la succion.

Cet enfant devint bientôt hydrocéphale et mourut de broncho-pneumonie. M. Pinard a vu deux ou trois autres cas de ce genre. Il considère que ces phénomènes sont toujours d'un pronostic très grave, indiquant une lésion des centres nerveux.

M. Lepage rapporte un fait du même genre, ayant trait à l'enfant d'une femme névropathe, qui avait eu la diphtérie pendant sa grossesse, et qu'on avait traitée par des injections de sérum. Cet enfant ne se mit à téter que le dix-neuvième jour.

M. Kirmisson a observé un cas analogue à celui de M. Legendre: l'enfant étant mort de méningite, il s'associe à l'opinion émise par M. Pinard au sujet de la gravité du pronostic.

— o o —

FORMULAIRE

PRÉPARATION EXTAMPORANÉE D'EAU FERRUNEUSE.

Le professeur Jaworski rappelle que le bicarbonate d'oxydure de fer, qui contiennent beaucoup d'eau minérales au griffon, représente un martial doué de propriétés thérapeutiques remarquables; il a toutefois le grave inconvénient de se décomposer très rapidement.

L'auteur recommande, pour permettre aux malades d'absorber ce sel à l'état naissant, le procédé suivant. On prescrira :

Sulfate de fer cristallisé fraîchement préparé..... 2,5 ou 5
Faire dissoudre dans eau bouillante..... 10 ou 20

Ajouter ensuite :

Sirop simple..... 100

On a ainsi une solution faible et une solution forte dont on verse une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau alcaline (Bilin, Vichy, Vais) artificiellement chargée d'acide carbonique. On boit de suite pour éviter la décomposition de l'oxydure. On prendra trois doses par jour une heure avant les repas. Éviter le noircissement des dents.

Cette préparation permet d'administrer le fer à haute doses facilement assimilables, et remplace avantageusement les bouteilles d'eau minérales ferrugineuses, dans lesquelles le fer est trop souvent précipité.

— o o —

COLIQUES NÉPHRÉTIQUES.

Aubrun. — Compresses de chloroforme sur les lombes.
Inhalation de chloroforme,

Provoquer la diurèse au moyen de l'eau de Seltz ou du lait.

Bains chauds. Cataplasmes de feuilles de digitale.

Boissons diurétiques.

Camphre pulvérisé.....0,25 à 2 gr.
Jaune d'œuf..... no 1
Eau tiède.....250 gr.

F. S. A.

JEANNEL.

Pour un lavement.

— o o —

NOUVELLES.

Naissances.

—A St-Hilaire, le 24 juillet, l'épouse de M. le Dr Choquette, un fils, Cyrille, Ernest, Ives.

—A Ste-Cunégonde, le 26 juillet, au No. 6 carré Iberville, l'épouse de M. le Dr J. O. Poitras, un fils.

— o o —

Mariage.

Verronneau-Blain—A l'église St. Charles de Montréal, mardi, le 21 juillet courant, Monsieur Véronneau, médecin de Ste Julie de Verchères, conduisait à l'autel Mademoiselle Louisa Blain.

Les nouveaux mariés sont partis pour voyage.

— o o —

Mariage à l'horizon.

—On annonce pour le 15 septembre prochain, le mariage de M. le Dr Joseph-Oscar Schiller, de St-Philémon, avec mademoiselle Marie-Blanche-Bernadette Lévesque, nièce de monsieur le curé de St-Philémon.

— o o —

Nécrologie.

—Nous avons la douleur d'annoncer la mort soudaine du Dr Chs. Eugène Morin, arrivée le 24, à Thetford Mines, à l'âge de 39 ans.

Le docteur qui était universellement estimé, et qui sera très regretté, était le fils de M. le docteur Morin, autrefois de St-Nicolas, et maintenant de St-Agapit. Il y a treize ans, il épousait Mlle Emma Simoneau, de Québec, à qui il laisse cinq enfants.

L'inhumation a eu lieu à St-Nicolas, sa paroisse natale le 27 courant.

A sa famille éplorée nous offrons nos plus sincères condoléances.

Le Dr Donald McLean, qui fut, pendant plusieurs années, chirurgien en chef du Grand Tronc et du Michigan Central, vient de mourir à Détroit. En 1894, il fut président de l'Association des médecins d'Amérique.

— o o —

SUPPLEMENT

AMOUR ET FATALITE.

Des vingt-sept carabins diplômés à l'université de L... en 18..., Guy était sans contesté le plus richement doué tant au point de vue intellectuel qu'au physique, mais son pécule s'anémiait et périlicait d'une façon alarmante depuis de longs mois. Le nouvel Esculape n'avait donc pour débiter dans la vie que son maigre bagage scientifique, ses 23 ans, ses 32 dents, une ossature d'Hercule et des traits d'Appollon.

Saturé d'illusions à en revendre, ambitieux, d'une énergie sans recul, il comptait bien se faire rapidement une large trouée au soleil en dépit de la guigne chronique qu'il subissait en philosophe carabiné.

On ne lui connaissait aucune maîtresse, si ce n'est Dame Misère; mais on le savait éperdument amoureux d'une jolie frimousse dont le petit cœur vibrait à l'unisson du sien.

Le coup de foudre mutuel datait d'il y a un an. C'était une aventure des plus romanesques.

.

Un samedi après-midi de la fin de juin, Guy pédalait, le nez au vent, droit comme un lencier sur sa bicyclette et indifférent à tout hormis les jolis minois qui se balladaient rue Ste. Catherine ouest. Or, être juché sur un pneu, s'y tenir en équilibre et entretenir en même temps un feu roulant d'oeillades et de coups de chapeau à l'adresse d'une légion de mondaines promptes à la riposte, c'en est trop pour un simple mortel. Aussi, la catastrophe d'imminente devint inévitable, et, au tournant d'une rue envoulant éviter la cohue des équipages, Guy renversa une pauvre petite et fut lui-même projeté sur la chaussée. L'imprudent se releva, la figure contusionnée, son unique pantalon gris ciel ébréché, et laissant le pneu en panne, il s'élança vers sa malheureuse victime pour lui tendre la main, s'excuser, en un mot, réparer en gentilhomme sa monumentale bvue; mais...la petite semblait rivée à l'asphalte, les jupes enchevêtrées accentuant ses formes. Des mèches de cheveux flottaient en désordre sur les tempes violacées et souillées de poussière. Un mince filet de sang coulait sur la nuque et les goutelettes figées en maculaient la peau veloutée. Une écume blanchâtre suintait aux commissures des lèvres et les paupières entrouvertes laissaient voir des pupilles dilatées, fixes, effrayantes.

Guy étouffa un cri d'angoisse et de ses bras robustes enlaçant la mignonne, il fendit la foule at-

troupee et déposa son précieux fardeau à la pharmacie Morgan qui était toute voisine.

Quelques minutes plus tard, l'ambulance de l'hôpital Notre-Dame transportait la blessée à cette institution.

Le soleil cédait graduellement sa place aux pâles rayons de la lune, et les chics mondaines repues de "flirtations" mais ressentant tout de même la fringale d'une longue marche regagnaient hâtivement le toit paternel.

.

Elle s'appelait Rose. Pendant huit jours l'infortunée lutta ferme contre les étreintes de la camarde. Le délire ne la quitta qu'à de rares intervalles. Guy, sur permission spéciale, passait les jours et les nuits au chevet, suivant avec anxiété les phases de la maladie et ses terribles symptômes de fièvre, de vomissements, de délire, de convulsions et de dépressions. Aussi, lorsqu'après la neuvième journée le docteur "de service" annonça une guérison assurée, notre héros au comble de l'émotion et de l'énervement s'affala sur le parquet. Il y avait huit jours qu'il n'avait pris qu'à juste ce qu'il faut pour ne pas mourir d'inanition.

La convalescence fut longue et les deux jeunes gens subirent fatalement la douce influence de leur rapprochement forcé. Ils s'aimèrent follement, à la vie et à la mort. Ils s'aimèrent, se le dirent, se le redirent, s'idolâtrèrent tout comme Héloïse et Abelard, Manon et Desgrieux, Roméo et Juliette, Paul et Virginie et tant d'autres.

.

Rose était devenue orpheline alors que ses jupes n'atteignaient pas encore la rotule. Sans fortune, on l'avait recueillie charitablement dans un pensionnat d'où elle avait pris son vol à l'âge de 17 ans, suffisamment armée pour la lutte de l'existence. Lors du pénible accident qui l'avait clouée sur un lit d'hôpital, elle gagnait le pain quotidien comme clavigraphiste dans un bureau d'avocat. La convalescence terminée elle reprit son travail, mais plus forte et courageuse, car Guy lui avait juré d'unir sa destinée à la sienne dès qu'il aurait en poche son diplôme et un peu de vil métal. On l'avu, le carabin décrocha haut la main la tymbale tant convoitée, et on peut facilement s'imaginer ce que fut ce jour de fête pour les deux amants.

LeNoblet Du Plessis.

Montréal, juillet 1903.

(A Suivre.)

ooo

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Et bien, comment vous sentez-vous ce matin?

—Très bien, répondit-il; j'ai traversé deux fois la terrasse sans éprouver la moindre douleur.

—Et votre pied ne vous gêne plus?

—Pas le moins du monde et je me sens même si bien que j'avais presque envie de vous proposer...

—Quoi donc? fit Nelly.

—Une promenade.

—Une promenade! s'écria la jeune fille, mais vous n'y pensez pas. Je vous permets tout au plus de faire le tour du jardin et croyez bien que je vous accorde beaucoup.

—Cependant...?

—Il n'y a pas qui tienne, dit Nelly en riant. Puis le regardant caline: Voulez-vous me désobéir?

—Oh! jamais, fit Donald, mais qu'allons-nous faire aujourd'hui?

—J'avais, moi aussi, quelque chose à vous proposer, dit-elle en s'asseyant près de lui.

—Dites chère Nelly, je vous écoute.

—Aimez-vous la photographie?

—Pourquoi cette question?

—Parce que ma mère m'a donné un kodak à mon dernier anniversaire et je crois qu'il serait fort plaisant si nous prenions quelques vues.

—Soit, fit le jeune homme, si cela peut vous plaire, faisons de la photographie.

Nelly se leva en battant des mains.

—Bravo, je cours chercher mon appareil et je suis à vous dans quelques instants.

Et vivement, Miss Brown disparut dans l'intérieur de l'habitation.

Donald Lington resté seul se leva et arpentant la terrasse:

—Cette idée de photographie me déplaît

giner de prendre mon portrait. Ceci est un danger qu'il me faut à tout prix éloigner.

Nelly revint presque aussitôt portant une petite caissette noire et un trépied photographique.

Ils descendirent au jardin.

—Si nous commençons par la rivière, dit Nelly, regardez là-bas comme c'est joli, ces grands arbres formant voûte au-dessus de l'eau courante; leur ombre se reflète dans la rivière comme dans un miroir.

Ils prirent quelques vues et Lington suivait la jeune fille, se rendant au moindre de ses caprices. Cependant, Nelly crut s'apercevoir que le jeune homme agissait sans enthousiasme, qu'il semblait préoccupé, voire même ennuyé.

—Seriez-vous fatigué, M. Donald?

—Non, répondit Lington, pourquoi me demandez-vous cela?

—Parce que vous me paraissez soucieux, vous êtes là, à côté de moi, ne disant mot et agissant comme un automate.

—Vous êtes cruelle, Nelly.

—C'est vous au contraire qui l'êtes, Donald, je fais mon possible pour vous distraire et vous devenez aussi gai qu'un enterrement.

—Si vous saviez?

—Toujours des secrets, monsieur le lieutenant, voyons, dites-moi bien franchement ce qui cause chez vous tout ce bouleversement.

Et Nelly en riant se plaça devant Lington, affectant une position militaire.

—Dites-moi, Donald, c'est votre pied qui vous fait souffrir?

—Non, je vous assure.

—Alors quoi?

—S'est au cœur que je suis atteint.

—La, la, la, monsieur Lington, voici une phrase que j'ai lu quelque part dans Dickens.

—Ne riez pas Nelly, car si l'amour est un grand bien, c'est quelquefois une terrible souffrance.

—Alors, dit Nellie, toujours plaisantant, si l'amour est une maladie, chose que, du reste, j'ignorais, il faudra demander au docteur Smyth de vous donner un spécifique.

—Je vous ai dit l'autre jour, que vous étiez belle, Nelly, que le charme qui se dégage de tout votre être avait produit sur moi une irrésistible impression. Ne baissez pas les yeux chère enfant; la rougeur qui envahit votre mignon visage, vous rend plus charmante encore.

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII,

MERCREDI, 5 AOUT, 1903,

No. 6

NOTRE DERNIER ORIGINAL.

Nos lecteurs ont sans doute remarqué dans notre dernier numéro, (No. 5, volume VII) DE L'EMPLOI DE L'HUILE STÉRILISÉE EN CHIRURGIE ABDOMINALE, n'était pas signé. Nous tenons à rectifier cette erreur de notre typographe, en donnant immédiatement le nom d'auteur de cet intéressant travail, qui est de la plume de notre distingué rédacteur en chef, M. le professeur M. T. Brennan.

L'Administration.

Travaux Originaux

REMARQUES SUR L'OPERATION CESARIENNE POUR PLACENTA PREVIA EN RAPPORT SPECIAL AVEC LA VIE DE L'ENFANT.

Par Francis Donohue, M.D., Instructor in Clinical Surgery, Tufts Medical School, Boston.

Conférence faite sur demande à la Celtic Medical Society of New York, Academy of Medicine, New-York, en avril 1903.

L'opération césarienne est elle justifiable dans certaines variétés de placenta prévia? Si vous croyez que la mère et l'enfant ont même droit d'existence, vous répondez affirmativement. Si, d'un autre côté, vous soutenez que l'existence de l'enfant peut être sacrifiée, de propos délibéré, pour améliorer les chances de survie de la mère, alors probablement vous ne croyez pas à ce traitement.

Après avoir cité les résultats de Shauta, Ehrenfest, Fry, Straussman et Higgins, le docteur Donohue dit:

Il est évident, alors, que les résultats du traitement moderne conservateur pour le placenta prévia peuvent être comparés favorable-

ment, en ce que concerne l'enfant, avec ceux de cette opération conservatrice, si fréquemment employée il y a vingt ans dans les cas de rétrécissement du bassin, la craniotomie. La mortalité maternelle est à peu près égale dans les deux cas.

La craniotomie, avec une faible mortalité maternelle, a cédé la place à la césarienne, avec une l'éthalité maternelle un peu plus élevée, parce qu'on ne peut nier les droits d'existence de l'enfant. Est-il injuste de faire une comparaison entre une opération qui, de propos délibéré, sacrifie cent pour cent des enfants dans l'intérêt de la mère, avec celle qui n'en fait perdre que 80 ou 90 o/o ?

En terminant, je crois que :—1. L'opération doit être faite à travers le muscle droit gauche. 2. L'incision de l'utérus n'est pas habituellement suivie d'hémorragie, même quand les ligaments larges ne sont pas comprimés. 3. Il faut permettre aux fibres utérines de se contracter et de se rétracter avant de tenter l'enlèvement du placenta. 4. Si on donne le temps voulu à cet effet, il n'y aura aucune perte de sang du commencement à la fin de l'opération. Si une hémorragie abondante a précédé l'opération, l'abdomen peut être rempli de sérum artificiel avant sa fermeture. 5. Le choc d'une telle opération n'est certainement pas plus grand que celui d'une version ou d'une application de forceps, chez une femme déjà épuisée; et, 6. dans quelques instants après le début de l'intervention, les indications de traitement—(Vider l'utérus et contrôler l'hémorragie)—auront été réalisées.

(Extrait d'un article à publier dans les *Annals of Gynecology & Pediatrics*, Boston, en août.)

& 409, rue Marlborough, Boston, Mass.

CHRONIQUE LEGERE MEDICASTRE

Dans un immense banquet, au milieu de tant de chefs d'œuvres de la pensée humaine, fatalement un certain nombre ne peuvent voir l'éclat des lustres. C'est l'éternelle fatalité:

"Full many a gem of purest ray serene,
The dark, unfathom'd caves of ocean bear;
Full many a flower is born to blush unseen
And waste its sweetness on the desert air.

(Gray.)

(C'est de l'anglais, mais il est gentil; pardonnez alors si je le cite.)

C'est ce qui est arrivé au somptueux banquet de la Société Médicale à l'hôtel Viger cet hiver: il a eu les arrivistes et les non-arrivistes!

J'en reviens à mon principe: on mange trop à ces banquets; si on n'avait pas perdu de temps à ruminer des produits hétérogènes inconnus à nom aliments, il y aurait eu amplement le temps d'entendre tout le monde. Chacun aurait pu servir, et à son tour, son petit plat, tout chaud et le savourer de tous. Nous n'aurions pas à enrégistrer des "oubliés," des "ratés". Quand un important monsieur a un discours à prononcer—et il se figure toujours que le sien est le plus digne d'être entendu—quand il est préparé, que son travail est accompli et que de malheureuses circonstances empêchent cet orateur tendu d'acoucher...oh! alors, quelle détente fiévreuse! quel bouleversement du cœur, de tout son amour-propre! quel désastre moral! Et ce malheur s'étend au corps que ce raté représente.

Après ce banquet, toute une institution aurait eu des coliques parce que son délégué serait revenu déposer sur le pupitre du président son discours, encore tout cacheté. Le président, pris d'un vertige d'indignation, déclara que ses neurones et ceux de ses collègues resteraient passifs à l'avenir devant les invitations venues de pareille souche.

Il paraîtrait que plusieurs délégués, ainsi constipés, avaient la tête et le système nerveux tellement en ébullition le lendemain, qu'ils durent disparaître pendant quelques jours. Un marconigraphe les a localisés au Pavillon Thérèse, chez le Dr. Bourque: ils étaient atteints d'une encéphalopathie hyperexcitatoire de rétention verbale, à forme cyclique! Chez plusieurs de ces malheureux, les spécialistes de l'institution ont constaté que

la cause déterminante, immédiate, se trouvait dans le fait que le président du banquet avait changé l'ordre des discours, afin de faire entendre certains politiciens avant leur tour. On les a traités aux frais du gouvernement: les politiciens ayant heureusement compris qu'ils devaient s'intéresser à eux. Ces malheureux sont restés muets ou presque muets; cause de désordre sans des ménages jadis si heureux... la femme ne pouvant plus avoir la réplique. Encore la politique qui brouille! De quoi n'est-elle pas responsable?

J'ai constaté, avec plaisir, que les charlatans attitrés, non-diplômés, n'avaient pas de représentant officiel. Peut-être ont-ils été dignement remplacés par les médecins (Oui hélas, oui—petits et grands!) bel et bien diplômés, qui adoptent ou protègent cette importante spécialité! Quatre ou cinq de ces Mécènes se pavanaient au banquet de la société. Ne pourrait-on pas dire avec Voltaire: "Dans toutes les professions, ce qu'il y a de plus indigne de paraître est toujours ce qui se présente avec le plus d'impudence." Ordonnance au Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec: "Purgare et repurgare!"

Parmi les invités, il s'est trouvé des politiciens—de nombreux politiciens! On a parlé politique, on a conseillé au médecin de s'occuper activement de politique. Vu la présence de ces messieurs aux banquets médicaux, il faut supposer que la médecine, la société médicale, les comités, ont besoin de protecteurs, ou bien que les politiciens avaient faim et soif. Encore, en invitant ces messieurs plus souvent, en multipliant les banquets et le nombre des invités de cette catégorie, la profession obtiendrait-elle par hasard, de meilleurs résultats à Québec et ailleurs: peut-être les dons des hommes deviendraient-ils, de cette façon, assez puissants pour un jour égaler les dons de Dieu des charlatans! Pourquoi les Collèges des médecins, au lieu de dépenser l'argent des contribuables à payer des procès qu'il perd toujours, n'emploierait-il pas une certaine somme, une ou deux fois par année s'il le faut, à gratifier les politiciens d'un grand dîner? Les bills seraient passés à la fin de la soirée.

J'ai remarqué que la couleur rouge prédominait à nos banquets médicaux: les menus étaient attachés avec une boucle de soie rouge, le grand nombre des politiciens étaient des rouges, même de figure. Tout était rouge

même l'embarras des présidents. Je n'ai rien à dire: c'est la couleur de la médecine, c'est celle du sang vital, c'est celle de la photothérapie pour détruire les choses malignes; la couleur avait donc sa raison d'être.

L'absence du bleu indique—diagnostic par exclusion—que les membres du comité d'organisation du banquet de la Société médicale sont de gais lurons, car ils n'aiment pas à être entourés de bleus. De fait, les bleus invités ou présents à ce banquet étaient...zéro. Le lendemain et plusieurs fois depuis, certains des convives ont eu des manifestations bleues, spécialement ces gens qui, croyant aller à un banquet de la profession médicale, sont tombés dans la soupière de la Société Médicale. Elle était chaude la soupe, et surnoisement servie!

Dois-je ajouter que plusieurs, en lisant ma méchante chronique, auront les bleus? Non, car en l'écrivant, mon intention était de chasser les bleus!

J'ai remarqué que quelques médecins atteints de la maladie bleue, étaient blêmes, le soir du banquet, ne voyant pas à la table d'honneur, aucun souffreteux avec qui ils auraient pu sympathiser et parler de leur affliction commune. Chaque fois qu'un rouget parlait, ils avaient de légers mouvements réflexes épigastriques.

Ceci m'amène tout naturellement à vous parler de la pathologie politique, nouvelle section de la médecine, encore dans son enfance, au point de vue de sa pathogénie et de l'étude. Le cadre nosologique en est très étendu et les variétés pathologiques des plus variées. La pathologie politique repose presque entièrement sur un même base malade, créée par certaines familles de la grande classe des vibrions egoïsmo-ambitionis. Presque tous ceux qui trempent dans le pétrin politique sont atteints, tôt ou tard, par ce parasite tenace et pénétrant, dont un des effets est la production de fermentations multiples, souvent nauséabondes, dans tous les milieux. Les immunes sont rares. Cet agent, sous différentes formes produit des symptômes et des désordres les plus variés: depuis la simple excitation ambitieuse à l'excitation maniaque et à la démence incurable; depuis le scrupule économique à la kleptomane furieuse; depuis la simple indifférence et la légère mélancolie au ramollissement organique, à la gangrène, à la pourriture morales.

Je n'ai nullement, messieurs, l'intention

de vous écrire un traité de pathologie politique, malgré le grand besoin d'études et de découvertes dans cette branche de la médecine, et malgré que je serais peut-être un des plus compétents pour conduire à bonne fin une telle œuvre vu que je me suis occupé fort peu de politique. On écrit les plus beaux livres sur ce que l'on ignore.

Je ne ferai que mentionner quelques unes des maladies ou syndromes les plus en évidence, laissant à d'autres de mes collègues que cette étude pourrait passionner, le soin des découvertes. Peut-être auront-ils la chance de faire accoler leur nom à une nouvelle maladie, et l'on dira bientôt: "Sir Batiste a la maladie de...!" Vous voyez que je ne suis nullement égoïste et que je laisse le champ de recherche libre.

Je me permettrai de signaler une forme curieuse de trouble cérébral qui se rencontre chez nombre de politiciens de toute âge—maladie à intervalles lucides, mais avec récurrences fréquentes, souvent périodiques. Il s'agit d'hallucinations électorales, accompagnées d'impulsions, de délire des grandeurs, avec développement extraordinaire des bossés phrénologiques de l'amabilité et de l'amativité. Ordinairement, il y a une idée fixe: excelsior. La lésion pourrait avoir une localisation un peu cérébelleuse, car il y a souvent des manifestations gyrotoires. Le caractère se modifie singulièrement: le malade est plein de suavité, de bonté, de politesse; il développe une impulsion incontrôlable d'embrasser les femmes de ses électeurs; il prend un intérêt tout particulier aux marmots sales et déguenillés; les animaux, surtout ceux d'un électeur incertain, l'attireront, il se produit ce que j'appelle de la pornophilie; il dépense follement son argent—ou celui des autres, il n'a plus conscience de sa provenance ou de sa valeur—à payer des consommations réelles ou imaginaires, à solder des comptes qui n'ont jamais existés. Il passe parfois les nuits à battre la campagne, en quête d'électeurs.

Cette maladie se termine par la guérison temporaire ordinairement. Celui qui, profondément atteint, subit un échec et change de vie, peut espérer une guérison radicale. Une crise se termine, au moment de l'élection, par une explosion de joie ou une attaque de mélancolie en rapport avec l'état de vacuité du gousset du patient.

Un autre état morbide bien singulier que l'on rencontre quelque fois chez les politiciens

mais qui est spécial aux officiers-rapporteurs et aux employés des départements de finances, c'est ce que je nomme la numérotomanie. Dans cette affection, le patient inconscient, est poussé à compter, à énumérer, à enrégistrer correctement. Il ne commet jamais d'erreur en fait de chiffres—ses calculs sont d'une sûreté morbide, automatique, dont il ne peut dévier. Cette affection cause souvent des ennuis...car toute vérité, en fait de chiffres, n'est pas bonne à dire—en affaires politiques, où tant de latitude est laissée à l'interprétation publique.

Le traitement est bien simple et réussit la plupart du temps. On commence par la gents agissent à merveille, entraînant des cures épatantes dès que le degré de saturation est atteint. Le sujet devient alors raisonnable: alors "Errare humanum est." Quelques sujets résistent, même à l'intimidation, ceux là ne sont pas faits pour la vie politique, et il n'y a qu'une vacance prolongée, les éloignant des milieux morbides pour eux, qui mette tout le monde à l'abri de leurs funestes statistiques.

Les deux grandes maladies qui règnent dans le monde politique de nos jours sont la maladie bleue et le rouget.

Je dois dire, de suite, que ceux qui sont atteints semblent parfaitement heureux. Ils n'ont aucune tendance à rechercher la guérison de leur affection, au contraire, le désir est de la propager par tous les moyens et toutes les voies possibles. On dit que certains incurables vont jusqu'à payer, en bel argent, les sujets qu'ils veulent inoculer. Pauvres illusionnés, la nature est bien bonne encore de ne pas leur laisser entrevoir l'état pénible dans lequel leur affection les plonge souvent.

Un coup d'œil rapide sur ces deux processus, ne manquerait probablement pas d'intérêt.

—o o:—

Coq-a-l'Ane

L'ORDONNANCE NON SUIVIE.—Le médecin vient voir son malade, qu'il trouve tout regaillard.

—Vous voilà mieux; le suivi
Jett. T. mon

ordonnance, j'espère?

—Suivi? réplique le malade; non pas, je me serais cassé le cou.

—Comment cela?

—Parbleu, je l'ai jetée par la fenêtre.

Tête du médecin. (Marseille-Méd.)

PNEUMONIE GONOCOCCIQUE.—Bressel rapporte le cas d'un homme de 32 ans, qui, pendant une attaque de blennorrhagie aigue, fut atteint d'une pneumonie double, dans l'expectoration de laquelle on trouva des diplocoques ayant tous les caractères du gonocoque. Dans le sang d'un premier examen, on reconnut les mêmes organismes. (Muench. Med. Woch.—Post-Grad.)

L'EOSINOPHILIE DANS LES KYSTES HYDATIQUES. — J. Savrazes (Muench. Med. Woch.) considère l'éosinophilie comme caractéristique des kystes hydatiques. Non seulement on retrouve les cellules éosinophiliques dans le sang, mais aussi dans le tissu conjonctif qui entoure la membrane d'enveloppe du kyste. Si cette membrane dégénère, les cellules pénètrent à l'intérieur du kyste non suppuré et sont reconnues dans le liquide aspiré, associées à de tous petits cristaux de Charcot. (Post-Grad.)

NOUVEAU REACTIF POUR RECONNAITRE LE SANG. — C. Stryzowski (The-rap. Monats.) recommande le mélange suivant :

Acide acétique glacial..... par. égales.
Alcool..... " "
Eau " "
Acide hydriodique 3 gouttes.

Ce réactif favorise la formation rapide de nombreux cristaux typiques. Il ne se conserve pas. (Post-Grad.)

POUR ANESTHESIER LES GRENOUILLES.—A. H. Cole, de Chicago, conseille la méthode au chlorétone. Tenant la grenouille avec la main gauche, on injecte dans l'estomac de l'animal, au moyen d'une pipette, ou compte-goutte ordinaire, 1 cc. d'une solution de chlorétone à 1 o/o. Il faut que l'injection, poussée bien loin dans l'œsophage, pénètre dans l'estomac. Des grenouilles très grosses demandent une seconde et même une troisième injection, à intervalle de trois à cinq minutes. L'animal devient aussi passif passif que s'il était mort. Les têtards deviennent passifs dans de trois à cinq minutes, en les plongeant dans eau 5 parties, solution de

chlorétoine à 1 o/o, une partie. (J. Applied Micr. & Lab. Meth.)

L'ANESTHESIE PAR LA CHLORÉTOINE POUR LES ETUDES BIOLOGIQUES SUR LES ANIMAUX. — A. H. Cole, de l'université de Chicago, recommande cette méthode, et il signale quatre modes d'emploi : — 1. L'animal est plongé dans suffisamment d'eau pour le couvrir et on ajoute, goutte à goutte, la solution de chlorétoine à 1 o/o, jusqu'à effet désiré. 2. Plonger l'animal directement dans la solution de titre connu ou dans celle à 1 o/o, puis déduire avec de l'eau. 3. injecter directement dans l'estomac de l'animal une quantité de la solution à 1 o/o, au moyen d'un compte-goutte. 4. Nourrir l'animal avec des doses apuropriées de chlorétoine renfermé dans des capsules ou dans des tablettes recouvertes en sucre. (J. Applied Micros. & Labor. Methods.)

L'ADENITE CERVICALE TUBERCULEUSE. — Est primitivement une maladie locale. 2. Il existe un certain rapport entre cette maladie et la tuberculose pulmonaire ; l'adénite peut servir de foyer de propagation. 3. La réaction par la tuberculine, comme aide pour le diagnostic, est positive et sans danger. 4. Malgré que la guérison puisse se faire dans de bonnes conditions hygiéniques, une intervention chirurgicale est nécessaire dans la plupart des cas. 5. Le traitement chirurgical doit être toujours radical. 6. Il y a guérison dans 80 o/o des cas ainsi traités. 7. La tuberculose pulmonaire, à moins d'être très avancée, n'est pas une contreindication.

LA PREMIERE CESARIENNE.—La première opération césarienne pratiquée sur une femme vivante, fut faite par un châtreur de truies, Jacob Nufer, de Siegershausen, en Thurgau, vers l'an 1500. Treize sage-femmes et plusieurs lithotomistes ayant en vain tenté de délivrer la femme, le châtreur, après avoir obtenu la permission du gouverneur de Freuenfeld et avoir invoqué le secours de Dieu, opéra, comme sur une truie," et sauva sa femme, qui vécut jusqu'à l'âge de 77 ans, et mit au monde plusieurs autres enfants—entre autres des jumeaux—par les voies naturelles. (Baas, cité par Gould in J. Am. Med. A.)

CECITE PERMANENTE A LA SUITE D'INJECTION DE PARAFINE.—L. M. Hurd rapporte (Sect. Laryng. & Rhin. N. Y. Aca.

Med.) un cas de cécité survende subitement à la suite d'une injection de parafine, pour la correction d'une difformité nasale. L'ophtalmoscope révéla une embolie de l'artère centrale de la rétine. Le sujet était âgé de 33 ans, non syphilitique. Malgré qu'il y ait la petite possibilité d'une coïncidence, l'auteur semble inculper la parafine. Le patient avait reçu deux ou trois injections antérieures sans accident. (J. Am. Med. A.)

L'ACNE. — Lusk, ainsi que Brown, recommande beaucoup la Lotia alba comp. :
Sulfate de zinc..... I drach.
Sulfure de potassium I "
Soufre précipité I "
Alcool..... Q. S.
Eau de roses..... à 4 onces

Le zinc et le potassium sont dissous dans la moitié de l'eau de rose, séparément, puis on ajoute la solution de potassium à celle de zinc, agitant continuellement. On emploie assez d'alcool avec le soufre pour en faire une pâte claire, que l'on mélange alors avec la solution. On doit ajouter vigoureusement la fiole. La préparation s'emploie deux fois par jour. Lorsqu'il se produit trop de stimulation ou de la desquamation, on suspend pendant quelque temps.

Dans les cas à papules profondes, Lusk ne trouve rien de mieux que la préparation suivante qui est très énergique et ne devra être employée que directement sur les papules et jamais sur une peau délicate. Avec l'usage de cette préparation, l'incision ne devient que rarement nécessaire :

Carbonate de potasse..... part. égales.
Soufre précipité..... " "
Glycérine..... " "

—Post-Graduate.)

LES APHTHES. — Un des meilleurs traitements est celui par le sulfite de soude, en gargarisme, en lavage et pris à l'intérieur.— (Med. Sum.)

ABCES DE LA PROSTATE. — Dans la blennorrhagie, un frisson sans gonflement des organes externes, suggère fortement la présence d'un abcès prostatique. Il faut toujours alors faire un toucher rectal, et si la glande est gonflée et sensible, et dure, quoique élastique, il ne faut guère retarder à pratiquer une ouverture par le périnée. La voie rectale est malpropre, expose à la formation d'une fistule uréthro-rectale et n'offre pas un drai-

nage aussi large que par le périnée.— (Intern. J. Surg.)

BAROMETRE VIVANT. — Une sangsue fait un bon baromètre. Remplissez un verre au trois quarts d'eau; placez-y la sangsue, et recouvrez le verre d'une mousseline, afin d'empêcher la sangsue d'échapper. Lorsqu'il devra faire "beau," la sangsue restera au fond du verre, enroulée sur elle-même et parfaitement immobile. S'il doit "pleuvoir," elle grimpera au haut du verre et y demeurera jusqu'au beau temps. Lorsque l'animal est agité et se tortille, il y aura du "vent." Se tient-elle hors de l'eau pendant plusieurs jours, vous pouvez vous attendre à une tempête accompagnée de "tonnerre." Les indications pour la "neige" sont celles de la pluie, pour la "gelée" celle du beau temps.— (Health.)

NOUVELLE MANIERE D'EMPLOYER LES SANGSUES. — Eh, bien, bonne dame, dit le docteur, comment va votre mari, aujourd'hui ?

—Beaucoup mieux, docteur, il est aux champs.

—Je le prévoyais, les sangsues l'ont guéri.

—Ah! oui; elles lui ont fait grand bien. S'il avait pu toutes les prendre.

—Comment toutes les prendre? Comment les avez-vous appliquées?

—Oh! j'en suis venue à bout. J'en ai fait bouillir la moitié et l'autre moitié je l'ai fait frire. Il a assez bien avalé celles qui étaient bouillies. Il était mieux le lendemain matin, et aujourd'hui il est très bien.

—Hein, dit le médecin en secouant la tête, c'est très bien si elles l'ont guéri, mais vous auriez mieux fait de les appliquer à l'extérieur.

—C'est bon, docteur, la prochaine fois j'en ferai un catapleume!— (The Doctor.)

NIRE.

—o o:—
Revue des journaux

—
MEDECINE

—
RECHERCHE DE L'INDOXYLE DANS CERTAINES URINES PATHOLOGIQUES.

Par M. le Dr Julius Gnezda.

On sait que les chirurgiens se trouvent parfois

amenés, dans certains cas de symptômes péritonitiques, à demander à l'examen chimique des urines si la péritonite existe ou non, et par suite s'il convient d'exécuter la laparotomie.

Dans la péritonite, en effet, l'indoxyle se rencontre en abondance dans l'urine. Mais, l'urobiline et la bilirubine rendent négative la réaction de l'indican. Il s'ensuit qu'il convient de prendre des précautions particulières pour l'analyse des urines renfermant ces deux derniers produits.

M. Gnezda recommande d'ajouter, aux urines renfermant de l'urobiline ou de la bilirubine, de la lessive de potasse concentrée en excès, après le traitement habituel, et bien que l'on fasse l'oxydation par les hypochlorites ou le chlorure ferrique.

Ce dernier produit ne doit pas être employé si les urines renferment beaucoup d'acide phosphorique, si elles contiennent de l'acide acétylanique et si les malades ont reçu de l'antipyrine ou de l'acide salicylique et ses dérivés.

Quand les urines renferment de l'albumine, enfin, elles doivent, au préalable, être désalbuminées.

(La Presse Méd.)

—o o:—
A PROPOS DES TROUBLES MENTAUX DANS LES AFFECTIONS CARDIAQUES.

Les cas sont nombreux où des symptômes mentaux sont consécutifs à des troubles cardiaques. M. Greenless, auteur de l'article, rappelle que Mickle attribuait certains phénomènes mentaux à des formes définies de cardiopathies. Une telle classification n'est justifiée ni par les observations de Mickle lui-même ni par celles que l'auteur a pu réunir. Bien qu'on ne puisse attribuer aux lésions aortiques, par exemple, un groupe de symptômes en opposition avec les signes mentaux dus aux affections mitrales, il n'en est pas lui-même suffisamment caractérisé pour mériter l'appellation de psychose cardiaque.

Les lésions affectant le cœur droit semblent provoquer l'apparition de signes d'excitation, d'irritabilité; le cœur gauche, au contraire, aurait pour apanage la dépression et la démence. La digitale, dans certains cas, paraît avoir une influence favorable sur les troubles mentaux reconnaissant une origine cardiaque.

Les lésions du cœur droit sont, au demeurant, un facteur de psychopathies qu'on ne doit pas négliger, et qui, dans une classification doivent prendre place à côté des psychoses dues à la tuberculose pulmonaire, aux affections ovariennes ou à d'autres lésions somatiques.

(Gaz. des Hôp.)

—:o o—
DE LA DEGENERESCENCE CANCEREUSE DE L'ULCERE SIMPLE DE L'ESTOMAC.

Lorsque, en présence d'un malade qui a offert les symptômes classiques de l'ulcère, on voit les douleurs persister, tenaces, violentes; lorsque l'amaigrissement, l'anémie surtout se prononcent et s'accusent davantage, lorsque surviennent les vomissements incessants, les gastrorrhagies noirâtres,

le melaena, on devra songer à la possibilité d'une cancérisation. Cliniquement, on a l'impression qu'il s'agit non pas d'un cancer stomacal, dont le début est le plus souvent insidieux, dont les douleurs sont moins vives, dont l'anémie est moins prononcée, mais qu'il ne faut pas non plus penser à un ulcère gastrique, généralement moins douloureux, plus tolérant et surtout plus susceptible de se modifier sous l'influence de la thérapeutique et du signe diététique.

Moins rare peut-être qu'on ne la croit, puisque nous en avons observé 4 cas en peu de temps, la transformation cancéreuse de l'ulcère gastrique s'observe, semble-t-il, à tout âge: nos malades étaient respectivement âgés de soixante et un ans, quarante-deux ans, soixante-dix-huit ans et trente-cinq ans. Ceux dont M. Hayem a rapporté l'histoire avaient de quarante à cinquante-trois ans; il s'agissait, de même que dans nos cas, de sujets du sexe masculin, et cette prédominance chez l'homme peut s'expliquer par ce fait que la gastrite parenchymateuse avec hyperchlorhydrie et hypersécrétion, cause habituelle et prédisposante de l'ulcère stomacal, est plus fréquemment observée chez l'homme que chez la femme. Néanmoins, parmi les observations publiées par divers auteurs, on peut en relever quelques-unes relatives à des malades du sexe féminin. Il n'y a donc là rien d'absolu.

Telles sont les seules notions d'étiologie que nous possédions, car nous ignorons complètement la cause réelle de la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère. Faut-il faire jouer un rôle à l'hérédité? Faut-il supposer avec M. Futterer que l'irritation permanente qui se produit au niveau des bords de l'ulcère est la cause directe de sa cancérisation? Doit-on penser que les lésions adénomateuses de la muqueuse au niveau du voisinage de l'ulcère puissent facilement subir la transformation cancéreuse? S'agit-il, si l'on admet la nature parasitaire du cancer, d'un germe implanté sur une surface dont les tissus sont en état de moindre résistance? Autant de questions auxquelles on ne peut répondre.

Quoi qu'il en soit, d'une évolution fatale et rapidement progressive, la cancérisation de l'ulcère stomacal est, de toutes les complications de cette maladie, la plus redoutable. Non pas qu'elle mette en peu d'instants la vie en danger, comme le font une hémorragie, une perforation, mais parce qu'elle est de toutes les affections de l'estomac celle qui accompagne des plus vives et des plus tenaces douleurs, au point que les malades semblent succomber non pas seulement à l'inanition progressive, mais épuisés dans leur système nerveux par leurs souffrances prolongées.

(La Sem. Méd.)

— :o o —

LA LEUCOPLASIE LINGUALE.

La leucoplasie linguale est bien une sclérose superficielle, mais une sclérose précédée de kératinisation de l'épithélium et accompagnée de papillomatose. C'est surtout un papillome corné, caractérisé par des plaques d'épaississement épithélial, d'u-

ne coloration blanche tout à fait particulière, et disposée ordinairement en larges nappes.

La glossite scléreuse, au contraire, est disposée en îlots ou en nappes beaucoup moins étendues. Il n'y a pas, dans la glossite scléreuse, une coloration blanche comme dans la leucoplasie, pas d'épaississement épithélial, pas de plaques nacrées commissurales. Quant à la sclérose profonde, elle est caractérisée par une lobulation, un mamelonnement, un ficelage de la langue qu'on ne retrouve pas dans la leucoplasie.

On peut encore confondre souvent la leucoplasie linguale avec le lichen plan de la langue. Il est exceptionnel de rencontrer du lichen plan lingual sans coexistence du lichen plan eutané, ce qui facilite le diagnostic; mais, au cas même où le lichen plan de la langue existe isolément, le diagnostic n'est pas extrêmement difficile. Au lieu de trouver la langue recouverte comme dans la leucoplasie d'un enduit blanc général, on constate dans le lichen plan, surtout si on examine la muqueuse à la loupe, que les lésions sont formées par des points blancs distincts, revêtant une disposition arborescente, en feuille de fougère. Ce diagnostic se fera donc d'une façon relativement facile.

Je n'ai plus à vous parler que du diagnostic de l'épithélioma, puisqu'on peut, comme je vous l'ai dit, considérer l'épithélioma lingual comme la phase ultime de la leucoplasie.

L'épithélioma de la langue doit être distingué de la gomme syphilitique. Ce diagnostic est facile. La constatation d'une tumeur qui se ramollit, s'ouvre et se vide, l'absence d'engorgement ganglionnaire permettent d'éliminer rapidement le diagnostic de cancer.

Mais ce qui ressemble surtout à l'épithélioma, c'est l'ulcération due à la sclérose syphilitique de la langue. Les éléments de diagnostic sont les suivants:

L'épithélioma est une tumeur isolée, unique. Dans la sclérose, si l'ulcération est unique, il existe d'autres saillies et des fissures multiples qui produisent le mamelonnement de la langue. Le cancer siège quelquefois à la face inférieure de la langue. La sclérose comme la gomme en occupe toujours la face supérieure. L'épithélioma forme une ulcération champignonneuse plus dure, plus saignante, revêtue d'un suintement ichoreux fétide, qui manque dans la gomme. Il détermine une salivation, une gêne des mouvements beaucoup plus marquées que celles qu'occasionne la sclérose ulcérée; enfin, point capital, l'épithélioma s'accompagne d'un engorgement ganglionnaire, qui manque toujours sans les scléroses et les gommages de la langue.

(La Presse méd.)

— :o o —

LA COQUELUCHE A LA MER

Par le Dr. Dhourdin, professeur honoraire à l'École de Médecine d'Amiens, et le Dr F. Lalesque, membre correspondant de l'Académie de Médecine.

La coqueluche, distinguée de la grippe par Sydenham (1679), a été bien décrite pour la première

re fois par Willia (1682) sous le nom de tussis puerorum convulsiva seu suffocativa, et depuis elle a été l'objet d'études remarquables de la part des auteurs qui honorent en France la médecine infantile.

Maladie des plus communes, la coqueluche n'épargne ni les petits ni les grands; presque tous, nous lui payons notre tribut. Parfois épidémique, elle est essentiellement contagieuse. Si elle est le plus souvent bénigne, elle présente parfois de sérieuses complications dans le présent et laisse malheureusement aussi, chez certains malades, des tares pleines de menaces pour l'avenir.

Elle est, par sa nature, une maladie toujours très pénible, présentant souvent une longueur de durée désolante pour le patient, décevante pour le médecin. Aussi a-t-on essayé, pour la guérir, l'ensayer ou l'atténuer, tous les remèdes classiques ou empiriques. Nous pouvons dire qu'on a épuisé et qu'on épuise encore contre elle tous les médicaments de la thérapeutique rationnelle. Tous ont donné des succès, tous ont échoué! Et "cela résulte de l'ignorance dans laquelle nous nous trouvons sur la nature réelle de la coqueluche, et lorsque la connaissance de la cause nous échappe, notre thérapeutique devient hésitante, et le plus souvent impuissante." Depuis 1885, où Dujardin-Beaumetz écrivait ces lignes, la connaissance de la cause semble avoir fait un pas en avant.

Ce qui a toujours appelé l'attention au point de vue de l'étiologie de la coqueluche, c'est son caractère spécifique et contagieux; et aujourd'hui, sous l'impulsion des théories de Pasteur, on s'accorde à lui reconnaître une origine parasitaire. Ritter (1892), plus récemment Arnheim (1903) et Leuriaux, de Bruxelles (1903), ont décrit un diplocoque qui semble être le même, analogue à celui de l'influenza, et qui serait l'agent pathogène de la coqueluche.

Quoi qu'il en soit, l'acceptation de la doctrine nouvelle a déjà sensiblement modifié la thérapeutique de la coqueluche.

Les balsamiques, les calmants et les antispasmodiques surtout, les toniques, etc., nous restent pour calmer le catarrhe trachéo-bronchique, la laryngite et le spasme de la glotte, les quintes de toux et les accidents nerveux, les vomissements et les douleurs, le délabrement de l'organisme, etc. A ces remèdes est venue se joindre toute la série de la médication antiseptique, sous toutes ses formes, pour tenter de combattre l'élément infectueux, facteur du mal. C'était encore insuffisant!

Pourquoi ces échecs? Parce qu'on ne s'adresse pas directement au mal, et que tous ces remèdes ne peuvent détruire l'agent pathogène.

Puisque nous admettons la nature microbienne de la coqueluche, nous devons reconnaître que l'ancienne méthode thérapeutique et la médication antiseptique ne peuvent être que des adjuvants dans le traitement de cette maladie parasitaire.

Toute maladie infectueuse, dont nous connaissons mieux l'essence grâce aux travaux des bactériologistes, doit être aujourd'hui combattue: le par le traitement diététo-hygiénique et climatique;

2^e par la sérothérapie; 3^e par l'asepsie et les microbicides.

L'asepsie représente, en somme, toutes les conditions hygiéniques actuellement conseillées dans les maladies virulentes et contagieuses: l'aération, l'isolement, la désinfection des logements, la stérilisation des divers objets et vêtements appartenant au malade, etc.

Quant aux microbicides, ils sont rares encore ceux qui ont pu rendre de réels services dans la coqueluche, et ceux qui ont donné de si beaux résultats dans la pratique chirurgicale ne sont guère maniables quand il s'agit de maladie médicale.

Signalons ici les bons résultats qu'à donnés l'ozone, en inhalations, dans le traitement de la coqueluche, et dont L. Delherm, interne du Dr. Comby, à l'hôpital des enfants malades, vient de reprendre l'étude (1902). L'auteur considère l'ozone comme un antispasmodique puissant, ce qui justifie rait son emploi dans la thérapeutique de la coqueluche. Nous admettons volontiers le pouvoir antispasmodique de l'ozone, mais nous savons aussi qu'il a une action antiseptique (Cazin) et une action désinfectante et antiputride (Duphil), microbicide, dirons-nous, dans les affections broncho-pulmonaires, ce qui faisait écrire à l'un de nous: "C'est aussi sans doute grâce à sa présence dans l'air que l'on obtient à Arcachon de si remarquables et de si rapides résultats dans le traitement de la coqueluche (o);" car nous savons que l'ozone est très abondant dans l'air marin, et d'autant plus qu'il existe, au bord de la mer, des forêts de pins où sa production est augmentée, sous l'influence d'une chaleur douce et humide, par l'oxydation de l'essence de térébenthine provenant des pins (Duphil).

Pour ce qui est de la sérothérapie, le Dr. Leuriaux (de Bruxelles) vient de faire avec succès une heureuse tentative. Après avoir isolé un diplocoque (analogue à celui décrit par Ritter et Arnheim) et en avoir fait des cultures, il a poussé plus loin ses recherches et ses expériences, et il a essayé la sérothérapie de la coqueluche, en suivant le procédé de Roux pour l'immunisation des chevaux producteurs du sérum vaccinal. Il prétend que ce sérum injecté aux coquelucheux donnerait des résultats remarquables, surtout quand on en fait usage au début de la maladie.

Les conditions du traitement aseptique et antimicrobien peuvent être réalisées par la cure hygiénique et climatique, qu'on a beaucoup trop négligée, dans ces derniers temps, quand il s'agissait de soigner et de guérir la coqueluche. Et pourtant, le séjour au grand air, à l'air pur, est le moyen qui a donné les plus beaux succès; il est encore appelé, et surtout de par les doctrines nouvelles, à rendre d'incontestables services, à sauvegarder bien des santés, et à sauver bien des existences. Le changement d'air a depuis toujours été conseillé, mais on ne savait trop à quoi attribuer ses bienfaits effets on ne savait trop à quoi attribuer ses bienfaits effets, plus compréhensibles aujourd'hui que nous connaissons mieux la nature de la maladie et que nous apprécions davantage l'influence du climat. En tout cas, il y a longtemps que l'on a constaté les résultats obtenus chez les enfants

transportés, au moment voulu, à la campagne, à proximité des bois, ou à la montagne, et nous verons bientôt que déjà il y a un demi-siècle, Dauvergne vantait la mer..

Aujourd'hui, en France et en Belgique, c'est à la MER que l'on donne la prépondérance, avec raison selon nous, car nous la considérons comme élément curateur de la coqueluche, et aussi comme élément préventif et prophylactique des maladies de l'appareil respiratoire et surtout de la tuberculose pulmonaire, qui en sont trop souvent la conséquence. Et la raison de cette préférence, c'est que la plupart des plages de notre littoral maritime, de l'Atlantique surtout, jouissent d'un climat tempéré, qu'elles sont inondées d'air pur et aseptique, saturé d'oxygène et d'ozone, et que leur climat présente une grande stabilité barométrique et hygrométrique, toutes conditions qui caractérisent le climat marin, et font de ces plages un climat de choix pour nos petits coquelucheux, qui réclament un soulagement et une guérison immédiats, et pour qui nous demandons une préservation et une sécurité efficaces pour l'avenir.

— : o o —

LES LÉSIONS HISTOLOGIQUES DE LA GANGRÈNE FOUROYANTE DE MAISONNEUVE.

Devise: "Vitam impendere vero."

Les lésions histologiques de la gangrène gazeuse aiguë des chirurgiens, gangrène foudroyante de Maisonneuve, n'ont pas été décrites jusqu'à présent ou l'ont été d'une façon inexacte.

Les recherches originales de l'auteur ont été faites, d'une part, chez l'homme sur des pièces fraîches provenant de membres amputés et n'ayant pas encore subi la putréfaction cadavérique; d'autre part sur des animaux inoculés avec de la terre, de l'eau vaseuse ou des produits septiques venant de l'homme, ce qui a permis de suivre les lésions aux différentes phases de leur évolution. La technique suivie pour la préparation et l'examen des pièces est indiquée avec soin. Trente-trois belles figures photographiques obtenues par l'auteur lui-même avec des procédés perfectionnés permettent de suivre aisément et même de contrôler l'exposé des lésions observées.

Les lésions les plus importantes de la gangrène foudroyante intéressent les muscles et les vaisseaux.

Pour les muscles, ce sont des lésions de myosite suraiguë avec dégénérescence vitreuse ou cirreuse, dégénérescence de Zencker, analogue à celle qu'on observe dans certaines infections graves, notamment dans la fièvre typhoïde. On les trouve à leur maximum de développement au voisinage de la fracture compliquée ou de l'écrasement qui a le plus souvent provoqué la gangrène, et de ce foyer principal elles se répartissent irrégulièrement sur les différents muscles du membre atteint ou même au delà. En outre, les colorants spéciaux des bactéries montrent des amas de microorganismes développés au contact des fibres atteintes.

L'auteur fait une étude détaillée des différents aspects que peut présenter la dégénérescence vitreuse des fibres musculaires et de la désintégration granuleuse qui lui fait suite. Il montre que, suivant l'intensité du processus, deux variétés histologiques peuvent être réalisées: dans l'une, la fibre musculaire est frappée à mort d'emblée; dans l'autre, elle accuse par l'hypertrophie de son sarcoplasme et la multiplication de ses noyaux une réaction plus ou moins vive; elle est alors susceptible de défense et pourra régénérer plus tard les parties nécrosées.

Pour les vaisseaux, on observe, au niveau des capillaires, la dégénérescence graisseuse et des ruptures avec hémorragie; du côté des veines, des lésions d'endophlébite oblitérante; du côté des artères, des lésions d'endarterite oblitérante et de périartérite, des altérations particulièrement intéressantes dans la tunique moyenne: dégénérescence spéciale du protoplasma et état pseudo-vacuolaire analogue à celui qui a été récemment décrit dans la diphtérie, la fièvre typhoïde et le rhumatisme aigu.

Enfin, l'auteur croit avoir observé, dans des cas de gangrène expérimentale de la variété bénigne, des faits de transformation de cellules vasculaires ou du moins participant à la constitution d'un vaisseau. On conçoit quelle serait l'importance de ces faits relativement à la question du transformisme cellulaire.

Le travail anonyme que nous venons d'analyser doit être l'œuvre d'un homme laborieux et consciencieux qui, suivant la devise qu'il a choisie, ne craint pas de dépenser sa vie pour la recherche, ne fût-ce que d'une parcelle de vérité.

(Bull. Acad. Méd.—re Prix Alaringa.)

(A Suivre.)

— : o o —

Thérapeutique et Mat. Médicale

LE TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES A NEW YORK.

Par M. le docteur Francis Munch.

M. Coley, depuis quelque temps, emploie les rayons de Röntgen concurremment avec les toxines de l'érysipèle, dans le traitement des tumeurs sarcomateuses. Pour lui, il serait possible, dans un certain nombre de cas de ce genre, d'obtenir des résultats favorables. Il a vu, en effet, des sarcomes très étendus ou même inopérables disparaître entièrement, comme à la suite d'une véritable fonte des tissus, et avec un résultat cosmétique bien supérieur à celui qu'aurait procuré une intervention chirurgicale. Dans certains cas M. Coley a même cru obtenir, par les rayons de Röntgen, des effets meilleurs que par l'emploi des toxines. Il s'agit des malades chez lesquels ces dernières étaient restées sans efficacité aucune, alors que la radiothérapie amena une amélioration ou la guérison.

J'ajoute cependant que tous les chirurgiens de

New-York ne partagent pas l'avis de M. Coley au sujet de la valeur comparative de ces deux agents thérapeutiques. C'est ainsi, par exemple, que M. le docteur Howard Lilienthal, chirurgien du Mount Sinai Hospital, a beaucoup plus confiance dans les toxines que dans les rayons de Roentgen. A cet égard, il a bien voulu me faire voir une malade ayant eu un vaste ostéosarcome de l'omoplate droite, ainsi qu'il était facile de s'en rendre compte par l'examen d'un moulage en plâtre pris avant l'institution de son traitement. La plus grande partie de cette tumeur a actuellement disparu. Bien que, dans ce cas particulier, les toxines et la radiothérapie aient été employées simultanément, M. Lilienthal, de par les résultats qu'il a obtenus dans des cas antérieurs, croit pouvoir attribuer cette amélioration à l'usage des toxines. Afin, d'ailleurs, de s'assurer du fait, il va interrompre le traitement radiothérapique et ne continuer que les injections de toxines.

Au point de vue de la permanence des succès thérapeutiques, en matière de radiothérapie du cancer, M. Coley a jusqu'ici observé personnellement cinq récidives dans les cas qu'il avait considérés comme guéris. L'avenir montrera si, avec des progrès dans la technique, il est possible d'éviter le retour du mal, ou si, au contraire, les guérisons observées sont dues aux hasards d'une série heureuse.

M. le docteur Turnure, qui a créé un service de radiothérapie au Roosevelt Hospital, annexé au Columbia Medical College de New-York, a également essayé les rayons de Roentgen dans le traitement du sarcome. L'amélioration, chez ses malades, n'a été qu'éphémère et, après un arrêt momentané, le néoplasme n'a pas tardé à reprendre sa marche progressive. Tout autres ont été les résultats en cas de tumeurs épithéliales. Les épithéliomas superficiels, en effet, lui ont généralement donné des succès. Dans un cas, cependant, où il s'agissait d'un cancroïde de la lèvre récidivé trois semaines après l'extirpation de la tumeur, le néoplasme ne parut guère influencé par les rayons de Roentgen. Afin de rendre le traitement plus actif, M. Turnure augmenta la durée des séances et diminua la distance de l'ampoule. Le néoplasme n'en continua pas moins à progresser, et la lèvre inférieure ne tarda pas à devenir le siège d'un ulcère étendu. Dans le cancer de la langue, de la parotide et du sein, M. Turnure ne croit pas à l'efficacité de la radiothérapie, la plupart des malades qu'il a eu l'occasion de soigner de la sorte n'ayant présenté aucune amélioration appréciable, même après un traitement prolongé pendant plusieurs semaines. Dans un cas de cancer du sein, les rayons de Roentgen semblèrent même donner un coup de fouet au processus néoplasique et hâter la formation d'un cancer en cuirasse. Dans un autre fait du même genre, au contraire, une récidive très superficielle, survenue dans la cicatrice opératoire, a disparu entièrement sous l'influence du traitement et n'a pas reparu depuis quatre mois. J'ajoute que M. Turnure admet depuis quatre mois la réalité de l'action analgésique des rayons de Roentgen, mais il pense que cet effet est uniquement dû à l'action

morale qu'exerce sur le malade la nouveauté thérapeutique en question.

D'après ce qui précède, on voit que, d'une façon générale, les chirurgiens de New-York sont plutôt sceptiques à l'égard de l'efficacité de la radiothérapie contre les tumeurs malignes. Après avoir signalé, dans ma première lettre, l'enthousiasme qui règne à Boston et à Philadelphie, il est intéressant de lui opposer ce scepticisme de New-York, afin de donner ainsi un tableau complet des idées qui ont cours actuellement sur la radiothérapie du cancer dans l'Est américain.

(Semaine Médicale).

— o o —

TRAITEMENT ELECTRIQUE DE LA FISSURE SPHINCTERALGIQUE DE L'ANUS PAR M. LAQUERRIERE.

M. Laquerrière fait une communication sur le traitement électrique de la fissure sphinctérogique de l'anus. L'auteur rapporte plusieurs observations de malades chez lesquels le symptôme douloureux a cédé dès la première séance. Pour lui, c'est la sphinctérogique qui domine parmi les symptômes de la fissure anale, puisqu'on ne trouve quelquefois pas même de fissure. Ses conclusions sont, surtout après les travaux de M. Doumer (de Lille):

1. Que les courants de haute fréquence, appliqués selon la technique de cet auteur, sont le traitement de choix de la fissure sphinctérogique;
2. Qu'ils ont une action favorable et sur les hémorroïdes aiguës et sur les hémorroïdes chroniques;
3. Qu'ils amènent souvent une sédation des phénomènes douloureux ou congestifs péirectaux.

M. Picqué fait observer que, pour la fissure, il faut distinguer nettement, avec les classiques, la fissure vraie de la fausse fissure de l'anus. C'est le même syndrome, mais, dans le second cas, il n'y a pas de fissure, et ce fait constitue une contre-indication de la dilatation. Ce sont des malades à renvoyer à leurs médecins. Il en est de même pour les hémorroïdes, dont certaines sont purement médicales et n'appartiennent pas à la chirurgie. Pour les hémorroïdes chirurgicales, c'est-à-dire celles qui sont procidentes, saignantes et ulcérées, la méthode de Whitehead est la meilleure et donne des résultats rapides et constants.

M. Godleski ne nie pas l'action merveilleuse et immédiate de la dilatation dans les fissures vraies, mais il a obtenu, par les moyens médicaux, des résultats qui ne sont pas à dédaigner, notamment par l'emploi des suppositoires au ratanhia (Extr. de ratanhia, 0 gr. 20; beurre de cacao, Q. S., pour un suppositoire).

M. Laquerrière dit que dans la pratique, la sphinctérogique est le symptôme dominant, à tel point que l'examen est quelquefois impossible, et que ce n'est qu'après la sédation due au traitement électrique qu'on peut savoir s'il y a ou non fissure.

(Soc. Méd. de Paris.)

— o o —

SUR L'ACTION DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE COLLARGOL DANS LES MALADIES SEPTIQUES.

Hermann Schmitt

L'auteur, après avoir indiqué la technique de l'injection de collargol dans une veine au pli du coude, étudie les résultats qui lui ont été fournis. Dans les septicémies peu graves, quatre à six heures après l'injection, les symptômes pénibles: céphalée, agitation, malaise général disparaissent et le malade ressent un bien-être général. Ce n'est que quelques heures après qu'il se produit une sédation du pouls et de la température. Une seule injection suffit à amener la guérison. Dans les cas graves on observe, après la première injection, les mêmes phénomènes subjectifs, mais la chute de la température ne survient qu'après des injections répétées. S'il s'agit de cas compliqués d'abcès, les injections de collargol améliorent l'état général, mais la température ne s'abaisse qu'après l'ouverture des abcès. Enfin dans les cas de pyohémie avec abcès métastiques multiples le collargol se montre sans aucune efficacité.

Chez les malades traités par le collargol la convalescence est extraordinairement rapide et on n'observe aucune tendance aux rechutes.

L'auteur rapporte un certain nombre de cas traités dans le service de Crédé par les injections intraveineuses de collargol et modifiées heureusement par ce médicament: un cas d'appendicite perforante avec péritonite diffuse, un cas d'érythème noueux, quatre cas de polyarthrite infectieuse, quatre cas de polyarthrite infectieuse, quatre cas d'érysipèle phlegmoneux, deux cas de septicémie à streptocoque et deux cas d'infection puerpérale graves. S'appuyant sur ces observations et sur les faits rapportés par Wickenbach et Müller en Allemagne et Netter en France, l'auteur recommande les injections intraveineuses de collargol comme d'une efficacité non douteuse et d'un emploi extrêmement simple.

(Deuts. medic. Wochens.)

LA RAGE A CONSTANTINOPE.

P. Remlinger.

Un préjugé fort répandu veut que la rage n'existe pas chez les chiens de rue de Constantinople. M. Remlinger établit que cette maladie s'observe chez eux mais qu'elle y est rare, eu égard au nombre incalculable des chiens errants. Or ces animaux ne présentent aucune incommunité vis-à-vis du virus rabique, car l'auteur ayant inoculé comparativement dans la chambre antérieure de l'œil des chiens de Constantinople et des chiens de Vienne, a vu que la proportion des résultats positifs était dans les deux cas identique. La faible expansion de la maladie s'explique par ce fait qu'au lieu de prendre, comme en Europe, la rage furieuse, les chiens errants contractent presque exclusivement la rage paralytique. Il convient peut-être aussi de faire jouer un rôle secondaire à l'instinct de ces animaux qui les porte à fuir leur congénères atteints de la rage,

à leur répartition par segments de rue hors desquels ils ne peuvent s'aventurer sans danger, enfin à l'épaisseur de leur fourrure. L'absence de contrainte dans la satisfaction des besoins génésiques, le fait que les chiens de Constantinople constitueraient une race spéciale intermédiaire au loup et au chacal ne joueraient par contre aucun rôle. Si la rage est rare à Constantinople, elle est fréquente par contre dans le reste de la Turquie où les chiens prennent souvent la rage furieuse. Quant à savoir pourquoi les chiens prennent la rage furieuse dans les provinces et la rage paralytique dans la métropole, l'auteur avoue son ignorance complète sur ce point.

(Revue d'hygiène.)

OBSTETRIQUE

LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DU POULS ET DE LA TEMPERATURE DANS LES SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES.

M. Daniel résume ainsi les conclusions auxquelles l'ont conduit ses récentes recherches personnelles:

Les "crevasses du sein" modifient dans leurs tiers des cas la courbe de la température, qui s'élève, vers le quatrième ou cinquième jour, de 6 à 8 dixièmes de degré. Cette élévation persiste pendant trois ou quatre jours, puis disparaît.

Dans la "lymphangite du sein," la fièvre apparaît du cinquième au septième jour après l'accouchement; elle monte brusquement à 39 ou 40 degrés; sa durée est de douze à vingt-quatre heures; après quoi elle tombe soit brusquement, soit en deux temps. Le pouls augmente de fréquence, mais sans que ses modifications soient parallèles à celles de la température. Dans les cas de "galactophorites" secondaires à la lymphangite, la température, qui était montée brusquement au bout de douze à vingt quatre heures, persiste encore pendant trois ou quatre jours, oscillant autour de 38 degrés. Le pouls commence à augmenter de 15 à 20 pulsations, pour tomber à la normale au bout de trois à quatre jours en même temps que la fièvre.

Dans les plaies vulvo-périnales, la température apparaît vers le troisième jour, ne dépasse pas 38 ou 38.3 et disparaît du septième au neuvième jour. Dans certains cas, on n'observe pas de fièvre. Le pouls suit la température et oscille autour de 80. Lorsqu'il y a "infection utérine," la température débute du troisième au septième jour; le thermomètre s'élève progressivement à 37.5, 38, 38.5. Au bout de deux ou trois jours de cette fièvre légère, la courbe s'élève brusquement à 40 degrés, à la suite d'un frisson. Rarement la température apparaît du premier au troisième jour: dans ce cas il s'agit de véritables septicémies.

La marche de la courbe thermique varie suivant la gravité de l'infection et le traitement administré.

I. Elle peut se maintenir aux environs de 40

avec des oscillations d'un degré, la température étant ordinairement plus élevée le soir que le matin; dans d'autres cas les oscillations, beaucoup plus marquées, atteignent jusqu'à 2 et 3 degrés; quelquefois, enfin, on peut voir la courbe s'abaisser aux environs de 38 degrés pendant un à quatre jours pour remonter ensuite. Cette hyperthermie peut durer plusieurs semaines accompagnée d'un état général grave, et être suivie de mort.

2. D'autres fois la température peut tomber soit progressivement à la normale au bout de quelques jours, sans aucun traitement; la chute de la température se fait en général lentement, et la courbe descend peu à peu à 37 degrés; soit brusquement dans des cas exceptionnels ou après un traitement approprié; soit enfin à la suite d'une complication: on voit quelquefois, vers le septième-huitième jour de l'infection, apparaître près de l'utérus une tuméfaction douloureuse au palper. Son apparition est souvent de bon augure; elle annonce que l'infection se localise et perd sa tendance à la généralisation. En même temps la fièvre tombe. Cette tumeur peut finir par la résolution, mais elle peut aussi, dans des cas plus graves et plus rares, finir par la suppuration. La fièvre prend alors le type continu avec légères exaspérations vespérales, le thermomètre monte dès le début à 39 et même 40 degrés, puis oscille autour de 39 degrés pour descendre progressivement vers le dixième ou le douzième jour en se rapprochant de la normale.

Le pouls est assez variable: 1. tantôt il suit une progression absolument parallèle à celle de la température; 2. tantôt il y a dissociation, le pouls étant plus rapide que la température; 3. la fréquence du pouls peut précéder tous les autres accidents, même l'élévation thermique. Un traitement méthodique exerce une influence favorable sur la marche de la température et du pouls.

Enfin dans la (plébite), tout à fait au début, il peut exister des modifications du pouls et de la température, modifications apparaissant dans les dix à quinze jours et acquérant, pas conséquent, la valeur d'un véritable symptôme précurseur.

(Revue prat. d'obst. et de pédiatr.)

FORMULAIRE

L'ICHTHARGAN.

Neuwirth a essayé, dans la belnorrhagie chez la femme, cette combinaison d'ichthyol et d'argent.

La vaginale aiguë ou chronique est traitée par des lavages à 100/00; il est préférable de verser le topique dans un spéculum tubaire, que l'on retire lentement, de façon à ce que toute la muqueuse soit successivement baignée pendant une à deux minutes par le liquide. Cela fait, on introduit un tampon ou une bande de gaz imprégnés de:

Ichthargan..... ââ 5 gr.
Eau distillée.....
Glycérine..... 90 gr.

Usage externe.—Laisser en place pendant dix à

douze heures. Recommencer le traitement le lendemain ou le surlendemain dans les cas légers.

Pour l'utérite, on utilisera des instillations à 1:1000.

L'auteur étudie en ce moment l'action de l'ichthargan sur l'endométrite et la cervicite.

COLLAPSUS COMA.

Frictions stimulantes, révulsifs, marteau de Mayor, injections sous-cutanées d'éther, de caféine.
Emétique..... 0 gr. 04
Infusion d'arnica..... 150 fr.

Pour un lavement.

Vinaigre de café de Swediaur.

Vinaigre de vin..... 50 gr.

Café torréfié..... 20 gr.

Faire bouillir, passer et ajouter:

Sucre..... 10 gr.

Une à quatre cuillerées à café.

(Revue de Thérap. inf.)

LEXATIF POUR ADULTE

Extrait fluide de Rhamus frangula 58 grammes.

Extrait fluide de Casera sagrada 50 —

Glycérine pure 30 —

Une à deux cuillerées à café le soir au coucher dans un peu d'eau sucrée.

Pilules laxatives :

Extrait de Cascara 00,5

Podophyllin 0,01

Extrait de juisquiamme 0,01

Evonimine 0,03

Poudre de savon q. s.

Pour une pilule; une à deux pilules le soir au coucher.

Evonymine } ââ 0,02

Podophyllin }

Extrait d'hydrastis canad } ââ 0,03

Poudre de savon méd. }

Pour une pilule; une le soir au coucher.

NOUVELLES

—Encette ville, dans la chapelle privée de Monseigneur l'archevêque, a eu lieu le mariage de M. J. Marion, médecin de la ville des Laurentides, et de Mlle Aline Hudon, fille de feu M. Firmin Hudon, négociant en gros de cette ville. La bénédiction nuptiale a été donnée par sa Grandeur.

Le témoin de la mariée était le frère de celle-ci, M. Albert Hudon, de la maison Hudon et Orsali, et celui du marié, M. L. A. Rivet, avocat, de cette ville.

—A Ste Eulalie, le 3 de ce mois, M. le Dr Comtois conduisait à l'autel Mademoiselle L. Richard de la même paroisse.

SUPPLEMENT

AMOUR ET FATALITE

(Suite.)

Il ne restait plus qu'à trouver un endroit propice et lucratif où pratiquer la médecine, et comme Rose avait des préférences pour la campagne, son fiancé s'aboucha avec qui de droit. Entre temps, il subvenait à ses dépenses en remplissant l'emploi peu rémunérateur d'assistant autopsiste à la morgue, charge que l'on avait spécialement créée pour lui.

Guy reçut enfin une lettre d'un curé des Cantons de l'Est le mandant sans retard. Le cœur gros d'espérances, il prit congé de sa bien-aimée pour quelques jours et fila à toute vapeur vers la terre promise.

Tout marcha rondement. On garantissait \$800 au jeune médecin pour la première année avec perspectives des plus alléchantes. C'était plus qu'il n'en fallait pour réaliser son rêve et entrer de suite en ménage. C'est l'âme remplie d'allégresse et des châteaux en Espagne plein la tête que le jeune homme revint à la ville par une belle matinée ensoleillée. Il aurait voulu annoncer aussitôt la bonne nouvelle à sa future mais elle était sans doute au bureau et il ne fallait pas songer à lui faire une scène à cet endroit. Il voyait rougir se jeter à son cou et se pâmer sous son étreinte affectueuse. Il l'attendait à l'heure du midi et lui crierait son bonheur...

Pour calmer la légitime surexcitation qui lui faisait voir tout en rose, il se rendit une dernière fois à la morgue afin de prendre définitivement congé du personnel. Il s'achemina vers cette salle sombre et froide où l'on expose en public pour qu'ils soient reconnus les cadavres des personnes mortes hors de leur domicile. C'est là aussi que le coroner procède aux enquêtes post mortem. Il y avait justement à ce moment 12 jurés appelés dans la matinée pour se prononcer sur le cas d'une personne que l'on avait trouvée expirante sous les roues d'un lourd camion. Guy, habitué à ce macabre cérémonial, passa outre et pénétra par curiosité dans la pièce où reposait le cadavre. La mort, son mystère, son spectre hideux lui étaient familiers, mais en fouillant du regard cette masse de chair inerte il ne put réprimer un mouvement d'admiration et de compassion à la vue de cette femme aux contours irréprochables qui gisait là abandonnée, nue, avec comme uniques linéaments un voile sur la figure et un scapulaire négligemment enroulé sur les seins neigeux. Il s'approcha et machinalement souleva la voilette...un cri guttural s'échappa du larynx du jeune homme qui recula, son être secoué de convulsions épileptiformes. Les cheveux hérissés, les yeux hors de l'orbite, fous, idiots, il se rua sur le cadavre qu'il prit à bras le corps, et rapprochant la figure de la morte près de la sienne, il y plongea un regard inquisiteur, farouche. Un nouveau rugissement de bête fauve fit trembler les vitres du taudis et Guy s'élança vers la porte avec sa proie, mais il trébucha et roula tête première sur le parquet pierreux. Le crâne du malheureux

rebondit avec un bruit sec de fêlure, un râle suivi d'un hoquet et l'infortuné jeune homme se raidissant dans un dernier spasme retomba sans vie, tenant toujours la morte à bras le corps, les doigts crispés et les ongles enclavés dans les chairs exsangues.....

On l'a deviné, cette vierge exposée là sur les dalles de la morgue n'était autre que Rose, brutalement arrachée à la vie et à l'amour...par la fatalité.

Mariés dans la tombe ils eurent une bière commune, et, si jamais on fait des fouilles à l'angle sud-est du cimetière de la Côte des Neiges, on trouvera parmi les carcasses hideuses deux squelettes dont l'un tient l'autre singulièrement embrassé. Le moindre souffle... ils tomberont en poussière.

— o o: —

L'EMIGRATION DES MEDECINS FRANCAIS.

Il est indiscutable que la médecine se démocratise. Nombreux sont, en effet, aujourd'hui les praticiens, sortis non pas des rangs du prolétariat, mais de la petite bourgeoisie, constituée surtout par les fonctionnaires innombrables de l'Etat français. La plupart de ces confrères n'ont pas de fortune personnelle et ne peuvent pas épouser des jeunes filles à forte dot, comme au temps passé. Aussi, quand ils sont nantis d'une respectable descendance, celle-ci est-elle destinée aux pires vicissitudes, si le chef de la famille ne sait pas prendre au moment opportun, un parti énergique, dans le genre de celui auquel vient de se décider l'un des vieux médecins d'une ville aussi importante que Nantes.

Ce dernier, chargé de famille, n'a pas hésité à s'expatrier, désespérant de sortir de l'ornière en France. Il s'en est allé au Canada. Là, du moins il pourra faire de ses fils de grands agriculteurs. N'ayant pas pu réussir à leur faire donner en France la même éducation qu'il avait reçue lui-même, il s'est résolu d'abord à les sauver.

C'est là un grand et salutaire exemple, qui s'explique d'autant mieux que Nantes est redevenue un grand port, en relations avec l'Amérique, mais qu'il ne faut pas se lasser de placer sous les yeux de ceux qui, désespérés devant l'obstacle, sont partisans de la doctrine du moindre effort, et sont toujours prêts à jeter le manche après la cognée.

D'aucuns n'hésitent pas à dire que les "conseillers ne sont pas les payeurs", et renvoient aux pauvres journalistes leurs avertissements et leurs avis. Ils ont bien tort, car, dans la plupart des cas, ceux-là ont d'habitude payé d'une jeunesse aventureuse et des suites le droit qu'ils ont acquis de conseiller les jeunes qui entrent dans la carrière; ceux-là surtout ont souvent parcouru le monde pour y apprendre que la vraie vie, la seule intéressante, est la lutte à la manière des primitifs. Mais celle qui consiste à triompher de la haine des méchants et de leurs inlassables efforts est la haine agréable désormais pour les intellectuels. C'est là

(A Suivre.)

— o o: —

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Alors, dit Nellie, toujours plaisantant, si l'amour est une maladie, chose que, du reste, j'ignorais, il faudra demander au docteur Smyth de vous donner un spécifique.

—Je vous ai dit l'autre jour, que vous étiez belle, Nelly, que le charme qui se dégage de tout votre être avait produit sur moi une irrésistible impression. Ne baissez pas les yeux chère enfant; la rougeur qui envahit votre mignon visage, vous rend plus charmante encore.

Nelly toute confuse, ne savait que répondre, le jeune homme profita de ce trouble pour s'approcher d'elle davantage. Son bras entourait la taille de Nelly, leurs cheveux se mêlaient, leurs lèvres se touchaient presque.

—Si tu voulais m'aimer comme je t'aime?

—Donald, je vous prie.

—Tu verrais combien il est bon de s'aimer, nous passerions par toutes les ivresses, gardant pour nous seuls le secret de nos joies. Tu serais toute à moi et moi serai toi-même. Pourquoi résister plus longtemps à l'ardeur qui nous envahit, le hasard seul est coupable, nous ne sommes que les instruments dont la nature se sert pour célébrer l'enchantement de l'éternel amour.

Nelly Brown se dégagea des bras du jeune homme et le repoussant avec douceur elle riva son regard dans le sien.

M. Donald Lington, je ne suis qu'une campagnarde, je n'ai pas comme vous l'expérience du monde. Cependant j'ai en moi quelque chose qui me dit que je ne dois pas écouter vos paroles. Ce que vous venez de me dire me trouble jusqu'à l'âme, cependant je n'en comprends pas le sens.

—Je t'aime, Nelly, c'est tout ce que je sais, c'est toi que je veux, je ne vis que pour le bonheur de ta possession.

—Je ne m'appartiens pas M. Lington, voyez ma mère, dites-lui ce que vous venez de me dire. Elle est bonne ma mère et ne désire

qu'une chose: me savoir heureuse.

Lington était devenu fort pâle, une lueur étrange avait traversé son regard. Ceci cependant avait été si rapide que Nelly n'eut pas le temps de s'en apercevoir. Il est vrai que la jeune fille se trouvait dans un tel état d'énergie qu'elle pouvait à grand-peine se rendre compte de ses propres impressions.

—Soit, Miss Browo, répondit Donald, je parlerai à votre mère. Mais... me permettez-vous au moins d'espérer.

—Il est toujours permis d'espérer M. Lington, la réponse de ma mère sera la mienne. Maintenant, donnez-moi votre main et parlons d'autre chose.

Donald serra la main de Nelly, fit un mouvement pour la porter à ses lèvres, mais la jeune fille la dégagea en souriant.

—Allez donc me chercher mon mouchoir que j'ai oublié là-bas sur le banc au fond du jardin?

Donald obéit, et la jeune fille en profita pour prendre de lui un "instantané" sans qu'il s'en aperçoive.

—Je lui ferai une surprise, pensa-t-elle.

Et tous deux rentrèrent dans Garry Fen, répondant à la cloche de Jimmy qui sonnait l'heure du dîner.

IV.

On venait de prendre le thé. Nelly s'était rendue au salon et Donald regardait la brave femme qui rangeait l'argenterie dans un splendide bahut en chêne.

—Pourquoi n'allez-vous pas au salon? dit Mrs Brown, Nelly vous jouera cette jolie romance de Mendelsohn que vous aimez tant.

—Si je suis resté près de vous madame, c'est que j'ai quelque chose d'excessivement important à vous communiquer.

—Quelque chose d'important à me communiquer! répéta Mrs Brown avec surprise, voyons je vous écoute.

—Voici, continua-t-il, environ quinze jours que je profite de votre aimable hospitalité. C'est le hasard qui m'a conduit ici et m'a procuré l'extrême bonheur de trodver, je ne dirai pas une maison hospitalière, mais plus encore, presque une famille. Si vous saviez, madame, combien cela m'a semblé bon, moi qui depuis l'enfance suis orphelin, qui n'ai jamais connu les caresses d'une mère. Cependant il n'est pas de bonheur ici-bas qui ne doive prendre fin.

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII,

MERCREDI, 12 AOUT, 1903,

No. 7

Travaux Originaux

HERNIE OMBILICALE TRAITÉE PAR LA METHODE DE SUPERPOSITION DES PLANS FIBREUX.

Par M. le Dr M. T. BRENNAN, Professeur de Gynécologie à l'Université Laval, Montréal; Gynécologue à l'hôpital Notre Dame, etc.

Madame N. P., âgée de 56 ans, est admise le 12 avril 1903, au No. 74 de la salle des Sept-Douleurs, à l'hôpital Notre-Dame.

Son histoire ne présente rien de bien particulier. Elle a eu 15 enfants et deux fausses-couches.

A l'examen, il existe une lacération bilatérale du col et une rétroversion prononcée d'un utérus enflammée et fixée, ayant entraîné des désordres de la miction, et de la dyspareunie.

Sur un ventre gros, flasque et pendant, la patiente porte une volumineuse hernie ombilicale, en grande partie épiploïque.

Elle souffre d'une constipation opiniâtre.

Les points que nous voulons faire ressortir dans cette observation, se rattachent à la hernie et au ventre.

Comme intervention, nous proposons de réparer son col, de fixer son utérus, de guérir sa hernie et de modifier, si possible, son ventre relâché.

Le 18 mai nous opérons. Nous nous attaquons à la hernie par une incision sous ombilicale—comme nous avons généralement l'habitude de le faire, afin de nous rendre bien compte du contenu du sac et de la position des vicères, avant de réduire, et afin d'éviter de blesser aucun organe.

Le sac contient une grande quantité d'épi-

ploon, un coin du colon transverse et une partie du grêle. Le colon transverse avait pénétré dans l'anneau par son centre, les parties latérales pendant au-dessous de la ligne ombilicale transverse.

Nous dégageons et réséquons deux morceaux d'épiploon, et par quelques points de catgut nous fixons le colon à la paroi abdominale, à environ deux pouces au-dessus de l'orifice ombilicale.

La paroi abdominale est réduite à une lame fibreuse d'environ 1-8 de pouce (3 millim.) d'épaisseur, dans laquelle, aussi loin que nous pouvons aller sur les côtés, nous ne trouvons que quelques traces de fibres musculaires des droits atrophiés.

Rechercher la juxta-position dans ces conditions est illusoire. Alors nous réséquons, de chaque côté de l'incision, environ deux pouces (5 centim.) de la paroi, y compris toute l'orifice ombilicale, et nous rapprochons les bords, en les superposant. La paroi gauche empiète de un pouce à un pouce et demi sur la droite, le péritoine reposant sur la surface externe fibreuse, bien mise à nu, dépourvue de graisse par le grattage au bistouris. Des points en U, au catgut, traversant complètement les deux plans superposés, assurent leur contact intime dans toute la longueur et l'incision, de trois pouces en haut de l'ombilic jusqu'au pubis. Quelques autres, interrompus, accolent le bord libre du plan supérieur.

Des crins et des griffes de Michel rapprochent la peau.

L'utérus avait été dégagé de ses adhérences et fixé à la paroi par deux points près des cornes et deux autres sur son fond. Le col

avait été réparé.

Les suites ont été des plus simples. La température n'a jamais dépassé 99 1-2, le pouls 96. Il ne s'est fait absolument aucune réaction morbide du côté de l'incision. Le neuvième jour, les points superficiels sont enlevés, et le 25e, on donne congé à la malade, qui a maintenant un ventre solide, mais qui devra porter une bande bien faite pendant quelques mois. Nous avons lieu de croire que la paroi résistera à l'avenir.

Nous tenions, par cette observation, à faire ressortir la valeur de la superposition large, d'avant en arrière, des parois abdominales dans ces genres de ventres, là où l'étoffe manque en épaisseur pour assurer un affrontement latéral.

—o o:—

Coq-a-l'Ane

LA DOSE DE LA CODEINE.—Fraenkel (Munch. Med. Woch.) dit que pour obtenir l'effet physiologique, il faut donner de 2-3 à 3-4 de grain répétés toutes les trois ou quatre heures. Une dose isolée maximum serait de 1 1-2 gr. et la dose maximum des vingt-quatre heures, de 4 1-2 grs.

GROSSESSE ABDOMINALE EPIPLOIQUE PRIMITIVE.—Le Dr K. Witthauer (Centr. f. Gyn.) rapporte le premier cas de ce genre chez la femme. La patiente était âgée de 23 ans. Elle avait eu deux accouchements à 8 mois. Ayant manqué deux époques menstruelles, elle fit des hémorragies irrégulières, et fut examinée un mois après: le diagnostic de grossesse tubaire fut posé. Elle présenta des symptômes de collapse et on pratiqua une laparotomie. La cavité péritonéale contenait un litre et demi de sang libre. On enleva du côté droit, un kyste ovarien de la grosseur d'un œuf de poule et la trompe saine. Les annexes gauches étaient saines et l'utérus non augmenté de volume. Il n'y avait pas de signes d'hémorragie dans le reste du bassin. Du côté droit du pelvis, une prolongation de l'épiploon contenait un hématome de l'épaisseur du doigt. On plaça une ligature et on l'enleva. Guérison. La trompe

enlevée ne présentait pas d'altération pathologique et l'ovaire renfermait un kyste ordinaire. Un examen attentif du morceau d'omentum a démontré qu'il avait enveloppé l'œuf. On trouva du sang entre les deux. On ne put constater de villosités en contact direct avec l'omentum, mais ceci s'explique par la supposition que l'hémorragie avait séparé l'œuf de son entourage. (Post-Grad.)

LA PERUNAMANIE.—Voilà une autre pernicieuse habitude que l'on vient de constater. D'après une analyse faite par le Massachusetts State Board of Health, cette drogue, que l'on annonce tant, contiendrait 23.46 o/o en poids d'alcool. On voit d'ici les conséquences désastreuses qui suivent l'usage de cette préparation. D'autres médecines brevetées ont été examinées avec le résultat suivant:—Vinol, 15.33 o/o d'alcool; Lydia Pinkham's Vegetal Co., 16.77 o/o; swamp-root, 5.87 o/o. L'orangeine contient de l'acétanilide, de la caféine, et du bicarbonate de soude. Cette préparation demande donc à être prise avec précaution à cause de la présence de l'acétanilide. (Amer. Medic.)

LE TRAITEMENT DE L'ENDO METRITE CHRONIQUE PAR LA FORMALINE.—Menge a fortement recommandé une solution 30 à 50 o/o. Odebrecht (Centr. f. Cyn.) aime mieux la dernière solution. L'application se fait sur du coton hydrophile; Menge l'injecte. La formaline est contre indiquée quand le canal cervical est très étroit et lorsque l'endométrite est déciduale ou hémorragique. Dans ces formes, c'est au curettage qu'il faut s'adresser. L'emploi de la formaline a été suivi de fortes douleurs et quelquefois d'hémorragie. Elle ne produit pas d'escarres, et n'altère pas profondément la muqueuse, comme le fait le chlorure de zinc.

KERATITE TRAUMATIQUE CHEZ LE NOUVEAU-NE.—Jardine (Scott. Med. & Surg. J.) rapporte cinq cas qui ont suivi des accouchements laborieux, surtout l'emploi du forceps. La kératite était plus ou moins généralisée. Cette lésion semble ne pas encore avoir été décrite.

SUR LES PRODUITS DESTINES A SUPPRIMER LES POUSSIÈRES DU BAYAGE.—G. Roux (Soc. méd. des hôp. Lyon.), a expérimenté un certain nombre de produits dits "anti-poussière," parmi ceux-ci

le "Dustless," la Résinate de pin, le "Sternol".

Le premier n'a pas donné de meilleurs résultats que l'arrosage. Les deux autres ont donné des expériences très favorable au point de vue bactériologique, sur des boîtes de Petri disposées à différentes hauteurs dans un local resté quatre jours sans balayage. A balayé à sec pendant dix minutes. Au point de vue macroscopique, ces deux produits suppriment à peu près complètement la poussière du balayage. Ces produits ont l'inconvénient de foncer la couleur des planchers et de graisser les robes traînantes.—(Lyon Méd.)

LE PARADIS DES OPHTHALMOLOGISTES.—Qu'est-ce qui a rendu l'amour aveugle?

—Des cataractes des deux yeux, je suppose

—C'est pour ça, alors, que Niagara a tant de fascination pour les amoureux et les jeunes mariés. (The Foolish Book.)

L'ENCANTEUR MALADE—"Votre température est à 103."

L'encanteur, assoupi: Cent-trois, cent-trois, "Going," "Going," à cent-trois. Qui est-ce qui donne plus? Qui met cent-quatre?—(Med C.)

HEROINE ET HUILE D'OLIVE CONTRE LES CALCULS BILIAIRES.—Bate (Med. News) dit que l'on obtient le meilleur effet par l'emploi hypodermique de l'héroïne, combinée à l'atropine. Elle est plus analgésique et constipe moins que la morphine. On doit s'en servir à petites doses souvent répétées. Thompson conseille de prendre un once d'huile d'olive pendant dix soirs consécutifs, puis un repos d'une semaine et reprise de l'huile. (New Orleans Med. & Surg. J.)

ERREUR DE NOM.—Le médecin: Vous avez quelque chose au cœur.

—Au cœur?

—Oui je pourrais l'appeler angina pectoris.

—Vous allez être obligé d'y penser encore, docteur; parceque ce n'est pas son nom du tout! (Mod. Med. Sc.)

HEUREUSE SURPRISE.

Une dévote à saint Landri

Faisait, dit-on une neuvaine,

Pour la santé d'un sien mari, attaqué de fièvre quartaine;

Il mourut.....Lors la femme dit:

"Du saint que la faveur est grande!
C'est justement qu'on le bénit,
Il fait plus qu'on ne lui demande."—(Cornette.)

LE TORTICOLLI SPASMODIQUE.—Potts signale une guérison, où tout autre traitement avait échoué, par l'usage de l'atropine injectée dans le muscle. Leszynsky, de New-York, préconise beaucoup ce traitement. Le cas de Potts durait depuis un an. Il injecta 1/200 de grain tous les jours, augmentant progressivement la dose à 1/45 gr. (Un. Penn. Med. B.)

NIRE.

— : o o —

Revue des journaux

MEDECINE

MANIFESTATIONS CARDIO-VASCULAIRES DE L'HEREDO-DYSTROPIE PARATUBERCULEUSE.

Par E. Mosny.

Au même titre que la syphilis, l'alcoolisme et en général les infections ou les intoxications aiguës et chroniques, la tuberculose peut exercer chez les descendants de tuberculeux une influence dystrophique dont les hypoplasies cardio-angio-hématiques sont les principales manifestations.

L'observation de diverses malformations cardio-vasculaires chez quelques malades issus de souche tuberculeuse a montré à M. Mosny que dans ces cas le rétrécissement mitral pur, le rétrécissement de l'artère pulmonaire, le rétrécissement généralisé des artères, la chlorose devaient être considérés comme des manifestations cardio-vasculaires de l'hérodystrophie paratuberculeuse. Cliniquement, ces lésions cardio-vasculaires sont remarquables par leur latence prolongée, presque indéfinie; leur révélation est rarement précoce et ne se fait qu'à l'occasion des perturbations que peuvent déterminer la croissance ou les infections et les intoxications intercurrentes.

Ces manifestations ne sont pas dues à des lésions de nature tuberculeuse, les sujets qui en sont atteints ne sont en aucune façon voués à la phtisie, fréquemment même ils sont indemnes de toute lésion tuberculeuse; elles doivent être considérées comme des arrêts ou des retards du développement normal dus à la tuberculose des parents (infection bacillaire et intoxication tuberculeuse,) peut-être aussi, mais en tous cas plus rarement, à d'autres infections ou intoxications chroniques des ascendants. Elles peuvent alors résulter soit d'altérations constitutives des cellules germinales, soit et plus fréquemment des troubles apportés à l'auto-

gènese pendant la durée de la gestation.

(Revue de Médecine.)

—————: o :—————

SUR L'ABSORPTION DE L'ANTITOXINE TETANIQUE PAR LES PLAIES; ACTION IMMUNISANTE DU SERUM ANTITETANIQUE SEC, EMPLOYE AU PANSEMENT DES PLAIES TETANIGENES.

Note de M. A. Calmette, présentée par M. Roux.

On peut facilement conférer aux cobayes l'immunité contre le tétanos en faisant absorber à ces animaux de petites quantités de sérum antitétanique par une petite plaie de 3 ou 4 millimètres de longueur, en boutonnière, intéressant toute l'épaisseur du derme.

L'expérience ne réussit ordinairement pas si l'on se contente de badigeonner la plaie avec un pinceau trempé dans du sérum liquide. Au contraire, elle réussit toujours si l'on saupoudre la plaie avec une très petite quantité de sérum sec, finement pulvérisé. Quelques milligrammes de sérum suffisent ainsi à vacciner les animaux contre des doses de toxine tétanique dix fois mortelles.

Cette constatation m'a déterminé à rechercher s'il serait possible d'empêcher l'infection tétanique de se produire en employant le sérum antitoxique à l'état sec au pansement des plaies tétanigènes.

Des poussières de balayage, mélangées d'un peu de terre, sont copieusement imprégnées de spores tétaniques fraîches, non lavées. La poussière ainsi préparée est séchée à l'étuve à 35 degrés, et conservée pour l'usage.

Si l'on fait sur le dos ou à la cuisse d'un cobaye une petite plaie pénétrante à l'aide de ciseaux et qu'on saupoudre celle-ci avec cette poussière, l'animal prend un tétanos mortel en quatre à six jours.

Dix cobayes ainsi infectés, en variant le siège de la blessure, ont tous succombé.

Dix autres cobayes infectés de la même manière que les précédents ont été traités, de deux à six heures après l'infection: leurs plaies, légèrement avivées, furent saupoudrées avec du sérum antitétanique sec, finement broyé. Ce sérum préservait à 400 grammes environ contre une dose de toxine la dose de omgr (pesé à l'état sec) les cobayes de sûrement mortelle en quarante-huit heures.

Aucun de ces animaux n'a pris le tétanos.

Lorsque les plaies tétanigènes sont saupoudrées de sérum plus de sept heures après l'infection, les résultats deviennent inconstants; quelques animaux prennent le tétanos et succombent plus ou moins tardivement. Après douze heures, le pansement au sérum se montre toujours inefficace.

Ces expériences, dont plusieurs ont été faites dans mon laboratoire par le docteur Rivas, assistant du professeur MacFarland (de Philadelphie,) montrent qu'on peut aisément vacciner les animaux et empêcher l'infection tétanique par la simple absorption du sérum à la surface d'une plaie souillée de germes de tétanos.

Elles m'ont conduit à penser qu'il y aurait de très grands avantages à appliquer la même méthode de traitement chez l'homme lorsqu'on se trouve en présence de plaies souillées de terre ou de déjec-

tions animales susceptibles d'être infectées par le baccille de Nicolaïev.

Le cas est surtout fréquent à la campagne ou sur les champs de bataille, ou encore dans les pays chauds, où le tétanos est très commun.

En adoptant cette méthode pour le pansement des plaies ombilicales chez les jeunes enfants, on réaliserait de la manière la plus simple la meilleure des prophylaxies contre le tétanos des nouveau-nés (sarrette, mal-mâchoires) qui, dans certaines régions du globe, représente un des principaux facteurs de la mortalité infantile. En Indo-Chine, par exemple, un cinquième des enfants qui naissent disparaissent avant le dixième jour par le fait de cette maladie.

Le sérum antitétanique à l'état sec conserve indéfiniment son activité préventive. Son emploi pour le pansement des plaies ne présente, s'il est bien préparé, aucun inconvénient d'aucune sorte et n'exige aucune instrumentation spéciale. Il peut être mis entre les mains les plus inexpérimentées.

Il y aurait donc le plus grand intérêt à en généraliser l'usage sous cette forme commode, en médecine et en chirurgie humaines, particulièrement en chirurgie militaire et aux colonies.

(C. r. de l'Acad. des sciences.)

—————: o :—————

LA MEDICATION APERITIVE.

Pour M. Lemoine, qui vient de consacrer un très intéressant ouvrage à la Technique et aux indications des médications usuelles, les apéritifs doivent être divisés en deux classes: les apéritifs minéraux et les apéritifs végétaux.

Les apéritifs minéraux forment la classe la moins nombreuse. Ils sont représentés par quelques sels de potasse et par l'acide vanadique et ses composés.

L'acétate de potasse est soluble dans l'eau en toutes proportions: on le prescrit à la dose de 1 à 10 grammes par jour dans une infusion amère (centaurée, houblon, quassia amara.)

Le sulfate de potasse jouit de propriétés apéritives et laxatives: il se prescrit à la dose de 1 à 6 grammes par jour dans une infusion amère, comme le précédent.

Les persulfates alcalins résultent de la combinaison de l'anhydride sulfurique avec un métal alcalin: sodium, baryum, potassium, lithium. Introduits en thérapeutique par Nicolas (de Lyon,) Garrel, Milian, Rigot, ils sont indiqués dans tous les cas où il existe de l'anorexie; ils sont contre-indiqués dans les tuberculoses fébriles, à évolution rapide, et aussi dans la phtisie pulmonaire à la dernière période.

L'acide vanadique produit, à doses très faibles, de très heureux effets: augmentation de l'appétit, du poids et des forces. On peut l'employer en thérapeutique à la dose de 1/2 milligramme par jour; on peut aussi lui substituer le vanadate de soude en solution aqueuse, à la dose de 4 à 5 milligrammes par jour pendant trois jours par semaine. L'acide vanadique et le vanadate sont indiqués contre l'anorexie de la tuberculose, de la chloro-anémie et des

états cachectiques en général.

Un des meilleurs apéritifs est le bouillon de bœuf, le vulgaire bouillon gras. Pris froid, dégraissé, une heure avant les repas, il excite la sécrétion du suc gastrique et, par suite, l'appétit. On peut renforcer aussi son action en lui ajoutant un peu de peptone en poudre.

La glycérine neutre est encore recommandée par M. Lemoine qui a retiré de bons résultats de l'emploi de la formule suivante :

	Grammes.
Sirop de quinquina.....	200
Glycérine neutre	100
Teinture de badiane	5

Les apéritifs végétaux constituent la classe la plus nombreuse. De ces apéritifs, le plus connu est le quinquina: "Le quinquina, ou du moins son écorce, dit justement M. Lemoine, constitue pour le public l'apéritif idéal. C'est le vin de quinquina qui, pendant près d'un siècle, a constitué l'apéritif thérapeutique le plus employé. A mon avis, sa réputation est usurpée. Je crois que jamais on ne doit employer comme apéritif un produit contenant du vin ou de l'alcool pur au risque de créer des habitudes d'alcoolisme d'autant plus dangereuses que le médecin aura été en quelque sorte leur instigateur, et, d'autre part, on ne stimule pas l'appétit. Aussi je proscriis formellement le vin de quinquina sous toutes ses formes."

Cela ne veut pas dire qu'il faille, dans tous les cas, se priver des propriétés thérapeutiques du quinquina. Il faut, au contraire, les utiliser, mais seulement sous deux formes, le sirop de quinquina et la quinine. On prescrit, par exemple :

	Grammes.
Sirop de quinquina.....	300
Phosphate de soude	10

Une cuillerée à soupe dans un peu d'eau, une heure avant les repas.
Ou encore:

	Grammes.
Sirop de quinquina	150
Teinture de noix vomique.....	2
Teinture de badiane	3

Une cuillerée à café dans un peu d'eau.

Les sels de quinine doivent être administrés dans un sirop qui corrige leur amertume, comme dans les formules suivantes:

	Grammes.
Bromhydrate de quinine	1
Sirop d'écorces d'oranges amères	150

Une cuillerée à café dans un peu d'eau une heure avant les repas.

Ou encore:

	Grammes.
Chlorhydrate de quinine.....	1

Teinture de noix vomique	2
Teinture de badiane	3
Sirop de quinquina	150

à la même dose et de la même façon.

Ce sont là des apéritifs excellents, surtout si on les fait prendre dans une petite tasse d'infusion très chaude de houblon et de quassia amara. L'absinthe, à petites doses, détermine des phénomènes d'excitation de la muqueuse digestive, stimule l'appétit et favorise la digestion: elle s'emploie de différentes façons: en poudre, à la dose de 1 à 2 grammes; en tisane à 5 p. 100; en teinture, à la dose de 5 à 20 grammes; en extrait aqueux à la dose de 0g50 à 2 grammes; en huile essentielle, à la dose de 0g25 à 1 gr. On l'associe souvent à d'autres stomachiques pour composer des vins ou des élixirs stomachiques:

	Grammes.
Extrait d'absinthe	5
Extrait de gentiane	2
Eau de menthe	100
Vin de malaga	400

Une cuillerée à soupe dans un peu d'eau avant les repas.

L'asperge jouit de propriétés analogues: ces propriétés sont dues à l'asparagine, que l'on prescrit à la dose de 0g40 à 0g80 par jour en pilules; elle est aussi diurétique.

La petite centaurée est à la fois apéritive et tonique; elle agit à la façon des amers en stimulant les fonctions digestives; elle se prescrit en poudre à la dose de 2 à 10 grammes, en infusion à 10 p. 1,000, sous forme d'extrait à la dose de 2 à 4 grammes.

La chicorée est également apéritive et tonique. On la prescrit sous forme d'extrait à la dose de 1 à 5 grammes, de sirop à la dose de 10 à 15 grammes, d'infusion de feuilles à 10 p. 1,000, d'infusion de racines à 20 p. 1,000.

Le colombo est un stomachique puissant et un tonique renfermant plusieurs principes actifs; on l'emploie sous forme de poudre, de 0g50 à 2 grammes; d'extrait, de 0g10 à 1 gramme; de teinture, de 2 à 8 grammes; d'infusion à 10 p. 100, de vin de 100 à 250 grammes. On l'associe souvent à d'autres apéritifs, comme dans la formule suivante:

	Grammes.
Teinture de colombo	10
Teinture de noix vomique	2
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	Q.s. p. 50 g.

Une cuillerée à café dans un peu d'eau avant les deux principaux repas.

La gentiane n'est plus guère employée aujourd'hui que comme excitateur des fonctions gastriques dans les dyspepsies torpides. Elle se prescrit sous des formes multiples: extrait, 20 centigrammes à 2 grammes; poudre, de 50 centigrammes à 5 grammes; teinture, de 5 à 20 grammes; vin et sirop, 20 à 100 grammes. Elle entre dans la composition des pilules de Moscou:

	Grammes.
Extrait de colombo.....	10

Extrait de gentiane	10
Extrait de quassia.....	10
Fiel de bœuf	10
Poudre de gentiane.....	Q. s.

à diviser en 20 pilules de 20 centigrammes : une avant les repas.

La gentiane sert encore à composer des vins et des élixirs stomachiques.

La germandrée était jadis très employée comme apéritif, soit en infusion, à 10 à 20 grammes pour 1000, soit sous forme d'extrait à la dose de 2 à 4 grammes.

Le houblon se prescrit en infusion à 10 p. 1000, en sirop à la dose de 20 à 100 grammes, sous forme d'extrait à la dose de 20 centigrammes à 2 grammes. Ses fleurs contiennent une poussière jaune, dite lupulin, qui s'administre dans les mêmes circonstances que le houblon à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes.

La noix vomique agit surtout sur les fibres musculaires lisses de l'estomac, soit directement, soit par l'intermédiaire du système nerveux. Comme stomachique, on emploie la teinture de noix vomique à la dose de 5 à 10 gouttes, ou la poudre de noix vomique à la dose de 2 à 5 centigrammes. M. Lemoine recommande les deux modes d'administration suivants :

	Grammes.
Teinture de quassia.....	
Teinture de colombo.....	10
Teinture de noix vomique.....	5

15 gouttes dans un peu d'eau avant chaque repas.

Poudre de noix vomique.....	0g05
Extrait de gentiane	0g10

Poudre de gentianeQ. s. pour une pilule.
F. s. a. 10 semblables: 1 à 2 par jour.

La racine de quassia amara jouit de propriétés stomachiques, grâce à la présence d'un principe amer, la quassine. La quassia amara agit à la fois sur les sécrétions gastro-intestinales et sur la sécrétion biliaire; elle détermine une augmentation très réelle de l'appétit et régularise les selles, grâce à son action sur la fonction biliaire. C'est un médicament très précieux qui s'emploie sous forme de poudre, de 1 à 3 grammes; de macération, 5 grammes par litre; d'extrait, de 10 à 50 centigrammes; d'infusion, 5 grammes par litre; de vin, de 30 à 100 grammes. Elle sert à préparer des tisanes amères, des élixirs et des vins stomachiques :

	Grammes.
Teinture de quassia.....	
Teinture de colombo	50

Sirop de quinine..... 1 litre.
un verre à vin avant chaque repas.

La quassine amorphe se prescrit à la dose de 5 à 15 centigrammes, la quassine cristallisée de 10 à 15 milligrammes sous forme de pilules.

Chacun des apéritifs précédents est indiqué lorsque les fonctions digestives, et particulièrement

l'appétit, sont perturbées: dans les maladies consomptives, et en particulier la tuberculose, l'anorexie des névroses, le surmenage, les affections chirurgicales entraînant l'immobilité pendant un grand espace de temps, les affections gastro-intestinales s'accompagnent d'hypopepsie et d'atonie gastrique. Pour agir au mieux, les apéritifs doivent être donnés une heure avant le repas, dans une boisson très chaude, boisson dont la quantité ne dépassera pas 100 grammes, si l'on tient à ne pas fatiguer inutilement l'estomac.

(Gaz. Hopi.)

— : o : —

ACTION DE L'ACIDE PICRIQUE SUR LE POUVOIR OSMOTIQUE DES MEMBRANES ANIMALES.

Par M. C. Sigalas

A l'occasion de recherches effectuées dans mon laboratoire par M. le Dr Mercier, sur l'Action thérapeutique et toxique de l'acide picrique, et voulant me rendre compte des conditions de la pénétration de ce corps dans l'organisme, lors de son emploi comme topique interne ou comme topique externe, — pénétration qui a parfois donné lieu à des accidents toxiques, — j'ai été amené à étudier l'action de cet acide sur le pouvoir osmotique des membranes animales.

Une première série d'expériences a été faite avec deux osmomètres semblables, à septum constitué par une portion de vessie de porc préalablement dégraissée avec du sulfure de carbone.

Une des membranes est mise préalablement en contact pendant plusieurs heures avec une solution saturée d'acide picrique qui semble en modifier considérablement sa texture et sa consistance. La membrane du second osmomètre ne subit aucun contact avec l'acide. Pour les deux appareils, on a soin de mettre du même côté la face homologue de la vessie (face externe tournée vers l'intérieur.)

Ainsi disposés, les deux osmomètres sont remplis jusqu'à un même niveau d'eau saturée de chlorure de sodium et plongés dans deux vases semblables contenant de l'eau distillée dont la surface libre affleure au niveau de la solution salée à l'intérieur des deux tubes osmométriques. Pendant les premiers temps de l'expérience, on n'observe qu'une faible différence entre les deux vitesses d'osmose; mais, après une douzaine d'heures, la différence entre les hauteurs d'ascension atteint plusieurs centimètres en faveur de l'osmomètre à membrane picriquée.

Dans une deuxième série expérimentale, nous avons voulu nous rapprocher davantage des conditions de l'osmose à travers les membranes vivantes et nous avons construit deux osmomètres, identiques aux précédents, mais dont la vessie était remplacée par la peau d'une grenouille fraîchement écorchée et dont le tégument externe était mis à l'extérieur. Une des peaux était employée telle quelle, l'autre était préalablement soumise au contact de la solution saturée d'acide picrique.

Ici encore, comme dans le cas de la vessie, la

différence dans les hauteurs d'ascension, faible au début, s'accuse bientôt nettement en faveur de l'osmomètre à peau picriquée.

Nous trouvons:

Osmomètre à peau intacte :

	Millimètres.
Hauteur après douze heures.....	130
Hauteur après vingt-quatre heures...	195

Osmomètre à peau picriquée:

	Millimètres.
Hauteur après douze heures.....	195
Hauteur après vingt-quatre heures ...	250

L'osmose a donc été plus rapide à travers les membranes animales traitées à l'acide picriqué.

Ces résultats montrent que l'action coagulante de l'acide picrique ne détruit pas le pouvoir osmotique des membranes et ne constitue pas, comme on pourrait le croire au premier abord, un obstacle à sa pénétration dans l'organisme.

Il y a lieu de tenir compte de ces considérations dans l'emploi thérapeutique de ce corps, soit comme topique interne, soit comme topique externe.

(Ann. de Théra.)

CHIRURGIE

INDICATIONS GÉNÉRALES DU TRAITEMENT DANS LE PIED BOT VARUS ÉQUIN CONGÉNITAL.

Sayre a proclamé un jour qu'un accoucheur, ayant mis au monde un enfant atteint de pied bot, ne doit pas quitter la maison avant d'avoir donné les premiers soins à la difformité. Tous les chirurgiens d'enfants sont à peu près de cet avis, avec cette restriction que, trouvant exagérée cette boudade faite pour frapper l'esprit, la plupart attendent huit à quinze jours, de façon à être sûrs, avant de commencer, que l'enfant soit viable et s'élève dans de bonnes conditions.

Pourquoi ce retard? Pour ne pas risquer, en cas de dépérissement, qu'on en accuse les souffrances imposées au "pauvre petit"? En principe, je n'aime pas à être complice de ces raisonnements de grand'mère ou de nourrice, et, dans ce cas particulier, je crois que la rapidité d'action est un des principaux facteurs de succès; quinze jours de retard me paraissent déjà préjudiciables, et, quand je suis appelé dès la naissance. Je fais séance tenant le premier redressement. En opérant ainsi, on est surpris de voir combien de fois on réussit, en deux ou trois mois, sans aucune opération, sans même une ténotomie. On objecte parfois que les cas à succès rapides sont de simples attitudes vicieuses; or, primitivement, presque tous les pieds bots en sont là, et notre but doit être précisément d'empêcher le plus souvent possible cette attitude de devenir un pied bot invétéré; la cure facile et rapide ne signifie nullement que la lésion non

traitée ne serait pas devenue, et même assez vite, rebelle aux moyens simples.

C'est donc dès le premier jour que l'on commencera les manipulations, et, selon le précepte déjà ancien d'Adams, on s'occupera d'abord du varus seulement; inutile d'insister sur cette pratique, tout à fait classique. On prend l'avant-pied d'une main, l'arrière-pied de l'autre, les deux pouces appuient par leur extrémité sur la convexité dorso-externe du pied; avec eux on refoule cette "bosse" en dedans, tandis que l'effort des deux mains fait ouvrir l'angle du varus. Tout de suite après, on détord la supination, sur laquelle je m'expliquerai plus loin.

Toutes les fois que c'est possible, on fait une séance par jour; il en faut au moins trois par semaine. Entre les séances, j'ai coutume de ne pas faire porter d'appareil, mais de maintenir seulement le pied dans une bande de flanelle, roulée en étrier dans le sens voulu pour porter le pied en valgus; Quand parents ou nourrice sont intelligents, on leur recommande de tenir le pied le plus souvent possible en bonne position; mais les manipulations proprement dites, exécutées par les profanes, m'ont toujours paru inefficaces.

Au bout de quinze jours à un mois, selon la gravité du cas, le varus et la supination sont corrigés, suffisamment au moins, pour que l'on puisse s'occuper utilement de l'équinisme. Il faut alors avoir soin de ne pas se leurrer d'une correction apparente, en imprimant à l'articulation médio-tarsienne un mouvement d'hyper-extension; c'est dans la tibioarsienne qu'il faut corriger l'équinisme, en agissant directement sur l'arrière-pied, comme pour le redressement modelant en une séance.

Chez certains sujets, ces manipulations suffisent; mais tandis que c'est la règle pour le talus valgus congénital, pour le varus équin c'est l'exception; presque toujours, au bout de cinq à six semaines, on se rend compte, même dans les cas en apparence assez légers que la rétraction du tendon d'Achille s'oppose à la suppression complète de l'équinisme, avec abaissement du talon; mais cela se juge au résultat, et non à l'intensité de la déviation au moment de la naissance.

Le moment est alors venu de pratiquer la section du tendon d'Achille. Je suis partisan de la ténotomie à ciel ouvert: non pas comme le sternomastoïdien, à cause de voisinages dangereux, mais pour être en mesure de couper à fond, en avant du tendon, les fibres ligamenteuses tibio-calcanéennes, dont Bessel Hagen a bien montré l'importance pour la persistance de l'équinisme.

Cette petite opération se fait avec chloroformisation, ce qui n'a aucune importance, et j'en profite même dans les cas légers, pour la faire précéder par une courte séance de redressement modelant. Ce n'est pas indispensable, mais cela rend le résultat plus certain et abrège la cure de plusieurs semaines.

Le traitement consécutif à l'opération se fait être indiqué après l'étide du redressement modelant.

Les manœuvres que je viens d'étudier chez le nouveau-né constituent sûrement un redressement modelant. Mais le nom est réservé, depuis Lorenz, à une véritable opération réglée, par laquelle, en

une séance, sous le chloroforme, on corrige la difformité.

Le redressement brusque, manuel, est certes pas une méthode nouvelle. Il y a déjà de longues années que Delore (de Lyon) s'en est fait le promoteur. Mais ce traitement n'a fait fortune que depuis peu de temps, et cela me paraît tenir à la précision avec laquelle Lorenz en a réglé la technique.

L'idée directrice de ce traitement est que la correction doit en une séance être complète, de façon que l'on ait dans la main un pied souple et mou, se laissant maintenir sans aucune résistance en talus-valgus; il faut que l'on ait absolument annihilé ce que Lorenz appelle la "force de retour" du pied, de façon que l'appareil n'ait plus qu'à maintenir et non à corriger; de façon que cet appareil puisse, au besoin, n'être appliqué que six ou huit jours après la séance du redressement. Pour y parvenir, il faut attaquer l'un après l'autre, dans un ordre méthodique, les éléments de la difformité: adduction et inflexion de l'avant-pied; équinisme de l'arrière-pied; supination. La section du tendon d'Achille est indispensable.

Lorenz a coutume d'immobiliser pendant assez longtemps le pied redressé dans un appareil plâtré, dont la plante est disposée de façon à permettre la marche; et c'est excellent, en effet, pour les enfants dont on ne peut pas s'occuper quotidiennement. Mais, toutes les fois que c'est matériellement possible, je préfère ne laisser l'appareil inamovible que pendant quinze jours à trois semaines, temps au bout duquel je reprends, pour maintenir le résultat, les séances manuelles de redressement et le massage des muscles du mollet. Entre les séances, le pied est maintenu par une bande de flanelle et par un soulier dont la semelle est élevée en dehors. La nuit, sauf pour les cas très rebelles, j'ai coutume de ne laisser que la bande de flanelle. Lorsque les manipulations ne peuvent pas être aussi fréquentes et surtout quand l'enfant va commencer à marcher, un appareil très pratique consiste à appliquer, avec des tours de bande en étrier, débordant bien le pied, une cuirasse en diachylon.

Car le début de la marche est le moment critique: la marche, en effet, est l'agent le plus puissant pour modeler le pied; si la plante est bien à plat sur le sol, rien ne vaut le poids du corps dans la marche pour achever la cure, alors que ce même poids va tout remettre en question si on le laisse agir en mauvaise direction.

Aussi, lorsque l'enfant n'a pas encore marché, est-il bon de le mettre d'abord pieds nus sur le sol, debout devant une chaise sur laquelle il appuie les bras, et la mère détord le pied de dedans en dehors de façon à appuyer la plante à plat, en repoussant de dehors en dedans, avec le pouce, la face dorsale du pied; un pied bien corrigé doit être plat et ne point conserver, pour le début au moins, de cambrure au bord interne. Lorsvue l'appui à plgt est obtenu, on fait commencer la marche proprement dite avec un soulier lacé, bien moulé, à contreforts latéraux, dont la semelle est surélevée d'un bon centimètre sur toute la hauteur du bord externe. C'est une éducation assez lente, où il faut cor-

riger très attentivement la tendance de l'enfant à marcher la pointe du pied en dedans, et il faut compter qu'en général le résultat ne sera obtenu que vers dix-huit mois ou à deux ans. Mais souvent, alors, il sera parfait, l'enfant pouvant marcher avec de petits souliers découverts, ou même pieds nus, sans que personne s'aperçoive d'un reste de difformité.

(Revue de Cinésie.),

—o o:—

REVUE DE THERAPEUTIQUE APPLIQUEE. LE TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE PAR LE PROCÉDE DEFER.

L'hydrocèle simple, essentielle, constitue une infirmité si bénigne qu'il n'est pas permis d'en chercher la guérison au prix d'un danger quelconque. Il importe, en outre, que le praticien le plus isolé et le plus dépourvu puisse en assurer la cure avec ses propres ressources. Or, les innombrables procédés, qui ont été imaginés de tous les côtés et qui augmentent chaque jour, remplissent rarement les deux conditions indispensables du programme, à savoir la simplicité et l'innocuité. En dehors de la cure chirurgicale qui mérite la première place, la plupart des autres méthodes cherchent à modifier la vaginale en injectant dans la poche des liquides plus ou moins irritants. Les corps toxiques, tels que le sublimé et l'acide phénique, ont à leur passif plusieurs cas d'empoisonnement. Leur emploi doit être rejeté d'une manière absolue, de même que celui de la cocaïne en injection dans la vaginale.

La séreuse testiculaire, peu altérée dans l'hydrocèle, n'a pas perdu son pouvoir absorbant; d'autre part, il est impossible, après une injection dans la poche, d'expulser complètement le liquide introduit.

Parmi les agents modificateurs, la teinture d'iode vulgarisée par Velpeau, il y a longtemps, conserve son ancienne et légitime supériorité. Elle n'est pas toxique et ses résultats sont supérieurs à ceux de la plupart des procédés similaires.

Cependant, l'injection iodée n'est exempte ni d'inconvénients, ni même de danger. Elle a produit un nombre assez respectable de phlegmons ou de gangrène du scrofum dus à la pénétration du liquide dans le tissu cellulaire.

Enfin, quoique satisfaisants, les résultats accusent un certain nombre d'échecs assez importants. Le Docteur Maljean, à la suite d'une récurrence après traitement iodé, a utilisé le procédé de Defer: il a réussi là où l'autre avait échoué et depuis il a obtenu des succès constants. Ce mode de traitement ne paraît pas avoir conquis dans la pratique, la place importante qu'il mérite. Il utilise l'action directe du nitrate d'argent sur la surface de la vaginale. Il n'exige, comme instrumentation, qu'un trocart de trousse et un stylet cannelé fin en argent.

On place quelques parcelles de nitrate cristallisé dans la rainure du stylet; on les fait fondre et adhérer en chauffant légèrement au-dessus d'une lampe à alcool. Le vulgaire crayon de pierre infernale suffit à la rigueur; on chauffe légèrement l'extrémité d'un stylet quelconque et on la promène légèrement sur la surface du crayon. Une mince couche de sel

fondu adhère au stylet refroidi.

La poche est ponctionnée de la manière habituelle; mais on ne s'attache pas à la vider complètement. Après l'écoulement de la sérosité, on laisse en place la canule et on introduit le stylet porte-caustique. Son extrémité doit toucher légèrement et rapidement quelques points de la vaginale. Il est inutile de la promener dans tous les sens; un seul contact suffit; il doit être aussi délicat que possible. On retire successivement le stylet, puis la canule et on obture l'orifice de ponction avec un peu d'ouate collodionnée.

Il va sans dire que les deux instruments doivent subir une ébullition préalable et que la peau du scrotum a été savonnée et désinfectée.

Un trocart moyen ou petit convient le mieux; le stylet doit pénétrer facilement dans la canule et la dépasser de quelques centimètres. Le sel d'argent fondu doit être en très petite quantité et adhérer suffisamment. S'il présentait quelque boursoufflement, on l'étalerait par une nouvelle fusion. D'ailleurs, la chute d'un petit fragment dans la poche ne présente aucun danger, parce qu'il reste assez de liquide pour neutraliser le caustique.

A la suite de cette petite opération, on observe, comme après l'injection iodée, d'abord une douleur assez vive, et ensuite une réaction plus ou moins prononcée. La douleur est moins violente et moins rapide; elle se développe plus tardivement, parce que le nitrate d'argent ne touche qu'un point limité de la séreuse; sa diffusion a lieu de proche en proche et exige plus de temps.

Quant à la réaction consécutive, elle se manifeste cinq ou six heures après et dure quelques jours. A tous ceux qui ont employé le procédé de Defer, elle a paru moins intense qu'après l'injection iodée. Les malades doivent porter un large suspensoir ouaté; ils gardent le lit jusqu'à ce que le paquet testiculaire commence à diminuer de volume et de sensibilité.

Journal de Médecine.)

SYPHILIGRAPHIE

CONSIDERATIONS SUR LE TRAITEMENT LOCAL DES MALADIES INFECTIEUSES ET PLUS PARTICULIEREMENT DE LA SYPHILIS

(Hallopeau)

L'auteur, contrairement à la manière de voir de la plupart des syphiligraphes, admet que tout syphilome doit être traité localement par les agents spécifiques, chaque fois qu'il leur est accessible, en même temps que par la médication générale.

Parmi ces agents, on emploie trop peu les bains généraux dans les syphilides disséminées et non ulcérées, les fumigations du calomel dans les cas de syphilides invétérées des cavités faciales, la pomme à l'oxyde jaune et l'application permanente de compresses imprégnées d'une solution de sublimé au cinq millièmes contre la plupart des syphilides ulcéreuses, le nitrate acide avec cocaïnisation contre

toutes les néoplasies ulcéreuses rebelles d'une étendue restreinte.

Les combinaisons organiques de mercure telles que le salicylate, le benzoate, l'hermophényl, que leur action non irritante semblerait devoir désigner pour ce traitement local, ne doivent pas y être affectées, car le mercure n'y est pas en liberté; l'or ne peut s'y amalgamer; elles sont inactives tant qu'elles ne se sont pas modifiées dans l'organisme.

Il y a lieu de procéder chirurgicalement à l'ablation des séquestres, surtout lorsqu'ils occupent le crâne.

Plusieurs auteurs ont montré que l'on peut agir sur les gommés spécifiques par des injections hypodermiques d'iodure de potassium; quant au chancre induré, il doit être enlevé ou cautérisé avec un agent spécifique chaque fois qu'il est accessible à ces moyens d'action. Contre les syphilides circonscrites non ulcérées, on emploiera les frictions de préférence sur les néoplasies elles-mêmes ou dans leur voisinage immédiat; elles peuvent agir sur les muqueuses par les vapeurs qu'elles dégagent.

Les injections profondes peuvent être employées localement, en particulier au voisinage des gommés et de syphilomes osseux.

(Bulletin gén. de thérap., 30 avril 1903, et Revue de thérap. méd. ch., 15 juin 1903.)

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LE PROCÉDE WELANDER.

Guerbemon a eu recours dans 10 cas de syphilis, au traitement de Welander (on sait que ce procédé consiste à faire porter aux malades des sachets contenant de l'onguent napolitain.)

Les résultats obtenus ont été presque tous négatifs. Dans la plupart des cas, les symptômes, loin de s'amender, n'ont fait que progresser, de sorte qu'on a été obligé de recourir aux frictions.

En ce qui concerne la recherche du mercure dans les urines dans le procédé en question, l'auteur a là aussi obtenu des résultats négatifs; dans les cas où le mercure se trouvait, il y était en quantités infinitésimales. Quant aux résultats favorables, obtenus par d'autres auteurs, Guerbemon les explique par ce fait qu'un certain nombre d'entre eux avaient affaire à des malades séjournant dans les hôpitaux spéciaux, où l'air est saturé de vapeurs de mercure. En outre, à l'hôpital, les malades peuvent passer au lit une partie de leur temps, ce qui, également, favorise l'évaporation du mercure.

(Medicinskoie Obosrenie 1903, no. 26, et Revue de thérap. méd. ch., 15 juin 1903.)

PEDIATRIE

LE MOUVEMENT MEDICAL. L'AUGMENTATION DU POIDS DU NOURISSON DANS LES JOURS QUI PRECEDENT LA MORT.

Un fait sur lequel tout le monde est d'accord et qu'on ne discute pas plus qu'un axiome, c'est que rien ne renseigne aussi exactement sur l'état de

santé d'un nourrisson que la courbe de son poids. Le tracé est-il régulièrement ascendant, on en conclut que l'enfant se porte bien, que son état général ne laisse rien à désirer et que son développement se fait sans accroc. La balance, — et l'on pourrait aisément établir un parallèle entre la balance et le thermomètre, — la balance, dis-je, rend encore les mêmes services chez le nourrisson malade, en nous permettant de juger de la gravité de la situation d'après les pertes de poids qu'enregistre la balance et qui s'inscrivent, pour ainsi dire automatiquement dans une courbe bien tenue.

Ces faits sont de connaissance vulgaire, et nous n'en aurions certainement pas parlé, s'ils ne devaient nous servir à mettre bien en lumière un phénomène très curieux, que M. Ch. Coulon a étudié tout dernièrement avec beaucoup de soin. Il s'agit de l'augmentation du poids qui se manifeste la veille de la mort chez des nourrissons gravement infectés.

Cette augmentation paradoxale ne peut certainement être considérée que comme une exception qui confirme la règle. Toutefois, il ne semble pas qu'elle se rencontre très rarement, puisque M. Coulon a pu réunir dans son travail 28 cas de ce genre. Aussi, sans parler de l'intérêt purement scientifique qui s'attache à ce fait fort bizarre, il est bon de le reconnaître, afin de ne pas se laisser aller à un optimisme justifié peut-être par les indications de la balance, mais qui est vite démenti par la terminaison fatale. Or, comme à l'habitude de dire un maître en clinique, le public ne se soucie guère du diagnostic, mais ne pardonne jamais une erreur de pronostic. C'est dire que le phénomène que nous sommes en train de signaler a une importance pratique qu'il est inutile de souligner.

Certains enfants, nous dit M. Coulon, qui succombent à la lymphangite ou aux suppurations péri-ombilicales, à l'érysipèle, à la bronchite ou à la broncho-pneumonie, à la faiblesse congénitale ou à la syphilis héréditaire augmentent de poids les jours qui précèdent la mort.

Cette augmentation du poids ne se fait pas toujours et chez tous les enfants de la même manière.

Tantôt le poids de l'enfant s'accroît brusquement et d'une façon considérable. Dans les deux ou trois jours qui précèdent la terminaison fatale, la balance enregistre des augmentations de 80, de 150, voire même de 200 grammes par jour. Le tracé de la courbe donne dans ces conditions une ligne ascendante presque droite, d'autant plus trompeuse que l'augmentation du poids que nous venons de signaler se produit en dépit des phénomènes généraux ou locaux graves, malgré un état général mauvais.

Il y a mieux. Généralement les nourrissons qui présentent cette augmentation brusque du poids meurent presque subitement. Et M. Coulon nous affirme que cette mort subite est si bien la règle que, plusieurs fois il a vu le professeur Budin prédire la mort à brève échéance des enfants dont la courbe présentait le tracé en question.

Chez d'autres enfants, qui succombent aussi fatalement que ceux dont nous venons de parler, l'accroissement du poids se fait plus lentement, plus ré-

gulièrement, sans dépasser la moyenne habituelle. La courbe ressemble alors en tous points à celle d'un nourrisson qui se développe normalement. Dans d'autres cas encore, la courbe après avoir présenté une légère chute pendant les premiers jours de la maladie, recommence ensuite son ascension. Quelquefois aussi l'ascension se fait lentement, par oscillations, et ce n'est qu'après être restée stationnaire pendant quelques jours que la courbe monte franchement. Ce type de courbe est, comme on sait, fréquent chez les enfants dont le développement se fait normalement. En pareil cas, c'est-à-dire en face d'une courbe paradoxale de ce genre, le médecin non prévenu ne se montre nullement inquiet jusqu'au moment où la mort de l'enfant vient le tirer de sa quiétude.

Et celle-ci est en apparence d'autant plus justifiée que, chez ces nourrissons, et quelle que soit la forme qu'affecte l'accroissement paradoxal, les autres éléments de pronostic manquent ou sont peu précis.

En effet, chez les enfants, la température est influencée par la maladie causale et nullement en rapport avec les données de la balance. Tantôt la température est élevée, d'autres fois elle reste normale, quelquefois elle est abaissée. Les réactions du côté du tube digestif — et l'on connaît leur signification chez le nourrisson, — sont également très variables. Il est des cas, et ce sont les plus nombreux, dans lesquels l'augmentation préthale du poids évolue avec des troubles digestifs, garde-robes verdâtres ou franchement vertes, liquides, mal dirigées ou dégageant une odeur fétide. Mais il est aussi des cas où la diarrhée fait défaut et est remplacée par de la constipation.

Il existe un symptôme qui, à la rigueur, permet d'interpréter l'augmentation paradoxale du poids : c'est l'apparition d'un œdème plus ou moins accusé siégeant, soit aux membres inférieurs, soit à la face, soit enfin généralisé à tout le corps. Malheureusement cet œdème n'existe pas dans tous les cas.

Et maintenant quelle est la pathogénie de cette augmentation et préthale du poids?

On a voulu voir dans ce phénomène le résultat de causes d'ordre mécanique, à savoir la surcharge de l'estomac par le lait qui n'est pas digéré, ou bien encore la rétention de l'urine ou des matières fécales augmentant celui de l'enfant. M. Coulon n'accepte pas cette théorie qui, comme il le montre, est en désaccord aussi bien avec l'observation clinique qu'avec les données nécropsiques. Pour lui l'augmentation du poids tiendrait aux lésions anatomiques des poumons, du foie, de la rate, qu'on trouve chez ces enfants, et qui sont caractérisées par des proliférations cellulaires et des néoplasies histologiques.

Ces produits de néoformation, dit-il ne font pas, comme le sang, partie intégrante de l'organisme. Ils sont créés de toute pièce par la phlegmasie; ils sont pour ainsi dire des produits de nouvelle formation. Le poids de ces exsudats entrera donc en ligne de compte non seulement en s'ajoutant au poids de l'organe envahi, mais en s'ajoutant aussi au poids total du corps qu'il augmentera d'autant. Et ce

surplus se traduira nécessairement par une ligne ascensionnelle sur la courbe des pesées.

La théorie est ingénieuse et originale. Mais est-elle exacte? C'est ce qu'il est difficile de dire dans l'état actuel de la question.

R. ROMME.
(Press Méd.)

— o o: —

Thérapeutique et Mat. Médicale

MEDICAMENTS TROMPEURS.

Il est intéressant de signaler avec quelle hostilité sont accueillies en Angleterre et en Amérique les nouvelles préparations arsenicales (cacodylates et monométhylarsinates).

Sir Thomas Fraser, professeur de matière médicale à l'Université d'Edimbourg, enseigne qu'il est impossible aux combinaisons de l'acide cacodylique de produire les résultats satisfaisants qui suivent nécessairement l'usage des préparations arsenicales anciennes, classiques, de toutes les pharmacopées. Depuis que les cacodylates ont été employés, il a été établi, hors de toute contestation, qu'ils irritent l'estomac et donnent à l'haleine une odeur aliacée, ce qui amena M. Gauthier à introduire dans la thérapeutique une préparation qu'il dénomma arrhénal et qui est un monométhylarsinate de soude. M. Gauthier affirme que ce sel cristallin, incolore, soluble dans l'eau, dans l'alcool, peut être employé avec avantage à la place des préparations arsenicales classiques et qu'il ne provoque jamais aucun de ces phénomènes d'irritation qu'on constate quelquefois chez des individus prédisposés. Le professeur Fraser déclare explicitement que l'arrhénal, comme les cacodylates, est parfaitement inactif, au moins dans une large mesure, d'abord parce que, composé stable de l'arsenic, il est difficilement dissocié dans l'organisme, ensuite parce qu'une expérience clinique maintenant bien assise démontre qu'il ne possède aucune propriété thérapeutique extraordinaire et même ordinaire.

A l'appui de cette assertion, il cite l'observation d'une femme de soixante ans, à laquelle il administra sous forme d'arrhénal, pendant vingt-cinq jours, des doses d'arsenic suffisantes, suivant son mode d'expression, pour tuer quarante-cinq hommes adultes, si l'arsenic avait été pris sous forme d'une préparation arsenicale classique. Il n'observa ni phénomènes toxiques, ni action thérapeutique quelconque.

(Therapeutic Gaz.)

— o o: —

DERMATOLOGIE

TRAITEMENT DES DERMATOSES INFLAMMATOIRES, PAR LA STYPTICINE, ANTI-PHILOGISTIQUE LOCAL.

Kaufmann.

L'auteur a essayé avec succès les pommades de stypticine à 10 o/o contre la furonculose. Dans les

différentes dermatoses inflammatoires, il a employé des bâtonnets composés de stypticine, 0,05, gélatine blanche, 1,5; des pommades à 5 ou 4 o/o; comme mode d'application, compresses de gaze enduites de pommade, appliquées sur le point intéressé, maintenues sans ouate par des bandes ou des languettes d'emplâtre adhésif. Contre les ulcères, la stypticine agit comme antiseptique et comme desséchant. L'auteur a guéri en quelques jours deux cas de banlite ulcéreuse avec une pommade composée de stypticine, 2, et lanoline 100. Il ne faut pas dépasser ce titre dans les plaies étendues pour éviter l'intoxication. Son indication principale réside surtout contre les dermatoses aiguës, et surtout de caractère infectieux. Les petits furoncles disparaissent en quelques jours avec des pommades à 5 o/o. La stypticine n'a qu'un effet purement local; elle n'empêche pas la poussée de nouveaux furoncles. La même pommade peut être employée avec succès dans le traitement des poussées érysipéloïdes ou des lymphangites. La guérison demande une huitaine. Les panaris légers guérissent en deux ou trois jours sans incision. L'épididymite en est amendée; mais on n'obtient rien dans la blennorrhagie. Le remède a donné aussi d'excellents résultats dans un cas de bartholinite blennorrhagique. Dans trois cas de trichophytie avec abcès, la pommade de stypticine a donné de bons résultats dans un temps relativement assez court. Il faut y joindre parfois l'incision et les attouchements au crayon de stypticine. L'auteur a obtenu de bons résultats dans l'eczéma aigu des adultes: mais elle n'en donne aucun dans l'eczéma chronique; de même dans deux cas de zona des lèvres inférieures; la guérison survient complète, en deux à cinq jours. Les résultats contre l'acné sont nuls. Les engelures s'en trouveraient bien. Au résumé, médicament à conseiller dans les inflammations aiguës de la peau, contre-indiqué dans les chroniques.

(Journal des mal. cutanées.)

— o o: —

FORMULAIRE

TRAITEMENT DES SEBORRHOÏDES AVEC ABCES TUBEREUX DE L'AISELLE.

L'abcès tubéreux de l'aisselle fait suite à de la séborrhée. On sait que celle-ci est caractérisée par une desquamation épithéliale (pellicules) qui occupe les cheveux, la barbe, gagne les aines, les aisselles. La peau, d'un rouge jaunâtre, est recouverte de squames grasses. Jamais M. Darier n'a vu les abcès tubéreux de l'aisselle survenir en dehors de la séborrhée.

Le traitement consiste à soigner à la fois la séborrhée et l'abcès. Le soufre est dans l'espèce, l'agent spécifique. Sur la tête, pour combattre les pellicules, on fera matin et soir des frictions avec le liquide suivant. On continue 8 à 10 jours, cela suffit pour amener la guérison:

grammes
 Polysulfure de potassium..... 10
 Eau distillée..... 100

Le savon au naphthol soufré, les pommades au soufre seront utilisés:

grammes.
 Cold cream ou vaseline..... 40
 Soufre précipité..... 2

Sur le corps, on usera de pâtes soufrées:

grammes
 Oxyde de zinc..... 10
 Vaseline..... 10
 Lanoline..... 10
 Soufre précipité..... 2
 Acide salicylique..... 0 gr. 40
 Résorcine..... 0 gr. 40

Pour onctions tous les soirs.

Ou bien:

grammes
 Oxyde de zinc..... 10
 Vaseline..... 10
 Lanoline..... 10
 Soufre précipité..... 2
 Huile de cade..... 2

Contre l'abcès tubéreux de l'aisselle, on fera, 3 fois par jour, des pulvérisations de 20 minutes de durée avec le liquide suivant:

Alcool à 90 deg..... 50
 Eau..... 50
 Résorcine..... 3

Une fois l'abcès ouvert, on supprimera l'alcool de la préparation:

grammes
 Eau..... 100
 Résorcine..... 3

M. Darier recommande en outre à ses malades de la levûre de bière; une cuillerée à café avant les repas; un tiers des malades s'en trouvent bien, chez un tiers le résultat est douteux, le dernier tiers n'en tire aucun avantage.

(Journal des Praticiens.)

— o o —

BLEPHARITE CILIAIRE.

Poussées aiguës. — Lotions émollientes avec : infusion de camomille, infusion de guimauve, etc., eau de sureau boriquée, etc.

A l'état chronique. — Faire tomber les croûtes avec des cataplasmes tièdes, puis enduire les bords des paupières avec gros comme une lentille d'une des pommades suivantes :

Oxyde de zinc..... ââ 5 cent.
 Sous-acétate de plomb.....
 Huile d'amandes douces..... 50 —
 Vaseline 5 grammes,
 M. S. A.

Axonge 4 gr.
 Précipité jaune 40 cent.
 Teinture de benjoin..... VIII gout.
 M. S. A.

Vidal.

Précipité blanc
 Oxyde de zinc ââ 10 cent.
 Huile de bouleau XII gouttes.
 Vaseline 10 gr.
 M. S. A.

Hubert.

Précipité rouge 10 cent.
 Acétate de plomb 0,05 cent.
 Huile de noisettes V gouttes.
 Axonge benzoïnée..... 5 gr.
 M. S. A.

(Galezowski et de Wecker.)

Encore pommade du Régent, pommade de Desault.

S'il se produit des ulcérations, les cautériser avec sulfate de cuivre, crayon de nitrate d'argent mitigé ou la solution suivante :

Nitrate d'argent 10 cent.
 Eau distillée..... 10 gr.
 F. S. A.

Ouvrir les petits abcès avec la pointe fine du thermo-cautère.

Traitement général antiscrofuleux: huile de foie de morue, etc.

(Ann. de Thér.,)

— o o —

NOUVELLES.

—

Nécrologie.

—Le 7 courant est décédé subitement à Valcourt (Shefford), le Dr Archille Castolow à l'âge de 37 ans.

Les funérailles ont eu lieu mardi matin, à 9 hrs, à Valcourt.

—

—Nous offrons nos plus sincères sympathies à notre confrère M. le Dr Noé Fournier, du service de chirurgie au dispensaire de l'hôpital Notre-Dame, qui vient de perdre sa mère, décédée à sa résidence, rue Saint-Laurent. La défunte était veuve de M. Moïse Fournier, de Saint-Bruno. Elle est morte à l'âge de 74 ans.

Les funérailles ont eu lieu à Saint-Bruno.

— o o —

SUPPLEMENT

LE DOCTEUR, S.V.P.

(Avanture Médico-Parisienne.)

Une jeune et jolie pêcheuse de la haute parisienne, s'en fut un jour, toute en larme, trouver une de ses amies.

—Figure toi, lui dit-elle que mon amant m'a lâchement trompée, le monstre a abusé de mes faveurs pour me mettre dans un état...!

—Est-ce que par hasard?

—Pire que cela ma chère, je n'ose, tant c'est horrible.

—? ? ?

—Enfin figure toi une inflammation terrible, mais ce qui est plus terrible encore c'est que mon mari sera de retour de voyage la semaine prochaine et alors je suis perdue, à jamais déshonorée.

—Rassure toi ma chère, lui dit l'amie, dans huit jours un médecin habile peut guérir ce fâcheux accident. Rends toi chez le célèbre docteur Trois Etoiles, rue X No. XX et tu lui diras que tu viens de ma part, c'est un savant et en plus un homme de la plus grande discrétion.

—La jeune femme se rend donc au No. XX de la rue X, et demande le Dr Trois Etoiles.

—Au premier, porte à gauche, lui répond la concierge.

La pauvre gravit l'escalier frappe et avant que la servante eut pu intervenir se précipite dans le salon. Au bout d'un instant un monsieur très grave apparait.

—Ahl docteur dit-elle, vous allez me sauver la vie, c'est du reste Madame Un tel que vous connaissez qui m'envoie vers vous.

—Madame.....

—Oui, monsieur, c'est mon amant, un monstre qui profitant de ma faiblesse m'a inventé une de ces maladies honteuses dont on n'ose parler sans rougir.

—Cela est canaille.

—N'est-ce pas, monsieur, que c'est infâme, mais voyez-vous mon mari revient dans quelques jours de voyage et je suis perdue si vous ne me sauvez pas.

—En effet, madame, votre mari la trouvera mauvaise.

Alors, la jeune femme se précipitant sur la canapé.

—Voyez et jugez du degré d'inflammation.

—En effet dit-il en examinant, l'inflammation est à son état aigü.

—Et que feriez-vous pour me guérir au plus vite?

—Je vais vous dire, lui dit-il en se relevant. Moi j'habite l'entre sol et je suis architecte, mais au premier il y a un médecin qui vous donnera tous les renseignements.

! ! ? ? ! !

(Sylvius.)

DEDIE AUX LECTEURS DE LA REVUE MEDICALE DU CANADA.

Mon premier est un vagabond.

Mon second est un assassin.

Mon troisième ne rit jamais jaune.

Enfin mon quatrième est un espion.

Mon tout fut un grand poète français.

Ne cherchez pas, c'est inutile. Le nom est:

VICTOR HUGO.

En effet.

Mon premier VIC est un vagabond parce que VICAIRE (Vic ère).

Mon second TOR est un assassin parce que TORTUE.

Mon troisième ne rit jamais jaune, évidemment puisque URINOIR.

Enfin mon dernier GO est un espion, puisque goguette.

Ousqu'est le four crématoire que je m'y incinère. (Sylvius).

—:o o—

L'ASSOCIATION MEDICALE DU CANADA.

La trente-sixième assemblée annuelle de l'association médicale du Canada aura lieu cette année à London, Ont., les 25, 26, 27 et 28 août, sous la présidence du Dr. Walter H. Moorhoun, de cette ville, qui fera le discours présidentiel. Les autres discours seront faits par les docteurs suivants:

Médecine—Docteur McCallum, London.

Chirurgie—Docteur Ferguson, Chicago.

Gynécologie—Docteur Mathieu Mann, de Buffalo, qui a opéré le président McKinley.

Durant le cours du congrès il y aura deux discussions. La première sur le traitement de la fièvre typhoïde, entre les docteurs W. P. Caven, de Toronto, J. Herald, de Kingston, W. Theslte, de London, et McCallum, de London. La seconde discussion aura pour sujet la diagnostic et le traitement de la péritonite tuberculeuse. Les docteurs suivants y prendront part: Dr Alherton, Fredericton; Dr Groves, Fergus; Dr Herbert, Dr Bruce, Toronto; Dr L. Coyteux Prevost, Ottawa.

Le comité d'organisation a décidé de faire très bien les choses. Un "smoking concert" aura lieu à Springbank, London.

Le premier jour de la convention, le gouverneur d'Ontario recevra les membres de la convention.

Le troisième jour, visite aux laboratoires et aux établissements scientifiques de MM. Parke, Davis et Cie, à Détroit et Walkerville. Il y aura deux voyages de plaisir à Détroit, banquet à l'hôtel Russell. Des trains spéciaux seront à la disposition des membres de l'association.

Les dames qui viendront à cette convention seront reçues par les dames de London.

—:o o—

(Suite.)

l'adversaire que le journaliste a choisi. Le praticien, que la ville ne peut plus nourrir, n'a donc qu'à terminer par où l'homme de lettres a généralement commencé. Il peut être assuré qu'il y trouvera la joie de vivre avec le pain quotidien. C'est tout ce que notre "Terre qui meurt" peut donner, quoi qu'en dise R. Bazin, de l'Académie française.

(Gaz. Méd. de Paris.)

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

Jusqu'à ce jour, j'ai un peu vécu comme l'oiseau sur la branche, cependant je sens en moi comme un besoin irrésistible de tranquillité, je voudrais cette vie de famille que je n'ai, hélas! jamais connue. Le destin ne le veut pas et il va me falloir reprendre cette vie errante que je hais, mais à laquelle la raison m'oblige de me plier. Un miracle seul peut me sauver, mais le temps des miracles est passé.

—Pourquoi ne pas terminer votre congé avec nous? dit Mrs Brown, ne m'avez-vous pas dit avoir trois mois de liberté.

—C'est vrai, mais une raison impérieuse m'oblige de partir.

—Depuis que vous êtes ici, lui fit remarquer Mrs Brown, vous n'avez reçu aucune lettre, aussi je ne vois pas la raison pour laquelle vous partiriez sitôt.

—Si, j'ai une raison, madame. Peut-être lorsque vous la connaîtrez, approuverez-vous ma résolution.

Mrs. Brown fit signe au jeune homme de venir s'asseoir près d'elle.

—Il y a un instant, continua Donald, je vous disais que c'était pour ainsi dire la première fois de ma vie, que j'éprouvais le bonheur de la vie de famille. Avec lui, un horizon nouveau s'est ouvert pour moi, horizon qui me montre un avenir de joies, mais plus sûrement un avenir d'éternels regrets.

—Je ne vous comprends pas, Donald, dit Mrs Brown en regardant le jeune homme avec surprise.

—Je vais en un mot, Mrs Brown, vous donner la clef de tout le mystère. J'adore Nelly et n'ai qu'un désir: en faire ma femme.

—Vous aimez Nelly! s'écria la brave femme en portant l'une vers l'autre ses deux mains. Est-ce bon Dieu possible, et... ma

filles, dites-moi, Nelly...?

—J'ai cru m'apercevoir, dit Donald, qu'elle avait pour moi plus que de l'estime.

—Malheureux enfants, dit Mrs. Brown en se levant, ils s'aiment, je ne puis y croire.

La fermière de Garry Fen était plus interdite qu'elle n'eût voulu le paraître. Jamais, avant ce jour, l'idée de marier Nelly ne s'était présentée à son esprit. Vivant seule avec cette enfant qui était sa vie, elle avait arrangé toutes choses pour elles deux, sans songer qu'un jour, une troisième personne viendrait s'interposer entre elles. En un instant, la réalité toute entière se présenta à elle avec sa brutale réalité. Effrayée elle ne voulait croire aux paroles de Donald Lington, non pas qu'elle fut du nombre de ces parents qui n'aiment leurs enfants que pour eux-mêmes, mais seulement parce que chez elle la surprise faisait place à tout autre sentiment.

Lington regardait la mère de Nelly, cherchant à deviner ce qui se passait en son âme. Enfin rompant le premier le silence:

—Vous ne me répondez pas madame, dois-je comprendre que ma demande est non avenue ?

—Vous devez concevoir mon ami, que cette demande est de nature à m'étonner, répondit Mrs Brown, non pas, que mon cœur soit insensible au sentiment que vous ayez envers ma fille, ni que mon orgueil soit blessé. Je vous crois bon, d'après ce que vous m'avez conté de votre histoire. Je puis juger que votre vie a toujours été partagée entre le travail et les devoirs de l'honneur. Cependant, monsieur, un mariage est chose sérieuse à laquelle il faut bien songer et d'un autre côté, nous nous connaissons depuis bien peu.

—Tout ce que me dites-là, madame, j'y avais pensé. Hélas, je vois qu'un abîme presque infranchissable me sépare de Nelly. Je sais que je ne suis qu'un étranger pour vous, jeté à Garry Fen par le hasard, comme une épave que les vagues de la mer jettent à la côte. Je n'ai personne qui puisse venir ici intercéder pour moi, mes parents sont morts et je n'ai d'autres amis que quelques marins qui naviguent en ce moment sur de lointains océans. Pardonnez-moi madame, je suis insensé et plus insensé encore est la demande que j'ai osé vous faire. J'ai pour moi deux torts: d'abord celui d'avoir écouté mon cœur, ensuite d'être un des déshérités de l'existence.

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII,

MERCREDI, 19 AOÛT, 1903,

No. 8

Travaux Originaux

LE CROUP: SON TRAITEMENT.

Par M. le Dr A. Bourdon.

Le praticien en province, dépourvu des moyens de diagnostic bactériologique si faciles dans la pratique hospitalière et privée des villes, doit nécessairement faire face à ce besoin et laisser la clinique prendre ses droits. Quoiqu'il en soit de la nature bactériologique des maladies infectieuses, il importe que dans ces cas, la plupart du temps à pronostic grave, le médecin prenne sans retard une décision qui lui permette de lutter efficacement contre la cause de l'infection. De toutes les maladies microbiennes, le croup, par son effrayante mortalité, est l'effroi des familles comme elle est la bête noire des médecins.

Le croup, qu'il soit à coccus Brison ou à bacille de Loeffler, bénéficiera toujours d'une sérothérapie opportune jointe à un traitement médical approprié. L'action du sérum dans l'économie est loin d'être élucidée. Agit-il directement sur la toxine diphtérique en la neutralisant, ou augmente-t-il la vitalité des cellules, permettant ainsi à ces éléments de résister à l'infection qui les envahit. Quel que soit son mode d'action, le sérum agit merveilleusement sur une infection qui dans la majorité des cas, par les nombreux examens bactériologiques a été trouvée de nature diphtérique. Je ne veux citer, entre beaucoup, que deux cas où toute la thérapeutique que j'ai toujours suivie dans ces cas, est bien illustrée.

Emélie P., 6 ans, antécédents pathologiques nuls. Appelé le 3 mai dernier à 8 hrs.

p.m. je ne constate à l'examen de la gorge qu'un très léger mucus recouvrant le pharynx. La toux est fréquente et présente un timbre sourd et voilé, la voix est enrouée, la dyspnée légère sans tirage; l'haleine est fétide. Température 38deg. Le diagnostic s'impose; je fais sur-le-champ une injection de 20 c.c. de sérum antidiphtérique dans le flanc droit. Cataplasmes de fécule de pommes de terre autour du cou, et aussi Calomel 4 à 5 grains pour 8 prises. En prendre une toute les deux heures en alternant avec:

Extrait fluide de gaborandi.....	60 gouttes.
Extrait fluide d'aconit.....	15 gouttes
Créosote.....	5 gouttes
Glycerine.....	4 dragmes
Eau q. s. ad.....	4 onces.

Une cuillerée à thé toutes les deux heures.

Le lendemain matin la température est normale, la toux est plus grasse, la figure animée. Le sérum est abandonné; la petite malade continue à prendre les médicaments ordonnés jusqu'à recouvrement complet.

Jules P., 3 ans. A déjà eu dothiéntérie et variole. Appelé à 10 hrs. a.m. je constate toux sourde et voilée, voix presque éteinté, dyspnée, tirage sus-sternal. Température 38.5. Je propose une injection de sérum qui, pour des raisons pécuniaires est refusée par les parents. Je laisse calomel et jaborandi, tels qu'ordonnés dans le cas précédent. Le petit malade, allant de mal en pis, je suis requis dans l'après-midi de faire une injection de sérum. Je donne 20 c.c. en injection dans le tissu cellulaire du flanc droit et continu le calomel et le jaborandi. Le lendemain matin, l'état du malade n'ayant pas changé, nouvelle injection de 20 c.c. de sérum. Je retranche la jaborandi et y substitue:

Apomorphine..... I-4 grain
 Acide nitro-muriatique dilué..... 2 gouttes
 Sirop simple..... I once
 Eau q.s. pour..... 4 onces.

Une cuillerée à thé toutes les heures.

Le troisième jour le petit malade semble aller mieux, la paleur du teint a disparu, la toux est plus facile, l'apomorphine est seul continué jusqu'à complet rétablissement.

L'apomorphine présente sur le jaborandi l'avantage d'être un expectorant de premier ordre, et malgré son action hyposthénisante, il n'affaiblit pas le cœur comme le jaborandi. Pendant la période critique de la maladie, l'action du cœur doit être sauvegardée par des injections sous-cutanées d'éther, de caféine. Le sérum antidiphtérique est aujourd'hui employé comme préventif et curatif dans la scarlatine et la rougeole qui se compliquent si souvent de manifestations diphtériques; il n'est pas jusqu'à la septicémie qui n'ait, paraît-il, bénéficié de la sérothérapie; à plus forte raison, une maladie reconnue de nature diphtérique dans la plupart des cas par la bactériologie doit bénéficier de l'incomparable découverte de Roux.

Il faut donc, dans tout cas de croup, qu'il soit léger ou grave, simple ou diphtérique, agir sans retard à l'aide du sérum anti-diphtérique et des moyens thérapeutiques qui dans les mains de tout médecin, ont déjà fait leurs preuves.

Laprairie, P. Q.

—o o:—

Coq-a-l'Ane

LA REACTION DE RIEGLER POUR LA RECHERCHE DU GLYCOSE DANS L'URINE.—Révèle 0.05 o/o, et se fait dans trois minutes. La présence d'albumine ne nuit pas à la réaction. On met dans un grand tube à réactif, 1 CC. d'urine et une dizaine de grains d'oxalate de phénylhydrazine et 10 Cc. d'eau. Bouillir et agiter jusqu'à dissolution. Ajouter alors 10 Sc. d'une solution de potasse caustique à 10 o/o. Boucher le tube et agiter. Le glucose se reconnaît à la belle coloration

pourpre qui se produit en dedans d'une minute.

On obtient l'oxalate de phénylhydrazine en chauffant 20 Gmms. de l'hydrochlorate dans 300 Cc. d'eau jusqu'à solution; on ajoute alors 10 Gms. d'oxalate d'ammonium dissous dans 100 Cc. d'eau. Les cristaux sont recueillis sur un filtre aussitôt froids; on rince et on sèche. Ces cristaux se conservent indéfiniment. (Deut. Med. Woch. — J. Am. Med. A.).

LA COCAINE.—Ne jamais oublier de ne faire usage que de solutions diluées 1/100 ou 1/200 en injecter 6 à 7 centigrammes ou quelquefois de 10 à 15. Opérer le malade couché. Le faire manger avant de se lever.

GOUTTE GRAVE.—Dans un salon.

—Je suis désolé, mon mari ne peut venir: il a la goutte.

—Faites attention, ma chère: c'est grave chez les militaires. (Marseillé-Med.).

ACETENURIE ET GROSSESSE.—Audibert et Barraja résumant ainsi un consciencieux travail publié dans le Marseille-Médical: 1.—La grossesse normale ne s'accompagne pas d'acéténurie; nous sommes d'accord avec tous les auteurs. 2.—La grossesse pathologique semble ne pas s'accompagner également d'acéténurie. Fait discuté. 3.—Le travail de l'accouchement produit souvent l'acéténurie et celle-ci ne disparaît dans les suites de couches qu'au bout de 24 à 48 heures. 4.—La rétention d'un fœtus mort in utero, n'entraîne pas nécessairement et infailliblement l'acéténurie, mais la provoque dans la grande majorité des cas.

LE TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE.—D'après Ferrera (Revis. Valenc. Cien. Med.).—Le traitement le plus satisfaisant de la coqueluche serait le suivant:—L'antisepsie de la bouche et du nez: badigeonnages plusieurs fois par jour du pharynx avec du validol contenant de l'huile d'amandes amères et 5 o/o de muriate de cocaïne. Inhalation d'oxygène, saturé de validol et d'eau de laurier-cerise, plusieurs litres, cinq ou six fois par jour. Changement journalier de chambre et désinfection de celle-ci avec du soufre. A l'intérieur, de la belladone et du sirop de Tolu, ainsi que de l'euquinine (15 grs. par jour). Le validol est un liquide sur le cœur droit. L'hydrothérapie contrôle

la température; une dose d'opium suffit, avec clair, sirupeux, provenant du menthol.

LA PNEUMONIE CROUPALE DES ENFANTS.—Coutts (Edin. Med. J.) dit que chez les enfants les souflets sont plus souvent endahis et qu'il est rare que le broncho-pneumonie se localise ainsi. Le repos au lit dans une chambre bien ventilée est l'essentiel, avec une bonne garde-malade et une diète appropriée: rarement les alcools sont requis. Il faut abaisser la température, soulager la douleur, procurer le sommeil, et réduire l'effort des fomentations chaudes, sinapismes, cataplasmes, pour calmer la douleur. L'asthénie cardiaque, le plus à craindre, sera combattue par la strychnine et l'glcool, les seuls drogues auxquelles on puisse se fier.

LE LOBE DE RIEDEL.—Une cholécystite qui dure longtemps peut amener l'hypertrophie de la partie du foie dans le voisinage immédiat de la vésicule biliaire, formant une prolongation en languette, qui pourrait être prise pour la vésicule distendue. Cette partie hypertrophiée a reçu le nom de lobe de Riedel.

LE SERUM ANTIDIPHTERIQUE EN PASTILLES.—On dit que l'antitoxine de Roux est maintenant administrée sous forme de pastilles, durant la convalescence. Ces pastilles détruisent les bacilles contenus dans la bouche et l'inoculation préventive devient inutile. (Phil. Med. J.)

DINER EN L'HONNEUR DU DOCTEUR OSLER.—Le 15 mai, au Maryland Club, les anciens internes et les assistants médecins du John Hopkins Hospital, à Baltimore, ont donné un dîner au Dr Osler et lui ont présenté le Dictionary of National Biography, en 65 volumes.

ECRAN CONTRE LES RAYONS X.—Unna (Monat f. prat. Derm.) recommande une pâte zinc-gélatine, contenant 10 o/o de cinabre et d'oychlorure de bismuth.

LA DYSMENORRHEE TRAITÉE PAR L'EXTRAIT DE GLANDE THYROÏDE.—Stinson (Am. J. Obst.) préconise la thyroïdine comme anodin ovarien et utérin. Il administre 1 grain en capsules, trois fois par jour, deux jours avant la menstruation; pendant l'écoulement, il augmente à 2 grains. Il obtient du soulagement dans 80 o/o des cas.

LA SCOPOLAMINE COMME SEDATIF DANS LES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES.—H. Pfister dit que cet agent est préférable à tout autre chez les alénés. Il n'a jamais remarqué de mauvais effets à la suite d'injection hypodermique de 0.5 à 1 millig. continué pendant des semaines. Il n'y a pas d'accumulation de dose. Elle calme les patients, même très excités. Pfister aime beaucoup aussi la paralaldéhyde: il donne de 3 à 5 grammes, dans beaucoup d'eau. (J. Am. M. A.).

LA FORMALINE CONTRE LA COQUE-LUCHE.—Cenex, de Bohême, dit que les vapeurs de formaline ont une action spécifique sur la coqueluche. Le bureau de santé de Chicago vient de conclure que par l'emploi judicieux des inhalations de formol, on arrête la maladie et en même temps on l'empêche de se propager. (Bull. Health Dept. Chicago.)

GASTROPTOSE.—Le docteur Francine de Philadelphie, dit (Univ. Penn. Med. Bull.) que les indications du traitement sont: 1. Empêcher la stagnation et la fermentation, et augmenter l'activité péristaltique de l'estomac. 2. Fournir un support à l'estomac et aux autres viscères abdominaux. 3. Relever l'état général du patient.

On y arrive par l'hygiène, la diète, la lavage et les drogues; le massage et les exercices gymnastiques afin de renforcer les muscles abdominaux, un support mécanique s'il y a lieu, dans les cas rebelles, on a recours à l'opération.

Le lavage de l'estomac soulage les patients, même quand il n'y pas de rétention. Les mouvements péristaltiques sont activés et la muqueuse soulagée. Bien indiqué quand il y a rétention d'aliments ou lorsqu'il y a beaucoup de mucus. C'est un des meilleurs moyens de traiter cet état. On arrive à combattre la fermentation, par la résorcine, l'acide carbolique, la créosote, l'esprit d'ammoniaque aromatique et le bicarbonate de soude. Formules de Ewald:

P.—Teint. de noix vomique..... 4 drach.
Résorcine..... 1 "

Teint de quinquina Co..... 2 1/2

M.—Dose.—10 à 15 gouttes toutes les deux heures.

NIRE.

—:o o—

Revue des journaux

MEDICINE

SURDITE D'ORIGINE TABAGIQUE.

Wyatt Wingrave.

L'auteur passe en revue les divers accidents que peut provoquer l'usage ou l'abus du tabac: les uns sont d'ordre purement mécanique et s'observent principalement chez les sujets atteints d'obstruction nasale; la pression négative produite à chaque aspiration de fumée dans le naso-pharynx favorise l'hyperémie de cette région et engendre des troubles du côté de la trompe d'Eustache. Un deuxième groupe de faits comprend les lésions irritatives ou catarrhales avec toux et expectoration intestinales; c'est ici l'action locale de la fumée sur les muqueuses qui est en cause.

Plus importante est la surdité toxique ou nerveuse. Elle est due à l'accumulation progressive dans l'organisme des poisons du tabac; cette accumulation n'est pas douteuse, car l'abstinence totale est nécessaire pour obtenir une guérison durable; une simple réduction dans l'usage du tabac est insuffisante pour obtenir un résultat appréciable. Dans tous les cas signalés par les observateurs, la surdité est double. Les bourdonnements, le vertige sont souvent très marqués. Ces troubles s'accompagnent d'ailleurs de phénomènes analogues du côté de la vision: amblyopie, défaut de perception du rouge, scotome.

Le traitement réside dans l'abstinence de tabac sous toutes ses formes et dans l'administration de strychnine. Des cas graves ont pu guérir ainsi dans l'espace de huit à douze mois. La rechute survient dès qu'on reprend l'habitude du tabac, même si on continue à reprendre de la strychnine.

(Medical Press.)

TRAITEMENT DES NOEVI DU CUIR CHEVELU ET DU NEZ PAR LES INJECTIONS D'EAU CHAUDE.

(Frédéric Griffith).

L'observation concerne une enfant de sept mois. L'aire vasculaire du cuir chevelu fut d'abord traitée par des injections d'eau chaude à une température variant de 82 à 94 degrés. On injectera trois grammes sans aucune anesthésie. Un pansement lui fut ensuite appliqué et maintenu par de minces bandes de caoutchouc. En quelques jours, la tumeur vasculaire avait presque complètement disparu. Ce traitement fut complété par d'autres injections. La tache nasale fut traitée de la même manière. Dans aucun cas, la peau ne fut lésée par les injections d'eau chaude. La tumeur du cuir chevelu était plutôt capillaire ou artérielle, celle du nez était du type

veineux. Le principal danger inhérent à l'emploi de cette méthode de traitement est celui de l'embolie, mais cette tendance peut facilement être évitée en employant de l'eau près du point d'ébullition au moment de l'injection, ce qui assure une prompte et solide coagulation.

(New York med. J.).

ACTION VASOMOTRICE DE LA SUGGESTION; GUERISON DES VERRUES

M. Haerberlin (de Hambourg) rapporte plusieurs cas de verrues guéries par des procédés populaires, superstitieux ou empiriques, tels que attouchements, prières, etc.

Pour M. Paul Farez, ces diverses recettes n'ont aucune efficacité en elles-mêmes; elles agissent par suggestion indirecte, à la faveur de la confiance que le porteur de verrues accorde aux dits remèdes. La preuve en est que, sans aucun attouchement, la suggestion hypnotique fait disparaître les verrues. Témoignage le cas dont il soumet les épreuves photographiques: celles-ci suivent pas à pas le processus suivant lequel la verrue arrive à disparition complète. Quatre séances de suggestion hypnotique ont eu raison d'une verrue qui datait de deux ans.

M. Bérillon. Une femme de Lausanne a guéri un nombre considérable de verrues en les touchant avec la chemise d'une femme qui venait d'avoir ses règles. Bonjour (de Lausanne) les guérit couramment par un attouchement queconque, après avoir bandé les yeux du sujet. Gilbert (du Havre), es rissait par intimidation. Moi-même, par l'hypnotisme, j'ai obtenu une dissociation curieuse: chez un individu porteur de verrues aux deux mains j'ai, par suggestion, supprimé les verrues de la main gauche, tandis que les verrues de la main droite sont restées intactes.

M. Macris (d'Athènes) En Grèce, on obtient de semblables guérisons en récitant des prières consacrées; mais il est indispensable que cela se passe le soir de la pleine lune.

M. Lépinay. Les empiriques de nos campagnes guérissent les verrues non seulement chez les humains, mais aussi chez les animaux par des prières spéciales, des attouchements, des piqûres avec des épines spéciales.

M. Paul Magnin. Les verrues qui guérissent le plus aisément par la suggestion sont celles qui saignent très facilement, c'est-à-dire les plus vasculaires. Si l'on se rappelle que la suggestion produit tous les degrés de la rubéfaction jusques et y compris la vésication, on comprendra qu'elle réalise des des actions vasomotrices suffisantes pour provoquer la disparition des verrues.

(Société d'hypnologie et de psychologie, séance annuelle du 17 juin 1902.)

LE CANCER ET LES RAYONS X.

A propos des récentes communications de MM. Doumer et Lemoine, de Lille, à l'Académie de Médecine sur l'action thérapeutique des rayons X contre le cancer, M. le Dr Alb. Robin a présenté un rapport dont nous retiendrons les points principaux:

Une première observation de ces auteurs con-

cerne un malade de 61 ans, atteint, depuis août 1902, d'un cancer de la grande courbure avec tumeur et signes fonctionnels, vomissements, hématomés, anorexie, laissant le diagnostic non douteux ou tout au moins fort probable. Le traitement par cinq séances de rayons X amena la disparition des accidents et de la tumeur.

Parmi les autres observations, les auteurs ont obtenu une amélioration chez une dame atteinte de tumeur stomacales de la grosseur d'une mandarine, avec hématomés et amaigrissement.

Les séances furent commencées le 21 avril, et le 15 mai, la tumeur avait disparu.

Dans un troisième cas, même succès.

D'autres observations sont moins heureuses et comportent, soit de simples améliorations fonctionnelles, soit des succès complets. Toutefois, certaines récidives de cancer du sein, histologiquement diagnostiquées, furent arrêtées dans leur marche.

Les auteurs entourent leurs observations et leurs conclusions de restrictions sages. Ce sont des documents qui demanderont à être contrôlés. La rapidité de guérison peut faire peser des doutes sur la légitimité des diagnostics, mais l'autorité des auteurs ne permet pas de les rejeter sans contrôle et sans examen personnel approfondi.

(Concours Med.)

— o o —

LA COQUELUCHE A LA MER

(Suite.)

(Voir page 77 Vol. VII No. 7)

Le traitement à la mer de la coqueluche prend de jour en jour une plus grande importance. Alors que bien des médications annoncées à grand fracas ne vivent qu'un jour pour tomber dans l'oubli, la climathérapie marine, elle, quittant les inconnus de l'empirisme pour entrer dans le domaine scientifique de l'observation, suit lentement mais sûrement sa route.

F. Lalesque qui, depuis longtemps et en maintes circonstances (1), a défendu cette méthode de cure en signalant ses incessants progrès, l'apprécie aujourd'hui en ces termes:

"Contre la coqueluche, ce vestibulum tabis, comme l'appelle Willis, la mer se montre tout particulièrement efficace."

Dauvergne l'a dit, il y a cinquante ans: "J'ai manifestement reconnu que le changement d'air, si nécessaire dans certaines coqueluches, ne m'avait produit de conséquences réelles que lorsque nos jeunes malades étaient allés au bord de la mer." Cazin l'avait remarqué. Il a confié au professeur Arnould—ce dernier nous l'apprend—"que la toux de la coqueluche cesse presque brusquement dans l'atmosphère marine, ce qu'il attribue à la résolution rapide de l'engorgement des ganglions bronchiques". Que l'explication soit valable ou non, le fait n'en est pas moins là.

Les médecins d'enfants actuels commencent à se rallier à cette pratique du déplacement des coqueluches vers les zones maritimes. Que disent-ils? "Si, malgré les médicaments employés, la situation s'aggrave, le changement d'air s'impose: il a quel-

quefois sauvé des cas désespérés. Ce changement d'air est surtout favorable à la fin de la maladie chez les enfants qui ont perdu l'appétit, qui dépérissent, qui tombent dans un état cachectique faisant craindre la tuberculose. Ces enfants doivent être conduits à la campagne dans un air pur et sec, dans un climat sédatif, dans la forêt d'Arcachon, par exemple, qui jouit à ce point de vue d'une juste renommée." (Comby.) Rappelant la communication de A. Festal au Congrès de Médecine de Bordeaux (1895), Le Gendre déclare qu'Arcachon a été très favorable dans des cas nombreux."

L'opinion de J. Comby, de Le Gendre, inspirée en partie du moins, par les travaux de G. Hameau, de Lalesque, de Festal, nécessite une explication, afin de bien préciser les idées et les faits. Si, à n'en pas douter, ils ont, avec les médecins d'Arcachon, entendu parler de coquelucheux soumis à l'influence d'un climat marin, il faut cependant reconnaître la prépondérance thérapeutique que tous nous avons accordée à l'atmosphère forestière. Et l'objection, si souvent signalée au cours de ce travail, de la "cure forestière" opposée à la "cure marine" semble devoir rester entière.

C'est bien, en effet, à la cure forestière que G. Hameau d'abord, et, par suite, moi-même demandions la guérison toujours rapide des coqueluches graves ou compliquées qui nous étaient confiées.

Frappé des résultats surprenants que j'observais par opposition du souvenir récent de mon internat à l'hôpital des Enfants, dans le service de mon maître Archambaud, j'écrivais en 1884: "la coqueluche s'améliore vite et gdérît radicalement dans la forêt." Puis, sous l'empire des idées et de la pratique régnante, j'ajoutais: "j'interdis de la manière la plus absolue les abords de la plage tant vue l'enfant tousse. Il ne doit pas quitter l'atmosphère tiède et sédative de la forêt." Toutefois, la cure marine ne me paraissait pas dédaignable; ses effets de restauration me semblaient utiles à rechercher; ce que j'affirmais par ces mots: "Lorsque la fièvre a disparu, alors, mais seulement alors, je permets une heure de plage, en hiver, deux en été ou au printemps, par les temps d'un calme absolu, aucune ride ne troublant la surface de l'eau."

C'était, puis-je dire, le premier pas, mais encore hésitant, vers l'acheminement des coquelucheux à la mer.

La question fut reprise par Festal en 1895. Comme ses prédécesseurs, il accorde la prépondérance thérapeutique à la forêt. "J'ai pris l'habitude, dit-il, — et tous mes confrères procèdent de même, — de prescrire à tous mes coquelucheux d'habiter dans la forêt à l'exclusion de la plage ou ville basse. Nous sommes arrivés à admettre comme une vérité irréfutable que c'est l'atmosphère de la forêt qui est réellement spécifique de la coqueluche." Mais certains faits dont il fut témoin n'échappèrent pas au sens clinique de l'auteur. Parmi les observations qu'il rapporte, deux sont relatives à des coqueluches, — l'une compliquée d'adénopathie avec broncho-pneumonie, — qui, placées directement sur la plage, guérissent bien et vite. Aussi, tout en ayant constaté plusieurs fois que "des enfants, venus ici en cours de coqueluche et installés

près de la plage de préférence à la forêt... guérissaient moins rapidement, outre que le début de leur séjour était souvent marqué par une recrudescence passagère dans le nombre et l'intensité de leurs quintes," Festal reconnaît "que cette aggravation," qu'il qualifie d'apparenté et toute momentanée, "n'était que la rançon d'acclimatement à un air particulièrement vif et excitant."

Ce n'est déjà plus le rejet absolu de la cure marine. Bien plus, Festal entrevoit les bénéfices de cette cure; il en formule même l'une des indications par ces mots: "Que si la coqueluche se montrait rebelle et traînante à la fin de sa dernière période, surtout chez un enfant mou, lymphatique et à "poitrine grasse," comme le disent parfois les parents, il y aurait peut-être lieu à tenter un nouveau changement en envoyant le jeune malade passer quelques heures sur la plage, chaque jour."

Ainsi Festal ouvrait le cadre de la cure marine aux coqueluches traînantes, à catarrhe prédominant comme je l'avais ouvert en faveur des coquelucheux trop affaiblis ou trop débilités. Certes, nos aperçus étaient timides, pleins de réserves. Nous écrivions de 1884 à 1895, époque à laquelle nous vivions encore sous l'influence de nos prédécesseurs immédiats.

L'atmosphère forestière était omnipotente en climathérapie; l'atmosphère marine n'avait que des contradicteurs. Depuis lors, nous l'avons reconnu, l'une et l'autre s'équivalent. Elles ont leurs indications respectives, parfois délicates à saisir. C'est encore assez souvent plus affaire de doigté que de science.

Aujourd'hui, pour la coqueluche, je ne redoute plus la cure marine, tant s'en faut. Aux déprimés, fébriles ou apyrétiques, quel que soit l'état de leurs voies respiratoires, je prescris soit l'habitat immédiat sur la plage, soit la cure marine intermittente; aux excités, la forêt, avec séjour passager à la plage en vue de leur restauration; aux coqueluches à catarrhe prédominant, la cure marine intensive, sorties de mer, etc. Une de mes petites malades, logée sur la plage, était à ce point compromise au moment de l'arrivée, que le voyage de Paris à Arcachon avait dû se faire sous ma surveillance. La coqueluche remontait à deux mois, les quintes nocturnes troublaient le sommeil, la fièvre vespérale était quotidienne, la sécrétion catarrhale abondante, les vomissements alimentaires fréquents, et la débilitation telle que l'enfant ne pouvait être assise sans tendances syncopales. Au bout de deux mois, la guérison était complète et définitive. Elle avait passé en mer 112 heures en 42 sorties.

Aussi bien pouvons-nous constater l'heureuse action de la mer sur la coqueluche, en des régions maritimes moins calmes, moins chaudes que la baie d'Arcachon.

Kuborn (de Seraing) a présenté une importante étude de la question au Congrès d'Ostende, en 1895. De ses conclusions, toutes basées sur l'apport de nombreuses observations cliniques faites à Middelkerke, détachons celles qui plus directement ont trait à notre sujet. Je les transcris: "1. L'atmosphère marine de notre plage maritime a pour effet d'amoinrir ou d'annihiler l'élément microbien

de la coqueluche, et, par suite, de s'opposer à la contagion; 2. le milieu marin convient aux coquelucheux à toutes les périodes de la maladie, car non seulement il agit sur le principe de celle-ci, mais aussi sur l'élément spasmodique, sur la nutrition et sur le catarrhe concomitant... 3. l'appartement à habiter sera choisi sur la plage ou tout au moins à proximité dans quelque rue large "donnant vue sur la mer."

L'opinion de Bagot n'est pas autre. "S'il s'agit d'états chroniques consécutifs à une affection aiguë, tels que coqueluches traînantes... je puis être très affirmatif: le séjour de quelques semaines à Roscoff amène une véritable transformation, et j'ai vu bien des malades guérir par ce seul mode de traitement."

La coqueluche, vient de dire Gandy, est justiciable du climat méditerranéen en hiver; du climat océanique en été, avec l'indication plus générale d'Arcachon pour les enfants nerveux. (Congrès de Biarritz, 1903.)

A l'heure présente, et sans entrer dans la discussion des explications fournies par les divers auteurs, la conclusion de Cazin reste indemne: la mer favorable à la prompte guérison de la coqueluche. Opinion postérieurement confirmée par Kuborn en ces termes: "J'ai surtout vu des enfants atteints de coqueluche, brusquement guéris en moins d'une semaine de séjour. J'ajouterai toutefois: le voisinage d'une forêt de pins étend, sans l'affaiblir, — tout au contraire, — notre champ d'action contre cette affection si communément phtisogène.

Et si phtisogène que déjà L. Baumel, dans ses leçons cliniques, professées à Montpellier de 1889 à 1892, insistait sur la tuberculose pulmonaire et la tuberculose locale, consécutive à la coqueluche, et ajoutait: "Par la débilitation qu'elle inflige à l'organisme, la coqueluche ne fait que donner un coup de fouet à des tubercules déjà existants, auxquels elle imprime une marche progressive, ou bien elle crée de toutes pièces un terrain admirablement favorable à leur éclosion et à leur développement s'ils n'existaient déjà."

Nous terminerons en ajoutant que, quand on envisage ces dangers, nous devons nous souvenir que préventif et prophylactique: c'est la "cure masante, un remède curatif efficace, en même temps que préventif et prophylactique: c'est la "cure marine," la "thalassothérapie."

(Jour. Méd. de Bordeaux.)

— o o: —

LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE SERUM ANTIDIPHTERIQUE.

On a tellement répété que, pour être efficaces, les injections de sérum antidiphthérique devaient être pratiquées dès le début de la maladie que bien des praticiens appelés auprès des malades déjà gravement intoxiqués, hésitent à faire ces injections, dans la crainte qu'elles ne paraissent hâter le dénouement fatal. Il y a là une erreur très préjudiciable au malade d'abord, et à la méthode Béhriog-Roux, ensuite. M. le Dr Mongour nous le montre péremptoirement dans la Gazette Médicale de Bordeaux. "Si le diphthérique meurt malgré vos injections de sérum

dit-il, c'est que vous ne lui en avez pas injecté une dose suffisante, et surtout, parce que vous n'avez pas injecté ce sérum antitoxique directement dans le sang intoxiqué, c'est-à-dire dans les veines."

M. Mongour, suivant, en cela, l'exemple de Cairns, de Glasgow, a employé les injections de sérum antidiphthérique directement dans les veines pour des cas que rendaient presque fatalement mortels, malgré les injections sous-cutanées, les paralysies bulbaires et les toxémies précoces. Dans deux de ces cas, le premier malade ayant reçu 40 centimètres cubes par la voie veineuse, et autant les jours suivants par la voie sous-cutanée, et le second 70 centimètres cubes dans les veines et 20 sous la peau, le succès fut complet, bien que la gravité fût extrême en raison des phénomènes bulbaires.

L'injection intra-veineuse fut pratiquée de la manière suivante: ponction, avec l'aiguille de la seringue de Roux, de la plus saillante des veines du pli du coude; aussitôt que le sang s'écoule par l'aiguille, on adapte la seringue et on injecte lentement le sérum; la vitesse d'écoulement est telle qu'il faut environ deux minutes pour injecter 20 centimètres cubes.

Les deux cas de diphtérie rapportés étaient particulièrement graves; trois cas analogues auxquels on pouvait les comparer se sont terminés par la mort, malgré l'injection sous-cutanées de hautes doses de sérum antidiphthérique.

De ces deux observations et de celles qui les ont précédées, on peut retenir surtout les particularités suivantes:

1. Les injections intra-veineuses n'ont été suivies d'aucun accident local ou général immédiat ou tardif;

2. Elles n'ont pas provoqué d'albuminurie;

3. La régression des adénopathies a été extraordinairement rapide, ainsi que la sédation des symptômes bulbaires (vomissements, respiration de Cheyne-Stokes, etc.);

4. La chute des fausses membranes a été un peu plus tardive, ni plus ni moins précoce que dans les cas d'injection hypodermique.

M. Mongour croit à l'avenir de cette méthode encore neuve. Dans les cas d'intoxication diphtérique particulièrement graves et jugés tels par l'état général, par l'éclosion de la paralysie bulbaire, dans le croup d'emblée, l'injection intra-veineuse, qui est la voie la plus rapide pour la diffusion de l'antitoxine, paraît constituer une ressource thérapeutique précieuse, capable de faire produire à la sérothérapie son maximum d'effet utile. On l'associera aux injections hypodermiques.

(Concours Méd.)

— o o: —

LES INJECTIONS ANESTHESIQUES EPIDURALES.

La rachicocainisation sous-arachnoïdienne de Corning-Bier n'a pas donné les résultats qu'on en attendait: de nombreux et graves échecs l'ont fait tomber dans le plus complet discrédit. Cependant, l'idée ne doit pas être abandonnée, elle est juste; ce n'est que l'exécution qui paraît en avoir été mal dirigée.

M. Cathelin, chef de clinique adjoint des mala-

dies des voies urinaires, a repris cette étude récemment et voici, en quelques lignes, les résultats de ses recherches. (Ann. des Mal. des orig. urin. p. 608.)

L'injection doit être faite dans le canal sacré à 1 centimètre environ au-dessus de l'origine du pli interfessier dans le décubitus latéral, les cuisses fléchies, et directement dans le pli, de bas en haut et d'avant en arrière.

"Les aiguilles ordinaires en platine iridié sont, le plus souvent, trop flexibles et, par suite, manquent de commodité. Je me suis fait faire une aiguille plus forte qui a 6 cm. de longueur et 1 mm. de grosseur. Cette aiguille est parfaite, elle a la solidité d'une aiguille en acier, mais a sur elle le grand avantage d'être propre et bien lisse, ce qui facilite sa pénétration; même après un long usage et un passage fréquent dans la flamme, elle ne devient pas cassante; les aiguilles en acier, au contraire, deviennent rudes et molles après flambage et s'oxydent, se brisant d'autant plus qu'on les fait plus souvent chauffer et refroidir. Mon aiguille facilite considérablement les ponctions et permet de les faire sans peine et sans douleur pour les malades. On peut aiguiser sur la pierre à aiguiser d'Arkansas."

II. La seringue. — Afin d'éviter toute sensation désagréable après la ponction, il faut se servir de ma seringue automatique, munie d'une soupape qui aspire et d'une autre qui repousse. Je l'ai recommandée au début pour l'anesthésie, mais elle est aussi très commode pour les injections dans le canal sacré. Cette seringue permet de faire les injections d'une façon simple et sûre; on la met en communication avec un irrigateur en verre (placé au mur ou sur une tablette) à l'aide d'un tube en caoutchouc. La bouteille sert en même temps à conserver le liquide stérilisé. Cette seringue permet de faire avec sécurité des injections de quantités déterminées, sans la séparer de l'appareil et sans la plonger dans le liquide. Elle est tout en métal et par conséquent facilement stérilisable; on y adjoint l'aiguille spéciale à injection épidurale."

III. La solution injectée. — "L'injection de la solution physiologique de chlorure de sodium provoque assez souvent chez les malades quelques ennuis: une très forte sensation de pression, l'impossibilité de se lever quelquesfois immédiatement après l'injection, la transpiration, etc., phénomènes bien décrits actuellement.

"Après de nombreux tâtonnements, l'auteur a eu l'idée de se servir pour les injections épidurales, au lieu de la solution physiologique, d'une autre ainsi composée:

Chlorure de sodium	0,2
Chlorhydrate de cocaïne	0,01
Eau distillée stérilisée	100,0
Eau carb. 5 o/o.....	II gouttes

"Le liquide est rendu inaltérable par l'addition de quelques gouttes d'acide carbonique liquide.

"J'ai remarqué que cette solution donne les mêmes effets et est mieux supportée que la simple solution physiologique. Je m'en suis assuré d'une

façon certaine: les malades qui avaient toujours une assez forte réaction avec la solution physiologique simple, supportaient facilement le liquide de ma composition et, bien qu'ils ne fussent pas prévenus que je me servais d'un autre liquide, se levaient facilement et immédiatement après l'injection, mais la sensation de pression persiste toujours.

"En résumé, la méthode épидurale, bien que méthode d'injection intra-rachidienne, est loin de présenter la gravité de l'ancienne méthode sous-arachnoïdienne de Corning-Bier aujourd'hui oubliée, tant à cause de ses inconvénients que de ses dangers. Les observations publiées par des auteurs différents ont confirmé les premiers résultats et ont signalé des succès dans des cas où les autres tentatives médicales avaient complètement échoué."

(Concours Méd.)

— o —

SIGNE DIAGNOSTIQUE PRECOCE DES OREILLONS.

Nous sommes, en ce moment, en pleine saison des maladies épidémiques; il faut y songer à chaque nouveau cas morbide qui se présente à nous. Les oreillons font partie de cette floraison printannière; il est nécessaire de les dépister le plus près possible de leur début pour les isoler et en arrêter promptement la pullulation.

M. le Dr Miécamp signale dans le Caducée un moyen efficace de faire ce diagnostic précoce; le voici en quelques mots:

Ayant remarqué la fréquence avec laquelle des malades atteints de la parotidite ourlienne accusent de la douleur pré-auriculaire dès qu'une substance sapide est mise au contact de leur muqueuse linguale, M. Miécamp a systématiquement recherché ce symptôme. Or, il résulte de ces recherches, que dans toute parotidite ourlienne au début, sitôt la tuméfaction apparente, le contact sur la langue d'une substance sapide détermine par un réflexe sécrétoire une salivation douloureuse. Cette sécrétion réflexe douloureuse est toujours plus nette du côté le plus tuméfié. On l'a toujours retrouvée, même dans les formes qui n'ont pas un début parotidien. Dans les cas d'angine simple, la douleur est diffuse, dysphagique, et n'est pas nettement localisée dans la parotide comme dans les cas précédents. Dans un cas d'érysipèle facial, simulant une tuméfaction parotidienne, dans deux cas d'adénite préauriculaire, on n'a pas obtenu de sécrétion réflexe douloureuse. D'autre part, ce signe a été d'une netteté parfaite sur un malade atteint d'orchite ourlienne d'emblée, sans détermination parotidienne ultérieure, et sur un autre malade présentant la symptomatologie d'un embarras gastrique ayant précédé l'apparition de la parotidite.

Pour obtenir cette sécrétion, on utilisera de l'acide acétique dilué ou du vinaigre.

En tout cas, il faut bien recommander au malade de faire un effort de déglutition, car c'est à ce moment seulement que le réflexe sécrétoire douloureux se produit le plus souvent.

M. Miécamp, pense que ce signe pourra, sinon toujours déceler les oreillons, du moins confirmer dans la plupart des cas les diagnostics incertains.

Du reste, si sa constatation n'entraîne point la conviction, on pourra toujours mettre en observation les malades qui présentent ce signe ou ceux qui avec des apparences de parotidite ourlienne, ne les présentent point, et il n'est pas douteux que le plus souvent l'évolution ultérieure confirmera l'importance clinique de ce petit fait.

— o —

LA CONSERVATION DU LAIT PAR L'EAU OXYGENÉE.

Dans la Normandie Médicale, M. le Dr Debout expose les résultats qu'il a obtenus dans un dispensaire de Rouen, grâce à l'emploi du lait conservé par l'eau oxygénée, par le procédé de M. Renard.

Voici, en quelques lignes, le procédé de M. Renard :

"Le lait, peu de temps après la traite, est additionné de 1 à 2 p. 100 d'eau oxygénée à douze volumes bien neutre, puis abandonné au repos pendant huit à dix heures. A ce moment, il ne renferme pas d'eau oxygénée, il présente les propriétés du lait frais et, de plus, il a acquis la faculté de se conserver tel trois ou quatre jours, de sorte qu'on peut le conserver comme le lait frais pendant les deux ou trois jours suivants.

Quelles modifications le lait a-t-il subi par son contact pendant quelques heures avec l'eau oxygénée? Il est difficile de répondre d'une façon certaine à cette question. Des faits analogues ont été soulevés observés; le même résultat est obtenu par d'autres méthodes, telle la chaleur à température peu élevée, qui donne une stérilisation incomplète, mais retarde également la fermentation.

Le procédé de M. Renard présente, sur les autres méthodes employées, cet avantage que les éléments du lait semblent ne subir aucune modification; le lait a conservé ses propriétés; son goût est celui du lait frais et il est digéré aussi facilement.

Le côté original de cette méthode réside dans ce fait que l'antiseptique employé disparaît spontanément sans laisser aucune trace, etc., etc.

Le lait cru, lorsqu'on est sûr de son inocuité, paraît préférable au lait stérilisé, puisqu'il conserve tous les ferments auxquels on attache maintenant une très grande valeur. Les expériences de M. Debout ont montré qu'il donnait de très bons résultats dans l'alimentation des enfants.

Mais deux points sont ici d'une très grande importance: il faut que l'addition de l'eau oxygénée soit faite très peu de temps après la traite pour avoir toute son action.

D'autre part cette eau, qui paraît détruire instantanément les microbes anaérobies ainsi que le bacille de la diarrhée verte, se montre impuissante contre ceux de la tuberculose, si on s'en rapporte à des expériences faites par M. Guéret.

On a donc un procédé qui permet de garder le lait cru, vivant, même pendant les chaleurs de l'été, mais on ne peut l'utiliser que lorsqu'on est sûr de la source de son lait, ce qui est facile dans certaines conditions, et ce qui est possible pour la tuberculose, en n'utilisant que des vaches qui ont été soumises à l'épreuve de la tuberculine.

(Concours Méd.)

— o —

CHIRURGIE

CHOLECYSTITE GANGRENEUSE.

La cholécystite gangréneuse est peu fréquente et présente cliniquement bien des caractères communs avec la gangrène appendiculaire. Elle paraît être sous la dépendance, d'une part, d'une occlusion du canal cystique, d'autre part, de phénomènes infectieux. Les symptômes sont ceux de la péritonite localisée. L'ictère manque habituellement, à moins qu'il n'existe une angiocolite marquée ou que l'inflammation ait gagnée le parenchyme hépatique. Cette affection peut être confondue avec l'appendicite gangréneuse, mais l'erreur se dissipe d'ordinaire si on pratique l'anesthésie. D'ailleurs, dans un cas comme dans l'autre, l'intervention chirurgicale immédiate s'impose.

M. John Gibbon rapporte l'observation d'une femme de cinquante-deux ans qui, après avoir souffert de troubles digestifs avec nausées et vomissements, commença à éprouver une douleur vive à l'hypocondre. La température atteignait 39 degrés, les pulsations marquaient 112, et il y avait 32 respirations par minute. Les muscles de la paroi abdominale du côté droit étaient contracturés et la palpation décelait une tumeur lisse paraissant fuir sous la main. Le quatrième jour, quand elle fut soumise à l'examen de l'auteur, la rigidité de la paroi ne permettait plus de sentir la tumeur. Sous le chloroforme on reconnut qu'il s'agissait d'une vésicule biliaire distendue. Une incision fut pratiquée à son niveau. Sa coloration, dans la région du fond de l'organe, était rouge foncé; à l'ouverture un peu de pus s'en échappa; la muqueuse était verdâtre, d'aspect gangréneux, et un calcul obturait l'orifice. On décida de pratiquer l'excision de la vésicule; on put l'isoler facilement du foie. Une tentative fut faite pour ligaturer le canal cystique, mais sans résultat. L'artère cystique saignait librement et l'hémorragie ne put être arrêtée que par un tamponnement avec de la gaze. Une mèche fut laissée dans la plaie incomplètement suturée. L'état général de la malade s'améliora d'une façon progressive et la guérison ne tarda pas à se faire. L'opérateur se félicite de n'avoir pas pu effectuer la ligature du canal cystique, car l'angiocolite n'a pu que bénéficier du drainage de la plaie.

Am. Jour. of Med. Sc.)

: o o :

LES DANGEVS DES INJECTIONS DE PARAFFINE.

La nouvelle méthode des injections intracellulaires de paraffine pour rendre leurs formes normales aux régions creusées par des cicatrices, est loin d'être absolument anodine.

M. le Dr Lejars a rapporté à la Société de chirurgie un fait plutôt défavorable, voici: une femme de trente-quatre ans, qui avait le nez un peu retroussé et un peu épaté à sa pointe, demande qu'on le lui corrige. On lui fait sur le dos du nez quinze injections de paraffine dans la même séance. Quelques jours après, ses paupières et les parties supérieures de ses joues deviennent le siège d'un œdème

dur. Deux mois après, cette femme avait un nez rouge et dur, beaucoup plus difforme qu'il n'était auparavant, et une tuméfaction des deux paupières supérieures qui ressemblaient à de véritables pochs. La paupière inférieure du côté gauche était également œdématisée. M. Lejars, assisté de M. Lau nois, qui lui avait amené cette malade, fit sur les paupières deux petites incisions à travers lesquelles il retira cinq ou six globules de paraffine; mais le résultat obtenu n'a été que momentané; les paupières se sont gonflées de nouveau. La paraffine se diffuse et cette jeune femme, pour corriger une déféctuosité insignifiante du visage, s'est fait enlaidir d'une façon vraiment fâcheuse.

On ne saurait trop insister sur de pareils mécomptes. Déjà M. Guinard avait fait part d'accidents graves survenus à la suite de ces opérations de complaisance. Le cas de M. Lejars n'est pas fait pour nous rassurer sur la méthode.

A ce propos, M. Sibéleau fait remarquer avec juste raison que nous sommes loin d'être tout à fait édifiés sur l'emploi de ces méthodes. Quel mélange faut-il employer? Quels sont les accidents immédiats ou ultérieurs qui sont à craindre? A quelle température exacte doit être portée la paraffine, car elle ne doit pas être assez élevée pour brûler le malade et doit l'être assez pour fondre? Ce sont là autant de questions à fixer. On a signalé des accidents immédiats de phlébite; même des accidents mortels. Il y a aussi une question de siège où doit être faite l'injection, siège plus ou moins favorable à la fibromatose localisée ou diffuse résultant de l'introduction de la paraffine dans les tissus. Tous ces points demanderaient à être élucidés.

M. Tuffier a rapporté aussi un fait qui vient à l'appui de ce que nous disions plus haut relativement aux dangers de cette méthode: une jeune femme de vingt-cinq ans lui arriva avec deux tumeurs ulcérées du sein; croyant avoir affaire à une syphilitique, il institua un traitement mercuriel qui resta sans résultat. Tout diagnostic devenait impossible; cette femme finit par avouer à M. Tuffier qu'elle s'était fait faire dans les seins des injections de paraffine pour les rendre plus fermes et moins tombants.

Concours Méd.)

: o o :

SYPHILIGRAPHIE

TRAITEMENT DES MALADIES SYPHILITIQUES DU SYSTEME NERVEUX

(W. R. Gowers.)

Le mercure et l'iodure sont également utiles dans les lésions principales de la syphilis constitutionnelle. Mais lorsque le processus est de nature inflammatoire, c'est le mercure qui possède l'action la plus certaine. D'une façon générale, le mercure a une action plus complète que l'iodure qui agit plus rapidement. Il n'est pas prudent de donner simultanément de hautes doses des deux médicaments, sauf pendant peu de temps dans un cas très urgent lorsqu'il s'agit d'une maladie compromettant l'existence. L'iodure active l'élimination du mercure et

empêche le séjour de ce dernier dans l'organisme, de sorte qu'il est plus difficile de se faire une idée de l'action du mercure. C'est à l'état des gencives qu'on reconnaîtra la saturation médicamenteuse; dans ce cas on suspendra l'usage du mercure pendant un jour ou deux pour le reprendre en plus petites quantités pendant deux ou trois semaines. On pourra alors avoir recours à l'iodure qui agira pour son propre compte et remettra en circulation le mercure en réserve dans les tissus.

Gowers recommande surtout les frictions qui sont mieux tolérées que les injections et surtout que l'emploi des préparations par la bouche. On peut employer l'oléate de mercure qui est plus propre, et peut-être plus certain dans les résultats que l'onguent ordinaire. Il prescrit environ 3 grammes d'oléate à 10 o/o en frictions deux fois par jour pendant trois ou quatre jours, puis une fois par jour, jusqu'à la fin de la semaine. Si la gencive ne présente pas de signes de réaction, on fait deux frictions par jour. Une recommandation pratique est de se servir toujours du même morceau de flanelle pour faire la friction, autrement la dose effective ne serait que la moitié de celle qui est employée par suite de l'absorption par le tissu. La friction peut être près de la tête pour une affection cérébrale, dans le dos pour une affection spinale.

Quant à la durée du traitement spécifique, celui-ci doit être court, énergique, renouvelé, mais non continu. Il faut s'arrêter au bout de huit semaines et recommencer après deux, quatre ou six mois; le malade doit suivre ensuite un traitement ioduré de trois ou quatre mois durant la première année, puis tous les six mois pour les trois ou quatre années suivantes.

Citant l'exemple d'un malade atteint de symptômes de syphilis cérébrale qui, soumis au traitement ioduré, vit les troubles disparaître rapidement, mais à l'autopsie duquel on trouva une gomme cérébrale malgré la continuation du traitement, Gowers assure que le traitement peut perdre son pouvoir s'il est poursuivi sans interruption. Si la syphilis est produite par des organismes paralogènes qui se reproduisent dans l'organisme, il semblerait, à en juger par l'évolution clinique de la maladie, que le traitement n'a pas de prise sur les germes latents, mais qu'il détruit seulement ceux qui sont développés; il fait alors disparaître les processus morbides développés sous leur influence. Les germes eux-mêmes paraissent indestructibles, mais ils ne déterminent des troubles que lorsque quelque cause occasionnelle leur permet de se développer. C'est pour cela que le traitement de la syphilis doit être énergique, mais non continu. Il se peut aussi que les germes s'accoutument graduellement à l'iodure.

Les éléments nerveux peuvent souffrir de deux façons dans la syphilis, d'abord par suite d'une production spécifique qui agit en quelque sorte mécaniquement, le traitement agit sur la production, et d'une façon indirecte sur les éléments nerveux. Mais ceux-ci peuvent aussi être atteints de lésions dégénératives sous l'influence de la syphilis, ce sont les maladies post-syphilitiques ou para-syphilitiques sur lesquelles le traitement spécifique est impuissant. L'ataxie locomotrice et la paralysie générale sont

des exemples qui peuvent être comparés à la paralysie post-diphthérique. Dans ces cas le traitement mercuriel peut être nuisible.

Il faut enfin distinguer les affections nerveuses précoces qui sont dues à la présence des gommages, etc., des affections dégénératives réelles, comme Erb en a cité des exemples, et qui peuvent survenir de bonne heure. Ici la recherche des réactions papillaires et notamment du signe d'Argyll-Vobertson sera très utile.

(The Brit. med. Journ., 7 avril 1903 et Revue de Thérap. méd. ch., 15 juin 1903.)

—o o—

TRAITEMENT MERCURIEL AU COURS DES MYELITIS SYPHILITQUES

(A. Ducros)

La médication hydrargyrique, au cours des myélites syphilitiques, est l'objet de discussions: elle a ses partisans et ses détracteurs.

Elle s'impose cependant, à notre avis, dans toute manifestation médullaire, présumée syphilitique.

Il faut, dans ces cas, mettre en œuvre cette médication, à doses suffisantes et par des voies appropriées.

Les injections intra-musculaires ou sous-cutanées paraissent être la méthode de choix.

Peu importe, semble-t-il, dans ces conditions, le sel employé, soluble ou insoluble, pourvu qu'on sache le manier jusqu'à la limite de tolérance.

Il est du reste impossible de tracer à l'avance une ligne de conduite immuable; chaque malade a sa réaction individuelle.

Il faut savoir ne pas être systématique, et s'arrêter à temps devant l'intolérance du médicament, et surtout devant l'aggravation des symptômes morbides.

Peut-être devant l'échec de toute médication classique, sera-t-on à l'avenir autorisé à se servir de la voie sous-arachnoïdienne comme nouvelle méthode d'introduction des sels mercuriels.

(Anna. de Thérap. Dem. et Syph.)

—o o—

MENINGITE AIGUE SYPHILITIQUE GUERIE PAR LES INJECTIONS DE BENZOATE DE MERCURE.

MM. Galliard et d'Oelsnitz rapportent l'observation d'une femme de 22 ans atteinte de méningite syphilitique aiguë, chez laquelle des injections quotidiennes de 2 centigrammes de benzoate de mercure ont amené en six jours la guérison complète.

(Soc. méd. des Hop., 1903.)

—:o o—

PEDIATRIE

LES PLEURESIES DE LA PREMIERE ENFANCE.

D'après une récente thèse de M. le Dr Martin, la pleurésie chez les nourrissons est beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose généralement; cela tient à ce qu'elle est souvent méconnue. Elle diffère de celle de l'adulte par plusieurs points.

L'épanchement, rarement primitif, bien plus souvent secondaire, est presque toujours purulent et peut être para ou métapneumonique.

Celui-ci pourra relever de causes locales (bron-

cho-pneumonie,) de voisinage (péritonite, appendicite,) de causes générales, (fièvres éruptives, maladies infectieuses); quelquefois même de vraies causes éloignées (otorrhée, suppuration du pied, comme dans le cas Koplick.)

La symptomatologie est souvent vague, compliquée, trompeuse même, d'autant plus que les pleurésies de la première enfance sont fréquemment latentes, insidieuses, et n'attirent pas l'attention du côté de la poitrine par les seuls symptômes fonctionnels.

Les signes physiques, bien interprétés à leur juste valeur, permettent mieux de porter un jugement sérieux.

Le diagnostic est le plus souvent difficile, surtout au début, et pourtant de sa précocité dépend le pronostic. Les ponctions exploratrices peuvent rendre de grands services, mais il ne faut pas oublier que, bien des fois, elles restent blanches et que l'autopsie a néanmoins révélé l'épanchement.

Les rayons de Roentgen pourront être utilisés avantageusement pour la radioscopie.

La nature de la pleurésie pourra être parfois reconnue d'après les symptômes; la ponction la confirmera; l'analyse microscopique de l'épanchement et l'analyse bactériologique seront des auxiliaires précieux.

L'évolution d'une pleurésie bien traitée, et en temps opportun, se fait généralement vers la guérison. Mais, le pronostic, immédiat et éloigné, reste grave néanmoins devant les complications possibles et les dangers d'une longue suppuration.

Il faudra se méfier des fausses guérisons de la vomique (rare chez les nourrissons) ou de l'empyème de nécessité.

Le traitement, avant tout chirurgical, varie avec les formes de pleurésies. Les ponctions seules, répétées, réussissent quelquefois (pleurésies à pneumocoques); le plus souvent il faudra recourir à la pleurotomie précoce (autres formes bactériennes) suivie du drainage de la plèvre; les lavages (surtout souvent renouvelés) ne sont pas nécessaires.

Il ne faut pas oublier que la pleurésie dans la première enfance est fréquemment la cause favorisante de troubles pathologiques ultérieurs. Il y aura donc grand avantage à ne pas perdre de vue les jeunes sujets qui en auront été atteints.

— o o —

LA SERO REACTION TYPIQUE CHEZ L'ENFANT.

D'après un très intéressant travail de MM. les Drs. Josias et Tolemer, de l'hôpital Bretonneau, la séro réaction est sujette, chez l'enfant, à peu près aux mêmes variations que chez l'adulte; elle peut apparaître à toutes les époques de la maladie. Cependant, dans plus de 70 pour cent des cas, la séro-réaction est positive chez l'enfant, avant le dixième jour de la fièvre typhoïde. Son retard, lorsqu'il existe, ne semble avoir aucun rapport avec la gravité de l'affection. Les auteurs n'ont pas remarqué de notable différence entre la puissance agglutinative des sérums de leurs petits typhiques avant l'âge de huit ans et après cet âge.

Le séro-diagnostic de Widal a donc une valeur considérable chez l'enfant, comme chez l'adulte. Il serait erroné de dire que la séro-réaction est, en gé-

néral, retardée chez l'enfant, puisque nous ne la trouvons telle que 5 fois sur 50 cas. Tout au plus pourrait-on avancer que ce retard est un peu plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte.

Enterrinant, ils appellent l'attention sur un point important concernant la nature de la réaction agglutinante. L'injection de sérum antityphoïde de Chantemesse ne modifie pas les propriétés agglutinantes du sang. La séro-réaction s'est produite indépendamment de l'injection, que celle-ci ait été faite antérieurement ou ultérieurement à la recherche de l'agglutination.

(Concours Méd.)

o o

Thérapeutique et Mat. Médicale

DU TRAITEMENT DE L'EPILEPSIE.

L'auteur conclut ainsi une intéressante étude d'ensemble:

1. Le bromure reste à l'heure actuelle le traitement de choix de l'épilepsie, tous les autres traitements n'ont donné que des résultats nuls, j'en excepterai jusqu'à voir la médication thyroïdienne qui entre les mains de notre excellent confrère le docteur Cerf a donné des résultats encourageants, indication que je me propose d'essayer;

2. Le bromure, pour agir, doit être donné non à des doses faibles 2 à 3 grammes chez l'enfant, 3 à 5 grammes chez l'adulte, comme on le fait ordinairement, mais à des doses massives variant entre 4 et 8 grammes chez l'enfant et entre 8 et 10 grammes chez l'adulte;

3. A ces doses massives, qui peuvent et doivent être employées dès le début, les accès ne sont pas simplement éloignés, mais supprimés, c'est du moins ce qui s'est produit chez tous mes malades en traitement.

Et il faut bien avouer qu'on peut difficilement voir là une simple réunion de longue durée étrangère au traitement. Ce serait une coïncidence vraiment trop extraordinaire pour qu'elle fût réelle, pour qu'elle pût être acceptée;

4. Il n'y a pas à redouter les effets fâcheux de cette médication intensive. Les inconvénients, faiblesse extrême, grande prostration psychique, ne se produisent qu'au début, ne durent qu'un mois et demi environ et ne sont jamais graves. Ensuite les malades redeviennent tels qu'avant le traitement, moins les accès; l'état physique est excellent, et l'état cérébral qui chez les épileptiques laisse fort à désirer, s'améliore tous les jours: plus d'impulsions violentes, tel malade qui était irascible, méchant, devient calme; chez des épileptiques cardiaques ou rénaux, je n'oserais pas cependant encourager ce traitement, par crainte d'accidents graves;

5. Le bromure doit être continué fort longtemps. Je ne sais encore si je dois dire toujours;

6. L'on n'est pas autorisé à penser que l'on a guéri un malade de son épilepsie, parce que l'on a supprimé ses crises, il peut rester en puissance d'épilepsie, de même que l'on ne doit pas affirmer la guérison de l'hystérie parce que l'on a débarrassé le malade des accidents dus à la névrose;

7. Bien qu'à l'heure actuelle je ne puisse apporter que cette conclusion, suppression des crises épileptiques et non guérison de l'épilepsie chez tous

mes malades en traitement, j'estime que c'est déjà un résultat heureux et qui méritait d'être consigné puisque pour le malade, sinon pour le médecin, la disparition des accès, c'est l'image de la guérison." (Anjou Médical.)

—o o:—

TRAITEMENT DE LA FURONCULOSE
A. C. Miller.

Le traitement de la furonculose a excité la sagacité des médecins et des dermatologistes. Beaucoup d'anciens médecins, regardant l'affection comme un effort salutaire de la nature, l'abandonnèrent à elle-même. John Hunter se guérit de sa prédisposition aux furoncles en prenant soir et matin, dans du lait, de la potasse fossile pendant trois mois. Waston recommandait la liqueur de potasse et la salsepareille, mais plus souvent prescrivait l'acide sulfurique dilué. Paget préconise trois médicaments: la liqueur de potasse, la quinine et la levure, et assure que tous sont utiles dans certains cas. La quinine conviendrait aux cas qui sont sous l'influence du paludisme, la liqueur de potasse à ceux qui sont gouteux, tandis que la levure peut être employée empiriquement dans tous les cas. C'est d'ailleurs un traitement qui, aujourd'hui, a beaucoup de faveur et à juste titre.

Le sulfure de calcium a joui d'une grande réputation dans le traitement de la furonculose. C'est surtout Unna qui l'a préconisé. Russlow le préfère à l'arsenic ou à la levure. Mais les avis sont assez partagés sur l'efficacité de ce médicament.

Le traitement de la furonculose doit tendre à la maturation, à l'évacuation des furoncles et à la désinfection locale.

Certaines professions exposent à la furonculose; les corroyeurs, les bouchers doivent prendre certaines précautions et soigner toute écorchure. De fréquents lavages doivent être faits avec une solution de sublimé à 1 : 2000.

Dès qu'un furoncle apparaît, on doit prendre des soins pour limiter l'extension de l'infection. L'emplâtre mercuriel d'Unna, ou son équivalent, doit d'abord être appliqué dans le but de provoquer sa résolution. Si on peut l'obtenir on provoquera la maturation par des pansements antiseptiques et lorsque le furoncle se videra, on préservera soigneusement la peau environnante de tout contact. Si le furoncle prend les proportions d'un anthrax, il faut l'inciser.

(The Edimb. med. Journal, juin 1903 et Revue de Thérap. méd. ch., 15 juillet 1903.)

—o o:—

DERMATOLOGIE

TRAITEMENT DE L'ACNE ROSEE DE LA FACE.

R. Leredde)

M. A. Robin insiste sur l'importance que présente dans l'acné les fermentations gastriques. On réglerait donc le régime et on donnerait soit du fluo-

rure d'ammonium, soit du soufre inoduré à la fin des repas.

Localement, le soufre joue un rôle important, mais on ne rappellera que la pommade soufrée, même faible, est très irritante, et pour la face surtout, on préférera les pâtes, telles que la suivante:

	Grammes.
Soufre précipité	6
Oxyde de zinc	4
Terre fossile.....	2
Axonge benzoïnée	28

Si l'on veut avoir une action plus profonde, on pourra, avant d'appliquer la pâte soufrée le soir, faire des savonnages ou des dégraissages de la figure.

Si on veut augmenter l'action de la pâte soufrée, on ajoutera à la préparation des agents qui pénètrent profondément la couche cornée, par exemple de l'acide salicylique à la dose de 1 ou 2 o/o ou du savon noir à la dose de 5 et même 10 o/o.

Ces pommades sont laissées en place toute la nuit; le matin on les enlève avec de la vaseline, on essuie et on poudre la peau avec une poudre fine quelconque. Dans ces conditions, au bout de quelques jours, on doit avoir une amélioration et si elle ne se produisait pas, c'est que l'énergie du traitement plus énergique en augmentant la dose des substances actives contenues dans la pâte ou en faisant même une cure d'exfoliation, qui consiste à appliquer sur la peau des substances kératolytiques et réductrices à doses fortes, de manière à produire une réaction inflammatoire aiguë de la peau. Les applications sont faites pendant un temps limité.

Chez les acnéiques, la méthode donne des résultats remarquables. Tous les huit jours, par exemple, on fera appliquer sur la peau pendant un quart d'heure, vingt-cinq minutes, une couche de pâte résorcinée de Unna :

	Grammes.
Axonge benzoïnée	28
Terre fossile.....	2
Oxyde de zinc	10
Résorcine	40

On produit ainsi une exfoliation sans danger réel, à la condition toutefois que la préparation soit appliquée par le médecin et que les effets du traitement soient surveillés par lui. La première application est courte, les suivantes de plus en plus longues; il en faut en général 5 ou 6 pour nettoyer la peau.

(Bulletin gén. de thérap., 3 juin 1903, et Revue de Thérap., méd. chir., 15 juillet 1903.)

—o o:—

SUPPLEMENT

MALADIE DES ENFANTS.

Fièvre éruptive, infectieuse, très contagieuse et souvent épidémique, qui frappe spécialement les jeunes sujets, mais qui peut atteindre aussi les adultes de tout âge.

Elle est caractérisée par un état saburral prononcé, une angine blanche ou seulement catarrhale, une forte fièvre, accompagnée presque toujours de délire, et un exanthème écarlate, généralisé, suivi de desquamation.

La scarlatine, comme la rougeole, évolue en quatre périodes.

Une période d'incubation qui varie de quelques jours à quelques semaines.

Une période d'invasion très courte (de 24 à 48 h.)

Une période d'éruption qui dure en moyenne 4 jours; et, enfin,

Une période de desquamation qui se prolonge parfois trois ou quatre semaines.

Il est bien difficile de soupçonner la scarlatine pendant la première période. Ce n'est guère qu'en temps d'épidémie, alors que l'attention des médecins et des parents est éveillée, qu'on se rend compte des modifications qui se produisent dans l'appétit, la gaieté, l'ardeur au jeu, la manière d'être des enfants, au sein des familles ou dans un pensionnat. Le plus souvent, le mal se déclare brusquement, sans avoir été soupçonné par l'entourage.

L'enfant n'a pas faim. Si on le force à manger il vomit. Il se sent tout courbaturé, il est fiévreux. Il se plaint de mal de gorge.

On appelle le médecin qui constate l'élévation de la température, une rougeur diffuse de la gorge, parfois un exsudat blanchâtre sur les amygdales. Il met à nu le corps de l'enfant. Bien souvent, l'éruption est déjà manifeste.

On a vu des cas où des enfants mal surveillés, ont fait la fièvre scarlatine sans garder la chambre. Une desquamation furfuracée ou en lambeaux constatée par hasard, fait faire le diagnostic rétrospectif d'une scarlatine passée inaperçue. Souvent alors, il se produit des complications très graves, et même mortelles.

Traitement.—La scarlatine étant une maladie infectieuse, l'indication principale, dès les premiers symptômes constatés, sera donc:

1. De soumettre les malades atteints, quelque soit leur âge, à l'indication du sulphydral. On donnera aux adultes deux grandes, et aux enfants un granule, toutes les 1-2 heures.

S'il y a de l'angine blanche, on devra rapprocher les doses, pour obtenir plus vite la saturation, et donner le sulphydral tous les 1-4 d'heure.

Il est bon d'ajouter alors le benzoate de soude, aux mêmes doses.

2. On fera l'antiseptie rigoureuse de la gorge, au moyen d'irrigation d'eau boriquée, et de badigeonnages à la glycérine au tannin, puis, au jus de citron pur.

3. La fièvre, très violente au début, peut dépasser 40 et 41 degrés.

ser 40 et 41 degrés.

Il faut l'attaquer vigoureusement, par la trinité défervescente, donnée concurremment avec le sulphydral.

Aconitine, vératrine, brucine (strychnine, chez les adultes), un granule de chaque toutes les 1-2 heures, puis toutes les heures.

4. Si l'éruption ne se fait pas d'une façon satisfaisante, on ajoutera, afin d'exciter le travail de la peau, un granule de nitrate de pilocarpine, toutes les heures et même toutes les demi-heures, jusqu'à effet.

5. Il convient de faire boire les malades, car la température très élevée du corps produit une grande sécheresse de la langue, et une soif ardente, une diminution de la sécrétion urinaire, et, généralement, de la constipation.

On donnera du lait, et au besoin des infusions aromatiques, diurétiques et diaphorétiques.

Le lavage intestinal sera fait à intervalles rapprochés, en prenant la précaution, toutefois, de ne pas amener une diarrhée fatigante.

6. Tant qu'il y a de la fièvre, on ne doit donner aucun aliment solide aux malades. Le lait constitue leur seule et unique nourriture. On peut y ajouter une ou deux oranges chaque jour.

7. Quand la fièvre a complètement disparu, on continue encore le lait, mais on peut donner des petits potages maigres, légers, des œufs au lait, des œufs à la coque sans pain, des compotes de fruits.

8. Pendant la desquamation, les plus grandes précautions doivent être prises contre le froid.

La scarlatine, en se développant dans les voies urinaires, produit une congestion intense du filtre rénal.

Quand la desquamation de la muqueuse s'opère, le moindre refroidissement peut amener de l'hématurie, de l'albuminurie, de l'anasarque, cortège habituel de la néphrite albumineuse; maladie dont les conséquences sont des plus graves.

Dès que l'urine diminue en quantité, ou devient noirâtre ce qui prouve qu'elle contient du sang, en plus ou moins grande quantité, il faut soumettre le malade au régime lacté exclusif, et administrer les granules suivants.

Brucine, digitaline, arséniate de fer, un de chaque 3 à 6 fois par 24 heures (chez les adultes, remplacer la brucine par l'arséniate de strychnine.)

On agit de même si la présence de l'albumine est constatée dans l'urine, et si l'anasarque apparaît.

Quand la desquamation détermine des démangeaisons pénibles, on se trouve bien de faire sur tout le corps des malades, des onctions de vaseline boriquée qui, en même temps qu'elles soulagent les patients, empêchent la diffusion des micro-organismes mêlés aux débris épidermiques.

Quand la desquamation est complètement terminée, on ordonne des lotions savonneuses chaudes qui débarrassent la surface cutanée de toutes ses impuretés; on fait revêtir aux convalescents du linge et des vêtements propres, et on soumet à la désinfection tout ce qui a été en contact avec eux, pendant le cours de la maladie.

(La Dosimétrie.)

(A Suivre.)

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

Le jeune homme se laissa choir sur une chaise et à plusieurs reprises porta son mouchoir à ses yeux.

Mrs. Brown, très émue elle-même, s'approcha du jeune homme et lui posa la main sur l'épaule.

—Voyons Donald, soyez courageux, il ne faut pas croire que je sois cruelle, je suis mère mon ami, et je me dois toute entière au bonheur de ma fille. L'hésitation que vous avez considéré comme un refus n'en est pas un. Vous êtes un homme, la vie de marin, vie se passant au milieu de dangers sans nombre vous a donné de l'expérience. Alors, vous ne vous étonnerez pas si je vous demande quelques heures pour murir la question, car si j'aime ma fille, je respecte votre sentiment et je vous promets Donald, d'être juste et impartiale. Dans quelques minutes, notre vieil ami le Révérend Barnes sera ici; je lui dirai tout, et à deux nous discuterons l'avenir de Nelly et le vôtre.

—Merci madame, dit Donald Lington en portant la main de Mrs. Brown à ses lèvres; je place le bonheur de ma vie entre vos mains

—Maintenant Donald, allez rejoindre Nelly au salon et surtout, je vous recommande la plus grande discrétion.

—Je vous le jure madame, dit Donald en se dirigeant vers le salon.

Lorsqu'il fut dans le hall séparant les deux appartements:

—Je crois que mon ami Henry Herving trouverait que je joue passablement la comédie.

Et moitié riant le marin s'en fut rejoindre Nelly qui terminait les dernières notes de la romance de Mendelsohn.

Nelly venait de terminer une des plus jolies "Romance sans parole" de Mendelsohn. Ses doigts couraient distraitemment sur les touches d'ivoire et son regard, fixant un

point inconnu, montrait que son esprit était occupé par une pensée étrangère à l'œuvre sublime qu'elle venait d'exécuter.

Une main, en appuyant sur son épaule, vint la tirer de sa méditation.

La jeune fille se retourna et vit à côté d'elle Donald Lington.

—Non, j'étais auprès de votre mère et nous avons longuement causé de vous.

—Je vous croyais sur la terrasse, lui dit-elle.

—De moi! fit Nelly avec surprise.

Oui, de vous chère Nelly, de qui voulez-vous que je parle; n'occupez-vous pas ma pensée toute entière, n'êtes-vous pas le but de mes moindres actions?

—Oh! Donald.

—J'ai voulu vous obéir, j'ai voulu vous prouver d'une façon effective que mon amour pour vous n'était pas un mythe. J'ai parlé à votre mère, je lui ai tout avoué et...

—Et? dit-elle vivement.

—Et je crois pouvoir vous dire que tout maintenant se trouve entre vos mains. Par vous, Nelly, je puis être le plus heureux des hommes, par vous aussi, dans quelques heures je quitterai peut-être ces lieux, pour ne plus jamais y revenir.

—Expliquez-vous, Donald, je vous en prie?

—Je ne vous cacherai pas que tout d'abord la surprise de Mrs. Brown fut très grande. Mais enfin se remettant peu à peu elle me fit comprendre que notre mariage n'avait rien d'impossible.

—Dites-vous vrai? s'écria Nelly dont le beau visage s'illumina soudain d'une joie qui n'échappa pas au jeune homme.

—Comme moi, chère bien aimée, vous allez en juger, car une phrase, une seule, en s'échappant des lèvres de votre mère, a rempli mon cœur d'un bonheur inouï.

Cette phrase, dit le jeune homme en s'approchant davantage de Nelly, la voici:

—Je vous écoute mon ami.

"Je suis mère et je me dois tout entière au bonheur de ma fille."

Par ceci, chère Nelly, nous devons comprendre que Miss Brown ne peut, ni ne veut donner son consentement, sans vous avoir consultée, sans savoir si votre cœur répond au mien. Vous voyez donc que j'ai raison en

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi.

Volume VII,

MERCREDI, 26 AOUT, 1903,

No.

Travaux Originaux

DE L'ACTION DES EAUX MINÉRALES FERRUGINEUSES DANS L'ANÉMIE ET LA CHLOROSE.

par M. le Dr R. Wybauw

Agrégé à l'Université libre de Bruxelles, etc.

Chacun de nos confrères sait que les eaux minérales de Spa font partie de la classe des eaux ferrugineuses acidulées c'est-à-dire que les éléments auxquels elles doivent leur action thérapeutique sont le fer qu'elles contiennent et l'acide carbonique dont elles sont saturées. Une cure interne au moyen de ces eaux prises en boisson revient donc, en somme, à une cure ferrugineuse et trouve son indication, avant tout, dans la chlorose, les anémies primitives ou secondaires, à l'exception des anémies tuberculeuse ou cancéreuse.

Depuis trois ans que nous exerçons la médecine dans la jolie station ardennaise, nous avons eu l'occasion de voir un grand nombre de cas d'anémie, et nous avons pu recueillir plusieurs observations intéressantes, qui nous permettront de nous faire une idée exacte du mode d'action des eaux et de leurs indications.

Ces dernières sont certes beaucoup plus restreintes à notre époque qu'à celle, éloignée déjà, où Spa passait pour la première de toutes les villes d'eaux. Nous sommes loin des temps où, autour du vieux Pouhon, se réunissait une multitude de malades atteints des affections les plus hétéroclites, venus pour chercher à Spa la guérison de leurs maux, le plus souvent quelque eût été le diagnostic posé; où, chaque matin, entre 6 et 8 heures, une foule cosmopolite montait, à pied, en

chaise ou en caïosse, la belle avenue qui conduit à la source de la Géronstère; où, au moyen d'un cadran gradué en ivoire, muni d'une aiguille mobile et porté ostensiblement, les nobles gentilshommes et les belles dames de l'ancien régime notaient le nombre de verres d'eau qu'ils avaient bus. Syphilitiques, tuberculeux paralytiques, tous croyant trouver dans les eaux pétillantes des Pouhons la panacée universelle qui leur rendrait la santé. Actuellement, beaucoup de ces malades sont dirigés sur d'autres stations thermales ou climatiques, et avec raison; mais les anémiques, les neurasthéniques, les surmenés sont restés fidèles à Spa, parce que, pour eux, l'observation clinique démontre l'utilité du traitement hydrominéral; ce sont eux qui forment notre clientèle thermale.

Avant d'étudier le mode d'action des eaux sur ces malades, il convient de rencontrer ici une objection importante qui a été énoncée souvent, et qui paraît logique à première vue: quelle que soit la quantité de fer contenue dans les eaux (seules les sources d'Orezza en Corse sont peut-être plus riches parmi les sources ferrugineuses bicarbonatées), elle est trop minime, dit-on, pour que les effets utiles que l'on constate à Spa, et sur lesquels tout le monde est d'accord d'ailleurs, soient dus à l'action de ces eaux. Beaucoup de médecins pensent que c'est le changement de milieu, le séjour dans une contrée montagnaise et pittoresque, la pureté de l'air qui sont les seuls facteurs en cause.

Nous préférons ne pas répondre nous-même à cette objection, et reproduire in extenso ce qu'écrit l'un des hommes les plus compétents en matière de maladies du sang, M. le

professeur von Noorden, dont le livre "Die Bleichsucht") fait autorité. Il écrit :

"Les cures d'eau ferrugineuse occupent dans la thérapeutique de la chlorose une place à part. Chaque année, des milliers de chlorotiques se rendent aux sources et l'on peut dire qu'un nombre extrêmement considérable d'entre elles en reviennent améliorées ou guéries. Ce fait peut paraître extraordinaire, si nous nous rappelons combien les quantités de fer que l'on trouve dans les eaux ferrugineuses sont minimes. A Schwalbach, cette station si célèbre et si justement vantée, une chlorotique boit, au maximum, un demi-litre, tout au plus trois quarts de litre de Stahlbrunnen. Ce faisant, elle introduit dans son organisme 0.02 à 0.03 gramme de fer métallique. Si, au contraire, elle fait toute sa cure au Weinbrunnen, elle ne prend que 0,015 à 0,025 gramme par jour. L'expérience clinique démontre que si nous donnons à des malades des quantités de fer aussi minimes sous forme de poudres ou de pilules, le résultat est nul. Nous avons donc à choisir entre les deux hypothèses suivantes, pour expliquer les effets incontestablement salutaires de la cure : ou bien ces effets dépendent de facteurs secondaires, ou bien la forme que le fer a prise dans l'eau minérale et la manière dont celle-ci est administrée, offrent au point de vue de la résorption intestinale du métal des avantages considérables. Nous avons déjà dit ailleurs qu'il y a lieu d'être convaincu de l'efficacité du fer dans la chlorose; d'autre part, nous savons que les meilleures conditions hygiéniques restent inutiles, lorsqu'on renonce à l'emploi de ce médicament. Nous nous voyons donc obligés d'admettre la deuxième de nos deux hypothèses.

M. von Noorden attribue une grande importance au fait que les médecins, aux eaux, font boire l'eau minérale à jeun, parce que, dit-il, ils profitent ainsi du moment où la muqueuse est le mieux en état de résorber le fer.

Dissous dans l'eau minérale, le métal agit donc à des doses tout à fait suffisantes si on

les prescrit sous d'autres formes. Son activité est, par conséquent, plus grande et il y a lieu, pour expliquer ce fait, d'admettre qu'une plus grande proportion est résorbée et passe dans le sang ; il est certain, en effet, que sur 10 ou 15 centigrammes de lactate ou de malate de fer, les trois quarts au moins ne quittent pas l'intérieur du tube digestif. M. von Noorden revient sur cette question en étudiant les cures d'eau ferrugineuses à domicile. Il se montre très réservé à leur égard, parce que l'embouteillage est souvent défectueux. Ces eaux sont précisément d'une délicatesse extrême et se trouvent dans un état d'équilibre instable qui ne se maintient que grâce à la présence d'une grande quantité d'acide carbonique libre et dissous. Souvent, le sel de fer se précipite sur les parois des bouteilles. " Lorsque les malades ne secouent pas la bouteille avant de s'en servir, ils boivent une eau qui ne contient plus de fer ; s'ils la secouent de manière à répartir le dépôt brunâtre dans la masse du liquide, ils prennent autant de fer que s'ils buvaient à la source, mais le fer se trouve en une combinaison toute différente ; il ressemble aux préparations pharmaceutiques ordinaires et il est devenu inactif, parce que, dans ce nouvel état, sa quantité est trop minime pour être efficace. "

Comment pouvons-nous comprendre ces phénomènes assurément curieux, dont notre pratique médicale nous a donné tant de fois déjà la démonstration ? D'abord, il faut bien en convenir, la chimie analytique ne donne pas une idée exacte de la composition d'une eau minérale quelconque. Les progrès récents de l'électrochimie ont conduit à admettre qu'il se produit, au sein des solutions de sels, des phénomènes compliqués de dissociation, " d'ionisation, " et nous pouvons dire que, de même que l'autopsie et l'examen microscopique des tissus préalablement fixés, colorés et préparés ne donnent pas la notion exacte de ce que sont ces tissus pendant la vie, de même les longues listes de corps et des chiffres poussés jusqu'à la cinquième ou

sixième décimale ne donnent pas la représentation véritable de la structure de l'eau minérale. Ces erreurs doivent être surtout considérables lorsqu'il s'agit d'une eau gazeuse comme celle du Spa, sursaturée d'acide carbonique toujours prêt à s'échapper. Or, nous ne pouvons apprécier, dans l'état actuel de la science, l'influence que les conditions d'ionisation dans lesquelles se maintient la solution d'un sel peut exercer sur la résorption et l'action thérapeutique de celui-ci ; tout nous porte à croire pourtant que cette influence existe.

Remarquons, d'autre part, que nos eaux donnent toutes les réactions des sels ferreux, tandis qu'elles ne donnent jamais celles des sels ferriques.

L'extrême instabilité de la solution et l'excès considérable d'acide carbonique ont fait admettre par les chimistes qui se sont occupés de l'analyse des eaux ferrugineuses acidulées, tant à Spa qu'ailleurs, l'existence de bicarbonate ferreux dissous. Or, ce sel est tellement instable qu'on a jamais pu l'isoler intact, et qu'on peut le considérer comme la combinaison inorganique la plus instable dans laquelle le fer puisse entrer.

Il est certain qu'au point de vue de l'action thérapeutique, cette notion a une importance capitale et que le sel si instable que l'on trouve dans l'eau minérale doit offrir sur toutes les préparations pharmaceutiques, sur tous les malades, les tartrates, les lactates, etc., des avantages marqués, parce qu'il est beaucoup plus attaquant qu'eux par les sucs digestifs. Quant aux préparations organiques, albuminates, peptonates, etc., les cliniciens les plus autorisés ne leur reconnaissent pas de supériorité réelle, et nous en connaissons qui sont revenus à l'emploi de l'ancienne pilule de Bland, qui donne d'excellents résultats lorsqu'elle est bien préparée.

(A Suivre.)

Coq-a-l'Ane

FORMULAIRES.—

P.—Résorcine.....
Sous-nitrate de bismuth...aa 2 1/2 drach.
Bicarbonate de soude.....
Extr. de rhizome de calamus.
Sucre blanc.....aa 2 drach.

Formule de Pepper :—

P.—Créosote de hêtre.....6 grs.
Bicarb. de soude.....2 drach.
Poud. d'acacia.....
Sucre.....aa Q. S.
Espr. de lavande com..... 2 drach.
Eau.....q. s. à 3 onces.
M.—Dose. Une cuillerée à thé après les repas.

Formule de J. H. Musser. (Le "Carbol-soda" du University Hospital.)

P.—Acide carbolique.....7 min.
Bicarb. de soude.....2 drach.
Esp. d'ammon. aromat.....4 drach.
Esp. de chloroforme.....2 drach.
Mixt. de menthe sodique...3 onces.
M.—Dose. Une cuillerée à thé après les repas et au coucher.

Contre les nausées et les vomissements, la potoin suivante agit bien :

P.—Salicylate de bismuth.....
Pepsine.....aa 2 drach.
Muriate de cocaïne.....1 grain.
Eau de canelle.....3 onces.
M.—Dose. Une drachme trois fois par jour ou au besoin.

Le port d'une bande abdominale fournissant un bon support, soulage la congestion locale et la sensation de pesanteur.

UNE NOUVELLE MALADIE.—Le docteur Osler signale (Ass. Amer. Phys.) une syndrome nouvelle qui ne répond pas à une entité morbide actuellement reconnue. Les traits distinctifs seraient une cyanose "intense, chronique," accompagnée d'une polycythémie prononcée, les hématies ayant une moyenne de 10,000,000 par millim. cube et pouvant atteindre 12,000,000. Hémoglobine dépasse souvent 150. Il y a peu de dyspnée ordinairement. Il n'existe pas de lésion cardiaques—la maladie bleue est éliminée ; pas d'emphysème et il n'y a qu'une légère albuminurie, sans lésions rénales, due aux perturbations générales. Il y a de la constipation et une augmentation de volume de la rate. On ne peut se prononcer sur la cause de cette maladie encore. (J. Am. A.).

LE TRAITEMENT DU CANCER ET DU LUPUS PAR LE "MIRMOL," de Ranelletti.—Le mirmol est une combinaison de formol à 10 o/o et de phénol à 0.3 o/o. Le néoplasme est d'abord lavé avec de l'eau chaude contenant de 20 à 40 gouttes de formol par litre. On assèche et on déterge avec le mirmol, 1 partie pour 9 d'eau chaude, augmentant progressivement jusqu'à 25 o/o, ou même jusqu'à la solution pure. On applique un pansement imperméable. L'auteur prétend que les résultats obtenus sont permanents : le lupus serait considérablement amélioré ou guéri, et le cancer bénéficié. (Klin.-Thérap. Woch.—J. Am. M. A.).

NIRE.

indiquées fournit un résultat important; leur réunion forme un faisceau dont la valeur ne saurait échapper. La valeur de ces mesures varie suivant un certain nombre de conditions relatives à l'âge, au sexe, à la profession, à la taille, au poids corporel, à la circonférence thoracique, à la force musculaire générale. L'auteur n'a pas manqué d'en tenir compte et de les indiquer dans les observations sous forme de tableaux, qui servent de base aux conclusions. On peut, en tenant compte de ces conditions, établir pour les sujets sains des moyennes qui servent à apprécier la valeur des variations qu'on rencontre chez les sujets suspects.

(Bull. Acad. Méd.)—re-Prix Alvarez.

—o o:—

DES CIRRHOSSES ATROPHIQUES AU POINT DE VUE ETIOLOGIQUE.

Devise: "L'humanité est un homme qui vit toujours et apprend sans cesse." (Pascal).

Dans cette étude consacrée aux causes des cirrhoses atrophiques du foie, l'auteur établit la pluralité de ces causes. L'alcool reste le facteur le plus fréquent, mais après lui il y en a d'autres, tels que l'abus des épices, les infections et intoxications gastro-intestinales et aussi les infections d'origine splénique. Mais à côté de ces causes, l'auteur insiste sur la nécessité d'admettre une prédisposition.

Relativement au rôle de l'alcool comme agent cirrhogène, on sait que les résultats obtenus par les expérimentateurs sont très différents. De la critique à laquelle il s'est livré ainsi que de quelques expériences personnelles, l'auteur arrive à conclure que, si l'alcool administré à hautes doses et durant un temps relativement court ne détermine que des lésions de cellule hépatique, l'alcool administré au contraire à petites doses répétées et longtemps continuées détermine dans le foie de véritables lésions cirrhotiques. L'observation clinique est d'ailleurs, sur ce point, d'accord avec l'expérimentation. Quant à la pathogénie de cette influence cirrhogène, une théorie récente tendrait à déposséder l'alcool de toute action directe dans la production de la cirrhose et lui attribuerait une action indirecte par l'intermédiaire des troubles gastro-intestinaux qu'il détermine et qui seraient les véritables agents de la cirrhose.

L'influence des épices a déjà été signalée, mais ne paraît pas encore démontrée. L'auteur a poursuivi des expériences intéressantes, avec deux des épices les plus répandues, le poivre et le piment, sur des chiens et sur des lapins; actuellement, il expérimente avec le vinaigre. Chez les chiens, l'administration prolongée des épices, même pendant plus d'une année, ne les empêche pas d'engraisser et ne détermine que des lésions nécrosiques de la cellule hépatique. Les lapins, au contraire, maigrissent toujours, et on trouve dans leur foie, à côté de lésions parenchymateuses précoces, des lésions de véritable cirrhose périlobulaire. On conçoit l'importance de ce sujet, les buveurs faisant volontiers usage d'épices pour stimuler leur appétit.

Pour expliquer la rareté relative de la cirrhose, étant donné le nombre des buveurs, l'auteur insiste

Revue des journaux

MEDICINE

DE QUELQUES MOYENS AYANT POUR BUT DE DECOUVRIR LES SUJETS PREDISPOSES A LA TUBERCULOSE PULMONAIRE APPAREIL UTILISE DANS L'APPLICATION DE CES MOYENS.

Par M. le Dr Ch. Rayer.

L'auteur de ce travail s'est proposé de chercher à reconnaître, par un ensemble de moyens précis, les individus prédisposés à la tuberculose pulmonaire, et pour cela, il s'appuie sur la mesure de la capacité vitale des poumons, sur celle de l'intensité de l'expiration et de l'inspiration et enfin sur celle des échanges gazeux du poumon.

Les deux premières de ces mesures ont déjà été étudiées il y a longtemps et ont fait l'objet de la spirométrie, méthode qui a eu son moment de vogue, mais n'est guère entrée dans la pratique; la dernière a été récemment recherchée dans les importants travaux d'Albert Robin et Maurice Binet.

Pour ces différentes recherches, et c'est là ce qui constitue la partie la plus originale de son travail, l'auteur a imaginé et construit un appareil ingénieux et simple qui permet à lui seul d'obtenir les trois mesures sus-indiquées.

290 observations, prises d'une part sur des sujets qu'on peut tenir pour absolument bien portants, d'autre part sur des individus qu'on considère comme plus ou moins menacés de tuberculose dans l'avenir, conduisent aux conclusions suivantes: Chez les sujets prédisposés à la tuberculose, la capacité vitale du poumon est toujours diminuée,—l'élasticité pulmonaire est également diminuée,—les combustions (appréciées par la quantité d'acide carbonique exhalé) sont exagérées.

Chacune des trois mesures qui viennent d'être

ici sur la nécessité d'admettre une prédisposition héréditaire ou acquise, et il trouve surtout cette prédisposition dans l'arthritisme dont Hanot avait signalé toute l'importance et dont on connaît l'action cirrhogène; il cite cinq observations à l'appui de cette théorie.

Viennent ensuite les cirrhoses qui relèvent d'infections ou d'intoxications gastro-intestinales d'origine microbienne. Le rôle de ces infections et intoxications a déjà été bien établi par les travaux de Bouchard, Hayem, Hanot et Boix, et il en résulte les cirrhoses qu'on observe chez des malades atteints de dyspepsies anciennes, et, d'autre part, indiennes de tout alcoolisme.

Enfin l'auteur termine par une étude intéressante sur les cirrhoses hépatiques d'origine splénique; il résume et discute les travaux récents de Chauffard, Hayem, Gilbert et d'autres, relatifs à ce que Chauffard a appelé les hépatites d'origine splénique.

Ces hépatites sont loin de se rattacher toutes à la cirrhose atrophique; plusieurs sont au contraire hypertrophiques, et l'atrophie n'y est souvent qu'un des derniers stades de l'évolution; on peut donc se demander s'il convient bien de ranger ces hépatites parmi les cirrhoses atrophiques.

(Bull. Acad. Méd.—re Prix Alvarez.)

—————: o : —————

SUR LES DANGERS DU CHLORURE DE SODIUM ADMINISTRE AUX MALADES EN PUISSANCE D'ANASARQUE.

par M. le Dr J. Courmont

Que conclure de ces observations jointes à celles de Widal et Lemierre, Mürklen, etc.

D'abord, d'une façon générale, "le NaCl ne doit pas être considéré comme une substance inoffensive", qu'on peut toujours administrer sans dangers. Les injections de sérum artificiel, notamment, sont tellement entrées dans la pratique courante, médicale ou chirurgicale, qu'on les a employées dans des cas très divers, comme si elles étaient au moins inoffensives. Il faut en revenir. Le chlorure de sodium jouant, comme nous l'avons montré dans notre historique, un rôle considérable dans l'équilibre tonique de nos humeurs, dans celui de nos échanges, on ne devra l'introduire dans l'organisme, par voie intra-veineuse, sous-cutanée ou même stomacale, qu'à bon escient, dans des cas déterminés, et après un examen soigné de la puissance éliminatrice des reins du malade. En d'autres termes, le chlorure de sodium peut être un médicament dangereux.

Quels sont ces dangers? "L'anasarque, la rétention urinaire, l'urémie.

Dans quel cas est-il dangereux?

La question est à peine ébauchée. Il faudra étudier encore de nombreux malades, avec l'aide de toutes les méthodes nouvelles (dosage des éléments de l'urine, cryoscopie, etc.), avant de pouvoir formuler une loi. Chez le même malade, l'administration du sel pourra être très nuisible à un moment donné et bien tolérée à un autre, suivant qu'il sera en déchloruration ou en rétention chlorurée. Il serait téméraire de poser, dès maintenant, des principes absolus. On peut, cependant,

dire d'une façon générale, que le NaCl sera dangereux chez les malades dont les reins l'éliminent difficilement.

Au point de vue immédiatement pratique, en dehors de toute recherche de laboratoire, de toute analyse compliquée des urines, "le médecin doit se méfier du NaCl pour tous les malades en état d'asystolie", brightiques ou cardiaques, pour "tous ceux qui ont des tendances à faire de l'œdème, de l'anasarque". Ces symptômes indiquent un trouble grave dans les échanges; presque toujours ils coïncident avec la rétention chlorurée. Ils doivent commander l'abstention de toute médication chlorurée; les injections de sérum artificiel, qui d'ailleurs ne se résorbent pas et font de l'œdème local, les aliments salés peuvent entraîner les plus graves dangers. La pratique médicale la plus courante peut, en somme, dès maintenant, retirer un bénéfice de ces recherches.

La question se pose alors de savoir si on ne devrait pas "modifier le régime des brightiques." Le régime lacté agit certainement en grande partie comme régime "achloruré." Ainsi que l'on dit Widal et Lemierre, ne pourrait-on leur prescrire un régime moins sévère, à condition qu'il soit achloruré?

Reste le "pronostic". Il semble bien que l'épreuve de la chlorurie alimentaire soit supérieure, pour apprécier l'état du rein, à celle qui consiste à injecter des substances étrangères, telles que le bleu de méthylène. Il n'y a d'ailleurs pas concordances entre ces méthodes. C'est le degré de l'élimination des chlorures, soit seul (Archard et Lœper), soit associé à la cryoscopie (Claude et Manté) qui donne la "véritable nature de l'imperméabilité rénale". En tous cas, "la rétention chlorurée n'indique pas un pronostic fatal", ni une lésion chronique; elle est curable, puisqu'elle peut se présenter dans des néphrites aiguës, elles-mêmes curables; notre observation II en est un exemple.

(Lyon Med.)

—————: o : —————

UN CAS DE BOTRYOMYCOSE DU BOEUF.

M. Dor présente une pièce provenant d'un bœuf atteint de botryomycose. On sait qu'on a récemment nié l'existence de la botryomycose de l'homme, dont MM. Poncet et Dor ont publié des observations. Or, avant d'étudier cette maladie chez l'homme, il faut d'abord bien l'observer chez les animaux. Ce bœuf a été abattu comme bête saine, et c'est M. Leclerc, inspecteur des abattoirs, qui, en examinant la viande abattue, découvrit la botryomycose. On voit sur cette pièce, un tissu lardacé avec des amas caséux d'une coloration jaune spéciale. Cette néoplasie est sous-cutanée, mais on voit l'ulcération par laquelle s'est faite l'infection.

L'hypothèse d'une actinomycose vient d'abord à l'esprit: si on étale ce pus jaune sur une lamelle, on voit en effet une multitude de petits grains. Mais ces grains ont l'aspect mûri-forme qui les différencie de ceux de l'actinomycose. Ces grains sont connus par les vétérinaires sous le nom de botryomyces. Lorsque, en 1897, M. Dor a examiné une tumeur de la main dans laquelle il y avait des

grains identiques, MM. Poncet et Dor ont transporté le terme de botryomycose de la médecine vétérinaire à la médecine humaine.

On a dit que ces grains n'étaient pas des parasites et que la dénomination de botryomycoses était mauvaise. Cela est vrai; on devrait appeler la maladie du nom du staphylocoque pyogène qui en est la cause. Mais le terme de botryomycose existe; il est bon de le conserver pour montrer l'identité de la maladie chez l'homme et chez les animaux tels que le bœuf et le cheval.

M. Poncet. La botryomycose n'a pas depuis quelque temps une très bonne presse; mais au lieu de nous en plaindre, nous nous en félicitons.

La discussion, quelle qu'elle soit, n'est-elle pas le meilleur moyen de répandre des idées, de vulgariser des faits, et, dans la circonstance, de montrer le bien fondé de nos recherches.

M. Dor vous montre, en effet, une pièce, on ne peut plus remarquable, de lésions botryomycosiques, avec de nombreux grains jaune chez la vache. Or nous n'avons jamais dit, en fait de botryomycose humaine, qu'une chose, c'est qu'il existait chez l'homme des lésions inflammatoires, tout à fait superposables, cliniquement et anatomiquement, à celles que l'on rencontrait chez certains animaux, et que les vétérinaires ont désigné sous le nom de "botryomycose".

Si donc cette maladie existe pour les vétérinaires, elle existe aussi, au lit du malade, pour les chirurgiens.

Un autre point paraît établi aujourd'hui, le "botryomyces", ou parasite de cette maladie, n'existe pas; ce que l'on a pris pour un nouveau champignon, ce sont simplement des amas cellulaires (grains jaunes), ayant subi une dégénérescence spéciale.

Le terme de botryomycose est donc impropre. Faut-il le changer? Nous ne le pensons pas, car il a pris droit de cité depuis longtemps, les vétérinaires l'emploient couramment, nous ne leur avons emprunté; il répond à un syndrome clinique bien net, et il suffit simplement de l'expliquer pour le conserver.

Le changer aurait plus d'inconvénients que d'avantages.

M. Clément demande quelle est l'histologie du tissu lardacé qui entoure les grains jaunies.

M. Dor. C'est un tissu fibreux édifié aux dépens de l'adventice des vaisseaux; les Allemands l'appellent "mycofibrome".

(Lyon Med.)

—: o :—

EN RESUME.

Dans les pleurésies purulentes à streptocoques, dans les pleurésies purulentes à association microbienne et dans les pleurésies purulentes putrides, il faut rejeter résolument la thoracentèse et recourir uniquement à la pleurotomie.

L'indication de la thoracentèse peut se poser seulement dans la variété à pneumocoques, où elle

sera, chez l'enfant, l'arme thérapeutique de choix tandis que, chez l'adulte, elle ne procurera la guérison complète devant la petite minorité des cas. Si une amélioration franche ne se produit pas au bout de 2 ou 3 thoracentèses, il faudra, sans hésiter et sans tarder, recourir à la pleurotomie, qui donnera d'ailleurs ici ses plus beaux succès.

— o o —

LES TUBERCULEUX PULMONAIRE A LA MER.

Notre très compétant confrère, le Dr Lalesque, d'Arcachon, a fait, sur le séjour des tuberculeux pulmonaires à la mer, une très intéressante étude, dont nous détachons quelques détails éminemment pratiques.

La France littorale doit à sa situation géographique, aux conditions topographiques où elle est placée, un climat tempéré, mais surtout d'une régularité, d'une stabilité réelles. Ces qualités atteignent leur maximum aux zones de la Manche et de l'Atlantique. Quelques éléments du climat doivent fixer l'attention. La pression barométrique active la circulation pulmonaire aérienne et sanguine. Les globules rouges augmentent (Cazin, Ranvier), le taux de l'hémoglobine s'accroît (Hénocque, Badaloni). La pureté atmosphérique absolue, en haute mer, reste encore dominante sur le littoral (Lalesque, Vivière, Duphil, Legrand, Brandès, Gautrellet). L'ozone abonde à la mer (dosages chimiques de Duphil, de A. Gautier). Aux régions littorales, pourvues de dunes boisées de pins maritimes, l'ozone atteint le chiffre des hautes altitudes (P. de Thierry, H. Duphil). Le chlorure de sodium est un élément incinquant de l'atmosphère marine. Le poids spécifique de la gouttelette d'eau salée limite son transport à de courtes distances (Casse, Kruse, Duphil). Même dans les conditions les plus favorables à sa présence, le chlorure de sodium ne se trouve que dans la proportion de 22 à 15 millièmes de milligramme par litre d'air (A. Gautier, Duphil). La preuve de la spécificité de l'air marin due au chlorure de sodium n'est donc pas faite.

L'ensemble des éléments du climat marin produit des effets de préservation, des effets sédatifs, toniques, antiseptiques.

Théoriquement, ils semblent peu favorables à la généralisation de la tuberculose, sous réserve de pallier deux éléments parfois excessifs, le vent, l'humidité.

La technique à mettre en œuvre dans les cures marines est d'une importance capitale. A lui seul l'air pur ne suffit pas pour guérir la tuberculose. Le meilleur climat donnera des résultats déplorables, si le malade ne s'y soumet à la cure d'air dans toute sa rigueur.

La méthode de Broehmer a plus fait pour le succès des sanatoriums allemands que l'altitude elle-même. Si nos vieilles stations françaises ont pu guérir nombre de malades sans l'emploi de cette méthode, les succès auraient été autrement nombreux avec la cure hygiéno-hiététique. D'ailleurs, les qualités supérieures de nos climats côtiers en facilitent singulièrement la pratique.

La technique de la cure marine comprend les voyages sur mer et les stations littorales.

Les voyages sur mer ont donné et donnent d'excellents résultats. Mais pratiquement ils sont difficiles pour les peuples d'humeur peu voyageuse. Ils exigent de grosses dépenses. Un malade habitant aux environs d'un port du nord devra préférer le voyage par mer (aller et retour) pour se rendre dans une station maritime de cure. Ce procédé m'a donné de bons résultats.

Arcachon est la seule station littorale où se pratique, de nos jours, la cure marine proprement dite. Le tuberculeux habite sur la plage et fait de fréquentes sorties en bateau, soit à la rame, soit à la voile, mais toujours étendu sur la chaise longue. L'accoutumance arrive vite et, sauf par tempête, ni le vent ni le froid ne sont des contre-indications.

Cette technique a pour but de mettre le malade en contact plus direct avec la grande pureté de l'air, comme aussi de le soumettre à une action plus directe des rayons chimiques du soleil et enfin de le faire bénéficier des mouvements passifs transmis au corps par la mer et le bateau. Cet exercice passif constitue un heureux correctif de l'immobilité imposée aux tuberculeux fébriles.

La cure sur mer a pu être pratiquée, en été, sur des plages de la Manche, par des tuberculeux à cavernes, préalablement entraînés sur le bassin d'Arcachon.

La durée des sorties en mer est fort variable ; pour quelques malades elle a pu se prolonger de six à huit heures.

Les avantages de cette technique se traduisent par le retour de l'appétit, la diminution de la toux, une plus grande facilité de la respiration, un sentiment de bien-être très recherché des malades, le retour du sommeil. Cependant, on a dit que l'habitat au bord de la mer était capable de déterminer des effets d'excitation et d'insomnie. Il s'agirait dans ces cas des régions côtières aux vagues tumultueuses.

Si l'on sait doser la cure sur mer, la fatigue est inconnue. Si la fièvre s'observe, elle est le résultat d'une erreur technique.

La mer, a-t-on dit, provoque facilement les hémoptysies. Rien n'est plus faux : jamais M. Lalesque n'a vu d'hémoptysies chez les tuberculeux pulmonaires qui ne commettaient pas d'infractions à ses prescriptions : il faut, dit-il, rester le plus possible au bord de la mer, sur la plage ou même dans une embarcation, mais surtout se garantir des rayons du soleil par une bonne toile ou une bonne ombrelle et porter un vêtement de laine supplémentaire dès que le vent fraîchit. Le principal auteur des hémoptysies au bord de la mer, c'est le plein soleil ; il est facile d'éviter ces erreurs de technique.

(Concours Médical)

CHIRURGIE

LES FRACTURES DES MAXILLAIRES.

Dans les fractures des maxillaires, et surtout celles du maxillaire inférieur, qui sont les plus fréquentes et les plus délicates à traiter la réduction des fragments est en général facile: leur contention

au contraire, est la plupart du temps très difficile. (Le Mois thérapeutique no 6.)

La contention peut obtenir à l'aide de trois classes de procédés: les bandages, les sutures ou ligatures osseuses, l'immobilisation par l'intermédiaire des dents. Certains procédés sont mixtes et empruntent des éléments à deux de ces classes.

Les bandages présentent, outre la nécessité où le malade se trouve de porter un appareil extérieur et par conséquent gênant, l'inconvénient suivant: pour contenir les fragments en bonne position, on est obligé de les appliquer contre la mâchoire supérieure, d'où impossibilité pour le malade d'ouvrir la bouche et de prendre des aliments solides.

Les ligatures et les sutures osseuses nécessitent une véritable opération chirurgicale.

Les méthodes les plus modernes consistent, comme d'ailleurs les anciens l'avaient pratiqué, à de servir des dents comme points d'appui pour immobiliser les fragments.

Houzelot fait un appareil composé de deux plaques métalliques, garnies de lièges, réunies par deux réglettes verticales intimement soudées à la plaque supérieure. La plaque inférieure glisse le long des réglettes et peut être fixée à celles-ci dans toutes les positions par une vis à oreille. La plaque supérieure s'appuie par l'intermédiaire de sa plaque de liège sur les dents, qui s'y impriment profondément. La plaque inférieure s'appuie sous le menton par l'intermédiaire de sa plaque de liège qui joue le rôle de coussinet.

Kingsley recouvre les dents d'une gouttière en vulcanite moulée sur elles. A cette gouttière sont fixées deux branches d'acier qui sortent par les commissures labiales et s'appliquent sur les joues. Il place un bandage sous-mentonnier solidement attaché aux deux branches d'acier.

Claude Martin fait une gouttière métallique percée de trous qui s'applique exactement sur les dents. A cette gouttière est soudé un fort ressort qui sort de la bouche et maintient appliqué un tampon de compresses sous le menton.

Une excellente méthode consiste à cimenter séparément sur les dents de chaque fragment une galerie munie de pas de vis. Quelques heures après les galeries sont réunies dans les positions qu'elles doivent occuper par des réglettes maintenues par des vis qui se placent dans les pas de vis des galeries.

—o o:—

CANCER DU SEIN.

I.—Définition.

On entend sous ce nom l'épithéliome du sein.

II.—Étiologie.

a) Causes prédisposantes :— Héritéité, parfois évidente ; le plus souvent discutée. Diathèse arthritique peut-être. Localement, on a invoqué le traumatisme ; en fait, c'est lui qui révèle souvent l'existence de la tumeur. Les mammites antérieures, puerpérales surtout, ont plus d'importance. On a relevé le psoriasis du mamelon, l'intertrigo du pli sous-mammaire.

b) Cause déterminante :— Ignorée.

III.—Anatomie pathologique.

a) "A la coupe". — Tumeur volumineuse continue avec la glande, non encapsulée, adhérente aux plans superficiels et profonds; suc cancéreux s'écoule à la pression, lactescent, visqueux, contenant des cellules cancéreuses en suspension dans un liquide demi-fluide. Rétraction mamelonnaire.

b) "Au microscope". — Stroma fibreux avec cellules épithéliales à noyaux volumineux, présentant des points brillants, réunis en cylindres ou en globes alvéolaire. Dans le squirrhe, stroma fibreux riche, étouffant parfois les noyaux épithéliaux; dans l'encéphaloïde, peu de tissu conjonctif, beaucoup d'éléments épithéliaux. "Au point de vue évolutif", c'est aux dépens des acinis que se forment les boyaux épithéliaux; des cellules épithéliales infiltrant les mailles conjonctives, envahissent les espaces lymphatiques et les vaisseaux sanguins; puis, dégénérescence muqueuse, colloïde ou kystique, parfois myxomateuse, pour le tissu fibreux.

IV.—Etude clinique.

"Début". — Si certaines malades s'aperçoivent, par hasard, que leur sein présente un noyau de petit ou moyen volume, d'autres se présentent au médecin avec une volumineuse tumeur.

I. Signes physiques. — La tumeur a la forme d'un noyau à limites diffuses, de forme irrégulière, faisant corps avec la glande de consistance ferme, avec bosselures plus ou moins régulières.

De bonne heure on constate:

a) "L'envahissement de la peau". — On la recherche en pinçant celle-ci, ce qui détermine l'apparition d'un petit pointillé par traction des travées fibreuses du derme; "c'est le phénomène de la peau d'orange" (Nélaton);

b) "La rétraction du mamelon". — Elle est inconstante et se produit seulement si le centre de la mamelle est envahi, et est, du reste, parfois physiologique et congénitale;

c) "Écoulement séreux ou sanguinolent par le mamelon". — On peut l'observer aussi dans les adénomes, les sarcomes; l'écoulement séreux prouve seulement que la glande est envahie. Mais, s'il est formé de sang pur, il s'agit, presque à coup sûr, d'un cancer;

d) "Adhérence aux plans profonds" (grand pectoral et paroi costale même). — Le rechercher en faisant contracter le grand pectoral, le médecin écartant le coude du corps, la malade lui résistant, puis en tentant de mobiliser la glande;

e) "Envahissement ganglionnaire". — Les ganglions sont pris dès que la peau est atteinte; le plus souvent ce sont les ganglions axillaires du groupe supéro-interne; pour les reconnaître, il faut explorer avec la pulpe des doigts la face interne de la paroi axillaire; parfois les ganglions du côté opposé à la tumeur sont pris, entrecroisement anormal des lymphatiques (Rieffel). Les ganglions sus-claviculaires peuvent être envahis, les axillaires étant indemnes; parfois, il y a des ganglions des espaces intercostaux envahis;

f) "Enfin, l'ulcération de la peau" apparaît, d'abord petite, irrégulière, recouverte de croûtes; elle s'étend de plus en plus. Les bords ne sont ni décollés, ni déchiquetés, mais indurés.

La surface ulcérée est tantôt bourgeonnante, tantôt anfractueuse et couverte d'une sécrétion saignée abondante, infecte, avec des hémorragies fréquentes et faciles.

2. Signes fonctionnels. — a) "Douleurs". — Peuvent manquer jusqu'à une période avancée; dans d'autres cas, elles sont atroces, continues, paroxystiques, avec irradiation dans les espaces intercostaux, la région cervicale, scapulaire ou le bras. Elles sont liées soit à la simple compression nerveuse, soit à l'envahissement néoplasique des troncs nerveux.

b) "Hémorragies". — Répétées, plus ou moins abondantes, sont en rapport avec l'ulcération.

3. Troubles généraux. — Dans ces conditions, l'état général de la malade, d'abord et longtemps peu atteint, devient celui de tout cancéreux, dès que l'ulcération et les infections secondaires ont apparu.

a) "Pâleur, maigreur, teint jaune paille", établissement d'une "anorexie rebelle", diminution du taux de l'urée;

b) "Oedème du membre supérieur", relevant soit de compressions veineuses par les ganglions cancéreux, soit de phlébite cancéreuse de la veine axillaire;

c) "Parfois phlegmatia alba dolens du bras".

V.—Formes cliniques.

I. Squirre. — Tumeur petite, dure, résistante; comprend plusieurs variétés: a) "aquirre ramé de Velpeau"; b) "aquirre atrophique", celui des vieilles femmes, à l'évolution lente (10 à 15 ans), tumeur dure et ligneuse entraînant un ratatinement de tout le sein et déprimant la peau de plus en plus, jusqu'à l'ulcérer; c) "aquirre pustuleux ou disséminé de Velpeau"; il est caractérisé par de petits noyaux rouges, durs, de volume variable, disséminés dans le tissu cellulaire et la peau. Pronostic sombre; d) "aquirre en cuirasse"; la tumeur est étendue en surface, formée de plaques tantôt saillantes, tantôt déprimées, d'un rouge intense cuivré, dures et rugueuses au toucher; la peau est comme tannée, semblable à du cuir. L'asphyxie peut survenir progressivement; cuirasse inextensible (cas de Velpeau).

2. Encéphaloïde. — Tumeur molle, volumineuse, fluctuante quelquefois, par place, distend la peau; la marche en est très rapide. Si la peau s'ulcère (ce qui se produit vite), des végétations fongueuses et saignantes font saillie au niveau de l'ulcération, un écoulement fétide se produit.

R. Cancer aigu en masse. — Souvent, chez des femmes allaitant, toute la mamelle est prise d'emblée; parfois les deux seins sont pris. La tumeur a un caractère inflammatoire de mastite cancéreuse. Elle est de consistance élastique. Douleurs vives. Généralisation précoce. Mort rapide.

:o o:
SYPHILIGRAPHIE

REACTION DES SYPHILITQUES AU MERCURE.

par MM. les Drs Herxheimer et Krause.
L'organisme du syphilitique réagit au mer-

cure, comme l'organisme tuberculeux réagit à la tuberculine. Le mercure agirait ici comme une toxine, — ou bien encore sa présence déterminerait la formation d'une toxine, — provoquant de la part du seul organisme syphilitique — d'où l'importance du fait au point de vue diagnostique — une réaction caractérisée par un changement de l'exanthème, perdant son caractère spécifique pour prendre celui de l'érythème exsudatif polymorphe; légère fièvre. Après 36 à 48 heures, la syphilide reprend son caractère premier. Le fait ne se produit qu'à la période secondaire, n'affecte pas cependant les plaques muqueuses, et seulement après l'injection hypodermique d'une dose massive ou les frictions mercurielles. Réaction analogue s'observe dans l'actinomyose avec l'iodure de potassium.

(Lyon Médical).

— o o: —

Therapeutique et Mat. Medicale

TRAITEMENT DE TAUPIN (MODIFIE) DANS LA STOMATITE ULCERO-MEMBRANEUSE.

Enrouler, autour d'une tige de bois rigide, un peu d'ouate hydrophile; imbiber celle-ci d'eau bouillante, l'enduire de chlorure de chaux, frotter vigoureusement l'ulcère jusqu'à saignement léger, après, pour chasser le chlorure, gargarisme avec de l'eau bouillie pure ou une faible solution antiseptique de résorcine, d'hydrate de chloral ou de borax.

(Lyon Méd.)

— o o: —

TRAITEMENT MERCURIEL INTENSIF DU TABES ET DE LA PARALYSIE GENERALE (Leredde)

Le traitement le meilleur est d'après l'auteur celui qui introduit en vingt-quatre heures la plus grande quantité de mercure. Il est nécessaire d'établir des expériences comparatives en traitant par des doses diverses des cas aussi identiques qu'on les pourra trouver.

L'auteur croit, comme le disait M. Aubry, que le tabes et la paralysie générale peuvent dans certains cas reparaître sous l'influence du traitement intensif. Il croit aussi que M. Milion a eu raison en demandant au liquide céphalo-rachidien des renseignements sur l'état des centres dans ces cas de syphilis cérébro-spinal et il ajoute que l'état du liquide céphalo-rachidien pourrait servir de criterium pour juger de l'efficacité du traitement intensif.

(Soc. franç. de dermat. et syph.)

— o o: —

OPHTALMOLOGIE

TRAITEMENT DES TAIES DE LA CORNEE PAR LES INSTILLATIONS DE BENZOATE DE LITHINE.

A titre de dissolvant calcaire, non nocif pour la cornée, l'auteur prescrit le collyre suivant: benzoa-

te de lithine 0,25 à 1 gr., eau distillée 10. Trois instillations par jour. Le médicament est doublement indiqué si le malade est gouteux. Dans le cas où une pommade à l'acétate de plomb aurait été la cause de la taie cornéenne, Parent remarque que le sel lithiné serait ici spécialement curatif.

(Lyon Méd.)

— o o: —

GYNECOLOGIE

TORSION DE L'UTERUS.

Par M. le Dr Paul Petit.

Chirurgien adjoint de l'Hôpital libre Saint Michel.

Mme X., âgée de 32 ans, a eu 4 grossesses à terme. Elle souffre du ventre depuis quatre ans, depuis son dernier accouchement. Dans l'intervalle des règles, douleurs constantes dans le flanc droit, plus vives, quand la malade marche, et qu'elle arrive à atténuer, pendant les crises, par une compression soutenue. Durant les 8 jours qui précèdent les règles, ces douleurs constantes dans le flanc droit, arrive à atténuer, pendant les crises, par une compression soutenue. Durant les 8 jours qui précèdent les règles, ces douleurs augmentent, pour cesser durant un ou deux jours, à la venue du sang et reprennent ensuite avec beaucoup plus d'acuité pendant le reste de la menstruation. Il y a trois jours de pertes de sang normales puis 5 jours environ de pertes sanguinolentes, noirâtres, partie fluides, partie en caillots et d'odeur infecte (sentant le poisson pourri, dit la malade). Avec cela, coliques hépatiques qui ont nécessité deux séjours à Vichy.

A l'examen, on trouve, à cheval sur ligament utéro-sacré du côté gauche, des annexes kystiques absolument libres d'adhérences. A part une rétroversion légère, l'utérus ne semble rien présenter d'anormal.

Je pratique la laparotomie le 6 novembre 1902, croyant à un hydrosalpinx du côté gauche, avec, probablement aussi, lésions annexielles à droite, étant données les douleurs qu'y ressentait la malade.

A l'ouverture du ventre, dans la position de Trendelenburg, kyste folliculaire de l'ovaire, de la grosseur d'un petit œuf, à gauche de l'utérus qui est complètement voilé, enveloppé par une membrane dont je ne reconnais pas tout d'abord la nature, ni les connexions. Mais, ayant glissé le doigt au-dessous d'elle, tandis que je saisis et attire peu à peu au dehors le fond de l'utérus à l'aide d'une pince à griffes, j'ai facilement la clef de la situation. La membrane enveloppante est constituée par les ailerons anormalement développés (à peu près triplés d'étendue) du ligament large gauche, qui se sont enroulés autour de l'utérus en passant successivement sur sa face antérieure, sa face latérale droite et sa face postérieure, pour revenir à gauche, en couvrant du même coup le fond de l'organe et le tordant d'un demi-tour sur lui-même, de telle sorte que les annexes droites, absolument saines d'ail-

leurs, se trouvent reportées derrière le ligament gauche et au-dessous de l'ovaire kystique correspondant aux ailerons de ce ligament enroulés autour de l'utérus. Cet ovaire kystique, par conséquent, malgré la migration de son pédicule, occupait à peu près la place qui lui revenait ; il était simplement reporté au-dessus de sa loge normale par les annexes opposées qui, du fait de la torsion de l'utérus, occupaient précisément cette loge. Les annexes des deux côtés étaient donc superposées. Comme il n'y avait, chose à noter, pas traces d'adhérences, la détorsion se fit sans aucune difficulté. Je me bornai, bien entendu, à l'ablation des annexes gauches. Les suites opératoires furent des plus simples : la dysménorrhée disparut et, à part une cystite antécédente à l'intervention et qui nécessita des suites prolongées, le rétablissement fut très rapide.

J'ai eu l'occasion de constater, comme tout le monde des torsions légères de l'utérus du fait d'adhérences annexielles, des torsions beaucoup plus prononcées de ce même organe du fait de fibromes interstitiels, assez prononcées même pour dévier d'un quart de tour le pédicule vasculaire latéro-utérin que l'on cherche tout d'abord, en pareil cas, à sa place habituelle, alors qu'il est tout à fait en avant ou en arrière. Mais je n'ai ni observé, ni relevé dans la littérature médicale de fait analogue à celui dont je viens de donner la relation et qui doit prendre place, malgré sa rareté probable, à côté de tous les autres cas déjà classiques de torsion des différents viscères de l'abdomen : torsion de l'intestin, torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, des salpingites, des fibromes sous-péritonéaux, torsion de l'épiploon, etc.

On comprend qu'au point de vue fonctionnel, la "torsion de l'utérus" qu'elle soit le fait d'un fibrome pédiculé, ou qu'elle reconnaisse le mécanisme plus haut signalé, puisse entraîner des troubles menstruels au moins aussi prononcés que les flexions de l'organe en avant ou en arrière.

Chez ma malade, les douleurs intermenstruelles étaient probablement dues uniquement aux lésions ovariennes. A ces douleurs, venaient s'ajouter, aux approches immédiates de la menstruation, celles qui relevaient de la gêne apportée à l'organisme si bien décrit par Rouget. La saignée physiologique amenait tout d'abord un certain soulagement, puis la crise reprenait du fait de la rétention sanguine due à la torsion, rétention qui s'affirmait par l'aspect et l'odeur de l'écoulement.

Encore une fois, on ne pouvait invoquer la pelvi-péritonite pour expliquer ni ces crises, ni la torsion elle-même : il n'y avait pas trace d'adhérences.

On doit donc penser que la torsion, rendue possible par les dimensions congénitales des ailerons annexiels d'un côté, a été déterminée par un changement brusque de position, une exploration intempestive, causes déjà invoquées pour expliquer la torsion des kystes de l'ovaire ; ou bien encore, si l'on se reporte aux commémoratifs, qu'elle a dépendu de la subinvolution de l'un des ligaments larges, à la suite de la dernière grossesse. Que le kyste folliculaire ait précédé la torsion, qu'il y ait

contribué ou qu'il en ait été la résultante, toujours est-il que, la torsion produite, il l'a certainement fixée.

J'attire, en terminant, l'attention sur le siège presque exclusif de la douleur dans le flanc droit, alors que les annexes des deux côtés étaient tout entières reportées à gauche : encore une modalité nouvelle de ces manifestations paradoxales de la douleur pelvienne sur lesquelles j'ai déjà insisté ici-même.

(Le Concours Med.)

ooo

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FIBROMES DE L'OVAIRE.

par M. le Dr Dimitri Tchakmakoff.

L'auteur de cet excellent travail, inspiré par M. X. Delore, formule les conclusions que voici :

Les fibromes de l'ovaire sont rares et ordinairement unilatéraux.

Ils surviennent à n'importe quel moment de la période active de la vie génitale de la femme et même après la ménopause.

Au point de vue anatomo-pathologique les fibromes purs existent, mais ils se présentent souvent associés avec des fibres musculaires lisses et parfois avec des cellules sarcomateuses. La dégénérescence calcaire a été observée.

Ils atteignent souvent le volume d'une tête d'enfant.

Les principaux symptômes sont : 1. augmentation progressive de la tumeur, constatable par le toucher vaginal et le palper ; 2. douleurs parfois intolérables ; 3. la menstruation qui reste rarement normale (6/22), mais qui est le plus ordinairement troublée ; — tantôt suppression des règles (8/22), tantôt des métrorragies (8/22) ; 4. ascite fréquente (16/23) et souvent très considérable.

Le diagnostic des fibromes ovariens est fort délicat ; la confusion pourrait se faire le plus ordinairement avec des fibromes utérins sous-péritonéaux et d'autant plus facilement que les deux affections co-existent souvent. Mais dans bien des cas le diagnostic est possible ; il s'appuiera sur l'examen attentif des connexions de la tumeur avec l'utérus et surtout sur l'hystérométrie. Les kystes ovariens sont éliminés par la constatation de la fluctuation. Pour le diagnostic d'avec les tumeurs malignes de l'ovaire, c'est sur l'évolution, l'état général, les adhérences, qu'on se basera.

L'évolution du fibrome de l'ovaire se poursuit à travers un état général parfait, qui, à la longue, finit par s'altérer. Mais souvent les douleurs atroces, les métrorragies, la reproduction de l'ascite exigeant des ponctions répétées, les complications telles que : la torsion du pédicule, la pelvi-péritonite, les adhérences, la dégénérescence sarcomateuse aggravent la situation, et l'issue peut être fatale à brève échéance.

La ménopause ne vient pas limiter l'accroissement de la tumeur.

Donc, pour toutes ces raisons, l'intervention s'impose : ovariectomie double, si l'ovaire du côté opposé est suspect, mais s'il est sain, il faut savoir

le respecter, pour laisser à la femme la possibilité de devenir mère.

(Lyon Médical).

—:o:—
MALADIES NERVEUSES

**LES APPLICATIONS DE LA TEINTURE D'IODE
DANS LE TRAITEMENT DU CHANCRE
MOU**

(Dr Rinstein)

Comme nombre d'autres topiques préconisés jadis contre le chancre simple, la teinture d'iode étendue n'est guère utilisée de nos jours dans le traitement de cette affection. Or, d'après l'expérience de l'auteur, les applications de teinture d'iode pure constitueraient un moyen beaucoup plus efficace que les cautérisations à l'acide phénique liquide, que l'on emploie couramment pour combattre la chancrelle. Notre confrère badigeonne le fond du chancre au moyen d'un pinceau d'ouate imbibée de teinture d'iode et répète, au besoin, cette application au bout de vingt-quatre heures.

Sous l'influence de cette pratique, on verrait la surface ulcérée se couvrir rapidement de granulations cicatricielles, tandis qu'à la suite de cautérisations phéniques, le chancre conserve une apparence torpide. De plus, en raison de son pouvoir d'imprégnation très considérable, utilisé dans le traitement des plaies infectées, en général, la teinture d'iode s'infiltrerait facilement dans tous les coins et recoins de l'ulcère, sans qu'il soit nécessaire de recourir à des frictions énergiques, comme c'est le cas pour l'acide phénique. Enfin les badigeonnages en question présenteraient l'avantage d'être presque indolores.

(La Sem. méd., 3 juin).

—:o:—
VOIES URINAIRES

LES EFFETS NUISIBLES DES PREPARATIONS SALICYLEES SUR LES VOIES URINAIRES.

Le salol à la dose de 4 gr. par jour est suspect autant que la salicylate. Il peut se produire de la néphrite, de l'albuminurie, un catarrhe de toute la longueur de l'appareil d'excrétion. Une double raison existe donc pour réserver les salicylates au rhumatisme articulaire aigu, et ne pas le prescrire dans le rhumatisme articulaire chronique: il ne guérit que le premier, échoue dans le second, et encore ne faut-il pas prolonger son usage au-delà de quatre jours environ. Or, la médication du rhumatisme articulaire chronique par les préparations salicylées entraîne nécessairement un usage beaucoup plus prolongé. Ajouter aux méfaits ci-dessus la présence dans l'urine d'une grande quantité d'oxalate de chaux.

(Lyon Méd.)

FORMULAIRE

PILULES CONTRE LES NEURALGIES.

Dans les cas de migraine ou de névralgies diverses, on retirera grand profit de la préparation suivante:

- Valériante de quinine..... 1,10 cent.
- Extrait de jusquiame..... 0,01 —
- Extrait thébaïque..... 0,01 —

Pour une pilule no. 8.

Prendre 1 à 4 pilules par jour entre les repas.

(La Presse Médicale.)

—:o:—
PILULES FERRUGINEUSES.

- Tartrate ferricopotassique..... 10 gram.
- Extrait de quinquina..... 4 —
- Extrait de rhubarbe..... 4 —
- Extrait de noix vomitque..... 0,50 cent.

Pour pilules.

2 pilules à chaque repas.

(La Presse Médicale.)

—:o:—
POTION CALMANTE CONTRE L'INSOMNIE.

- Extrait de belladone..... 25 cent.
- Bromure de sodium..... 10 gr.
- Eau de laurier-cerise..... 10 gr.
- Clycérine..... 15 gr.
- Solut. huile de trional à 5 p. 100..... 60 gr.
- Mucilage de Carragaen à 5 p. 100... 70 gr.

Faire une émulsion par simple mélange en agitant vivement la bouteille.

Chaque cuillerée à soupe renferme 0 gr. 025 d'extrait de belladonne, 1 gramme de bromure, 1 gramme d'eau de laurier-cerise et 0 gr. 30 de trional.

(Jour. de Méd.)

—:o:—
CONTRE LA FETIDITE BUCCALE.

- Eau de laurier-cerise..... 200 gr.
- Teinture de benjoin..... 100 gr.
- Teinture de patchouli..... 50 gr.
- Liquideur de Labarraque..... 30 gr.

Une cuillerée à soupe, trois fois par jour, dans un verre d'eau en gargarisme.

(Jour. de Méd.)

—:o:—
CONTRE LA CONSTIPATION DES ENFANTS.

Sevestre prescrit la préparation suivante:

- Eau bouillante..... 200 gr.
- Manne en larmes..... 30 gr.
- Follicules de séné..... 4 gr.
- Poudre de café torréfié..... 10 gr.

Passer et faire prendre dans la journée.

(Jour. de Méd.)

INTERETS PROFESSIONNELS

St-Alexandre, 12 août 1903.

Monsieur le Directeur de la "Revue Médicale"

Monsieur,

Vous avez sans doute remarqué que depuis un certain nombre d'années tout le monde voudrait être médecin ou pharmacien et cet état de chose est encouragé ou plutôt a été suggéré par certains pharmaciens en gros de Montréal.

Nos marchands ont maintenant (et les confrères de la campagne surtout le savent) leurs préparations : Vin créosote, Sirop Liniment, Pilules, etc., et avec leur signature sur l'article en vente ; par ex Liniment Blanc préparé par M. X. pharmacien et c'est un marchand général.

Je ne vois pas que ces messieurs qui vendent une pinte de vinaigre ou une verge d'indienne aurait le droit de s'approprier comme leurs, des drogues fabriqués par certains pharmaciens de gros et ceci au détriment du pharmacien détailleur ou du médecin local.

Qu'on vende des drogues patentées parfait ; mais que tous nos marchands vendent des remèdes de toute sorte, comme étant préparés par eux, et avec leur signature, je conteste ce droit.

Certains fabricants de drogues favorisent cet état de chose, préférant mettre le nom du marchand que leurs propres marques. Auraient-ils honte de leurs produits ; leur manière d'agir semblerait l'indiquer.

Je crois que les bureaux des médecins et des pharmaciens devraient y voir, et j'attire l'attention des confrères sur cet état de chose.

Espérant que vous aurez la bonté d'insérer ces quelques remarques dans votre revue, je vous remercie d'avance et je demeure votre confrère dévoué et ami.

V. A. VEZINA, M. D.

N. D. R. R.

Nous sommes absolument de l'avis de votre correspondant, mais, tant que l'Acte de Pharmacie ne sera pas amendé nous craignons qu'il sera impossible de remédier à cet état de chose dont se plaignent si justement les médecins et les pharmaciens.

Autrefois, le débit des remèdes appartenait aux médecins et aux pharmaciens, mais à présent il n'y a guère qu'une trentaine de remèdes des plus dangereux dont la vente est interdite aux épiciers et autres marchands.

Nous reproduisons plus bas deux articles de l'Acte de Pharmacie qui démontrent combien cet acte est insuffisant pour la protection du public.

Nul ne peut tenir un établissement pour la vente en détail, la préparation sur prescription ou la composition des drogues ou des poisons énumérés dans la cédule A, annexée à la présente section, ou vendre ou tenter de vendre des drogues ou l'un des poisons énumérés dans la même cédule, ou des préparations médicinales contenant quelqu'un de ces poisons, ou se livrer à la préparation des prescriptions, ou employer ou prendre le titre de pharmacien-chimiste, ou de chimiste, droguiste, apothicaire, pharmacopole, chimiste-préparateur ou chimiste-pharmaceutique, ou tout autre titre comportant dans cette province une semblable interprétation, sans être médecin inscrit comme membre du collège des médecins et chirurgiens de la province ou sans être inscrit conformément aux dispositions de la présente section comme "licencié en pharmacie" — 48 V., C. 36, S. 20.

Rien de contenu dans la présente section ne peut affecter les privilèges conférés aux médecins et chirurgiens par les lois concernant l'exercice de la profession de médecin et de chirurgien dans cette province, ni le commerce des marchands de drogues au gros, ni celui des marchands photographes dans le cours ordinaire du commerce de gros, ni les fabricants de préparations chimiques, ni les médecins vétérinaires régulièrement licenciés, dans l'exercice de leurs professions ou états. — 48 V., C. 36, S. 37.

— o o: —

NOUVELLES.

Naissances.

A Terrebonne, le 12 courant, l'épouse du Dr F. Leclerc, un fils.

Mariage.

A Montréal le 18 de ce mois a eu lieu le mariage de M. le Dr J. O. Lapointe à mademoiselle Maria Duranceau.

Mariage à l'horizon.

—On annonce pour la mi-septembre, le mariage de notre ami M. le Dr E. M. Désaulniers, de St-Lambert à mademoiselle Duchesneau, fille de M. le Dr Duchesneau, préfet du Pénitencier de St-Vincent de Paul.

— o o: —

SUPPLEMENT

MALADIE DES ENFANTS.

Traitement Prophylactique

(Suite.)

Quand un cas de scarlatine se déclare dans une maison, dans un pensionnat, il est prudent de faire pratiquer sur une large échelle l'antiseptie de la bouche et des narines, à toutes les personnes de l'entourage, surtout si ce sont des enfants, et de les soumettre à un traitement prolongé au sulphydral (6 à 12 granules par jour, suivant l'âge).

LA VIE ASSIMILEE A UNE PHOSPHORESCENCE.

Les Védantins, plus anciens que les patriarches de la Bible, à considérer les 6,000 ans accusés comme terme originel de la création, professaient que l'Homme, ce Microcosme de Macrocosme, contenait dans ses éléments constitutifs une force divine dite "Feu, Pruna," "cause motrice" et qui est la "Vie" même. Dans l'organisation des zoophytes cette "flamme de vie," dit le chismiste, est vraiment la "Phosphorescence," c'est-à-dire que le "phosphore" rayonne la "lumière" qui est la vie même; tout en moins le phosphore, dont la racine grecque (phosphoros—je porte la lumière; ce qui équivaut au mot "Lucifer," chef des Anges ou des Esprits qui sont les vies intelligentes,) accuse le mode d'être et d'agir de cet élément de substance, est l'agent capital de l'entretien et de la régénération du fluide vital dans l'économie des représentants du règne zoologique. Il est abondant, basique dans les cellules et le tissu nerveux, et se trouve dans toute cellule et dans les globules du sang; partout il joue un rôle prépondérant.

L'iatricie des maladies et défaillances des organismes lésés dans la source vitale même, a profité des découvertes de la chimie pour fonder la thérapeutique rationnelle d'un cadre d'affection débilitantes, neurasthènes, dissolvantes de toute organisation, et l'on sait que ce groupe morbide est très étendu. La chloro-anémie, la neurasthénie, les maladies dystrophiques, hypotrophiques, le diabète, la phtisie, l'impuissance, la décadence sénile,... devaient réclamer la médication phosphorée ou phosphatée. On s'adressa au phosphore libre, à celui combiné au zinc, aux phosphates, aux glycérophosphates, à l'huile de foie de morue, aux graisses phosphorées, avec autant et plus de déception que de succès plus partiels que généralisés. Les cliniciens et les chimistes examinèrent les déchets de l'économie et y trouvèrent constamment tout ou grande partie de matières phosphorées ou phosphatées administrées. Il fallait aviser et arriver à refaire le "fonds vital." L'on se dit que le jaune d'œuf fait l'animal; il est

riche en phosphore et la combinaison spéciale est la lécithine (graisse phosphorée naturelle.) Extrayons-la et l'administrons. Les résultats furent excellents et partout où la nature put être influencée par l'art du médecin, il fut obtenu ou la cure ou de sensibles améliorations aux états pathologiques caractérisés par la déperdition vitale connexe avec la défaillance du phosphore à l'état organique.

La lecture d'une brochure émanée du Canada et traitant de procédés de préparation de la lécithine par la société chimico-pharmaceutique "La Chance"—un nom prédestiné pour la création d'une société qui ne peut manquer de prospérer—me fit réfléchir sur la médication par la lécithine qu'on ne peut accuser d'irrationnalisme ni au point de vue chimique, ni au point de vue de l'occultisme dévoilé.

La lécithine est donc l'"ultima ratio" d'une reconstruction des substances "biophores" si pas "biogènes," d'une médication vitalisante et neurosthène autant qu'atrophiante, qui trouve foule s'aplications.

Le médecin utilisera les diverses préparations de lécithine, se souvenant du dosage et filant les prises par progression. Il observera la tolérance qui, généralement, est très accommodante pour ce produit naturel, et constatera l'amélioration des fonctions et du poids des patients.

Puisque la brochure de la société "La Chance" de Montréal (Canada) m'a donné l'idée d'écrire ces lignes, la reconnaissance et le tact m'ordonnent de rendre témoignage à l'industrie scientifiquement conduite de cette maison et à signaler les deux préparations avec le dosage. Les marques "La chance" portent le titre de "Grano-lécithine" à 1 centième pour les usages courants, et celle des "cachets" à 5 centigr. qui sont utilisés avec succès par les diabétiques.

On peut injecter par voie hypodermique des solutions de lécithine de 5 à 10 centigrammes. La voie gastrique s'accommode donc de 15 à 40 centigrammes par jour.

Dr. J. VINDEVOGEL.

NOUVELLE APPLICATION DES RAYONS RONTGEN.

Le Japon a su s'assimiler tous les progrès de la science et de la civilisation européennes: il vient d'appliquer les rayons X aux employés de la Monnaie, qui avaient trouvé moyen d'augmenter leur traitement en avalant de petites pièces d'or et d'argent, et qu'un peu d'ipéca faisait passer de leur estomac dans leur bourse. Le Japon a commandé à Philadelphie un appareil gigantesque d'exploration radiographique. Et désormais, avant de sortir de la Monnaie de Tokio, les employés passeront devant l'ampoule électrique qui vérifiera le contenu de leur estomac.

(Lyon Méd.)

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

Par ceci, chère Nelly, nous devons comprendre que Miss Brown ne peut, ni ne veut donner son consentement, sans vous avoir consultée, sans savoir si votre cœur répond au mien. Vous voyez donc que j'ai raison en disant: — et le jeune homme appuya sur chaque mot — que mon bonheur, ma vie toute entière se trouve maintenant placés dans vos mignonnes mains.

Donald Lington essaya de lire dans le regard de Nelly, l'impression que ses paroles avaient produites, mais les yeux de la jeune fille restaient baissés.

— Tout à l'heure, dans un instant peut-être, continua Lington, votre mère va vous poser la question suprême. Oui!... je sais d'avance les objections qui, naturellement, vont surgir.

On va vous dire que nous nous connaissons depuis bien peu de temps, que je suis un inconnu, un sans famille. Mais, chère Nelly, allez-vous vous arrêter à ces considérations, lorsque le bonheur de celui qui vous aime plus que sa vie est en jeu. Pour vous je suis prêt à tout sacrifier, car je n'ai plus qu'un idéal au monde, vivre pour vous adorer, vivre pour vous savoir heureuse. Votre mère a dit: " Je ne vis què pour le bonheur de mon enfant. " Croyez-vous que moi, Donald Lington, je n'aie pas le même but: mais alors je serais un misérable, un lâche, et je ne puis croire, Nelly, qu'une pensée semblable eut pu un seul instant traverser votre cerveau. Si je savais que cela était, tout chez moi s'anéantirait, la mort seule pourrait me délivrer du fardeau de la vie.

En ce moment la physionomie du marin avait quelque chose de vraiment grand, de vraiment sublime.

La jeune fille frappée par ces accents se leva et prenant la main de Lington:

— Comment pouvez-vous croire cela, Do-

nald ?

— Alors si tu me crois, tu m'aime et si tu m'aime tu es à moi. Nelly, je t'en prie, ouvre mon âme aux ivresses sans nombre, dissipe le nuage qui obscurcit encore mon bonheur et dis-moi si je dois espérer ?

— Donald, lui dit-elle, n'avez-vous pas deviné, à mon trouble, que moi-même je souffrais.

— Oui, tu m'aimes, chère adorée, et attirant la jeune fille vers lui, son bras entourera la taille de Nelly. Maintenant, je suis sauvé, car je sais l'ascendant que tu as sur ta mère et ses amis, je sais qu'il sacrifieraient tout pour toi. A toi donc de faire comprendre que notre amour est impérissable, que nulle puissance humaine ne peut le briser. Le jures-tu, Nelly ?

— Je t'aime, dit-elle, et sa tête se pencha, s'appuyant sur l'épaule de son amant.

Ils restèrent ainsi quelques instants: elle, craintive comme une colombe, lui, savourant de tout son être le contact de cette femme adorable qu'il tenait enfin dans ses bras.

Ni l'un ni l'autre n'osaient parler, elle, perdue comme dans un rêve, lui, craignant d'éveiller la pudeur trop naturelle de la jeune fille.

Mais la nature est ainsi faite, lorsque deux êtres, jeunes, pleins de cette sève qui, en somme, est la vie, sont près l'un de l'autre, une réaction se produit: la pensée se perd, la réflexion disparaît pour faire place à quelque chose de mystérieusement ineffable.

Donald et Nelly ne se parlèrent pas, mais leurs lèvres s'unirent dans un premier et sublime baiser.

Un bruit vint les rappeler à la réalité, Nelly se dégagea des bras de Donald, celui-ci prit vivement une partition qui se trouvait sur le piano.

C'était le Révérend Barnes qui entrait.

— Nelly, dit le ministre, sans s'être aperçu du petit ménage que nous venons de découvrir, votre mère désire vous parler, venez donc avec moi un instant.

La jeune fille suivit son vieil ami, et en franchissant la porte du salon une pensée traversa son esprit.

Je l'aime, se dit-elle, et pourtant que dois-je faire ?

Donald Lington, resté seul, devenu soudain sombre, se dit lui aussi:

(A Suivre.)

Travaux Originaux

DE L'ACTION DES EAUX MINÉRALES FERRUGINEUSES DANS L'ANÉMIE ET LA CHLOROSE.

par M. le Dr R. Wybauw

(Suite.)

Nous disons donc que l'eau minérale ferrugineuse peut être considérée comme la préparation inorganique de fer qui offre le plus d'avantages au point de vue de la résorption, et cette appréciation a été fortifiée par toute une série de faits cliniques, dont nous avons été témoin. Nous avons résumé dans ce qui suit quelques observations complètes, recueillies parmi notre clientèle thermale. Pour déterminer la quantité d'hémoglobine du sang, nous nous servons de l'hémoglobinomètre de Fleischl, modifié par Miescher, procédé qui donne le chiffre d'hémoglobine en poids pour 100 parties de sang. (Nous regardons comme limite inférieure de la normale 13 p. c. pour les femmes et 13.5 p. c. pour les hommes, d'après Landois). La numération des globules a été effectuée au moyen de l'hématimètre de Hayem, fabriqué par la maison Nachet, de Paris. Les méthodes de coloration employées pour les examens microscopiques sont surtout l'éosine-hématoxyline, la thionine, la triacide d'Ehrlich.

Dans les figures, le trait plein se rapporte à la quantité d'hémoglobine, les tirets au nombre de globules.

Observation 1.—"Chlorose sans complications, apathie nerveuse." — Mlle O..., Belge, 24 ans. Enfant, elle a toujours été extrêmement délicate; à l'âge de 10 ans, son état a inspiré de sérieuses inquiétudes et la formation a été tardive. Nous la voyons

pour la première fois le 9 juin 1901; le teint est cireux, l'expression du regard atone et triste. Les conjonctives et les gencives sont à peine colorées. Le moindre mouvement provoque un essoufflement pénible et des battements de cœur. L'appétit est nul, l'aversion pour la viande particulièrement forte. La digestion est normale; pas de constipation. Céphalalgie fréquente. Aménorrhée.

Les dimensions du cœur sont normales. Le premier temps à la pulmonaire est remplacé par un souffle intense, qui prend dans les vaisseaux du cou un caractère musical très marqué. Hémoglobine — 5.9 o/o; nombre de globules — 6,200,000. Globules très déformés, microcytes, pas de globules nucléés.

Nous prescrivons des quantités croissantes d'eau minérale du Pouhon du Prince de Condé, jusque 6 verres de 5 onces par jour (soit 800 grammes par jour à la fin de la cure) et des douches écossaises.

Le 20 juin, l'appétit s'est considérablement amélioré, l'état général est satisfaisant. Hémoglobine—7,5; nombre de globules—4,247,000. 6

Le 8 juillet, au cours d'une interruption de quelques jours, la malade vient nous revoir fort satisfaite parce que la fatigue est beaucoup moins rapide; le teint est beaucoup meilleur.

La cure se continue jusqu'au 19 juillet 1901. La jeune fille est métamorphosée; elle quitte Spa avec 9.3 d'hémoglobine et 4,805,000 globules; n'était la quantité insuffisante d'hémoglobine, l'état général serait tout à fait satisfaisant.

Le 10 décembre 1901, la famille nous fait appeler pour procéder à un nouvel examen du

sang. L'amélioration constatée à Spa s'est continuée ; sur notre conseil, la jeune fille a pris pendant trois semaines de la ferratine, en octobre. Le 10 décembre, nous trouvons 12.5 d'hémoglobine et 5,500,000 globules.

Nous restons sans nouvelles de notre cliente jusqu'au 30 juin 1902 ; vers la fin de l'hiver, Mlle O... s'était trouvé moins bien et se sentait redevenir malade. Lorsque nous l'examinons, nous trouvons 10.4 d'hémoglobine et 5,858,000 globules. Au bout de trois semaines, elle quitte Spa, son sang étant redevenu normal. Les règles sont régulières. Les dernières nouvelles reçues depuis confirment le résultat obtenu.

Observation 2.—“Chlorose simple.” — Mlle P..., Belge, 22 ans. L'anémie a débuté chez cette malade au mois d'octobre 1899, peu de temps après le retour de la campagne ; elle a été considérablement aggravée par une vie mondaine fatigante. Un séjour au bord de la mer du Nord n'amena aucune amélioration, au contraire. Plusieurs traitements ferrugineux furent institués sans succès, alors même que la malade séjournait dans un château des Ardennes et vivait dans les meilleures conditions hygiéniques.

Au moment où nous la voyons pour la première fois (17 juillet 1900), elle ne se plaint que de malaises vagues. Le teint est particulièrement blafard, l'expression du visage est terne ; aucun amaigrissement. La fatigue est extrêmement rapide et s'accompagne de dyspnée et de battements de cœur. Ni vertiges, ni bourdonnements d'oreilles. Le cœur a ses dimensions normales ; il existe souffle anémique très prononcé à la pulmonaire ; bruit de rouet dans les vaisseaux du cou.

Nous prescrivons 6 verres par jour de Pouhon de Pierre le Grand, de 2 onces chacun ; cette quantité est progressivement augmentée jusque 24 onces par jour (720 grammes par jour). Douches froides, très courtes.

L'estomac supporte difficilement les eaux au début du traitement, puis il s'y habitue

et, dès le 31 juillet, l'appétit est devenu beaucoup meilleur ; la malade accuse un changement manifeste et ressent une sensation de bien-être qu'elle n'a plus éprouvée depuis bien longtemps. La cure est continuée jusqu'au 22 août ; à ce moment, l'aspect de la jeune fille s'est tout à fait modifié. Son apathie a fait place à de la vivacité et de la bonne humeur ; elle parvient à faire une promenade d'une heure sans fatigue et se croit guérie.

Le souffle dans les vaisseaux du cou et à la pulmonaire n'a pas disparu encore. Mais des circonstances diverses rendant impossible un séjour plus long à Spa, Mlle P... nous quitte pour se rendre dans le château qu'elle habitait avant la cure. Nous lui conseillons de s'abstenir de tout traitement ferrugineux pendant un mois, et de prendre ensuite, pendant trois semaines, une préparation à laquelle elle avait eu recours déjà précédemment. Ce fut le seul traitement suivi.

Notre ancienne clientèle eut la bonté de nous tenir au courant de son état. L'amélioration constatée à Spa se continua et l'année suivante, comme Mlle P..., tout à fait bien portante, était de passage ici, elle vint nous voir. L'examen du sang donna les chiffres normaux.

Observation 3. — “Chlorose, purpura, hémophilie.” — Mlle M..., Allemande, 18 ans, très nerveuse, séjournait à Spa depuis plusieurs mois avant le début de la maladie. Elle avait déjà souffert, les années précédentes, de purpura et d'hémorragies profuses à l'époque des règles.

Subitement, elle perdit ses fraîches couleurs et pâlit d'une manière extraordinaire, alors qu'une hémorragie ne s'était produite. Elle dort mal, souffre de dyspnée, de palpitations de cœur, et est incapable du moindre effort. Le 5 juillet 1902, nous trouvons : hémoglobine—7.5 ; nombre de globules—4,991,000. Nous prescrivons des bains d'eau minérale et de l'eau du Pouhon de Pierre le Grand. L'amélioration constatée est rapide, car le 5 août, l'hémoglobine est remontée à 12.5, le

Revue des journaux

MEDECINE

LE TRANSIT STOMACAL.

Nous avons dit dans une précédente étude quels sont les renseignements utiles pour la clinique que peut fournir la détermination du chimisme stomacal.

Beaucoup de personnes, en apparence bien portantes et jouissant d'une digestion excellente, ont en réalité un chimisme gastrique dont les chiffres s'éloignent sensiblement des moyennes physiologiques. C'est que l'intestin et ses glandes annexes ont pour l'élaboration des substances nutritives une importance beaucoup plus grande encore que l'estomac, et que la compensation peut ainsi facilement s'établir. Cette compensation ne peut se faire toutefois que si l'état de la motricité le permet, que si le contenu stomacal peut parvenir facilement dans le duodénum. D'autre part, les viciations marquées de l'évacuation du contenu de l'estomac amènent toujours des conséquences relativement graves; douleurs, troubles de sécrétion, vomissements, etc.

En somme, la viciation de la motricité et le retard dans l'évacuation de l'estomac qui en est la suite, ont dans la physiologie pathologique de l'estomac une grande importance et il serait très utile de pouvoir les évaluer dans l'étude des différents cas de dyspepsie.

Malheureusement, nous n'avons pas, pour l'appréciation de la motricité de l'estomac et de son évacuation, de méthode aussi précise que celle qui permet de déterminer la valeur chimique de sa sécrétion.

Par l'examen extérieur on peut constater sa dilatation plus ou moins marquée, la présence dans sa cavité de liquide en quantité excessive et pendant sa cavité de liquide en quantité excessive et pendant trop longtemps. On peut se rendre compte que, dans certains cas, l'estomac ne se vide pas complètement pendant la nuit. L'usage de la sonde permet de déterminer quelle est la quantité et quelles sont les qualités du liquide de stase, quelle est l'abondance et la nature des détritres alimentaires qui y séjournent.

Ces renseignements ont une incontestable valeur. Combinés avec ceux fournis par l'examen chimique du liquide stomacal de stase, ou de l'échantillon prélevé après repas d'épreuve, ils permettent déjà d'établir, en clinique, l'existence de grande catégories de faits dissemblables comportant un pronostic et une thérapeutique différents.

Ce sont:

a. Les faits dans lesquels l'estomac s'évacue lentement, tardivement, sans cependant qu'il y ait de liquide ou de détritres alimentaires dans sa cavité le matin à jeun;

b. Les faits dans lesquels on constate le matin

nombre de globules est de 5,182,000. Tous les désordres subjectifs ont disparu.

Voici ensuite, résumé en tableau, quelques résultats d'examens du sang obtenus au cours de cures d'eau minérale à Spa. " Nous avons éliminé de cette liste tous les cas légers de chlorose, tous ceux qui n'avaient pas été l'objet précédemment d'un traitement ferrugineux inefficace." Ce furent donc tous

OBSERVATIONS.	DATES.	Hemo-globine.	NOMBRE DE GLOBULES.
OBS. 4.—Mlle R., Belge, 21 ans.	2 juil. 1901 21 juil. 1901	8.6	4,457,000
		12.2	4,929,000
OBS. 5.—Mme H., Française.	3 août 1901 24 août 1901	11.4	5,374,000
		12.8	4,681,000
OBS. 6.—Mlle B., Américaine, 20 ans.	28 mai 1902 11 juin 1902	9.4	5,456,000
		12	5,890,000
OBS. 7.—Mlle R., Belge, 14 ans.	2 juil. 1902 25 juil. 1902	10.4	5,332,000
		12.3	5,374,000
OBS. 8.—Mlle B., Belge, 26 ans.	7 juil. 1902 30 juil. 1902 2 août 1902	10.9	4,805,000
		14	—
		14.2	5,022,000
OBS. 9.—Mlle W., Anglaise, 28 ans.	16 juil. 1902 8 août 1902	12.2	5,146,000
		13.5	5,611,000
OBS. 10.—Mlle de K., Française, 24 ans.	17 juil. 1902 1er août 1902 9 août 1902	9.7	5,305,000
		10.4	5,352,000
		11.4	5,325,000
OBS. 11.—Mlle de Kr., Française.	2 juil. 1902 11 août 1902 16 août 1902	11.7	5,860,000
		12.5	5,270,000
		14	—
OBS. 12.—Mlle B., Belge, 19 ans.	29 août 1902 9 sept. 1902 22 sept. 1902	7.8	5,146,000
		10.4	4,836,000
		11.1	5,250,000

des cas rebelles, auxquels la cure de Spa avait été recommandée, un peu en désespoir de cause, après de nombreux essais thérapeutiques différents. Nous n'avons pas conservé dans ce tableau les résultats obtenus chez certains anémiques auxquels nous avons fait associer l'arsenic au fer pour diverses raisons.

(A Suivre.)

à jeun la présence d'une certaine quantité de liquide avec fort peu de détritns alimentaires;

c. Ceux enfin, dans lesquels il existe une stase permanente considérable avec séjour prolongé de détritns alimentaires dans l'estomac.

a. Les premiers de ces faits s'expliquent, croit-on, par de l'atonie musculaire de l'estomac. Il y a souvent en même temps une ptose marquée des divers viscères abdominaux, de la région pylorique et pré-pylorique de l'estomac.

b. La seconde catégorie comprend le plus grand nombre de faits de syndrome de Reichmann. Or, nous savons maintenant, depuis les opérations faites par Hartmann sur les malades de Soupault, que le syndrome de Reichmann correspond le plus souvent, sinon toujours, au spasme du pylore ou à l'existence d'un ulcère à l'orifice pylorique même ou dans son voisinage. Parfois encore, il y a, comme l'a indiqué Hayem, une sténose incomplète, consécutive le plus souvent à un ancien ulcère;

c. Lorsqu'il y a stase considérable, séjour et accumulation de détritns alimentaires dans l'estomac, on doit conclure à une sténose serrée du pylore, quelle qu'en soit du reste la cause intrinsèque ou extrinsèque. Les vomissements abondants et tardifs, la présence dans certains cas de contractions péristaltiques visibles viennent souvent confirmer un diagnostic que le simple examen extérieur rendait déjà presque certain.

Dans les cas de ce genre, l'hyperchlorhydrie appartient beaucoup plutôt à la sténose d'origine ulcéreuse et l'hypochlorhydrie à la sténose cancéreuse. Rappelons, comme nous l'avons dit en parlant ici du tubo-gavage, que la persistance de poudre de viande au bout de vingt-quatre heures donne une présomption très grande de la nature cancéreuse de la lésion.

C'est quelque chose que d'avoir pu établir ces différents types de motricité retardée, et de pouvoir reconnaître que tel ou tel cas de dyspepsie ou de gastropathie leur appartient. Toutefois, la classification n'est que pour les cas accentués; mais il existe des cas intermédiaires pour lesquels le jugement est difficile. Enfin, parmi les faits de la même catégorie il y a des degrés; dans l'évolution du même fait il y a des périodes, de telle sorte qu'il serait extrêmement important d'avoir des points de repère plus précis, et de pouvoir ajouter des échelons à une échelle très longue qui n'en compte actuellement que trois trop écartés les uns des autres.

Lorsqu'à l'aide de la sonde on évacue le contenu stomacal, on n'est jamais certain que cette évacuation a été complète. Si l'on pratique le lavage, il est assez difficile de se rendre compte de la proportion du liquide et des résidus ramenés de l'estomac. La méthode Mathieu-Rémond permet de déterminer exactement la quantité de liquide contenue dans l'estomac. On a aussi eu l'idée de pratiquer des lavages successifs jusqu'à ce que l'eau revînt parfaitement claire, de faire évaporer tout ce liquide et de peser le résidu. Il est certain qu'on peut avoir ainsi une idée assez exacte de la façon dont s'est faite l'évacuation du contenu de l'estomac après un repas d'épreuve. Mais l'examen ne porte que sur les solides et non sur le liquide. On

a peut-être une idée de la tendance au retard de l'évacuation, on ne sait pas ce qu'a été ce qu'on peut appeler le transit gastrique.

Pour juger complètement ce transit, il convient de déterminer combien des substances liquides et solides, introduites dans l'estomac, ont traversé le pylore, quelle quantité de liquide de sécrétion a été produite et évacuée dans le duodénum.

A. Mathieu et Hallot, pour rechercher les principaux éléments du transit stomacal, se servent de l'huile émulsionnée dans le liquide du repas d'épreuve. Ils ajoutent 20 grammes d'huile d'olive finement émulsionnée au thé du repas Ewald. Au bout d'une heure, ils déterminent, grâce à la méthode Mathieu et Rémond, combien il y a de liquide dans l'estomac après un certain laps de temps. En mesurant la quantité d'huile non évacuée, ils peuvent calculer facilement combien il a dû persister de ce liquide primitif, combien il en a été évacué, combien il s'y est ajouté de liquide de sécrétion. Il suffirait, après des lavages successifs, de déterminer la quantité de pain non évacué, pour avoir sur la motricité et sur le transit stomacal des données très précises. En établissant de semblables évaluations en série, de demi-heure en demi-heure, on peut établir une courbe de sécrétion et de transit stomacal.

Malheureusement l'emploi de cette méthode présente une grande cause d'erreur: la facilité avec laquelle dans certains cas se désémulsionne l'huile incorporée au repas d'épreuve. L'émulsion paraît quelquefois avoir persisté d'une façon parfaite, d'autres fois, il est évident que l'émulsion n'a pas tenu et dès lors, si l'on établissait les calculs, on ne pourrait accorder aucune confiance aux chiffres obtenus.

La peur d'une erreur de ce genre a empêché A. Mathieu et Laboulais de publier les résultats obtenus dans une assez longue série de faits observés.

Sahli (de Berne) a cherché à perfectionner ce procédé. Il déclare obtenir une émulsion beaucoup plus stable en se servant de beurre et d'une bouillie de farine très cuite. Laboulais a fait des essais au laboratoire de l'hôpital Andral avec la méthode de Sahli. Il lui a bien semblé que l'émulsion du beurre était en effet plus stable que celle de l'huile; mais elle ne se maintient cependant pas dans tous les cas.

Il ne faut pas toutefois renoncer à obtenir un résultat satisfaisant en appliquant le principe de cette méthode.

Il s'agit de trouver une substance parfaitement soluble ou parfaitement miscible au liquide stomacal, n'influençant pas la digestion, non résorbée par la muqueuse stomacale et que l'on puisse doser facilement et exactement.

L'huile ou la graisse émulsionnée répondraient à tous ces desiderata si l'émulsion était parfaitement stable, malheureusement elle ne l'est dans l'estomac que d'une façon capricieuse.

Le jour où soit par cette méthode perfectionnée, soit par toute autre, on pourra mesurer le transit gastrique comme on mesure son chimisme, le jour où

on pourra comparer l'influence respective et réciproque de la sécrétion et de la motricité, la physiologie pathologique de l'estomac aura fait en avant un pas très important. Il est très vraisemblable que les notions établies auront pour conséquence un grand progrès dans la thérapeutique des gastropathies.

(Gaz. des Hôp.)

A PROPOS DE VESICATOIRES.

Lorsque, pour la première fois, il y a vingt-deux ans, j'entrai dans un service d'hôpital, j'eus l'honneur et le véritable plaisir d'assister à une leçon clinique faite par un jeune suppléant, aujourd'hui professeur très distingué d'une grande école de province.

Avec une éloquence doublée par une conviction profonde, le savant clinicien nous déclara, tout net, qu'il fallait, de toute nécessité, renoncer au vésicatoire cantharidien, parce qu'il était inutile, douloureux et dangereux. C'était bien dit, bien déduit, et d'une logique qui me semblait irréfutable. J'en fus béant d'admiration: mon séjour à Paris ne fit que corroborer mes idées proscriptives contre le "vésicatoire". Dans la Ville-Lumière, nul thérapeute ne prononça, même, ce nom maudit, devant moi.

Aussi, à mon retour dans mon pays natal, dans mon petit trou du bocage choletais, je regardais en pitié les vieux confrères voisins, qui usaient, et même abusaient peut-être un peu, du vésicatoire. Quel tenace aveuglement, pensais-je, et quelles hécatombes de malheureux qu'on pourrait sauver, par la simple abstention!!

Grande fut donc ma stupéfaction, quand je vis dix, quinze, vingt vésicatoires appliqués sans mon assentiment, ou même contre mon ordre formel, ne produire aucun accident appréciable, mais peut-être plutôt, parfois (horresco referens), quelque effet favorable. J'en étais suffoqué, mais ne voulais pas du tout me rendre à l'évidence, me répétant à satiété, sur mon bon cheval, le long des routes poudreuses ou des chemins rocailleux: "Le vésicatoire est inutile, douloureux et dangereux."

Reprenons, aujourd'hui, ces trois termes:

1. Inutile?—Peut-être; est-ce parfaitement sûr? Au point de vue théorique, son action thérapeutique peut se défendre, puisque M. Ferrand, autrefois, et, tout récemment, M. Albert Robin l'ont énergiquement et scientifiquement défendu. Quant à moi, je ne suis pas assez versé dans la théorie de la leucocytose et de la phagocytose, ni dans les expériences sur les échanges et le chimisme respiratoires, pour donner mon avis à ce sujet. Mais il me semble que, puisqu'elle n'est pas absurde, c'est à chaque médecin, dans sa pratique, et par son observation personnelle, de se faire une idée, personnelle aussi, sur cette médication. Pour ma part, je crois qu'après avoir trop demandé au vésicatoire, on ne lui demande pas assez; et je ne rougis plus d'y avoir recours en certaines circonstances...

2. Douloureux?—Sans doute... Pourtant, bien que je n'en aie, heureusement, aucune expérience personnelle, je ne crois pas que la douleur de la vésication soit aussi vive qu'on veut bien le dire. Elle est, en tout cas, très allègrement supportée par des

femmes, des enfants; et j'ai vu, plus d'une fois, des hommes partir à leur travail des champs, immédiatement après la levée d'un large vésicatoire. D'ailleurs n'y a-t-il pas d'autres médications douloureuses, qui sont très en honneur: pointes de feu, injections mercurielles, etc.? Je ne pense donc pas que la douleur, qu'il provoque, soit une raison suffisante, pour faire abandonner le vésicatoire, lorsqu'on le croit utile.

3. Dangereux?—Oh! assurément bien peu... J'ai, depuis quinze ans, tenu un état statistique très exact à ce sujet. Il en résulte que j'ai pu contempler, hier, la deux mille six cent vingt-cinquième plaie produite, dans ma clientèle, par un vésicatoire cantharidien—vous avez bien lu: la deux mille six cent vingt-cinquième plaie... Et ne croyez pas que j'en sois venu à prescrire, abusivement, le vésicatoire... non; mais, à mon arrivée dans ce pays, c'était un remède populaire, employé, à tort et à travers, pour toutes sortes de maux. Dans une seule semaine de décembre 1890, au cours d'une épidémie grave d'influenza, j'ai vu quarante-huit vésicatoires, les trois quarts appliqués sans ordonnance préalable. J'ai vu mettre des "emplâtres de mouche", suivant l'expression consacrée, sur des lymphangites, sur des furoncles, sur des abcès, sur des phlébites, sur des eczémas, sur des morsures d'insectes ou d'animaux quelconques, etc. Aujourd'hui encore malgré mes efforts incessants, depuis de longues années, pour empêcher l'usage, au moins sans avis médicale préalable, il n'est à peu près personne ici, qui, souffrant d'une toux plus ou moins opiniâtre, d'une douleur plus ou moins tenace, ne commence par "se coller un emplâtre, ou deux", avant de consulter l'homme de l'art.

Eh bien! sur ce nombre énorme de vésicatoires, appliqués sans le moindre discernement, durant vingt-quatre heures quelquefois, en tous les points de la surface cutanée, sur des individus de tout sexe, de tout âge (depuis quelques semaines jusqu'à quatre-vingt-dix ans), et de toutes conditions je ne pourrais citer qu'un seul cas, dans lequel la mort a pu être attribuée à la vésication cantharidienne. Il s'agissait d'un enfant de dix-huit mois, albuminurique et oedématisé, à la suite d'une varicelle, auquel la mère avait appliqué, durant douze heures, un vésicatoire de 5 centimètres carrés "de son bon chef et pour tirer le vrin" (sic), m'a-t-elle dit. Franchement, cette mort ne peut être mise à la charge du vésicatoire, pas plus que les empoisonnements de nourrissons par la tisane de pavots ne peuvent, loyalement, être mis à la charge de la médication opiacée.

En dehors de ce fait, je n'ai jamais vu aucun accident général sérieux: un peu plus de 8 p. 100 des sujets ont souffert d'une cystite cantharidienne très modérée, caractérisée par des envies plus ou moins légèrement albumineuses, le tout durant de six à douze heures, une seule fois quarante-huit heures. L'écrasante majorité n'a accusé aucun symptôme quelconque d'intolérance pour la médication.

Quant aux accidents locaux, ils devraient, théoriquement, être en règle. En effet, la malpropreté de la peau est habituelle; le savonnage préalable n'est presque jamais pratiqué, étant considéré comme tout à fait superflu, sinon nuisible: le vésica-

toire reste en place douze heures, au moins, en sorte qu'en enlevant le sparadrap on enlève aussi l'épiderme, et que le derme reste à nu, tout saignant, bien souvent; la plaie ainsi produite ne reçoit aucun soin antiseptique; elle est, tout simplement, pansée avec des feuilles de bette (poirée blonde communé) dont on enlève, au couteau, la nervure centrale, que l'on tapotte, pour les assouplir, avec des mains, le plus souvent mal lavées, et que l'on enduit de graisse douce (saindoux).

Malgré des conditions aussi défavorables, je n'ai observé que deux cas d'ulcérations graves de la plaie, ayant nécessité l'une deux mois, et l'autre six semaines de traitement. A part cela, il n'y a pas 2 p. 100 "d'emplâtrés" qui présentent une éruption furonculaire consécutive peu sérieuse, ou quelques abcès sans importance. Le reste guérit avec la plus grande rapidité, et sans le moindre incident.

De tout ce qui précède, je me vois absolument "obligé" de conclure :

1. Que la médication par vésicatoire cantharidien, même employé en dépit de bon sens, n'amène que peu d'accidents;

2. Que bien peu de médicaments, si inoffensifs soient-ils, seraient susceptibles d'être ainsi maniés, sans plus d'inconvénients;

3. Qu'appliqué avec méthode et propreté, le vésicatoire ne donnerait aucun accident, pas plus, en tous cas, que toute médication active (opium, cocaïne, atropine, hyosciamine, aconitine, digitaline, etc.), que personne ne songe à supprimer;

4. Que tous les confrères, qui ont la foi, peuvent user, congrûment, d'emplâtres ou de sparadraps; de mouches d'Espagne, de Milan, ou autres lieux, en toute sûreté de conscience.

(Gazette des Hôp.)

— o o —

MODIFICATION DE LA REACTION DES PIGMENTS BILIAIRES DE HUPPERT.

L'auteur a modifié la réaction d'Huppert de la façon suivante: il ajoute à 5 centimètres cubes d'urine ictérique 10 centimètres cubes d'une solution de chlorure de baryum à 10 pour 100, il centrifuge quelques temps, le liquide clair est décanté, le résidu solide est délayé dans 2 centimètres cubes d'un mélange de 99 parties d'alcool à 95 degrés et 1 partie d'acide chlorhydrique fumant contenant 4 pour 1,000 de perchlore de fer.

On met le tout dans une capsule de verre et on chauffe jusqu'à ébullition; il se développe une coloration verte ou vert bleuâtre.

Lorsqu'on ajoute de l'acide nitrique jaune, la coloration bleue vire au violet puis au rouge.

Cette réaction très sensible permet de déceler 1/1.200,000 de bilirubine dans une urine.

(La Presse Médicale.)

— o o —

PATHOGENIE ET PRONOSTIC DU TABES.

par M. le Dr Maurice Faure.

La syphilis n'exerce pas sur la genèse et l'évolution du tabes l'influence exclusive qu'on a cru pouvoir lui attribuer. D'autres infections, d'autres intoxications, ou même simplement des chocs physiques ou moraux, le surmenage, les privations, ont droit comme elle à une part de responsabilité. On peut dire que si la très grande majorité des tabétiques est antérieurement syphilitique, les accidents du tabes n'apparaissent souvent chez eux qu'à l'occasion d'autres infections et d'autres intoxications.

Le tabes est très rare chez les femmes, et relativement fréquent chez les officiers et chez les israélites. Presque tous les tabétiques sont des gens très actifs physiquement et intellectuellement, chez qui le surmenage est habituel.

Sans tenir compte des traitements suivis, on peut dire que dans 60 pour 100 des cas le tabes s'arrête dès les premiers symptômes, ou évolue avec une telle lenteur que la vie du malade est à peine diminuée. C'est dans 30 pour 100 des cas seulement qu'il peut porter le nom de progressif et mériter le fatal pronostic qui a découragé autrefois la thérapeutique. Il évolue alors, selon les descriptions classiques, en sept années environ; 5 pour 100 des tabétiques guérissent d'une façon complète cliniquement. Un nombre égal (5 pour 100) subit au contraire une évolution rapide et fatale, avec fièvre et signes infectieux. C'est une forme fébrile du tabes qui n'a pas encore été décrite, et qui dure quelques mois, ou à peine un à deux ans.

(Jour. de Méd. de Bord.)

— : o : —

L'OBSTRUCTION INTRA NASALE ET SON TRAITEMENT.

par M. le Dr H. Hoyle Butts.

L'auteur commence par montrer toute l'importance de la respiration nasale et les complications auxquelles exposent les obstructions nasales. Il passe ensuite en revue toutes les causes des obstructions nasales. En tête se place l'hypertrophie, qui accompagne le coryza aigu, et qui, mal soignée, aboutit au coryza hypertrophique. Viennent ensuite les corps étrangers, fréquents chez les enfants, ainsi que les croûtes qui compliquent, chez eux, le coryza strumeux.

Le coryza hypertrophique survient après une longue période d'hyperémie passive de la muqueuse nasale. Une application de cocaïne permet de se rendre compte si la muqueuse est dégénérée ou seulement engorgée.

C'est surtout le cornet inférieur et la tête du cornet moyen qui sont le siège de cette forme de coryza. Butts emploie la galvanocautére chauffé au rouge sombre. A mesure que le courant passe, on tire à soi l'instrument. Il faut prendre grand

soin de ne pas cautériser deux surfaces opposées, sous peine de produire des synéchies.

Il est plus prudent d'employer un simple serre-nœud pour le cornet moyen. Le malade évitera de se coucher fort les jodrs qui suivent l'opération, afin de ne pas détacher l'eschare.

Les enchondromes et les exostoses de la cloison doivent être traités comme un éperon de la cloison.

On doit les enlever : quand ils apportent un sérieux obstacle à la respiration d'une narine ; quand ils empêchent le drainage d'une cavité accessoire ; quand un éperon vient se mettre en contact avec la paroi opposée.

Pour les enlever, l'auteur se sert de la scie. On peut employer l'adrénaline, mais, dans ce cas, l'hémorragie secondaire est à redouter.

Les déviations de la cloison du nez viennent immédiatement après les éperons comme cause fréquente d'obstruction nasale.

Les déviations sont dites "simples" lorsque la partie déviée est unie et arrondie ; elles sont dites "complexes" lorsque le sommet de la déviation forme un angle aigu, avec épaissement de la cloison en ce point.

Les indications opératoires sont les mêmes que pour les éperons. L'auteur donne la préférence à l'opération de Asch.

Les malformations du vomer sont très rares. On pourra soit employer la scie, soit la tréphine dans le cas d'obstruction des choanes, mais la tréphine a un grand pouvoir perforant et est dangereuse dans ces régions.

Les bacs de la cloison sont incisés ; on devra également penser à la syphilis.

Les polypes du nez ne sont pas, à vrai dire, de véritables tumeurs, mais le résultat des processus inflammatoires de la muqueuse du nez. Il n'est pourtant pas de forme d'obstruction nasale qui donne lieu à plus de symptômes. D'abord, dans 50 pour 100 des cas, ils sont bilatéraux, de consistance molle ; ils participent au gonflement du reste de la muqueuse nasale. Ils entravent le drainage des cavités accessoires, occasionnent des névralgies et des troubles réflexes, tels que les crises d'asthme. On les enlève au serre-nœud, après anesthésie à la cocaïne. Il ne restera plus qu'à s'attaquer à la cause qui les a produits.

(La Méd. Orientale).

CHIRURGIE

SUTURE ET TRANSPLANTATION VASCULAIRES : COAPTATION DE MEMBRES AMPUTES.

par M. le Dr Edm. Hopfner.

Le pourcentage considérable de la mortalité résultant de lésions des gros troncs artériels (27 à

40 p. 100 par ligature de la carotide) rend les recherches de l'auteur — confirmatives de celles de Payr — particulièrement intéressantes.

Par une quinzaine d'expériences faites sur des chiens, il a pu établir qu'en sectionnant de gros vaisseaux (carotide primitive, artère fémorale) entre deux ligatures provisoires, on peut, après un temps assez long d'interruption (une demi-heure et plus), voir le cours du sang reprendre normalement en réunissant les deux bouts sectionnés par un tube de Payr, en magnésium, de 3 millimètres de diamètre sur 5 millimètres de longueur. Il a même vu la circulation se rétablir parfaitement dans des membres qu'il avait totalement amputés pendant plus d'une heure.

Si l'on opère dans des conditions d'asepsie parfaite, il ne se forme pas de thrombose. Hopfner a fait construire une pincette à porthèse (porte-cube) et une pince hémostatique d'un modèle très ingénieux, qui contribuent singulièrement à faciliter cette délicate opération.

Un historique très complet, une bibliographie soignée et les protocoles détaillés des expériences complètent cette intéressante monographie.

(La Méd. Orientale).

SYPHILIGRAPHIE

RESULTATS DU TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE CHEZ LES TABETIQUES.

par M. le Dr Maurice Faure.

Les cas d'amélioration ou de guérison du tabes par le traitement hydrargyrique récemment publiés sont peu nombreux. D'autre part, nous savons que dans 60 pour 100 des cas le tabes a une tendance "spontanée" aux arrêts et aux régressions. Si l'on recherche quels sont les symptômes qui se sont améliorés au cours de cures mercurielles, on constate que ce furent d'abord les douleurs (symptôme éminemment variable et transitoire) et l'incoordination, que presque toutes les thérapeutiques médicamenteuses autrefois tentées, puis abandonnées dans les tabes, avaient aussi paru améliorer. Il n'y a donc pas de raisons suffisantes d'affirmer que le traitement hydrargyrique donne des résultats certains dans les tabes.

D'autre part, des statistiques publiées en collaboration avec les Drs Belugou et Croq, sur 2,500 cas, il résulte que le pourcentage des améliorations et des guérisons est un peu moins élevé chez les tabétiques qui ont subi un traitement antisiphilitique que chez ceux qui n'en ont subi aucun. Enfin, le nombre de cas où la thérapeutique anrisiphilitique s'accompagne d'aggravation est beaucoup plus grand que le nombre des cas où la même thérapeutique s'accompagne d'amélioration.

Si l'on cherche à distinguer les résultats obtenus avec le traitement antisiphilitique mixte par les anciennes méthodes et les résultats du traite-

ment mercuriel intensif par les formules modernes, on constate que les améliorations ne sont pas plus nombreuses avec les nouveaux procédés qu'avec les anciens, et qu'au contraire les aggravations sont plus nombreuses.

Il y a donc lieu de craindre que le traitement antisyphilitique du tabes ne justifie pas la confiance qu'on lui a témoignée, à plusieurs reprises, en se basant d'ailleurs sur des vues de pathologie générale et d'anatomie pathologique beaucoup plus que sur des faits thérapeutiques. La recrudescence de faveur que lui vaut actuellement l'emploi des doses intensives de mercure, nous paraît devoir être passagère, et particulièrement injustifiée. Cependant, comme le traitement antisyphilitique paraît réussir dans quelques cas, comme il joue peut-être un rôle préventif et qu'il est sans doute pour quelque chose dans l'atténuation générale du pronostic du tabes, il y a toujours lieu de le tenter, mais non pas avec un esprit systématique, et en sachant l'arrêter lorsqu'il est évident qu'il est nocif ou lorsque des essais prolongés l'ont démontré inutile.

(Jour. de Méd. de Bordeaux).

— : o : —

Therapeutique et Mat. Medicales

UN CAS DE NOEVI DU CUIR CHEVELU ET DU NEZ TRAITÉ PAR LES INJECTIONS D'EAU CHAUDE.

par M. le Dr F. Griffith.

L'auteur a traité chez un enfant de sept mois des noevi assez volumineux, à tendance progressive, au moyen d'injection d'eau chaude (85 à 950 C.) stérilisée, à la dose de quelques gouttes dans l'intérieur du noevus. Les injections ont été répétées tous les trois ou quatre jours durant deux ou trois semaines, avec un résultat complet. Les noevi, dont l'un, celui de la tête, était de nature capillaire (artérielle), l'autre, celui du nez, de nature veineuse, disparurent complètement. Les injections n'endommagèrent jamais la surface cutanée. Le danger principal de cette méthode est la formation d'une ombolie, mais l'auteur pense que la température élevée (voisine du point d'ébullition) de l'eau assure une prompte coagulation.

(La Méd. Orientale)

— o o —

CURE RAPIDE DES BRULURES PAR FILS METALLIQUES INCANDESCENTS.

Les ouvriers tréfileurs sont souvent atteints de brûlures plus ou moins profondes occasionnées par les fils métalliques incandescents qu'ils sont appelés à manier.

A la suite des perfectionnements apportés ré-

cemment à l'outillage, les sections par fils n'amènent plus ces amputations des membres, ces décapitations, ces sections du corps en deux que j'observais encore il y a quelque dix ans, par contre les brûlures moins profondes sont encore relativement fréquentes.

Comme ces brûlures sont occasionnées par le contact plus ou moins prolongé d'un fil incandescent en mouvement, celui-ci, faisant office d'une scie, coupe tout sur son passage, peau, muscles, tendons, nerfs, vaisseaux, voire même os. Ces sections sont linéaires; leurs bords sont rôtis sur une largeur de plusieurs millimètres quelquefois, selon le calibre du fil et le degré de son incandescence. Il est superflu de dire qu'une plaie de cette nature ne saigne jamais.

Que faut-il faire lorsqu'on est en présence d'une pareille brûlure? Appliquer différents toniques? On doit alors s'armer de patience, attendre la chute des escarres et favoriser la cicatrisation lente par bourgeonnement. Pour obtenir quoi? Une cicatrice irrégulière et parfois difforme et, en cas de sections musculaires, nerveuses ou tendineuses, des impotences fonctionnelles plus ou moins accentuées et souvent irréparables.

J'ai pensé qu'il y avait mieux à faire, et voici quelle est ma pratique dans ces cas depuis cinq ans environ. Après la désinfection très rigoureuse et très large de tout le champ traumatique, j'écrase aux ciseaux ou au bistouri tous les tissus cautérisés, en commençant par la peau. Tout ce qui est brûlé est enlevé. Si l'os se trouve entamé, j'en abrase à la curette tranchante ou à la gouge les parties mortifiées. J'obtiens ainsi une plaie cruentée que je pourrai traiter tout à l'heure par la suture immédiate, en reconstituant les rapports normaux des différents organes sectionnés. En procédant ainsi aux tissus leurs fonctions primitives et je ramène la cicatrice à sa plus simple expression.

Cette pratique ne peut, évidemment, s'appliquer aussi aisément aux très larges cautérisations qui devraient nécessiter des autoplasties compliquées; elle s'applique uniquement aux sections par fil d'un calibre peu élevé (10 à 15 millimètres de diamètre) dont le pouvoir calorifique n'a pu irradier sur une zone par trop étendue.

(Gaz. des Hôp.)

— : o o —

HUILE CAMPHRÉE MORPHINÉE POUR INJECTIONS HYPODERMIQUES.

Dans certains cancers inopérables, il est souvent indiqué de prescrire de l'huile camphrée pour tonifier le malade et de la morphine pour calmer les douleurs. Il y a avantage à combiner les deux substances pour une seule injection.

L'association du camphre et de la morphine en injections hypodermiques présente quelques difficultés par ce fait que les sels de morphine ne sont pas solubles dans les huiles. La combinaison de l'acide oléique à la base morphine remédie à cet inconvénient et permet d'obtenir une solution injectable

parfaitement limpide; à cet effet, voici une formule que nous avons employée à diverses reprises.

Camphre..... 1 gramme
Morphine cristallisée..... 0 gr. 10
Acide oléique pur..... Q. S.
pour dissoudre.
Huile d'olives lavée à l'alcool et stérilisée. Q. S.
pour 10 cc.3

Un centimètre cube contient: 0 gr. 10 de camphre, 0 gr. 01 de morphine.

— : o o —

TRAITEMENT DE L'AGITATION ET DE L'INSOMNIE DANS LES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES.

par M. le Dr Trénel.

Généralités sur l'agitation et l'insomnie

Une étude séméiologique de l'agitation et de l'insomnie serait l'introduction naturelle de cette revue thérapeutique. Mais est-il nécessaire de décrire ici des types que chacun a facilement devant les yeux. Le maniaque, le confus, l'anxieux, le dément agité, etc., présentent des tableaux cliniques trop connus. De plus, pour exposer et apprécier au point de vue du traitement les modes variés d'agitation, on ne peut guère s'appuyer que sur l'intensité de cette agitation, comme le faisait récemment remarquer Meltzer, et ne parler que d'agitation intense, forte, ou faible. Néanmoins, et quoique la nature véritable de l'agitation soit seulement soupçonnée puisque nous ne savons pas d'une façon précise quels éléments anatomiques, quels centres entrent en jeu dans ces phénomènes d'excitation nerveuse, ni à plus forte raison quels troubles physico-chimiques les produisent — on peut reconnaître diverses formes de l'agitation. En l'absence de données sur la cause intime du syndrome, on peut, en s'appuyant sur certains caractères, purement extérieurs il est vrai, classer d'une façon au moins clinique, mais aussi quelque peu schématique, ses différentes modalités. C'est ainsi que Pochon nous a donné une bonne définition des divers états d'agitation, et avec lui on peut décrire l'excitation simple, l'agitation par réaction et l'agitation automatique. L'agitation simple est, dirons nous, celle du maniaque; cela seul suffit à la définir et à la décrire; elle semble être un phénomène primitif. Par opposition, l'agitation par réaction peut être considérée comme un phénomène secondaire. C'est le symptôme par lequel le malade répond à certaines causes, soit psychiques, soit psycho-sensorielles, comme la douleur morale du mélancolique ou l'hallucination du persécuté. Cette agitation n'est pas, comme dans la manie, l'essence même de la maladie; elle est même très contingente, car nous voyons les causes apparentes, qui la produisent dans certains cas, avoir des effets opposés dans d'autres. La douleur morale peut donner lieu chez le mélancolique aussi bien à une agitation anxieuse qu'à une dépression profonde; les hallucinations terrifiantes peuvent provoquer des

réactions motrices d'une violence extrême aussi bien que la stupeur la plus intense; et cela dans des conditions en apparence analogues, bien plus, à des intervalles très courts chez le même malade.

L'agitation automatique est d'origine plus obscure encore. Elle se produit dans les cas où les centres supérieurs ont perdu tout pouvoir régulateur; nous en trouvons le type le plus complet chez l'épileptique; les déments de toute espèce la présentent aussi, que ce soit l'idiot, le dément précoce, le dément paralytique ou sénile. C'est sous cette forme que l'agitation est le plus incoercible.

Dans chacune de ces variétés, nous ne pouvons dire espèce, car il existe de l'une à l'autre de multiples formes de passage, on doit reconnaître tous les degrés possibles; de la simple surexcitation de l'hystérique à l'agitation du maniaque, il n'y a souvent qu'une différence d'intensité; l'automatisme de l'épileptique peut aller, des quelques gestes plus ou moins coordonnés qui suivent l'attaque, aux violences les plus aveugles.

L'insomnie simple est celle que chacun connaît et peut avoir eu, plus ou moins, l'occasion d'éprouver. C'est elle que l'on rencontre le plus souvent chez les névropathes, les neurasthéniques et les hystériques. Elle ne s'accompagne d'aucun autre phénomène physique ou psychique notable, c'est le manque de sommeil pur et simple, le non-sommeil, l'asomnie pour employer l'expression de Freund. En dehors de toute excitation extérieure, de toute douleur, l'on reste vigile, et cet état peut durer des nuits et des nuits; les neurasthéniques surtout en sont les victimes. Il faut, il est vrai, se défier de leur dire, car parfois ces malades, tout en jouissant d'un sommeil sinon complet, du moins suffisant, croient ne pas dormir ou le prétendent avec plus ou moins de bonne foi.

Les aliénistes n'ont qu'exceptionnellement à constater cette variété d'insomnie des mélancoliques simples, de ces malades qu'à chaque ronde le veilleur trouve assis sur leur lit, qui ne dorment que d'une façon interrompue, intermittente, fragmentaire, indépendamment même de toute cause extérieure de réveil. Cette insomnie se rencontre encore chez les paralytiques comme symptôme prémonitoire. Chez les maniaques, l'insomnie fait partie intégrante du syndrome manie. Les anxieux dorment peu et mal, et leur sommeil est peuplé de cauchemars en rapport apparemment avec les pénibles sensations organiques qu'ils ressentent. Tous les hallucinés, en général, dorment mal; dans l'état d'attente expectante où ils se trouvent, cette insomnie habituelle est facilement concevable. On peut prendre parfois sur le fait le rôle direct de l'excitation psycho-sensorielle, d'origine centrale ou périphérique, dans l'insomnie de ces malades. Chez les hallucinés à hallucinations génitales, en outre du rôle indéniable du rêve, particulièrement actif chez eux des sensations anormales manifestes produisent le réveil; chez tous ces malades, dont les sensations internes sont perverties, la nuit ramène une recrudescence des phénomènes morbides. Mais c'est dans les cas d'hallucinations psycho-motrices que le réveil nocturne peut se montrer, avec la dernière évidence, en rapport avec les troubles de l'innervation motrice et sensorielle; et nous l'avons pu

constater, en toute certitude, dans certains cas, chez des malades capables de rendre compte de leurs sensations avec sincérité. Inutile de rappeler l'insomnie des intoxiqués en général, des alcooliques en particulier, chez qui l'obscurité à elle seule ramène le délire hallucinatoire. Mais il est probable que, chez nombre d'autres malades, les troubles, non définis encore, des divers processus physiques qui marquent le début du sommeil ne sont pas sans jouer quelque rôle dans la genèse de l'insomnie.

Le sommeil n'est pas seulement diminué dans sa quantité, mais bien aussi troublé dans sa qualité. On sait qu'il existe une courbe tout à fait régulière de la profondeur du sommeil, la plus grande profondeur du sommeil étant atteinte à l'état normal, d'une façon rapide dès les premières heures, pour diminuer ensuite très rapidement aussi, ce qui s'exprime par une chute brusque de la courbe; puis le sommeil, à partir de la troisième heure, devenant de plus en plus superficiel jusqu'au réveil avec oscillations peu marquées. A côté de ce sommeil régulier, normal, dont la courbe est figurée partout, il semble en exister un autre, dont la courbe a été déterminée par les expériences d'un élève de Kraepelin.

Michelson, reprenant les expériences analogues faites antérieurement, a démontré que, normalement le sommeil présente un maximum de profondeur au troisième quart d'heure de la deuxième heure. La courbe traduit une ascension progressive jusqu'au deuxième quart d'heure de la deuxième et troisième. Après l'acmé, il y a une descente rapide jusqu'au deuxième quart de la troisième; enfin une lente descente jusqu'à la deuxième demi-heure de la cinquième heure. A ce moment, il y a une faible et lente augmentation de l'intensité du sommeil ayant son maximum en une heure, puis une diminution. Ce serait une augmentation et une diminution rapide de la profondeur du sommeil qui est très faible le matin à l'approche du réveil. Dans celle-ci, au contraire, l'augmentation et la diminution sont lentes à se produire et sont moins marquées que dans l'autre forme; mais aussi le sommeil reste plus profond jusqu'au réveil. Michelson fait ici une remarque qui nous intéresse au premier chef: la première courbe est, avons-nous dit, la courbe normale, la seconde serait celle des neurasthéniques, des psychopathes. Ceux-ci ne sont nullement reposés le matin, à l'inverse des gens normaux; et si l'on examine, dit-il, les faits pathologiques, on constate que certains malades ne parviennent pas à s'endormir, mais finissent par tomber dans un profond sommeil le matin, que d'autres s'endorment vite, mais s'éveillent bientôt et ne se rendorment plus que très difficilement. A la première catégorie appartiennent les mélancoliques, les neurasthéniques. Michelson attribue l'épuisement qu'ils présentent dans la matinée au fait que l'anémie nécessaire au repos cérébral ne se produit pas—ceci ne peut être accepté que sous toutes réserves.

Les deux formes de la courbe se retrouveraient chez les circulaires: dans la période dépressive, ces malades s'endorment difficilement, rêvent beaucoup se réveillent tard, avec une sensation de vide dans la tête et se sentent plus ou moins fatigués dans la journée. Dans la période d'agitation, ils s'endor-

ment vite et profondément et ne rêvent pas, mais ils se réveillent vers minuit et commencent alors leur tapage habituel. Souvent ils ont, par contre, de courts moments de sommeil dans la journée. A ce propos, Michelson avance que l'on peut tirer une indication thérapeutique de ces constatations: dans la période dépressive, il conseille de faire prendre au malade de la paralaldéhyde, qui agit vite, et dans la période maniaque, du sulfonal. Il a, en effet, éprouvé de la paralaldéhyde donne un sommeil qui se rapproche du sommeil normal, mais est plus profond et atteint plus rapidement sa plus grande profondeur (dès le premier quart d'heure), et les oscillations physiologiques s'y retrouvent.

C'est chez les neurasthéniques que des faits précis et des courbes analogues à celles qu'a établies Michelson seraient utiles à connaître. A leur défaut, en se basant, là encore, sur la pure observation clinique, on peut chercher à établir un certain nombre de formes d'insomnie chez ces malades. Pour schématiser adoptons une classification telle, par exemple, que celle qui a été donnée par Lahunsen. Cet auteur a déterminé trois variétés d'insomnie:

1. Il y a une diminution anormale du besoin de sommeil, d'où résulte un état d'exhaustion nerveuse qui peut être grave;
2. les malades dorment un temps variable, mais restent longtemps éveillés avant de s'endormir;
3. le sommeil est interrompu par de longues veilles.

Brissaud indique une classification analogue; il distingue parmi les neurasthéniques: 1. ceux qui s'étant endormis se réveillent dans le courant de la nuit sans pouvoir retrouver le sommeil; 2. ceux qui n'ont pas leur "premier sommeil" naturel, qui tardent indéfiniment à s'endormir; 3. ceux qui ont "des nuits courtes", qui s'éveillent au lever du soleil et ne se rendorment plus. Le trouble du sommeil est tel que certains de ces malades voient avec terreur arriver l'heure, nous ne dirons pas du sommeil, mais de l'insomnie.

Une place à part appartient à une forme d'insomnie très spéciale que Janet a décrite et qui est peut-être plus fréquente qu'il ne paraît. C'est l'insomnie par idée fixe, dont il a donné un exemple remarquable.

Sans vouloir généraliser, quiconque se plaît à reconnaître le rôle énorme des idées obsédantes et des processus psychiques voisins dans la genèse de la folie, trouvera, dans les faits scientifiquement observés comme ceux-ci, une confirmation sérieuse de cette théorie. Dans son cas, Janet attribue en outre à l'insomnie, comme conséquence grave au point de vue psychique, un état de confusion mentale. Ces observations de Janet sont, croyons-nous, les premières où l'insomnie des hystériques soit rationnellement expliquée. Les conséquences thérapeutiques sont faciles à tirer.

Quant aux épileptiques, leur sommeil ne donne guère lieu à des considérations particulières; il n'a d'ailleurs pas été spécialement étudié, si ce n'est au point de vue des accidents qui peuvent y survenir. On sait que les accès ne troublent pas le sommeil, et que l'épilepsie nocturne peut rester longtemps ignorée du malade même.

Quelques mots sur l'insomnie des enfants: Braun, qui a fait une excellente étude et une des-

cription très étendue des terreurs nocturnes des enfants, a formulé, en quelques indications précises, les faits connus sur le sommeil normal et pathologique de l'enfant. Il conclut que le passage de la veille au sommeil, est plus court chez les enfants que chez les adultes et que le sommeil est plus profond au début, mais que chez les enfants névropathes, la première ivresse du sommeil est raccourcie.

Dans la physiologie du sommeil, il est un point qui nous intéresse spécialement au point de vue des applications thérapeutiques contre l'insomnie. C'est l'état de la circulation sanguine. On sait le rôle qu'on fait jouer aux phénomènes circulatoires dans la production du sommeil. Mosso, après d'autres, constatait, dans ses premiers travaux, l'anémie cérébrale dans le sommeil et la congestion au réveil, avec phénomènes pléthysmographiques inverses du côté des membres, mais il n'a pas maintenu intégralement ses conclusions, comme le remarque Brodmann. En tout cas, Brodmann a constaté ceci chez son malade trépané; au moment du sommeil, une augmentation du volume et une élévation de la pulsation cérébrale; au réveil une diminution progressive de volume du cerveau. Ce dernier phénomène a lieu dans le réveil normal progressif; dans le réveil brusque, au contraire, il y a une congestion passagère, mais suivie d'une anémie prolongée très marquée.

Quoi qu'il en soit, il est à l'heure actuelle, impossible d'accepter intégralement la théorie de l'anémie cérébrale comme cause du sommeil. On ne saurait trop répéter que cette anémie en paraît non la cause, mais la conséquence—c'est là, en définitive l'opinion de Mosso, de Richet, de Binz, pour ne citer qu'eux—et les données thérapeutiques qu'on a tirées de cette hypothèse tombent d'elles-mêmes. D'ailleurs, il est bien évident que le sommeil médicamenteux est indépendant de l'état de la circulation, car il survient, comme on l'a fait remarquer plus d'une fois (Richet), aussi bien avec les médicaments qui ont la réputation de congestionner le cerveau qu'avec ceux qui le décongestionneraient. Les expériences récentes de Berger le démontrent une fois de plus, et prouvent, en outre, que l'observation directe est loin de vérifier les suppositions que l'on a fait jusqu'ici au sujet de l'action des médicaments sur l'état vaso-moteur de la circulation cérébrale. C'est là une question à reprendre tout entière malgré les recherches de Mosso, Sciamanna, Berger, etc. Elle se complique encore dans la supposition qui a été faite, en particulier par de Boeck et Verhoogen, d'une anémie de certaines régions cérébrales et d'une congestion simultanée d'autres régions. Pour eux, les ganglions de la base se congestionneraient, tandis que l'écorce s'anémierait. Cette théorie rappelle un peu une opinion ancienne de Meynert, à propos des psychoses périodiques. Mais nous ne pouvons suivre les expérimentateurs sur ce terrain car, en réalité, les faits positifs manquent.

Il est encore un point qui nous intéresse ici particulièrement, c'est l'état de la circulation générale dans ses rapports avec les troubles du sommeil. On sait que dans le sommeil la fréquence du pouls diminue, ainsi que la pression sanguine la diminution

peut être telle, que le pouls tombe de 70 pulsations à 54 (de Fleury); mais elle est loin d'être toujours aussi considérable (Brodmann).

La diminution de la pression (normalement 105 à 130mm d'après Gartner) et de 20 à 35mm (Pilcz). C'est aux variations de la pression que l'on a voulu rapporter l'origine de certaines insomnies. On peut admettre, en effet, qu'une pression sanguine moyenne correspond à un état normal du sommeil, qu'au-dessus et au dessous de cette pression, l'insomnie peut apparaître. Par analogie avec les données que Dumas a établies à propos des manies et mélancolies à hypotension et à hypertension, de Fleury a pensé pouvoir admettre des insomnies à hypo et à hypertension.

Chez les neurasthéniques, il s'agirait spécialement d'un état habituel d'hypotension exagérée. De Fleury a observé un de ces malades chez qui la pression, déjà souvent basse à l'état de veille (100 à 1400mm), tombait, le soir, à 50 ou 60mm d'où une insomnie persistante; tout procédé relevant la pression à 80 ou 90mm ramenait le sommeil. Le même auteur pense que le réveil nocturne des neurasthéniques, symptôme si fréquent et si remarquable par sa brutalité, dépend de la chute brusque de la pression sanguine à la fin de la digestion. L'hypothèse est plausible.

Bruce, à une date plus récente, admet de même que l'insomnie survient aussi bien dans les cas où la pression sanguine est élevée que basse, mais il donne d'autres chiffres que De Fleury, les limites de la normale étant pour lui de 110 à 130. Il note aussi que, chez les individus sains, la pression, le matin, est élevée que le soir, tandis que le contraire a lieu chez beaucoup d'insomniaques.

Daraszkievicz explique la sensation de chute qu'éprouvent les neurasthéniques au moment de s'endormir ou dans le sommeil, par la détente musculaire qui se produit alors et dont il résulte un relâchement subit de toutes les pièces du squelette. Les neurasthéniques éprouvent souvent, avant de s'endormir, une vive secousse de tout le corps, ce qui les réveille d'une façon pénible. Daraszkievicz explique ce phénomène par le fait que les centres reprennent brusquement leur pouvoir sur le tonus musculaire, pouvoir qu'ils étaient sur le point de perdre, ce qui donne lieu à une contraction brusque de tous les muscles. Des bruits subjectifs peuvent être entendus par les malades quand le phénomène du relâchement se passe dans les muscles de l'oreille moyenne. Au réveil, un phénomène analogue peut se produire. L'auteur l'a observé sur lui-même. On en conçoit facilement les conséquences chez des malades tels que les neurasthéniques.

L'insomnie au cours des vésanies et des névroses a une importance qu'il est puéril de faire ressortir; mais on doit constater cependant que l'importance de ce grave trouble par rapport aux phénomènes morbides concomitants n'a guère été mesurée d'une façon précise au point de vue clinique. Pourtant Obersteiner a donné quelques indications à ce sujet. On peut admettre avec lui dans l'insomnie des aliénés divers degrés de gravité. D'après lui, un mélancolique par exemple, qui se dépense peu, qui n'utilise ni sa force physique, ni son activité mentale, peut supporter une insomnie prolongée avec un

dommage faible relativement. Au contraire, tel dément, qui ressemble par son allure à un mélancolique, et qui se dépense aussi peu que lui, souffrira plus de l'insomnie, car son cerveau, beaucoup moins intact, a besoin d'une restauration plus complète. Ces considérations ne sont pas sans intérêt, quoique peut-être trop schématiques.

C'est ici le lieu de rappeler les importantes expériences de Manacéine. Cet auteur a observé que l'ont peut encore sauver de l'inanition de jeunes chiens au vingtième et au vingt-cinquième jour, après qu'ils ont perdu 50 p.c. de leur poids, mais qu'une insomnie absolue les tue en 96 à 120 heures, alors même qu'on les nourrit suffisamment.

Agostini a aussi observé, au cours d'insomnies ayant duré six à neuf jours, un délire qui guérit par le repos et qu'il denomme "délire transitoire agrypnique", se traduisant par de la confusion, des actes désordonnés, des hallucinations incohérentes, et s'accompagnant d'amnésie; ce délire dure de quelques heures à quelques jours, et le pronostic en est bénin.

Au point de vue des phénomènes sonatiques, Patrick et Gilbert ont été étonnés, à bon droit, de constater une augmentation de poids, durant l'insomnie et une perte brusque après le sommeil réparateur. Cette perte s'accusa même dans un cas par une diminution de deux onces par rapport au poids antérieur du sujet. En rapport avec cette augmentation de poids existait un accroissement de l'acide phosphorique et de l'azote dans les urines, accroissement proportionnellement plus grand pour l'acide phosphorique. (Il semble qu'il n'y ait guère lieu de tenir compte de ces derniers phénomènes, qui pouvaient être dus à l'alimentation et à l'absence d'exercice.)

Nous rappelons ces expériences surtout à titre documentaire, en raison de la rareté de faits analogues, mais aussi parce qu'il y a une notion à en retenir, c'est l'apparition d'hallucinations visuelles. Ce phénomène paraît être un phénomène très général dans tous les états d'épuisement (fatigue, inanition, etc.); mais il a ici pour nous une importance particulière en raison de l'application que nous pouvons en faire au sujet qui nous occupe. Il est loisible d'admettre qu'il doit se produire chez certains de nos malades et chez eux l'insomnie habituelle peut, en dehors même de l'épuisement physique qu'elle cause, avoir une influence directe sur le développement du délire et de l'agitation. On se trouve chez certains de ces malades en présence d'un cercle vicieux où l'agitation entretient l'insomnie et l'insomnie exagère l'agitation.

Nous croyons devoir nous abstenir d'analyser et d'apprécier ici les multiples recherches faites dans ces dernières années sur l'histologie du sommeil. Malgré le haut intérêt de ces travaux, qui pourraient aujourd'hui fournir à de longues considérations, nous croirions sortir du cadre qui nous a été tracé. Nous n'en pensons pas moins que c'est dans cette voie, dans la méthode anatomique et peut-être plus encore dans des études de chimie biologique hors de notre portée, que la solution du problème sera trouvée quelque jour. Quant au reste,

toute tentative d'explication n'est encore, à l'heure actuelle, qu'une hypothèse de "métaphysiologie", pour employer un mot de M. Soury.

(Le Progrès Médicale.)

— : o : —

FORMULAIRE

TRAITEMENT DES ULCERES.

M. Bedford Brown conseille de traiter les ulcères et les plaies gangréneuses par les applications d'ouate imbibée de la solution suivante :

R. Sulfate de zinc..... 3 gr. 75
Acide sulfurique dilué..... 15 —
Eau distillée..... 600 —

M. S. A. On doit changer la ouate toutes les 3 heures. Avant la première application, il faut laver toutes les parties malades avec de l'eau chaude (43°). Cette solution, qui est douée de propriétés antiseptiques, fait disparaître rapidement la fétidité.

(Ann. Thérap. Derm. et Syph.)

— : o : —

NOUVELLES.

Naissances.

—A Montréal, le 20 courant, au No 445 rue Berri, l'épouse de M. le Dr J. W. Bonnier, du Bureau Provincial d'Hygiène, un fils.

—A Ottawa, le 17 courant, l'épouse de M. le Dr R. Chevrier, une fille qui a reçu au baptême les noms de Rose-Marie-Laurence.

Mariage.

—Le 15 du mois d'août, a eu lieu à Batiscan, comté de Champlain, le mariage de M. le Dr Alexandre Samuel Alain, avec Mlle Maria Marquis, fille de Mme Vve Magloire Marquis, marchand bien connu de l'endroit.

M. le Dr Rousseau, professeur à l'Université Laval, de Québec, servait de père au marié et M. Gaudias Marquis, frère de la mariée, servait de père à cette dernière.

M. et Mme Alain, qui étaient de passage à Montréal, sont partis dans la soirée pour Meriden et New-Haven Conn. et New-York, où ils s'embarqueront sur La Savoie, jeudi matin, pour un voyage de quatre à cinq mois en Europe.

Nécrologie.

—Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Edouard C. P. Chevrefils, inspecteur des asiles et des prisons, décédé le 26 du dernier mois, après une courte maladie.

—A Ste-Anne de Bellevue, le 26 du mois dernier, à l'âge de 21 mois, 2 jours, Jeanne, enfant bien-aimée de M. le Dr H. Valois.

— : o : —

SUPPLEMENT

MUSICOTHERAPIE

(La médecine drôle)

Un médecin américain vient de réveiller l'antique question du traitement de certaines affections nerveuses et débilitantes par l'usage à dose variée de l'art de Beethoven et de Bach. Ceci n'est certes pas une nouveauté et il y a plus d'un demi siècle que Fétis en parlait dans ses curiosités de la musique.

Il est incontestable que la musique exerce une influence notable sur le système nerveux non-seulement des hommes mais aussi des animaux. L'action du clairon et du tambour sur le soldat est connu ainsi que celle des musiques militaires sur les chevaux de cirques.

Pour en revenir à notre pauvre humanité, je suis persuadé que la musique pourrait en maintes occurrences rendre des services notables. Cependant ou je m'arrête perplexe, c'est sur l'administration et doses du nouveau médicament.

Voici donc un problème qui se présente au monde médical et qui augmentera, une fois résolu, le programme déjà si encombré de nos études médicales.

Vous jugez déjà d'avance les questions des examens justius :

D.—Pouvez-vous me dire quel sera l'action de la musique de Greig dans les cas de seryngomie ?

R.—Relachement des extrémités scandinaves par les ondes sonares d'un rythme spécial. ou bien encore :

A quelle dose administrerez-vous les valses de Chopin dans les cas de neurasthénies à formes dynamiques ?

Tout ceci naturellement sera l'objet d'études très complètes, études cliniques et théoriques devant donner naissance à des ouvrages et traités spéciaux. Nous aurons des spécialistes musicothérapeutes et la médecine et la musique verront encore de beaux jours.

Aujourd'hui il est à peu près prouvé que toutes les maladies sont microbiennes, donc cherchons l'action de la musique sur ces animalicules. J'avoue que pour ma part je laisse ce travail à des gens si non plus compétents mais du moins plus patients que moi.

Ensuite il faudra chercher le genre de musique à adapter aux différents sujets. Il est telle personnes qui préfèrent le classique, d'autres qui exultent en entendant les "cloches de Carneville." J'ai même eu un professeur de philosophie qui ne comprenait que le cors de chasse. Or si ce cher maître devenait malade et recevait comme ordonnance trois menus par jour, de "Père Capucin ou j'ai du bon tabac" sur cors de chasse, nous aurions peut-être chez lui une diminution de la température mais il faudrait à coup sûr faire enchaîner les voisins. Ceci nous mènerait certainement à faire passer des édits et règlements municipaux

spéciaux, ce qui aurait l'avantage de donner quelque chose à faire à nos législateurs et échevins.

A la jeune femme chlorotique, à la fillette qui effeuille ses fleurs blanches en attendant l'heure divin de l'hymen, nous pourrions administrer avec succès du Gounod ou du Chaminade.

Enfin à nos ministres députés, sénateurs et autres senteurs de même embranchement, nous donnerons la "Dance Macabre" de Saint Saëus ou des "Tarentelles". Aux banquiers des "Fugues" de Bach et à nos belles-mères du Wagner.

Quant à nos amis lecteurs, qui sommes d'un tempérament absolument nomogène nous prendrons du Chopin Auber avec un bon verre de Meyerbeer.

Et après ceci allez dire que nous ne vivons pas dans un siècle de progrès.

SYLVIUS.

— : o —

CONGRES INTERNATIONAUX D'HYGIENE SCOLAIRE

Médecins et pédagogues ont été saisis par nombre de publications de la question de l'hygiène scolaire. On s'est aperçu, de plus en plus combien il importe de fortifier, grâce à des mesures rationnelles, l'organisme des jeunes gens et de les sauvegarder du nervosisme et de l'épuisement. Déjà, les congrès d'hygiène et de démographie ont accompli de grands progrès dans cette voie ; mais il reste encore beaucoup à faire pour préparer une jeunesse saine et vigoureuse.

Ce sont ces considérations qui ont amené la fondation en France de la "Ligue des médecins et des familles pour l'amélioration de l'hygiène physique et intellectuelle dans les écoles" et à l'étranger de nombreuses associations similaires. L'Angleterre et sa "Society of medical officers of schools", l'Allemagne l'"Allgemeiner deutscher Verein für Schulgesundheitspflege", la Suisse, la Belgique, la Hollande ont suivi cet exemple.

Le programme de ces associations est aussi résumé par la "Revue internationale de l'Enseignement" :

"L'éducation doit s'inspirer de principes méthodiques d'hygiène dès le jeune âge ; c'est à l'école surtout que le surmenage intellectuel et l'affaiblissement de l'individu doivent être empêchés dans la mesure du possible par des soins corporels parfaits ; le développement et la prospérité d'un peuple sont assurés, en première ligne, par la sollicitude qu'il voue à sa santé de la jeunesse, notamment pendant la période scolaire ; ce but sera plus facilement atteint par la collaboration de diverses nations.

C'est pourquoi a été décidée la fondation de "Congrès internationaux d'hygiène scolaire". Ces congrès se réuniront tous les deux ou trois ans.

(A Suivre.)

— : o —

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(A Suivre.)

Je l'aime, dois-je jeter cette famille toute entière dans le malheur, dois-je plus longtemps verser le philtre maudit de la passion dans le cœur de cette ange qui se donne à moi ?

Puis, après un instant :

Bah ! moi ou un autre, elle oubliera et alors... Je reste et verrai la fin de l'aventure.

VI

—Viens ici près de moi Nelly ; dit Mrs Brown en faisant asseoir sa fille près d'elle ; j'ai à te parler de choses sérieuses et je te demande toute ton attention.

—Je vous écoute ma mère, répondit la jeune fille.

—Tu es aujourd'hui une femme, Nelly. Tu es arrivé à l'âge où le cœur commence à parler, où l'âme s'emplissant de mystérieuses lueurs, fait comprendre que la nature parle et que l'être tout entier s'ouvre comme un fleur au souffle de l'amour.

—Que voulez-vous dire, ma mère, je ne vous comprends pas ?

—Je veux savoir Nelly, si tu ne me caches rien, où si aimant quelqu'un ton cœur serait resté ignorant du sentiment qui petit à petit l'envahit tout entier.

Nelly rougissante baissait la tête, n'osant répondre.

—Voyons, chère enfant, lui dit le Révérend Barnes, réponds en toute sincérité, ce que nous désirons ta mère et moi, c'est te savoir heureuse ; n'es-tu pas noble fille chérie, le trésor de ta bonne mère et à moi ton vieil ami, la consolation que le Seigneur a envoyé à mes vieux jours.

—Écoutes Mrs Barnes, Nelly ; dit Mrs Brown, il parle bien mieux que moi et saura inspirer à ton cœur la réponse que tu dois

nous donner. Tous les jours il lit la Sainte Bible, et a su y puiser la sagesse et l'expérience.

Le ministre prit la main de Nelly entre les siennes et continua :

—Je ne veux en rien t'influencer, chère petite, mais écoute bien mes paroles qui sont les échos des sentiments de ta mère. Tous deux, elle et moi, sommes vieux ; les années que nous avons à vivre sont peu nombreuses et depuis longtemps nous dormirons dans la cimetière de Stratford, quand toi tu continueras toujours ta course ici bas.

—Que dites vous là, M. Barnes dit Nelly dont les yeux s'étaient soudain emplis de larmes.

—Je dis, répondit le pasteur, que ton avenir est notre seule ambition, puisque toi seule doit seule en profiter, nous étant disparus.

—Ah ! ma mère ; dit Nelly en se jetant dans les bras de Mrs Brown ; je n'avais jamais songé à cela.

—Il faut s'y résigner, dit M. Barnes, c'est la loi divine et nous devons nous incliner devant ses décrets. Or ce soir pour la première fois, ton avenir tout entier s'est présenté à nous dans son irrévocable réalité. M. Donald Lington, a demandé ta main à ta mère.

Nelly ne répondit pas, aucun mouvement ne vint trahir sa surprise, mais elle porta la main à sa figure comme pour cacher l'impression qui l'animait.

Ceux qui auraient pu lire dans son âme, y auraient vu une joie secrète, un sentiment de bonheur sans égal.

—C'est donc vrai, pensait-elle, il m'aime donc, puisqu'il me veut comme femme, et à parler de son amour à ma mère ?

—Tu ne dis rien, Nelly, fit Mrs Brown, pourquoi ce silence ?

—Ma mère... je ne sais, je ne...

—Je comprends ta timidité et ta réserve, chère enfant, poursuivit Mrs Barnes, aussi encore une fois je te dis ; ouvre sans crainte ton cœur, car au monde nous sommes les seuls qui sauront le comprendre. Mrs Lington t'aime ou croit t'aimer, ton âme répond-elle à la sienne ou bien rejettes-tu sa demande.

—Réfléchis bien Nelly, dit Mrs Brown, car un mariage est chose sérieuse, une réponse légère est quelques fois la cause de bien des chagrins, de bien des larmes.

(Suite.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII,

MERCREDI, 9 SEPTEMBRE, 1903,

No. 11.

Travaux Originaux

DE L'ACTION DES EAUX MINÉRALES FERRUGINEUSES DANS L'ANÉMIE ET LA CHLOROSE.

par M. le Dr R. Wybauw

(Suite.)

Les observations suivantes se rapportent à des cas de chlorose compliquée :

Observation 13. — " Anémie, dilatation gastrique, parésie intestinale. " — Mme P..., de Spa, 25 ans, est anémique depuis fort longtemps. Elle souffre particulièrement de l'estomac, se sent fort faible et accuse, à la région épigastrique, une sensation de pesanteur et de brûlure, surtout lorsqu'elle a mangé depuis quelques temps. Elle n'a ni vomissements, ni éructations acides, et se plaint beaucoup de vertiges.

La région épigastrique est très sensible, d'une manière diffuse; clapotement. Le tympanisme gastrique descend jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. Stagnation de matières dans le gros intestin; la constipation est d'ailleurs opiniâtre. Le 3 juin, l'examen du sang donne : hémoglobine—8.5; nombre de globules—4,774,000. Le teint est extrêmement pâle, les bruits vasculaires au cou très marqués.

Nous prescrivons une quantité très minime du Pouhon du Prince de Condé. La dose, encore trop faible pour amener un effet thérapeutique, nous permet d'habituer l'estomac à l'eau ferrugineuse. Douches écossaises.

Le 18 juin, la quantité d'hémoglobine est

la même; enhardi par la manière dont l'eau minérale est supportée, nous augmentons considérablement la dose de celle-ci.

Le 30 juin, les douleurs stomacales ont disparu presque complètement; les règles ont été régulières et moins douloureuses, les vertiges ont disparu; la constipation n'a pas changé. Hémoglobine—9.4; nombre de globules—4,588,000.

Ce traitement est continué avec quelques interruptions. Le 18 juillet, nous trouvons 10.9 d'hémoglobine; la constipation cède progressivement.

Le 1er août, 11.7 d'hémoglobine; l'estomac n'est plus douloureux; il est beaucoup moins dilaté; le nombre des globules continue à osciller entre 4 millions 1/2 et 5 millions. La constipation a cessé.

Observation 14. — " Chlorose profonde; intolérance gastrique; dilatation du cœur. " — Mlle K..., belge, 13 ans, est extrêmement anémique depuis l'âge de 7 ans.

Cet état n'a fait que s'aggraver depuis lors, malgré les nombreux traitements ferrugineux et arsenicaux qui ont été mis en œuvre. A sa première visite chez nous, le 29 août 1902, la jeune fille nous frappe par son teint décoloré, jaunâtre. Elle se plaint d'un essoufflement tel, que l'ascension de quelques marches lui est pénible. L'estomac est très délicat, l'appétit nul; après un repas, même léger, il se produit des pesanteurs d'estomac prolongées, des vertiges et des tendances syncopales.

Nous ne décelons rien du côté du poumon. Les conjonctives ne sont pas même rosées; Scoliose prononcée. Le cœur mesure 9 1/2 centimètres à gauche du sternum, 10 1/2 centimètres à droite, sa pointe bat sur un es-

pace diffus, et peut être localisée dans le 6e espace intercostal. Souffle doux aux deux temps à la pointe; pas d'accentuation au 2e temps à la pulmonaire. Souffle très intense dans les vaisseaux.

Poids, 37 kil. 400. Hémoglobine, 4.1. Nombre de globules — 3,193,000. Pression sanguine (tonomètre) — 1.15 mm. Pouls faible, dont le tracé est presque dicrote.

Le traitement prescrit consiste en bains carbo-gazeux (34 centigrades; 15 min.) et en administration d'eau ferrugineuse du Pouhon du Prince de Condé, en quantités croissantes.

Le 10 septembre, la jeune malade supporte admirablement l'eau, qui ne lui occasionne aucun trouble du côté de l'estomac; elle accuse déjà un bien-être relatif. Hémoglobine—5,5; nombre de globules—4,154,000.

Le 13 septembre, les chiffres obtenus sont 5.9 et 4,433,000.

Le 19 septembre, le poids est de 38 kil. 700. La constipation et les douleurs d'estomac ont disparu. Les dimensions du cœur n'ont pas changé. L'aspect général s'est tout à fait modifié et étonne ceux qui n'ont pas vu la malade pendant quelques jours. Hémoglobine—7.3; nombre de globules—5,115,000. Pression sanguine—130 mm. Le tracé sphymographique est normal.

Le 3 octobre, hémoglobine — 9.4; nombre de globules — 5,550,000. La pointe du cœur bat dans le 5e espace intercostal, à 8 1-2 centimètres de la ligne médiane. Les bruits sont nets, le souffle au cou persiste.

Le 13 octobre, hémoglobine — 10.3; le nombre de globules — 5,890,000.

La jeune fille quitta Spa peu de jours plus tard, ne se plaignant plus d'aucun malaise.

Observation 15.—Anémie profonde, consécutive aux fièvres intermittentes.—M. K..., Hollandais, 32 ans, a séjourné aux Indes néerlandaises, où il a souffert des fièvres et où il a opéré pour un abcès du foie. Il se plaint aussi de douleurs rhumatismales dans le dos et dans les lombes; ces douleurs sont améliorées par l'aspirine.

Le malade vient nous trouver le 27 juillet 1900 parce qu'il se sent extrêmement faible, qu'il souffre de battements de cœur, et que, après un séjour en Hollande, il a encore des accès de fièvre quotidienne. Ces accès ont réapparu après avoir complètement cessé quelque temps. L'état général est mauvais, les yeux sont enfoncés dans les orbites, les joues excavées, le nez effilé, le teint pâle et maladif.

Le foie est légèrement augmenté de volume, le cœur est normal, l'estomac dilaté, la rate légèrement hypertrophiée.

Nous commençons par prescrire une dose massive de chlorhydrate de quinine prise cinq heures avant le moment ordinaire de l'accès. Cette médication fut efficace, car le 3 août, la température ne dépassait plus 37°C.

A partir du 31 juillet, nous prescrivons des bains carbo-gazeux à 32°C., et l'ingestion d'eau du Pouhon de Pierre le Grand. Notre malade, extrêmement docile, suit son traitement avec une régularité exemplaire, et constate, au bout de trois semaines, une amélioration manifeste de son état. Au début, pourtant, le sang, fortement anémié tarde à réagir; mais à partir du milieu du mois d'août voyons le teint se modifier rapidement; les joues se remplissent, l'expression de lassitude et de tristesse qui nous avait frappé lors de notre premier examen disparaît, l'aspect du malade est tout autre.

Notre client fit son traitement pendant deux mois. Lorsqu'il quitta Spa, il se trouvait complètement rétabli.

L'examen attentif des cas cliniques que nous venons de relater, nous permet de tirer une nouvelle démonstration de certains faits intéressants:

1. Nous avons fréquemment observé d'abord que l'amélioration de l'état général et la sensation subjective de bien-être que les chlorotiques accusent lorsque leur état fait des progrès, ne sont pas toujours liés à l'état du sang d'une manière directe. Quelquefois, mais rarement, l'amélioration du sang précède ces phénomènes; au cours d'une cure ferrugineuse, c'est presque toujours le contraire qui a lieu

et nous pouvons dire qu'il faut souvent un certain temps pour que l'on puisse constater une amélioration de l'état du sang; or, pendant cette période, nous constatons déjà, dans presque tous les cas, un progrès manifeste de l'état général et des symptômes subjectifs.

Nous pouvons expliquer ce fait par l'influence que les eaux ferrugineuses exercent sur la nutrition. On constate qu'elles ont une action diurétique marquée, et l'analyse de l'urine montre que la désintégration de l'albumine alimentaire a été plus complète au cours de leur administration. Genth (Berliner klinische Wochenschrift, 1887) a démontré cette influence en se servant des eaux de Schwalbach; fort analogues à celles de Spa. Sans vouloir nous étendre sur ces phénomènes, au sujet desquels le hernier mot n'a pas été dit encore, nous croyons pourtant devoir attribuer l'action excitante des eaux sur la nutrition, autant à l'acide carbonique dont elles sont saturées, qu'au fer qu'elles contiennent;

2. Un deuxième fait se dégage également de nos observations: c'est la persistance des effets d'une cure d'eaux ferrugineuses après sa terminaison. Il arrive très fréquemment que le sang n'a pas repris sa composition normale au moment du départ de Spa, parce que, presque toujours, les séjours sont trop courts pour obtenir davantage. Les anciens auteurs qui avaient étudié la cure de Spa avaient déjà constaté cette persistance des effets.

A ce propos, nous signalerons encore une particularité de la cure d'eaux ferrugineuses acidulées. Beaucoup d'anémiques nous viennent après avoir essayé en vain de toutes les préparations ferrugineuses à sels inorganiques combinés albuminoïdes, peptonates, sirops, vins, poudres, tout y a passé. Toutes les maladies dont l'observation a été relatée dans cet article étaient dans ce cas; parmi elles, l'exemple le plus remarquable est celui de la jeune fille de l'observation 14, chez laquelle l'inutilité des préparations pharmaceutiques de fer était telle que le médecin traitant désespérait d'obtenir aucun résultat par l'emploi de ce médicament:

(A Suivre.)

Revue des journaux

MEDECINE

INFLUENCE DE L'EFFORT MUSCULAIRE SUR LA PRESSION SANGUINE AUX DIFFERENTS AGES DE LA VIE.

par M. le Dr E. Masing.

L'auteur a étudié chez des jeunes gens, des adultes et des vieillards les variations que subit la pression sanguine sous l'effet d'un effort musculaire déterminé. La personne en expérience était étendue sur un lit; on lui fixait au pied une courroie passant sur une poulie adaptée au pied du lit et à l'extrémité de laquelle était suspendu un poids; le travail consistait à soulever ce poids en fléchissant la cuisse. Voici les conclusions que M. Masing tire de ses recherches:

Le travail musculaire a pour effet immédiat d'élever la pression sanguine. L'augmentation est en moyenne de 25 p. 100 plus considérable chez les individus âgés que chez les sujets jeunes: pour le même travail, elle fut en moyenne de 38 millimètres chez ceux-ci, tandis qu'elle atteignait 50 millimètres chez ceux-là.

Chez les jeunes gens, la pression sanguine arrive rapidement à un maximum, auquel elle se maintient avec de légères oscillations jusqu'à la fin du travail; chez les vieillards, au contraire, on obtient généralement une chute progressive de la pression succédant à l'augmentation initiale. On pourrait attribuer ce fait à une plus grande lenteur des réactions vasomotrices chez les personnes âgées. Mais l'auteur est d'avis qu'il s'agit là d'un symptôme d'insuffisance cardiaque, car il coïncide avec l'apparition d'autres signes de fatigue du cœur, spécialement avec la dyspnée. On observe parfois une réaction analogue de la pression sanguine chez des adultes dans la force de l'âge et même chez des sujets jeunes. M. Masing estime que, en pareil cas, la diminution de pression coïncidant avec l'essoufflement, sans variation sensible de la fréquence du pouls, peut être considérée comme un signe d'insuffisance cardiaque latente.

La pression baisse dès que l'on cesse le travail et revient plus ou moins vite au niveau normal; sa chute, rapide chez les jeunes gens, est plus lente chez les vieillards. A l'inverse de la pression artérielle, l'augmentation de la fréquence du pouls pendant l'effort musculaire est plus considérable chez les premiers que chez les seconds. L'élévation de la pression dépend, en outre, de l'intensité de l'effort de la volonté; cet effort diminuant si l'on répète plusieurs fois le même exercice, l'augmentation de pression est généralement plus faible quand le travail est exécuté pour la seconde fois après un certain temps de repos.

(La Méd. Orientale).

SIGNES PSEUDO-PLEURETIQUES DANS LA PERICARDITE.

A la Société de Pédiatrie, M. le Dr Aviragnet a fait la communication suivante, qui mérite toute l'attention des cliniciens : " Chez une fille de quatorze ans et demi, atteinte d'endo-péricardite grave, on percevait, à la base du poumon gauche, en arrière, un certain nombre de signes (matité, souffle doux), qui auraient pu faire croire à un léger épanchement pleural ou à une congestion pulmonaire; c'est ainsi, du reste, que les élèves du service avaient interprété ces signes. Mais, si l'on faisait mettre la malade à quatre pattes sur le lit, la respiration devenait normale et la matité disparaissait, pour reparaitre quelque temps après le retour à la position couchée.

Pins a, le premier attiré l'attention sur ce phénomène qui s'observe au cours des endo-péricardites avec hypertrophie cardiaque et distention péricardique. Il s'agit, vraisemblablement, d'atélectasie pulmonaire par compression de la part du cœur dans la position couchée.

M. Guinon a vu un cas semblable au cours d'une endo-péricardite, avec gros souffle à la pointe; il y avait des signes de congestion pulmonaire plutôt que de pleurésie, submatité, respiration aigre, plus que franchement soufflante; la percussion et l'auscultation redevaient immédiatement normales dans la position genu-pectorale.

(Le Concours Méd.)

----- : o : -----

DE LA PSYCHOTHERAPIE DANS LES IMPOTENCES ET ABERRATIONS GENESIQUES.

Par M. le Dr Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nantes.

Beaucoup de sujets, impotents ou atteints d'aberrations génitales, viennent me consulter, dans l'espoir que la suggestion pourra les guérir. J'ai eu quelques succès, en partie relatés dans mon livre : *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, j'ai eu beaucoup plus d'insuccès. Voici en quelques mots comment par mon expérience personnelle, j'ai été amené à envisager la question de curabilité de ces anomalies.

L'importance peut être organique: les érections sont faibles ou nulles; la sécrétion spermatique est peu abondante, il y a faiblesse congénitale, soit dans l'appareil sécrétoire, soit dans l'appareil érectile. Le sujet peut avoir des appétits, mais qui n'aboutissent pas à un résultat. Ces appétits sont ordinairement peu violents; ils sont moins suggérés par un besoin réel que par l'amour-propre ou le désir de satisfaire sa femme et de lui donner un enfant.

Dans ce cas, la suggestion n'est que peu ou point efficace.

Elle ne peut pas créer un sens qui n'existe pas,

ni même développer un sens ou un appareil sensuel nativement faible.

Tout au plus, l'hygiène physique et morale, la modération dans l'exercice peuvent-elles permettre au sujet, en évitant le surmenage et ne violentant pas la nature, de tirer parti de la force génitale existante. J'ai connu un homme encore jeune, très intelligent, affecté de cette impotence physique et psychique, n'ayant ni appétit sexuel, ni érection. Son amour-propre en souffrit tellement que, alors qu'il était dans une grande école du gouvernement, il se faisait passer pour débauché. Il tomba dans une dépression nerveuse intense, d'où j'arrivai à le tirer, mais sans lui donner ce qui lui manquait.

L'impotence peut être purement psychique, en ce sens que l'organe et la fonction existent; le sujet a des érections, des pertes nocturnes, il peut se satisfaire par l'onanisme, mais il n'a aucun désir sexuel; il ne souffre pas et ne consulte pas le médecin; il n'est d'ailleurs pas impuissant physiquement.

L'inappétence peut s'accompagner d'aversion ou répugnance; cette répugnance est instinctive ou provoquée par une première impression de dégoût. Ceci arrive parfois chez les jeunes hommes, plus souvent chez les jeunes filles timides, non préparées, et à qui ce spectacle est offert sans ménagement, alors que la réalité brutale vient frapper une imagination délicate.

Beaucoup de malentendus, entre jeunes mariés, naissent de cette déception, grosse de conséquences. Ici le médecin consulté remplit un rôle utile; il peut par ses conseils et ses suggestions habiles, intervenir et apprendre au sujet réfractaire à dominer son impression de peur ou de répugnance.

L'impotence peut être physique en ce sens que, l'organe et la fonction existant, le sujet ayant des désirs et des érections, celle-ci est entravée par une émotion inhibitoire. Voici un jeune homme possédé de désirs violents, en proie à une surexcitation excessive. Au moment de remplir l'acte, il est paralysé par l'émotion. C'est une paralysie psychique, celle de l'amoureux qui reste interdit devant l'objet de ses rêves, celle du chanteur qui reste muet devant le public, vox faucibus hoesit. D'autres fois, l'excitation trop vive amène une éjaculation précoce, phénomène ordinaire, mais qui, chez la plupart, ne se répète pas aux essais suivants. Chez certains nerveux, au contraire, ce fait se répète chaque fois par auto-suggestion émotive: l'érection cesse ou l'éjaculation est précipitée à chaque essai. Ainsi le cheval se cabre ou bute toujours au même endroit. C'est l'aiguillette nouée par la suggestion des anciens sorciers.

Un homme encore jeune me consultait, parce que marié depuis trois ans, il n'avait jamais pu avoir de rapport avec sa femme, qu'il aimait et désirait. Cependant il n'était pas impuissant; capable même, il avait essayé, pour juger sa capacité, de remplir l'acte jusque trois fois dans une nuit, avec une autre femme. Le cheval ne se cabrait que devant la porte de sa propre maison.

Cette variété d'impotence par auto-suggestion est curable et justiciable de la suggestion. Mais la lutte peut-être longue et difficile; on sait combien

les auto-suggestions par phobies ou émotions peuvent être tenaces.

Un mot encore sur les inversions ou perversions du sens génésique.

L'onanisme peut être acquis ou instinctif. Quand il est acquis par imitation, mauvaise fréquentation, il est, d'ordinaire, curable par le traitement moral.

Mais il peut être instinctif; l'instinct se développe spontanément dès l'enfance ou la première jeunesse, quelquefois héréditaire, greffé d'ordinaire sur un fond neurasthénique.

J'ai vu des adultes, des hommes mariés, onanistes depuis l'enfance et qui, malgré leur bonne volonté, n'ont pu dominer leur instinct. Ils arrivent, en faisant appel à leur énergie stimulée par de bonnes suggestions médicales, à se maîtriser pendant un certain temps; puis un moment arrive où l'auto-suggestion instinctive, accumulée, pour ainsi dire, déborde; et ils se livrent à leur passion. La suggestion continue peut réussir à réprimer le besoin, à le régulariser, à allonger l'intervalle; mais elle ne peut pas guérir radicalement l'onanisme héréditaire.

Ainsi en est-il de l'inversion génitale ou pédérastie. Celle-ci peut être acquise, suggérée, et devenir une habitude vicieuse. Alors elle est susceptible d'être réprimée plus ou moins facilement, suivant la volonté, la force d'âme et l'individualité psychique. Cependant, les pédérastes par perversion viennent rarement consulter le médecin.

Mais l'inversion génitale est souvent native; les idées contre nature sont alors instinctives; elles existent dans l'œuf et se développent fatalement chez certains sujets, en l'absence de toute cause de toute irritation, sans entraînement, spontanément: ce sont des homosexuels.

J'ai vu nombre d'exemples de cette disposition native qui ne m'ont laissé aucun doute à cet égard; j'ai eu, plusieurs fois, les confidences de personnes d'un grand sens moral, qui m'ont avoué avoir cette obsession depuis l'enfance, sans cause déterminante, et n'y avoir résisté que par un extraordinaire effort de volonté. Un homme de grande valeur, ayant dépassé quarante-cinq ans, m'écrivait en termes touchants toutes les souffrances que cette obsession permanente lui avait imposées dans sa vie, et craignant que les progrès de l'âge venant à diminuer sa capacité de résistance, il ne succombât à la tentation, il faisait appel à ma science.

Je citerai encore le cas d'une jeune fille de vingt-cinq ans qui me fut adressée pour des symptômes hystériques liés à une métror-salpingite catarrhale avec entérite muco-membraneuse. Je gagnai sa confiance; elle finit par m'avouer qu'elle avait depuis l'enfance, par instinct natif, des obsessions contre nature qui avaient trouvé une satisfaction dans l'entéroclyse prescrite par les médecins pour son entérite. Cette entéroclyse développait chez elle des sensations voluptueuses, si bien qu'après avoir lutté pendant une huitaine de jours, elle était obligée, sous menace de crises hystériques, d'y recourir et de s'injecter plusieurs litres d'eau jusqu'à ce que le paroxysme s'en suivît.

Cette jeune fille, intelligente, vierge, de sentiments très religieux, m'avouait que l'idée a tergo

avait toujours existé chez elle sans qu'elle pût en indiquer l'origine; elle n'avait jamais eu aucun instinct naturel, aucun désir de rapprochement per-vaginam, aucune sensation de ce côté. Elle était très malheureuse et pensait au suicide. Ses idées religieuses seules l'empêchaient d'en finir.

C'est le seul exemple d'inversion de cette nature dont j'aie eu la confiance dans le sexe féminin.

Ces inversions génésiques natives sont, je le crains, incurables. Tout au plus, la suggestion, l'éducation de la volonté peuvent-elles aider le sujet à résister à l'obsession. Mais celle-ci ne peut être déracinée.

Ces instincts contre nature, il faut le dire, n'indiquent pas toujours une nature perverse; ils peuvent être indépendants de la volonté et compatibles avec un sens moral parfait. Peut-être convient-il de jeter un voile discret sur certains scandales dont la responsabilité incombe moins à l'individu qu'à l'individualité, c'est-à-dire à la loi fatale et inéluctable de l'innéité.

(Jour. de Méd. de Paris.)

— : o o —

LE PERMANGANATE DE POTASSE DANS LE LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE.

M. P. Soubeyran, chef de clinique chirurgicale a employé ce procédé dans divers cas.

Le permanganate de potasse peut s'employer sous deux formes: en solution et en poudre.

Le titre de la solution est de 1 p. 50; à cette dose le permanganate est suffisamment actif sans être trop caustique. Cette solution peut être employée en injection dans la cavité d'un abcès froid, ou bien elle peut servir au pansement d'une surface tuberculeuse.

Lorsqu'une collection tuberculeuse a été ouverte, et que la paroi et la lésion osseuse ont été excisées ou raclées, le chirurgien a besoin d'un caustique énergique pour compléter l'action de l'instrument. C'est à ces cas que convient la poudre de permanganate. Après avoir séché la plaie à l'aide de compresses ou de tampons d'ouate hydrophile, on dépose de la poudre de permanganate à l'aide d'une spatule ou bien d'un flacon saupoudreur sur la surface où l'on veut agir; par-dessus, on applique le pansement habituel.

Au pansement suivant, qui doit être assez rapproché, on trouve une croûte brunâtre au-dessus de laquelle les tissus ont une belle teinte jambonnée pour les soins ultérieurs, il suffira, en général, d'employer la solution à 1 p. 50 à moins que les lésions nécessitent encore l'usage de la poudre.

Chez la plupart de nos opérés la poudre fut appliquée après le raclage: il s'agissait de tuberculose ganglionnaire dans un cas, de tuberculose synoviale dans un autre et d'abcès froids d'origine osseuse dans les autres cas.

L'application de la poudre de permanganate est plus douloureuse que celle de la solution et provoque une cuisson assez vive. Dans deux observations la douleur fut assez notable et persista pendant une demi-heure environ.

Le permanganate de potasse est un puissant agent d'oxydation: "c'est de l'oxygène solide," dit Jeannel; mis en présence des matières organiques, il leur abandonne de l'oxygène (ou de l'ozone pour quelques-uns) à l'état naissant, qui les oxyde. Sa valeur antiseptique est considérable pour Davaine, Miquel, Koch; dans le tableau de Miquel, il figure parmi les antiseptiques forts; dans celui de Koch, il a un bon rang; à 1/300 (Koch), il entrave l'accroissement des bacilles du sang de rate à 1/1500, il les supprime entièrement.

En solution, il est irritant jusqu'à 1 p. 250; au delà à 1 p. 100 et à 1 p. 50, il est caustique; enfin, il est très toxique. La solution à 1 p. 50 est donc un antiseptique puissant et non seulement elle désinfecte les plaies, mais elle les modifie heureusement et en hâte la cicatrisation.

Employé en poudre, l'action caustique est énergique; au contact des tissus, il se dégage une vapeur extrêmement forte.

L'action antiseptique puissante du permanganate de potasse lui permet de lutter énergiquement contre le bacille de Koch. De plus, c'est un hémostatique. Son pouvoir hémostatique a probablement une action sur les nombreux vaisseaux sanguins qui irriguent le tubercule; peut-être provoque-t-on ainsi, par la disparition de la vascularisation, des phénomènes analogues à ceux qui se produisent dans la régression spontanée.

(Jour. de Méd. de Paris.)

— : 0 0 —

CHIRURGIE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PRURITS PERINEAUX ANAUX ET VULVAIRES.

Celui qui n'a pas vu des malades atteints de ce genre d'affection ne peut se figurer pareil tourment; les dermatologistes connaissent le prurit cutané et anno-scrotal en particulier, les gynécologistes connaissent le prurit vulvaire.

Quelle que soit l'étiologie exacte de ces affections et elle est bien controversée, on ne peut nier qu'à une certaine période, tout au moins dans les formes que ce ne soient alors de véritables névrodermies, par poussées, par périodes, comme pour beaucoup d'affections cutanées, d'autres sont atroces, ni répit le jour, ni surtout la nuit. Tout va bien encore quand le malade n'a pas perdu confiance dans les médications ou qu'il en retire un peu de soulagement, mais on peut voir des sujets absolument exaspérés par leurs souffrances et devenus tout à fait et gravement neurasthéniques par la perte totale de repos.

La démangeaison est épouvantable et irrésistible; pendant la marche, pendant les repas il faut que le malade se gratte; certains arrivent à se faire-saigner, à s'emporter la peau avec des brosses très dures pour éloigner l'insupportable prurit; la dé-

mangeaison se poursuit parfois dans l'intérieur de l'anus, du vagin, de l'urètre, même chez la femme, et les malades cherchant à y pénétrer des corps étrangers pour calmer le prurit.

Extérieurement on ne voit rien, ou plutôt aucune des lésions élémentaires de la peau ordinaire, ni papules, ni vésicules, ni pustules; la peau est seulement épaissie, sèche et rugueuse, comme parcheminée, avec coloration plus foncée que celle des parties avoisinantes. Ça et là quelques sillons, quelques points excoriés, de simples lésions de grattage, jamais de suintement.

J'ai eu l'occasion de voir deux malades atteints de ces prurits localisés à forme spécialement grave et qui avaient couru de tous côtés pour demander soulagement de leurs maux. A ces deux malades j'ai proposé la section des deux rameaux innervant le territoire du prurit. Chez la femme j'ai pratiqué la section du tronc même du honteux, elle est guérie depuis trois ans. Le prurit ne touchant pas à l'anus, et n'étant qu'urétro-vulvaire, je n'ai rien coupé autre, comme rameaux nerveux.

La malade, âgée de 48 ans, était atteinte de prurit vulvaire depuis plus de dix ans, la sensation prurigineuse s'étendait même chez elle jusque dans l'urètre et dans le vagin. Elle avait été soignée à Paris et à Nancy dans les services de MM. Guyon et Spilmann, et contre les crises du prurit et de brûlure urétrale, on lui avait même fait des instillations et des lavages innombrables et avec différentes substances.

L'homme était âgé d'une cinquantaine d'années, il souffrait depuis deux ans d'un prurit anal et scrotal, d'abord supportable au début, puis devenu intolérable dans les derniers mois. Toute application locale aggravait la sensation, plutôt que de l'adoucir, et quand son médecin, M. C..., me fit appeler, ce malade, caissier d'une grande maison, en était arrivé à prendre, pour se procurer quelques minutes de repos, 3 centigr. de morphine par jour, de la cocaïne, du chloral, le tout en même temps; très bon père de famille, de mœurs très douces, il couchait près de son fusil chargé, tout prêt à se suicider quand il ne pourrait plus y tenir.

Chez l'homme j'ai fait la section de la branche périnéale du honteux, car il avait bien stipulé qu'il voulait conservé la sensibilité et la fonction pénienne; j'ai en outre sectionné la plupart des branches du nerf anal cutané, conservant celles qui me paraissaient aller au sphincter anal, et enfin les rameaux périnéo-scrotaux de la branche génitale du petit sciatique, car le malade, outre le prurit anal et périnéal, avait le prurit scrotal. La guérison qui fut complète date maintenant de huit mois.

M. Tavel, de Berne, qui publia l'an passé un travail sur la résection des honteux dans le traitement du prurit vulvaire et m'avait demandé auparavant de lui envoyer la description du procédé que j'avais suivi pour cette section nerveuse, est arrivé à cette conclusion: c'est qu'il faut, non seulement sectionner le tronc, mais poursuivre une à une toute les branches de la périphérie en les arrachant. C'est peut-être exagérer et compliquer l'acte opératoire. J'enroule simplement le bout périphérique sur une

plnce à torsion, et je continue jusqu'à arrachement total.

Le véritable traitement des prurits invétérés de l'anus, de la vulve, du scrotum qui ont résisté aux moyens médicaux, et qui peuvent devenir graves par leur intensité, c'est l'énerivation du territoire malade. Le plus souvent la résection de la branche périnéale du honteux interne suffit à ce but; chez des sujets un peu âgés la résection du tronc principal (avec la branche pénienne ou clitoridienne) n'aurait pas grande importance. on peut en se servant de la même incision que pour la recherche du honteux (en l'agrandissant ou en la déviant) y ajouter la section de la branche.

Certaines formes sont bénignes ou très intermittentes, se font génitale du petit sciatique.

(Jour. Méd. de Paris)

----- : o : -----

LES AFFECTIONS CHRONIQUES DES VEINES.

par M. le Dr Moritz.

Le refus absolu et définitif d'une demande d'assurance n'est pour ainsi dire jamais justifié par la présence de tumeurs hémorroïdaires.

Dans la grande majorité des cas, le pronostic de la vie n'est pas compromis par des bourrelets; dans une minorité de cas un ajournement s'ajournera jusqu'à la bonne réussite d'une opération dilatation de l'anus ou opération radicale), dans quelques autres cas, on tiendra compte des complications menaçantes, par quelque aggravation des conditions.

Les ecchymoses étendus, sineuses de toute une extrémité ou des deux jambes, ne sont pas insignifiantes chez des individus travaillant debout, les serruriers, menuisiers, et les laquais, concierges, conducteurs de chemins de fer, etc., si des bas élastiques quelconques n'empêchent d'une manière absolument sûre la stase du sang. On peut toutefois souvent y remédier par une opération. Les injections de liquides coagulants, employées autrefois, ne sont pas inoffensives, et sont de nos jours abandonnées complètement; la ligature donne de meilleurs résultats (Trendelenburg); le moyen le plus sûr est l'extirpation de segments plus ou moins longs des veines dilatées, qui a été souvent pratiquée dans ces derniers temps (Madelung, Schwartz) et qui réussit ordinairement très bien.

Après la réussite de l'opération l'individu en question peut être assurable.

Les vieux ulcères variqueux constituent, par contre, un obstacle à l'assurance sur la vie, non-seulement tant qu'ils subsistent, mais ils doivent être considérés, encore après leur guérison, comme cause de suppresses, car ils récidivent facilement, et laissent ordinairement de mauvaises cicatrices, ayant une couche mince d'épiderme mal alimentée,

pouvant être facilement le point de départ d'érysipèles et de phlegmons.

Le varicocèle n'est en lui-même jamais dangereux, mais il peut avoir, quand il est fortement développé, diverses suites désagréables: des sensations de compression et de tension, de lourdeur, qui peuvent être plus ou moins douloureuses, mais qu'il est facile d'éviter à l'aide d'un bon suspensoir. Je crois que l'importance de cette affection est souvent exagérée par des chirurgiens trop actifs; elle n'a aucune suite sérieuse, et l'assertion que les varicocèles produisent l'impuissance ne peut être maintenue.

Le congrès se rallie en principe aux idées exprimées par le rapporteur; toutefois, en raison du caractère de généralité de ces propositions, on a demandé que certains points fussent un peu plus précisés dans la prochaine assemblée.

(La Revue Méd. de Paris).

----- o o : -----

GYNECOLOGIE

SUR LE TRAITEMENT DE LA VULVO-VAGINITE BLENNORRHAGIQUE.

par M. le Dr Hirschl.

Il faut entreprendre le traitement d'une vaginite blennorrhagique avec le plus de rapidité et le plus de soins possible.

Dans beaucoup de cas le protargol s'est montré comme un médicament de choix, et même comme un spécifique de la blennorrhagie pour combattre une maladie si largement répandue et si grave dans ses conséquences si elle n'est pas correctement soignée.

On commence le traitement avec des solutions fortes préparées seulement à froid (10 p. 100) et on passe aux solutions faibles, qui sont continuées le plus longtemps possible. (Les chiffres indiqués sont naturellement les plus faibles et on doit prolonger le traitement tant qu'il paraît indiqué).

Avec un traitement par le protargol entrepris énergiquement, il ne survient presque jamais de complications.

En surviendrait-il même qu'il n'y aurait ici pas le meilleur traitement que le protargol.

Presque dans tous les cas où le protargol a été employé, il s'est présenté comme un excellent prophylactique contre la blennorrhagie.

Enfin il faut faire encore remarquer que les solutions de protargol ne doivent être préparées qu'à froid.

(La Méd. O. 1907).

----- : o : -----

ELECTROTHERAPIE

PSYCHOLOGIE

TRAITEMENT DES CHELOIDES PAR L'ELECTRICITE.

M. le Dr Roger Berthon, de Matha (Charente-Inférieure), a consacré sa thèse à l'étude du traitement des chéloïdes et des cicatrices par l'électricité.

Voici ses conclusions :

1. " Pour les cicatrices superficielles et profondes, " deux méthodes de traitement électrique :

a.—Les courants continus surtout efficaces contre les " cicatrices profondes ; "

b.—Les courants de haute fréquence employés de référence, dans les " cicatrices superficielles " (cicatrices de fistules tuberculeuses).

2. " Pour les chéloïdes ", le traitement par les étincelles électriques, paraît devoir être rejeté, comme ne garantissant pas de la récédive.

La préférence paraît devoir être donnée à la méthode de Hardaway-Brocq : " l'électrolyse monopolaire négative ".

En ce qui concerne ce dernier moyen, voici la technique suivie par M. Berthon : " Une électrode indifférente (pôle positif), formée d'une plaque métallique rectangulaire, de la dimension à peu près de la paume de la main et recouverte de peau de chamois, est trempée dans l'eau salée. On l'applique hermétiquement dans le dos, ou sur la poitrine, et on la maintient avec une ceinture. Au pôle négatif, est reliée une aiguille en platine de 3 centimètres, à peu près, de longueur, armée sur un cylindre métallique taillé à huit facettes. (Dans les premières séances, M. Berthon n'emploie qu'une seule aiguille. Dans les séances ultérieures, deux, trois et quatre aiguilles, reliées toujours au pôle négatif). On se sert d'aiguilles dont la moitié avoisinant la base est recouverte d'un enduit isolant. De la sorte, la partie intra-chéloïdienne est la seule active, celle qui affleure l'épiderme étant isolée.

On n'électrolyse pas ainsi l'épiderme, et, l'aiguille retirée laisse un petit pertuis à peine appréciable qui disparaît d'ailleurs au bout de quelques jours.

L'électrode indifférente étant appliquée dans le dos, par exemple, on tourne lentement le commutateur et on introduit l'aiguille par des mouvements de vrille, parallèlement ou un peu obliquement à la surface de la peau.

L'intensité du courant dont on se sert, est, en général, de 15 à 20 milliampères, en moyenne.

M. Berthon conseille en terminant d'essayer l'action des courants de haute fréquence sur les chéloïdes tenaces.

(Le Concours Méd.)



LA PEUR DES TENEBRES ET L'INSOMNIE.

Cet article a pour but d'inciter nos confrères à user de tout leur ascendant pour empêcher que les nourrices, les domestiques ou même les parents, ne terrorisent les enfants par des contes ridicules, et aussi d'éveiller leur pitié en faveur des adultes qui dorment mal.

Les uns comme les autres voient arriver la nuit avec appréhension; du reste, l'ombre, l'obscurité, ont une influence troublante même pour les cerveaux les mieux pondérés: Tout paraît se recueillir au moment du crépuscule, couleur cendre et corbeau, selon l'expression de Rollinat; les oiseaux cessent de chanter, les enfants de jouer.

Les plus turbulents deviennent graves et restent à proximité de leur entourage, manifestement préoccupés par les voiles sombres que des mains invisibles suspendent dans l'espace. L'inconnu les effraie, leur fait redouter des fantômes, des êtres malfaisants, pour peu que leur enfance ait été maladroitement impressionnée par des récits où Croquemitaine et le Père Fouettard sont les figurants redoutés, sans compter l'esprit du mal, Satan, qui, leur enseigne-t-on les guette constamment pour les faire trébucher et les induire en tentation.

Ah! les pauvres bambins, leur conte-t-on des sornettes, des mensonges odieux, bien faits pour désemperer leur jeune organisme, si malléable, si sensible!—Que de temps il faut ensuite pour en secouer le joug, pour dégager la vérité de tous les horripaux dont on ne craint pas de la couvrir!

Au lieu de leur faire peur, sous prétexte de les rendre sage, il faudrait au contraire les aguerrir, les habituer à regarder sous le lit, les conduire vers ce qu'ils redoutent, leur montrer l'inanité de leurs craintes.

En parlant plus haut de l'anxiété, tout au moins du malaise qui s'empare de certains êtres, lorsque la nuit étend ses grandes ailes noires sur notre planète, je n'entends nullement mettre en doute la séduction de certaines soirées faites de pénombre et d'imprécision, avec le décor du firmament étoilé. C'est un spectacle aussi poétique que capiteux pour les âmes tendres, les penseurs et les amoureux.

C'est l'heure de la détente, du rêve, du repos, qui est proche, de toutes les ivresses nocturnes qui sont destinées à nous faire oublier la fuite de la lumière, ou servent de contrepoids aux fatigues, aux préoccupations d'une journée bien remplie. Mais, hélas, la nature n'est pas toujours en fête, l'astre des nuits n'éclaire pas constamment les allées du parc ou de la forêt. La plainte du hibou est tout aussi fréquente que le gazouillis du rossignol; l'opacité de jour qui nous environne subitement nous fait songer au tombeau, à la nuit éternelle. C'est un peu de nous-même que nous venons de laisser dans le passé; on meurt un peu, à la fin de chaque journée!

Rien de salubre, je le reconnais, comme une nuit bienfaisante, qui permet de se retremper, de se poser de nouveau, le lendemain, devant le devoir professionnel. Les félicités du lit, du lit à deux surtout, où on oublie une partie de la vie, les soucis de l'autre moitié, ont été suffisamment célébrées. Au point de vue patriotique et du développement de notre nationalité, on ne peut que regretter que les nuitées conjugales, en France, soient moins fécondes que celles d'Outre-Rhin.

Mais le sorcier des légendes, qui jette du sable somnifère dans les "mirettes" des tout petits, pour les obliger à clore leurs paupières, n'en possède sans doute pas de provision suffisantes, pour apporter la sédation aux personnes qui ont passé la cinquantaine. La cruelle insomnie les guette, les torture ; elles ouvrent des yeux hagards, découragés, vers le vide, prêtent l'oreille aux bruits sinistres du dehors ; leur rêverie tourne facilement au tragique ; les regrets du passé et les appréhensions du lendemain viennent surtout les assaillir.

Je suppose bien que des vieilles femmes, des matrones isolées, sans défense, tout en étant barricadées chez elles, ont dû passer des heures atroces, durant ces dernières années : en a-t-on assez assassiné, pour les piler, de ces pauvres ruines, qui avaient déjà un pied dans la tombe.

Si minuit, gai danseur, rit et folâtre sous le loup de satin, il dissimule aussi les horreurs et les crimes des grandes cités. C'est le moment où les apaches opèrent en grand et portent la terreur dans les maisons mal closes, où s'exercent à la parotomie au détriment des passants attardés.

Il y a vraiment de quoi être effrayé, en songeant à tout ce qui se trame, de dix heures à cinq heures du matin, au triste gîte des gueux, sous les ponts ou dans les maisons en construction, à l'envahissement des postes de police, durant que le pauvre médecin en campagne, appelé pour un cas urgent, se raidit contre les bises les plus malsaines et craint de faire fausse route.

On conçoit que des personnes timorées ne puissent se passer d'une veilleuse, ce qui contribue à rendre l'air plus difficile à respirer, moins riche en oxygène, surtout lorsque la chambre à coucher est étroite, comme le sont généralement les pièces des petits appartements, à Paris.

Par surcroît, pour s'endormir plus vite, les intéressés font des lectures peu rassurantes, lisent le récit des crimes dont certains journaux sont remplis. Ce sera une cause de cauchemars de plus. Gare au réveil anxieux, avec le cœur haletant et la gorge sèche, avec les efforts vains pour appeler du renfort.

Il est à remarquer que les mêmes rêves se répètent fréquemment, subissant à peine quelques variantes et se terminant par des malaises analogues. En y prenant garde, on peut en découvrir la cause et parvenir à les supprimer ; la façon dont on est étendu, une position vicieuse, la digestion laborieuse d'un aliment qui ne convient pas, sont les agents les plus habituels de ces désordres.

Tout conspire, du reste, contre le repos des citoyens âgés, qui sont facilement opprimés, anxieux, qui offrent des troubles cardiaques variés,

dont la vessie devenue intolérante demande à être vidée plusieurs fois, du soir au matin. Heureux encore, lorsqu'il ne sont pas réveillés en sursaut par les rumeurs de la rue, que leurs oreilles perçoivent avec une acuité extrême, par la trompe des tramways, le grondement des lourds camions, le passage des pompiers, les cris avinés d'une bande en goguette, la rupture tonitruante d'un pneu, le sifflet strident de quelque drôle signalant de la sorte sa présence à une soubrette du voisinage.

Boileau se plaignait déjà de son temps qu'on ne se couchait plus que pour veiller ; que dirait-il aujourd'hui, où les causes de tumulte ont tant de peine à être entravées par les règlements de police ?

La campagne a aussi ses inconvénients et il faut y être habitué pour ne pas être incommodé par les aboiements des chiens, le mugissement des ruminants, le cocorico de la gent emplumée, les miaulement des chats, le remue-ménage de la ferme, où on se prépare pour le marché et le labeur quotidien.

Je ne parle pas des rats, des souris et de tous les parasites, qui, aux champs plus qu'ailleurs, pullulent en pays conquis.

C'est au Mont Saint-Michel, par une nuit d'octobre d'un terne intense, que j'ai éprouvé la plus forte impression de mélancolie dont je me souviens, en face de l'infinie tristesse de la nature privée de soleil. Peu à peu le passé de la célèbre abbaye défilait devant mes yeux, avec les squelettes de ses moines guerriers et la plainte lamentable des prisonniers qui y séjournèrent si longtemps.

Quelques traversées en mer m'ont aussi laissé un souvenir hallucinatoire ; elles m'ont permis surtout de me faire une idée de ce que doit être une tempête en plein océan, au milieu des éléments déchaînés, lorsqu'on s'attend à disparaître d'un moment à l'autre, que le navire bondit comme une coquille de noix sur le sommet des vagues, pour se précipiter un instant après comme au fond d'un abîme.

Ma pensée apitoyée songe invinciblement à ces infortunés pêcheurs bretons, qui chaque hiver, exposent cent fois leur vie sur des bateaux mal installés, peu solides, afin d'assurer le pain quotidien de leur famille. Mon dodo me semble moins doux et moins chaud, lorsque j'envisage leur détresse, leur lutte âpre et de tous les instants contre la grande agitée.

Il y a encore un spectacle sombre et macabre, qui ne saurait s'effacer de ma mémoire, c'est celui de la salle des morts et des autopsies, à l'ancien Hôtel-Dieu, sur le bord de la Seine. J'étais jeune étudiant lorsque je pénétrai pour la première fois dans cet antre malsain et humide, qu'on parvenait si difficilement à illuminer de quelques clartés. C'était sinistre et je n'y suis jamais revenu, même après avoir été initié, sans en être plus ou moins obnubilé pour le reste de la journée. L'espérance, si vivace pourtant, de ceux qui croient avait dû s'arrêter au seuil de ce caveau, sans oser le franchir. Une croix cependant, s'il m'en souvient bien, dominait les funèbres couches ; mais elle était noire, comme le reste et nul rayon n'en émergeait ; la

blancheur marn. réenne des corps, plus effrayante encore, faisait seule diversion. Le tableau du "Dante aux enfers", de Delacroix, est moins saisissant.

Il y a des personnes qui appréhendent de longer les murs d'un cimetière, la nuit venue, comme s'il se passait derrière quelque chose de redoutable, et qui ne se préoccupent nullement durant la journée.

Le spectacle de la mort répugne à l'instinct de conservation qui veille au fond de notre être, et c'est pour écarter toute idée trop grave, en dehors du symbolisme religieux, qu'il est de tradition d'entourer de flambeaux les défunts. Vous figurez-vous certaines femmes, pénétrant dans une pièce non éclairée, où il y aurait un machabée. Elles ne pourraient en supporter l'impression, surtout celles qui éprouvent une sensation d'étouffement rien qu'à pénétrer sous un tunnel, où qui ont une syncope lorsque la lumière électrique s'éteint accidentellement dans le métropolitain. Par contre, il leur semble renaître à la vie lorsqu'elles retrouvent la clarté, en sortant des profondeurs du sous-sol parisien, à la place de l'Étoile par exemple, où il y a l'équivalent de cinq à six étages à gravir.

Nous voici ainsi revenus, avec des apparences moins rébarbatives, à l'âge des cavernes. Les bêtes fauves qui les visitaient autrefois ne sont plus à craindre; elles sont remplacées par la bête humaine, qui serait non moins à appréhender, sans la peur du gendarme et de la guillotine.

Quelle existence que celle des premiers hommes, qui, blotis sous des rochers, avaient à lutter, même durant la nuit, contre l'horrible faune des temps primitifs! — Il y a un siècle à peine que les procédés d'éclairage ont cessé d'être rudimentaires et se sont vulgarisés; mais c'est surtout depuis le règne de l'électricité, que l'horreur des ténèbres nous est vraiment épargnée et qu'on peut se risquer dans certains quartiers, sans courir le risque d'y être égaré par surprise, de tomber dans un guet-apens non entrevu. — Il reste encore, certes, à rendre moins louche plus d'un recoin, plus d'une impasse; ce sera le progrès de demain.

Puisse demain illuminer aussi l'âme contemporaine, si sombre, sans objectif, sans idéal, la réchauffer par quelque noble flambée d'enthousiasme et d'espoir!

Ce n'est pas seulement notre ciel d'hiver qui est pleurard, terne, insupportable aux habitués des pays chauds; les nuages ont aussi envahi notre ciel moral; il reste sans éclaircies, sans lueurs encourageantes. La brume nous enveloppe et ride les cœurs comme les fronts; il n'y a plus de bleu au-dessus de nos têtes; la jeunesse elle-même, sans avoir de plaies à penser comme les anciens, manque d'entrain et d'illusions; elle n'a rien pour la stimuler, pour la faire sortir de sa torpeur, pour lui permettre de donner sa mesure. Elle n'entrevoit aucun phare radieux vers lequel elle puisse lever les yeux et se diriger en toute assurance; elle s'agite dans le vide et croit que tout est fini, quand tout commence. Seul, le souci matériel paraît la préoccuper et le baromètre ne cesse de descendre, avec un crescendo décevant.

Malgré tant de points noirs accumulés, je veux croire à une renaissance, à la fin de la stagnation, du nihilisme; je souhaite ardemment l'apparition de jours meilleurs, plus ensoleillés, d'un monde transformé, plus habitable et vraiment en progrès!

(Le Concours Médical).

— : o : —

OBSTETRIQUE

DE L'EMPLOI DU BAILLON DE BRAUN EN OBSTETRIQUE.

Appliqué dans le vagin, soit dans le cas de bassin normal, soit dans les cas de bassin rétréci, le colpeurynter de Braun peut servir à maintenir le liquide amniotique, que la poche des eaux soit intacte ou rompue; à préparer les parties molles, à les rendre plus souples à renfoncer les contractions existantes.

Le ballon de Braun introduit dans le vagin ne peut ni provoquer les contractions, ni servir à rendre perméable le col rigide ou sténosé. En cas de *placenta praevia*, c'est un moyen de tamponnement beaucoup moins fidèle que la gaze ou les bourrelets d'ouate.

D'après l'auteur, l'emploi du ballon de Braun rend inutiles certaines opérations obstétricales et améliore par cela même le pronostic de l'accouchement.

(La Presse Médicale.)

— : o o —

MALADIES VENERIENNES

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE.

L'auteur distingue deux périodes: dans la première le gonococque est localisé à la superficie de la muqueuse; dans la seconde il a pénétré plus profondément dans les tissus.

Dans la première période, M. Seidel emploie les antiphlogistiques et la morphine pour calmer la douleur.

Dans la deuxième période, on s'attaque au catarrhe urétral et à l'action bacillaire.

Selon que le siège de la blennorrhagie est dans l'urètre postérieur, on fait des injections avec une seringue ou au moyen d'un cathéter. On emploie actuellement les solutions suivantes:

Nitrate d'argent.....	0,02 à 0,05 p. 100
Salicylate de soude.....	5 "
Résorcine pure.....	2 à 3 "
Hydrate de chloral.....	2 "
Sulfate de quinine.....	1 "
Acide borique.....	3 "
Créosote.....	0,2 "
Sublimé.....	0,70 5 "

On emploie pour l'action directe contre le développement du gonococque les solutions suivantes.

Hypermanganate de potasse.....	0,02 p. 100
Sulfate ou acétate de zinc.....	0,02 à 0,5 "
Tanin.....	0,2 à 0,5 "
Nitrate d'argent.....	0,02 à 0,05 "

On associe au traitement local les balsamiques à l'intérieur.

M. Seidel conseille d'employer la même méthode de traitement dans l'endométrite blennorrhagique de la femme.

Il pratique des injections intra-utérines au moyen d'un petit tube élastique de 5 centimètres introduit dans la cavité utérine à l'aide d'une pince.

Le traitement de l'épididymite est le suivant: repos au lit, compresses froides, vessie de glace, emplâtre de Friek.

Le traitement de la blennorrhagie chronique est exclusivement local.

Bien déterminer le siège de la blennorrhagie et appliquer les substances astringentes ou antiseptiques. Introduction progressive de sondes s'il y a lieu.

La blennorrhagie chronique utérine est traitée de la même manière; astringents et antiseptiques liquides, ou incorporés dans des suppositoires.

Finger traite la prostatorrhée par l'iode et la chaleur.

Introduire dans le rectum, matin et soir, des suppositoires, selon la formule suivante:

Iodure de potassium.....	2 gr.
Iode pur.....	0 gr. 05
Extrait de belladone.....	0 gr. 02
Beurre de cacao.....	q. s.

pour 10 suppositoires.

BIBLIOGRAPHIE

De l'hospitalisation d'urgence en temps de guerre, par M. le Dr Ferrier, Médecin-Major de 1ère classe, Professeur agrégé libre du Val de-Grâce, 1 volume in-18 de 148 pages, broché: 60 cents. (F. R. de Rudeval, éditeur, 4 rue Antoine Dubois, Paris).

Dans ce livre sont exposées les conditions matérielles que l'hospitalisation des malades et des blessés en temps de guerre doit réaliser. Sous peine de compromettre les résultats de l'intervention médico-chirurgicale ces conditions matérielles doivent

être, au point de vue de l'hygiène, toujours suffisantes, aussi l'auteur s'est-il préoccupé de les préciser et de les concilier avec l'urgence des besoins.

Ce livre représente donc tout à la fois une étude d'hygiène et une étude appliquée du service de santé en campagne. On y trouve, successivement envisagées dans leurs détails d'exécution, les parties principales de l'hospitalisation proprement dite (la mise à l'abri des blessés, leur couchage, leur alimentation, la prophylaxie des maladies contagieuses, les conditions de milieu pouvant faire varier l'hospitalisation, etc.), il s'adresse, par conséquent, à tous ceux qui sont plus spécialement appelés à s'occuper d'assistance aux blessés en temps de guerre; aussi est-il susceptible d'intéresser non-seulement les médecins militaires, mais encore les médecins de l'armée active et de l'armée territoriale et les membres des différentes sociétés de secours de la Croix Rouge.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA PIGMENTATION DES FEMMES ENCEINTES.

Beurre de cacao.....	} aa 75 gr.
Huile de ricin.....	
Oxyde de zinc pur.....	0 gr. 30.
Oxyde mercuriq. jaune.....	0 gr. 13.
Essence de roses.....	11 gouttes.

M. D. S. — A frictionner deux fois par jour, les parties du corps affectées.

POMMADE CONTRE LES CREVASSES DU SEIN.

(LUTAUD)

Menthol.....	} aa 1 gr.
Salol.....	
Huile d'olives.....	10 gr.
Lanoline.....	60 gr.

Pour onctions après chaque tétée.

CONTRE LA COUPEROSE FACIALE.

(LEROY)

Soufre précipité.....	} aa 8 grammes.
Glycérine purifiée.....	
Craie précipitée.....	
Fau de laurier cerise.....	
Alcool rectifié.....	

M. S. A.

Pour appliquer tous les soirs sur la face.

EMULSION CONTRE LES COLIQUES HEPATIQUES.

Emulsion:
 Huile d'olive..... 150 à 400 gr.
 Cognac..... 15 gr.
 Jaunes d'œufs..... No. 2
 Menthol..... 0 gr. 50

A prendre le matin en 2 fois, à 1-4 d'heure d'intervalle.

—————: o :—————

LES TAENICIDES CHEZ LES ENFANTS.

La veille du jour où sera donné le taenifuge, l'enfant sera mis au régime lacté. Le lendemain matin au réveil, le taenifuge. Deux heures après, 15 à 20 grammes d'huile de ricin. L'enfant ira à la garde-robe sur un vase rempli d'eau tiède jusqu'aux bords:

Comme taenifuge:

Extrait éthéré de fougère mâle..... 4 gr.
 Gomme arabe pluv..... 4 gr.
 Sirop éther..... 40 gr.
 Eau distillée de menthe..... 100 gr.

A prendre en une ou deux fois, ou bien:
 Poudre de fleurs de kousso..... 10 à 15 gr
 Sucre..... 20 à 30 gr.

Sous forme de granules sucrés.
 ou bien

L'écorce fraîche de racine de grenadier a fourni un nombre de succès.

Ecorce de racine de grenadier..... 40 à 50 gr.
 Faire macérer douze heures.

Faire bouillir ensuite; réduire à 200 grammes.
 Passer et ajouter:

Sirop d'éther..... 40 gr.
 Sirop menthe..... 40 gr.

A prendre le matin à jeun.
 Si l'écorce de grenadier n'est pas fraîche, mieux vaut s'en tenir à l'extrait éthéré de fougère mâle.

(Jour. Méd. de Paris)

—————: o :—————

HUILE DE FOIE DE MORUE IODEE.

Iode..... 1 gr.
 Chloroforme..... 2 gr.
 Huile de foie de morue..... 1000 gr.
 Dissoudre l'iode dans le chloroforme. Mélanger à froid.

(Jour. Méd. de Paris)

—————: o :—————

PATE CONTRE: L'ECZEMA SQUAMEUX.

C. C. Vandereck a obtenu d'excellents résultats par le traitement de l'eczéma squameux en appliquant sur les parties affectées une pâte de:

Oxyde de zinc 9 gr. 60, gélatine 15 grammes, glycérine 15 grammes, eau 25 grammes.

Recouvrez d'une mince couche de ouate. Le prurit disparaît immédiatement après l'application de la couche protectrice.

(Jour. Méd. de Paris)

—————: o :—————

CONTRE LA FETIDITE BUCCALE.

Eau de laurier-cerise..... 200 gr.
 Teinture de benjoin..... 100 gr.
 Teinture de patchouli..... 50 gr.
 Liqueur de Labarraque..... 30 gr.

Une cuillerée à soupe, trois fois par jour, dans un verre d'eau en gargarisme.

(Jour. Méd. de Paris)

—————: o :—————

PATE CAUSTIQUE POUR DETUIRE L'EPI-THELIOMA.

R. Arsenic..... 1 partie
 Cinabre..... 5 —
 Chlorure ammonique..... 5 —
 Chlorure mercurique..... 0,5—
 Fleur de froment..... 60 —
 Amidon..... 60 —
 Solution saturée de chlorure de zinc..... 245 —

M. Cette pâte, qui est préconisée par M. le Dr Bougard, doit être appliquée pendant 20 ou 30 heures.

(Ibid.)

—————: o :—————

NOUVELLES.

Naissances.

A. Keesville, N.-Y., le 29 août dernier, l'épouse de M. le Dr A. Charbonneau, maire, un fils.

Parrain et marraine, M. Henri J. Latourelle de Montréal et Mlle E. Charbonneau.

Mariage.

A Québec le 4 de ce mois, M. le Dr J. B. Blouin, de Montmagny, conduisait à l'autel, madame Vve R. Tétu.

La bénédiction nuptiale a été donnée à la chapelle de l'Archevêché, par Mgr H. Tétu.

Nos meilleurs souhaits.

Mariage à l'horizon.

—On annonce pour le 22 septembre, le mariage de M. le Dr L. N. Michaud, fils du notaire Michaud, de Fraserville, à mademoiselle Eléarina Paquet, seconde fille de M. Elzéar Paquet, négociant.

Nécrologie.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Joseph Damas Milette de cette ville, décédé le 2 de ce mois.

Nous regrettons aussi d'apprendre la mort du Dr H. Hudon, inspecteur d'anatomie de cette ville, décédé jeudi dernier.

Nos sympathies aux familles si cruellement éprouvées.

SUPPLEMENT

CONGRES INTERNATIONAUX D'HYGIENE
SCOLAIRE

(Suite.)

Le premier aura lieu à Nuremberg, en 1904, pendant la semaine après Pâques. Pour les rapports et communications, il sera fait usage des langues française, allemande ou anglaise. Dans chaque pays, les travaux du congrès seront préparés par l'Association nationale d'hygiène scolaire. Les sections du prochain Congrès sont les suivantes : hygiène des bâtiments et du mobilier scolaire, hygiène des internats ; méthodes de recherche de l'hygiène scolaire ; programmes scolaires ; enseignement de l'hygiène aux maîtres et aux élèves ; éducation corporelle ; état sanitaire et maladies scolaires, écoles pour les enfants faibles d'esprit ou arriérés ; inspection médicale des écoles ; hygiène de la jeunesse en dehors de l'école ; hygiène des professeurs ; propagande et enseignement de l'hygiène scolaire.

Les organisateurs du Congrès sont des savants de tous les pays : MM. les Drs Legendre, Alb. Mathieu, Pr. Griesbach, Drs Schmid, Clément Duckes, Rugby, Pr. Bense, Drs Proust, Freiher, Ed. von Lade, Luigi, Pagliami, Pr. Schuyten, Drs Brissaud, J. Hueppe, Alfonso di Vestea, Angelo Mosso, Axel Johannessen.

(Gaz. Méd. de Paris).

: o :

UN NOUVEL ANALGESIQUE: L'ANTIKAMNIA.

Tout médicament nouveau, destiné à combattre l'élément douleur, est bien accueilli par le médecin; c'est ce qui c'est produit pour l'antikamnia.

Les anciens analgésiques sont abandonnés depuis longtemps ou réservés à des cas bien déterminés; ils ont le grave inconvénient de produire rapidement l'accoutumance, de relantir les échanges et surtout d'affaiblir l'action cardiaque.

Les autres analgésiques préconisés pendant ces vingt dernières années, dont l'antipyrine est le type n'agissent qu'à doses massives et n'ont pas le plus souvent une action sédative suffisante. C'est ainsi qu'ils sont sans action sur les névrites aiguës; ce sont plutôt des antipyrétiques que des analgésiques proprement dits.

Tel n'est pas le cas de l'antikamnia dont l'action anodine, tout en étant sûre et immédiate, n'exerce aucun effet déprimant sur les fonctions vitales essentielles et notamment sur le cœur.

Lorsqu'on emploie l'opium, la morphine, la codéine, les bromures, le chloral ou la phénacétine, il faut constamment augmenter les doses ce qui est un inconvénient dans les affections de longue durée; grâce à l'antikamnia, le médecin peut obtenir des effets sédatifs immédiats sans produire l'accoutumance et surtout sans craindre les accidents toxiques qui sont souvent plus dangereux que le mal lui-même.

L'antikamnia présente en outre l'avantage d'agir d'une façon efficace dans toutes les pyrexies, quelle qu'en soit la durée; les nombreuses observations recueillies démontrent qu'on peut, avec ce médicament, obtenir un notable abaissement de la température dans les affections aiguës, notamment dans la fièvre typhoïde, la bronchite tuberculeuse et les maladies éruptives, tout en améliorant les symptômes généraux en faisant disparaître l'élément douleur.

Dans les variétés si nombreuses de céphalalgies, dans les migraines, même la migraine ophthalmique l'antikamnia apporte un soulagement durable.

Mais c'est surtout dans les névrites rebelles, dont la sciatique constitue le type, que ce médicament est précieux; on peut l'employer pendant longtemps sans inconvénients et la guérison s'obtient dans des cas qui avaient été rebelles aux traitements ordinaires.

Enfin l'antikamnia est indiqué dans la goutte et le rhumatisme articulaire ou tout au moins dans les périodes aiguës de ces affections; dans ces cas, il est infiniment supérieur au salicylate de soude, à la quinine et à la phénacétine.

Nos confrères nous sauront certainement gré d'avoir appelé leur attention sur ce nouveau médicament qui met à la disposition du médecin un agent thérapeutique dont l'indication se présente chaque jour puisqu'il combat d'une façon certaine le plus redoutable des symptômes: la douleur.

L'antikamnia se prescrit sous la forme de petites tablettes comprimées (de 0,30 grammes); la dose quotidienne pour les adultes varie de 6 à 8 suivant les cas; chez les enfants on peut l'employer sans crainte à la dose de 3 tablettes par jour.

Jour. de Méd. de Paris.)

: o o :

LE MALTHUSIANISME EN AMERIQUE.

Il s'est ouvert, à Rochester (Etat de New-York), une "Convention des vieilles filles de New-York" sous la présidence de Miss Amelia Higgison.

La présidente a relevé les récentes déclarations de M. Roosevelt au sujet de la stérilité des femmes américaines.

Le président va trop loin, a-t-elle dit, quand il place le fait de n'avoir pas d'enfants dans la catégorie des actes criminels. Il est père d'une nombreuse famille mais il n'en est pas la mère. Qu'il s'occupe donc des trusts, du tarif et de la prochaine élection présidentielle. C'est son affaire. Quant à la question des babies qu'il la laisse tranquillement aux soins des femmes de notre grande république, qui ne sont et ne seront jamais coupables du "suicide de la race."

On conviendra que si les Etats-Unis de devaient compter, pour le développement de la race américaine, que sur les congressistes de Rochester, les inquiétudes que manifestait récemment M. Roosevelt ne seraient que trop justifiées.

(Jour. de Méd. de Paris.)

: o o :

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—D'abord, ce jeune homme le connais-tu ?

—Non mère, vous le connaissez aussi bien que moi, puisque vous étiez là lorsque le hasard le jeta parmi nous.

Sais-tu qui il est, d'où il vient et où il

—Nous étions tous présent lorsqu'il nous conta son histoire, répondit la jeune fille.

—C'est vrai, Nelly, mais tu dois savoir, va ? demanda le révérend Barnes. que de nos jours on ne peut se fier ainsi, au premier venu qui nous parle; et celui-ci aurait-il les manières d'un lord, que nous devons nous tenir sur nos gardes.

—Et d'autant plus, insinua le pasteur, qu'il na personne, pouvant nous donner le moindre renseignement.

—Pouvons-nous lui reprocher d'être seul au monde, répondit Nelly, si c'est notre seule objection il faut avouer qu'elle n'est guère sérieuse.

—Cependant, fit Mrs Brown, Donald Lington n'est pour nous qu'un inconnu. J'avoue que tout chez lui semble inspirer la confiance la plus absolue, cependant...

—Oui, ajouta le Vévérènd, il y a un... cependant.

—Et bien moi, je vois que nous ne connaissons rien contre Donald, dit Nelly, je vois que le hasard l'a conduit à Garry Feu et s'est plus à tout faire. Lui pas plus que nous n'est coupable de l'accident qui la jetté ici et si aujourd'hui il a pour moi plus que de l'amitié il faut, non pas lui en tenir compte, mais placer tout entre les mains de la Providence que semble bien être l'auteur de cette aventure.

Mrs. Brown et le Révérend Barnes se regardèrent semblant se concerter sur le résultat des paroles de la jeune fille.

—Devenir la femme de Mr. Lington, continua Nelly, est peut-être me jeter bien vite dans le trame d'un roman, dont je ne puis concevoir les conséquences. D'un autre côté

si je refuse, peut-être aurais-je à regretter toute ma vie, une résolution qui m'aura enlevé le bonheur. Comme vous ma mère, j'avoue que je connais bien peu Mr. Lington, comme vous Mr. Barnes, il faut que je dise que ce jeune homme nous est bien inconnu, cependant...

—Cependant ? dirent d'un commun accord Mrs. Brown et le Révérend.

—Si je consulte mon esprit, je ne vois que brumes, mais si je consulte mon cœur...

—Mon enfant, dit la fermière de Garry Feu, dis, dis moi tout je t'en supplie.

—Je l'aime ma mère, fit la jeune fille en tombant aux genoux de Mrs. Brown.

VII

—Le sort en est jeté, dit le révérend en se levant. Je vous l'avais bien dit, my dear Mrs Brown, les enfants s'aiment.

—Je ne m'en étais jamais douté, répon. u la fermière de Garry Fen. Voyez-vous ces petits imprudents qui se mettent à deviser d'amour, sans s'occuper de leurs parents, comme s'ils n'existaient pas.

—Pardonnez-moi, chère mère, dit Nelly, mais cela m'est venu bien malgré moi, car je vous jure, je n'y pensais pas.

—Pardonnez-lui, Mrs. Brown, fit le ministre, l'amour est une chose qu'on ne sait conduire comme on veut, et en ce moment il vaut mieux discuter de l'avenir que du passé.

—Donner ma fille, ma Nelly, à un inconnu, un marin qui l'abandonnera pour voguer sur mer les trois quarts de l'année...

—Non mère chérie, ne parlez pas ainsi avant de connaître les intentions de M. Lington.

—Ses intentions, fit Mrs. Brown, en levant les épaules, mais je les connais moi, mon père était marin et nous le voyions jamais. Combien de fois ais-je vu pleurer ma pauvre mère, souvent elle interrogeait le baromètre et disait en nous embrassant: "Demain, chers enfants, il fera mauvais en mer, venez prier pour votre pauvre père."

—Votre mère a raison, chère petite, dit le Révérend, épouser un marin est bien triste chose, pour une femme qui aime son mari.

—Voyez M. Lington, répondit Nelly, lui seul saura nous répondre.

—Soit, dit Mrs. Brown, en jetant un coup d'œil au ministre, parlons à M. Lington.

(▲ Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII,

MERCREDI, 16 SEPTEMBRE, 1903,

No. 12

Travaux Originaux

DE L'ACTION DES EAUX MINÉRALES FERRUGINEUSES DANS L'ANÉMIE ET LA CHLOROSE.

par M. le Dr R. Wybauw

(Suite.)

3. La facilité de l'absorption de l'eau minérale a pour effet de permettre à l'intestin de se débarrasser des masses de métal qui l'encombrent à la suite des traitements antérieurs car la cure de Spa n'en amène que des quantités minimales dans le canal digestif. C'est pour cette raison aussi que nous n'observons ici la constipation que dans un nombre de cas restreint. Les observations 13 et 14 donnent même des exemples de guérison de la constipation au cours de la cure; il s'agit évidemment là d'une constipation due à la paresse des fibres musculaires lisses chez les anémiques.

C'est un processus analogue que nous attribuons l'amélioration notable et frappante constatée dans le cas No 13. L'anémie a pour effet de parésier les fibres musculaires, surtout les fibres musculaires lisses, et de conduire par là à la dilatation des organes creux dont la paroi en est formée. M. le Dr Scheuer, dans le livre qu'il a publié avec nous l'an dernier (Spa, passé, présent, avenir), a démontré l'importance de ces phénomènes pour la pathogénie des symptômes de la maladie.

Parmi les dilatations, les plus fréquentes sont celles du cœur et de l'estomac. Dans un article paru en 1900 dans ce journal, nous

avons étudié la première de ces complications, et le cas No 14 se rapporte au même ordre d'idées. Quant aux malades atteints de la deuxième, la plupart sont soignés d'abord exclusivement pour leurs symptômes gastriques; les résultats sont alors forcément nuls. C'est la médication ferrugineuse seule qui, s'adressant à la cause, peut améliorer et guérir les troubles.

Alors que fréquemment, les personnes qui, en passant à Spa, vont boire un verre au Pouhon, trouvent l'eau minérale lourde à digérer, nous avons été étonnés de voir la facilité avec laquelle elle était supportée par les malades souffrant des troubles gastriques consécutifs à l'anémie. D'autre part, nous avons été obligé de renoncer de suite à la cure dans d'autres cas où l'anémie était consécutive à une gastrite chronique. Nous commençons toujours par prescrire l'eau des Pouhons à des quantités fort minimales, et avec certaines précautions, pour y habituer les estomacs délicats; il est fort rare que nous nous heurtions à une intolérance absolue. Cela arrive cependant, mais moins fréquemment, nous semble-t-il, qu'avec les préparations pharmaceutiques de fer.

Nous avons connu une dame, qui souffrait d'éruclations et de vomissements très fréquents, et qui digérait l'eau du Prince de Condé sans la moindre difficulté. L'amélioration consécutive de l'état général fut pour une grande part dans la guérison des phénomènes gastriques, qui étaient d'ordre exclusivement nerveux;

4. Nos lecteurs auront remarqué sans doute que nous associons toujours à la cure ferrugineuse interne, un traitement externe,

consistant soit en bains carbo-gazeux, soit en douches, etc. Nous trouvons, en effet, que ces procédés hydrothérapiques (nous considérons qu'un bain est aussi un procédé hydrothérapique), ont une action très évidente sur la nutrition générale, sur les fonctions nerveuses et circulatoires. Dans un récent travail (Annales d'Hydrologie, Paris, septembre 1902 et suiv.) nous avons publié les résultats de nos recherches relatives au bain carbogazeux. Nous estimons aussi que les procédés hydrothérapiques appliqués avant le moment de l'ingestion de l'eau minérale, en facilitent l'absorption. On sait en effet, depuis Fleury, qu'après une douche froide, des médicaments absorbés par la bouche apparaissent dans l'urine plus tôt qu'à l'ordinaire.

Mais nous ne pouvons pas assigner à ces méthodes plus qu'une importance secondaire, du moins pour ce qui regarde nos chlorotiques. On ne guérit pas une anémie au moyen de douches et de bains carbogazeux. Nous avons soigné des personnes qui n'y avaient pas eu recours pendant leur cure; cependant, le résultat obtenu fut satisfaisant, peut-être un peu plus lent à se produire. "C'est donc comme des procédés adjuvants, d'une utilité incontestable il est vrai, que nous considérons les méthodes balnéaires et hydrothérapiques.

(A Suivre.)

Coq-a-l'Ane

LE LAIT STÉRILISÉ.—Il convient dans le traitement de certaines maladies infantiles, de ne pas oublier que : 1. Une ébullition d'une demi-heure diminue de 25 0/0 la proportion de lécithine dans le lait ; 2. Que la stérilisation détruit la lécithine en totalité.

RICORD ANA.—Une après-midi que le docteur Ricard suivait les boulevards, il fut abordé par un vieux cacochyme, renommé par sa richesse non moins que par son avarice, lequel essaya de profiter de la rencontre pour lui soutirer une consultation gratuite.

—Où souffrez-vous ? lui demanda l'Esculape.

—De l'estomac surtout.

—Ah ! ah !... Voyons un peu : fermez les yeux.

Harpagon ferma les yeux.

—Montrez-moi votre langue.

Harpagon tira la langue.

Un quart d'heure après, quand il rouvrit les yeux, il se vit entouré d'une foule de badauds qui s'ébaudissaient à la vue de ce four béant et de cette langue d'un pied...

Ricord était loin ! (J. de Santé).

LA PHOTOGRAPHIE DES EMOTIONS. Le docteur Hippolyte Baraduc, de Paris, aurait réussi à photographier les émotions, chacune de celles-ci produisant sur la plaque sensible une impression différente : un état nébuleux, un aspect étoilé, des taches blanches, etc. Le Medical Standard suggère au docteur de mettre sa méthode à l'essai immédiatement après une élection politique.

PÉDIATRIE.—Un enfant ne peut se lever la tête de l'oreiller avant le second mois ; ne peut s'asseoir avant le cinquième, ne peut marcher avant le dixième et devrait marcher au douzième. (Calcutta J. H.).

LA TUBERCULINE EN ORTHOPÉDIE. Baer et Kennard, au John Hopkins, recommandent hautement la valeur de l'innocuité de la tuberculine comme agent de diagnostic dans les maladies tuberculeuses osseuses. Il faut rarement employer plus de 6 Mgm. Il se manifeste des symptômes généraux et locaux, ces derniers sont plus importants. On a obtenu la réaction avec la syphilis, la lèpre, mais rien ne prouve que dans ces cas il n'existait pas une association tuberculeuse. Le diagnostic de la tuberculose osseuse se fait plus à bonne heure et avec plus de certitude par la tuberculine que par les rayons X.

LA CRYOSCOPIE.—Cette méthode, aujourd'hui clinique, signifiant examiner à froid, consiste à déterminer le point de congélation d'une solution, d'une sécrétion liquide. Elle fut introduite en médecine par Koranyi & par Caspar et Richter, en 1901. Le point de congélation est sous la dépendance du nombre de molécules contenues dans la solution, l'abaissement du point étant proportionnel à la concentration moléculaire. Normalement l'urine a un point de congélation de 1.3 à 2.3 degrés au-dessous de celui de l'eau distillée. Dans les états morbides

du rein, ce point est moins bas, indiquant ainsi qu'il y a une diminution des solides ou hyposthénurie.

Il faut l'urine des vingt-quatre heures. Les substances protéiques n'influencent pas la réaction cryoscopique, d'où la possibilité de distinguer la cystite de la pyélite et de la pyélonéphrite, et la gravité spécifique prouite par les matières protéiques. Lorsqu'un seul rein est malade, le point d'abaissement n'est pas au-dessous de 0.5, tandis que si les deux sont atteints, il sera plus près de 0.45 ou de 0.30.

L'ENLEVEMENT DES APPAREILS PLATRES.—Pour faciliter cette besogne on peut employer là où on se propose de couper, une traînée de peroxide d'hydrogène ou de vinaigre.

NOUVEAU REMEDE.—Chez le pharmacien : Je veux avoir pour cinq cents de rés arbe !

Qu'est-ce que c'est que cela, bonne dame ?

—Ben, ouyons, c'est-y vrai que vous connaissez pas ça ? C'est not' docteur qui m'a dit, comme ça, hier : "Vot' mari va mieux, la mère Catiche, vou pourriez ben y donner un peu de soupe au poulet, avec rés arbe, tout de même". Py j'su venu chercher la rés arbe, quoi. Ah ! py vous n'avez pas, vous connaissez pas ça. Vous êtes ben moins fin que mon docteur. Eh ! ben, mon homme s'en passera, quoi.

HYDROPHOBIE.—De janvier à juin, il y a eu à New-York 173 cas de rapportés à l'Institut Pasteur.

NIRE.

—o o:—

Revue des journaux

MÉDECINE

DE LA REACTION PUPILLAIRE AUX TOXIQUES COMME SIGNE PRECOCE DE LA PARALYSIE GENERALE.

Par MM. les Drs. Ed Toulouse et Cl. Vurpas

Nous désirons attirer l'attention sur un signe nouveau, à notre connaissance, de la paralysie générale au début. Il s'agit de la réaction des pupilles aux toxiques. Nous instillons dans l'œil des su-

jets une goutte d'une solution d'atropine ou d'ésérine à 1/10.000, et nous relevons avec notre pupillomètre les modifications successives observées: 1. temps latent, pendant lequel il n'y a pas de réaction; 2. temps de la réaction, celui que la dilatation à l'atropine ou la contraction à l'ésérine mettent pour atteindre leur maximum; 3e durée totale de la réaction temps que dure la modification pupillaire. De nos recherches, il semble ressortir que le temps latent semble variable selon les diverses expériences; de même qu'il varie selon que l'on instille de l'atropine ou de l'ésérine. D'une façon générale, le temps de la réaction semble plus long dans la paralysie générale. Quant à la durée de la réaction elle est toujours plus longue chez les paralytiques généraux, dans un rapport qui est environ de 1 à 3; c'est-à-dire que la modification pupillaire dure à peu près 3 fois plus dans la paralysie générale. Cette durée prolongée de la réaction, peut être expliquée par les troubles du fonctionnement des centres nerveux supérieurs, principalement ceux de l'écorce cérébrale. Il en résulte une plus grande indépendance des diverses fonctions, notamment celles du système musculaire, à fibres lisses comme à fibres striées. L'inhibition corticale étant affaiblie, les réactions sont exagérées et se prolongent bien au-delà de la durée normale. Ce phénomène trahit le déséquilibre fonctionnel, dont cette réaction pupillaire prolongée aux toxiques est, comme nous avons tenté de l'établir pour l'exagération des réflexes tendineux, l'apparition des réflexes infantiles (reflexe buccal), le nœud idio-musculaire, la réaction vaso-motrice excessive, une des modalités.

Le Progrès Médical .)

—o o:—

LE SIGNE DE KERNIG DANS LA PNEUMONIE.

Le signe de Kernig est suffisamment connu pour que nous passions rapidement sur la manière, dont il faut le chercher. Tout le monde sait maintenant en quoi il consiste.

Lorsque le malade est étendu, dans son lit, l'extension complète des membres inférieurs est possible. Dès qu'il s'assied, les jambes se mettent en demi-flexion sur les cuisses formant avec elles un angle plus ou moins aigu. Cherche-t-on à vaincre cette flexion, on se heurte à une sensation de résistance douloureuse: la flexion est irréductible.

Cette contracture douloureuse, irréductible, est habituellement symétrique; on peut cependant la trouver prédominante d'un côté.

Kernig signalait la possibilité d'apparition de ce signe aux membres supérieurs. M. Chauffard l'a retrouvé deux fois, mais le phénomène en somme est assez rare.

Il suffit donc de faire asseoir le malade pour provoquer l'apparition du signe de Kernig en veillant cependant à ce que le plan du lit soit assez résistant, à ce que le malade soit franchement assis,

le corps bien vertical, faisant avec les cuisses un angle droit bien marqué.

On peut aussi chercher le signe de Kernig comme on cherche le signe de Lasègue dans la sciatique, en fléchissant la cuisse sur l'abdomen, tandis qu'on s'efforce de provoquer l'extension complète de la jambe sur la cuisse.

Mais cette manœuvre est moins bonne que la première.

Tantôt très marqué, la jambe presque à l'angle droit sur la cuisse, tantôt au contraire à peine indiqué, l'angle formé par les deux segments du membre inférieur étant de plus en plus grand, la jambe étant en extension presque complète sur la cuisse.

Le plus souvent bilatéral, le phénomène existe cependant quelquefois d'un seul côté, ou bien est plus marqué d'un côté que de l'autre.

D'après M. le Dr Georget, de Pontoise, le signe de Kernig, qui existe 85 fois sur 100 dans les méningites, peut exister dans la pneumonie en dehors de toute méningite.

1. Il apparaît dès les premiers jours de la maladie, tantôt isolé, tantôt précédé ou accompagné de réaction méningée.

2. Son intensité varie et semble en rapport avec l'intensité des troubles nerveux. Il disparaît, en général, en même temps que la défervescence se produit. Il peut néanmoins persister pendant la convalescence et disparaître, en s'atténuant progressivement.

3. Sa présence au cours de la pneumonie n'implique pas fatalement l'existence d'une méningite, ainsi que le prouve la ponction lombaire qui donne dans les cas examinés, un liquide limpide, sans pneumocoques, sans polynucléaires, dont les cultures restent stériles et les inoculations négatives.

4. Il n'aggrave en rien le pronostic de la pneumonie.

5. Si dans certains cas, il est l'indice d'une réaction méningée légère, se traduisant par quelques modifications du liquide céphalo-rachidien, lié alors à l'existence d'une méningite séreuse, il faut bien reconnaître aussi que, dans certains cas, il n'y avait aucune modification dans la composition du liquide.

6. Il faudrait donc admettre que le signe de Kernig relève de troubles fonctionnels, dynamiques, dus sans doute à l'action des toxines du pneumocoque sur les centres nerveux.

7. La pathogénie est, en réalité, encore obscure. Plusieurs facteurs doivent entrer en jeu : augmentation de pression intra-rachidienne, et peut-être aussi irritation toxique des cellules des cornes antérieures de la moelle.

(Le Concours Méd.).

— : o o —

ANALYSE DES URINES ET INSUFFISANCE HEPATIQUE.

par MM. les Drs Ingebrans et Dehan.

Ont étudié comparativement sur un certain nombre de malades atteints d'affections hépatiques

diverses, la glycosurie alimentaire provoquée, l'hypo-azoturie, l'hyperammoniurie et l'urobilinurie.

Les cas observés peuvent être divisés en deux groupes : dans l'un (cancer, cirrhose, foie amyloïde, foie cardiaque), il était vraisemblable de supposer l'existence d'une insuffisance hépatique ; dans l'autre (congestion du foie, maladie de Hanot, ic-tère catarrhal), il était permis de penser que le fonctionnement du foie devait être peu altéré.

Les malades du premier groupe ont tous, à un degré variable, présenté le syndrome urologique de l'insuffisance hépatique, mais il a été exceptionnel de constater chez le même malade l'existence de tous les signes révélateurs de cette insuffisance.

Dans le second groupe, les signes ont pu aussi être observés, mais ils ont été moins nets, moins groupés, et ont paru déceler une insuffisance transitoire et légère.

Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes exposées dans les "Archiv. gén. de médecine et de médecine expérimentale".

La glycosurie alimentaire, provoquée dans les maladies du foie, est un signe qui fait fréquemment défaut, même quand le parenchyme hépatique est fortement altéré. L'absence de glycosurie alimentaire prouve simplement que la fonction glycogénique est conservée.

L'hypo-azoturie et l'abaissement du coefficient azoturique sont presque constants, quand le foie est anatomiquement très lésé, et paraissent donc avoir une valeur capitale, sinon absolue, pour renseigner sur l'état du foie.

L'hyperammoniurie, l'épreuve de l'ammoniurie expérimentale existent fréquemment.

L'indicanurie est un signe d'importance secondaire.

(Le Concours Médical).

— o o —

DANGERS DES INJECTIONS MASSIVES DE SERUM ARTIFICIEL DANS LES MALADIES INFECTIEUSES.

par MM. les Drs Achard et Laubry.

Ont communiqué à la "Société médicale des hôpitaux" un cas de pneumonie, au cours de laquelle l'injection sous-cutanée d'un litre de solution saline (7 grammes de chlorure), faite alors que la rétention des chlorures allait en s'accroissant, a été suivie d'accidents pseudo-méningitiques : agitation, délire, raideur de la nuque, signe de Kernig. La ponction lombaire donna lieu à l'issue en jet de 20 c. c. de liquide clair ne renfermant point d'éléments figurés, ne donnant point de cultures et ne tuant pas la souris. Le soir même, les accidents diminuèrent, puis disparurent.

Cette surabondance du liquide céphalo-rachidien, provoquée par l'introduction du chlorure de sodium dans un organisme en état de rétention, est à rapprocher des cas d'œdème brightique ou

cardiaque et de pleurésie provoqués ou aggravés sous la même influence. Les causes de la rétention différent peut-être suivant les cas ; mais, dans tous, l'action hydropigène des chlorures s'explique par l'intervention de deux facteurs ; la "rétention" dans les tissus, et la "régulation" qui déverse dans ces tissus l'eau nécessaire à la dilution des chlorures retenus.

Ce cas donne à penser que, dans les maladies accompagnées de rétention des chlorures, certains accidents cérébraux sont peut-être dus à une hydropisie arachnoïdienne dépendant de cette rétention.

M. Vidal s'élève aussi contre l'abus des injections de sérum au cours des maladies infectieuses : très recommandables dans les hémorragies graves, et certaines anémies, elles provoquent souvent, dit-il, lorsque les chlorures ne s'éliminent pas, des accidents du genre de ceux dont parlent MM. Achard et Laubry. De même, une trop grande quantité de boissons peut déterminer des accidents analogues.

MM. Achard et Paiseau rapportent, en outre, les observations de deux nourrissons athrepsiques, chez qui les injections de sérum chloruré ont provoqué le développement d'œdèmes. Ces œdèmes appurent non seulement au voisinage des injections, mais aussi, dans un cas, en un point éloigné. Ils disparurent peu après la cessation des injections. En somme, ces œdèmes se comportent comme les autres œdèmes provoqués par l'introduction de chlorures dans un organisme en état de rétention. Sa pathogénie est donc vraisemblablement la même, quoique la preuve de la rétention n'ait pu être faite d'une façon positive, vu la difficulté.

(Le Concours Méd.)

—o o:—

LA LARYNGITE TUBERCULEUSE.

Voici, d'après la thèse de M. le Dr Gelin, de Lyon, quelle doit être notre conduite en présence d'une tuberculose laryngée. Après déterminé avec soin en quelque sorte le bilan vital de notre malade nous imposerons immédiatement le traitement général hygiéno-diététique en rapport avec la maladie et la situation de fortune. Nous négligerons pas l'examen local qui sera souvent répété et nous rendra compte de visu, avantage inappréciable, non seulement de l'étendue des lésions, de leur siège, de leur forme, mais encore de leur marche par comparaison avec les examens antérieurs, et, suivant les constatations faites, nous instituerons le traitement local qui semblera le plus approprié.

Si nous avons affaire à une de ces laryngites, appelées par quelques auteurs laryngites des tuberculeux, où le larynx paraît rouge, congestionné, avec les antiplogistiques de circonstance autour de la région, nous aurons recours volontiers à des inhalations chaudes, mentholées, s'il existe de la douleur, mais le plus souvent au baume du Pérou. Y a-t-il un degré de plus et quelques ulcérations se dessinent-elles? les badigeonnages à l'acide lactique, précédés d'une bonne cocaïnisation, et institués très

régulièrement, auront notre préférence. Ceci ne nous empêchera pas, dans leur intervalle, de prescrire au patient des insuffisations, ou mieux des aspirations de poudres modificatrices, de diiodoforme entr'autres, au moyen du tube de Leduc, faisant ainsi un véritable pansement du larynx. Si, par hasard, il survient quelques phénomènes de dysphagie, nous associerons l'orthoforme au diiodoforme.

Dans le cas de dysphagie grave, nous pourrions tenter une injection sous-muqueuse de cocaïne qui procurera une accalmie d'assez longue durée.

L'infiltration est-elle accusée, que l'épiglotte soit épaissie, ou que l'augmentation porte sur les replis ary-épiglottiques ou les aryténoïdes, en traitant la dysphagie? en ce cas, nous aurons recours à une série de pointes de feu que nous pourrions renouveler. Enfin, les productions tuberculeuses se montrent-elles sous forme de plus gros bourgeons, gênant par leur présence les fonctions de la glotte, il nous sera possible d'intervenir à la curette ou au couteau. Enfin, si l'asphyxie est imminente, la trachéotomie s'impose. Bien entendu, encore une fois, nous veillerons à l'état général du malade, à son alimentation. C'est par là que l'organisme infecté "peut de lui-même reprendre ses droits et triompher de toutes les lésions morbides."

(Le Concours Médicale.)

—o o:—

NOUVELLE APPLICATION SEROTHERAPIQUE DANS LA DIPHTHERIE.

M. le Dr Capitan signale dans la Médecine Moderne une curieuse et bien inattendue application du sérum antidiphthérique sous forme de pastilles pharmaceutiques.

Les microbiologistes sont arrivés à dissocier les éléments complexes dont se composent les sérums et ainsi, à isoler des propriétés, qui, jusqu'ici, étaient associées. On arrive, par exemple, à séparer l'antitoxine de la sensibilisatrice et de l'agglutinine.

M. Louis Martin a réalisé cette séparation pour le sérum antidiphthérique, avec l'aide de M. Besredka.

Il a vu que si on chauffe à 100 degrés pendant une heure les corps des microbes de la diphtérie, puis qu'on les émulsionne dans de l'eau pure ou de l'eau physiologique, on obtient un liquide homogène qu'on peut injecter au cheval, de préférence par voie veineuse et non sans de grandes précautions (sous peine de le tuer). On obtient ainsi, chez ces animaux, un sérum renfermant à la fois une agglutinine et une sensibilisatrice. Or, ce sérum jouit de propriétés nouvelles dont M. Martin a entretenu la Société de biologie dans une de ses dernières séances.

Grâce à ce sérum, il a pu apporter un très intéressant perfectionnement à la méthode ordinaire du traitement de la diphtérie par l'injection du sérum immunisant ordinaire. Il s'agit, en effet, d'associer au traitement ordinaire le traitement local

par le sérum appliqué sur les fausses membranes.

M. Martin et son collaborateur ont d'abord pratiqué les attouchements répétés sur la fausse membrane avec du sérum ordinaire, sans noter un résultat appréciable; au contraire, avec le sérum de chevaux qui ont reçu des corps microbiens, ils ont souvent noté une diminution rapide de la douleur.

Mais, dans les attouchements, le sérum ne reste pas en contact avec la fausse membrane pendant un temps suffisamment long.

On obtient de meilleurs résultats en incorporant du sérum sec dans la gomme, de façon à constituer ainsi des pastilles qui fondent lentement dans la bouche.

Les expériences ont été faites chez des adultes ou de grands enfants et on a noté:

1. Que la douleur disparaissait très rapidement.
2. Que les fausses membranes prenaient une couleur jaune, se gonflaient et se détergeaient, en un temps très court;
3. Quelques essais ont montré que les gorgesensemencées sur sérum, qui donnaient avant les pastilles de très nombreuses colonies diphthériques, en donnaient beaucoup moins vingt-quatre heures après ce traitement, et très peu après quarante huit heures.

Ces essais permettent d'espérer qu'on arrivera ainsi à diminuer la persistance du bacille diphthérique dans la gorge des enfants et, probablement même, se servir de ces pastilles à titre préventif.

Il est inutile d'ajouter que, dans les diphthéries déclarées, les auteurs ont toujours pratiqué les injections sous-cutanées de sérum antidiphthérique et qu'il faut toujours agir ainsi jusqu'à nouvel ordre.

Voilà donc une application nouvelle et particulièrement intéressante de la bactériologie à la thérapeutique. Non moins curieuse est la façon dont les auteurs ont été amenés à sortir du domaine du laboratoire et à faire d'un produit d'expérience un véritable médicament; déduisant l'emploi thérapeutique de la constatation des symptômes observés chez les animaux après son emploi. Cette méthode indirecte, souvent mise en œuvre d'ailleurs par Pasteur et ses élèves, a cet avantage que, si l'indication clinique se trouve bien cadrer avec l'action biologique du produit, les résultats sont absolus et d'une efficacité très grande. Tel le traitement de la diphthérie par le procédé de l'injection sous-cutanée d'une quantité convenable de sérum, dont l'efficacité n'est plus à démontrer, tel, semble-t-il, l'emploi de doses infiniment plus petites et employées localement d'un sérum obtenu de façon un peu différente, ainsi qu'il vient d'être dit.

On ne peut que souhaiter succès constant et définitif à M. Martin. Il aura bien mérité des médecins et des malades en créant cette curieuse méthode, dont l'emploi ne peut manquer de se généraliser.

(Le Concours Médical).

PROCEDE NOUVEAU DE TAMPONNEMENT DES FOSSES NASALES.

M. d'Ajutolo a indiqué dans les archives italiennes d'otologie un nouveau procédé pour tamponner l'orifice postérieur des fosses nasales, sans passer le tampon par la bouche (comme on le fait dans le procédé de Belloc).

Il prend un bourdonnet de coton phéniqué ou stérilisé cylindre assez compact, long de 5 centimètres et épais de 1 centimètre: il pratique une ligature circulaire dans les deux points d'union du tiers moyen avec chacun des tiers externes. Les deux fils qui en partent sont noués ensemble à environ 2 centimètres de distance du bourdonnet, de façon à former un espèce de petit pont. Cela fait, et avec une sonde porte-tampon ou une pince, il introduit le bourdonnet dans le sens de la longueur dans la fosse nasale, en le poussant jusque dans la cavité du pharynx: il enlève la sonde ou la pince et il tire légèrement sur les chefs des deux fils. Par l'effet de la position des fils, le tampon bascule et vient occlure le choane correspondant. Il comble la partie antérieure de la narine avec quelques petits tampons de coton, et noue par-dessus ensemble les chefs des deux fils.

Ce tamponnement évite de passer par la bouche comme dans le procédé classique. On peut avec avantage tremper le tampon au préalable dans de l'eau oxygénée renfermant quelques gouttes d'une solution alcoolique de menthol au 1/10.

(Le Concours Médical).



SYMPTOMATOLOGIE DU PNEUMOTHORAX.

Symptomatologie générale.—Au point de vue symptomatique et quelle qu'en soit la cause primitive, on peut décrire au pneumothorax trois formes principales.

A. Pneumothorax total.—C'est celui qu'on peut observer au cours de l'emphysème (pneumothorax des conscrits, Gaillard).

Le "début" en est brusque: Louis comparait, comme soudaineté, le début des "perforations pulmonaires" au début des "perforations intestinales"; souvent favorisé par quelque cause occasionnelle (efforts de toux, de vomissement, etc.), parfois spontané, le début du pneumothorax s'accuse par une douleur thoracique subite, angoissante, unilatérale, une dyspnée extrême, des modifications rapides de la pression sanguine (pouls petit, extrémités froides, etc.).

...Période d'état.—I. S. fonctionnels et généraux.—I. Des signes fonctionnels et la dyspnée. Due soit à la déchirure d'adhérences anciennes, soit à la distension brusque de la plèvre, la douleur, très aiguë, donnant aux malades la sensation d'une déchirure interne, siège à l'épine de l'omoplate (Béhier), à l'angle de l'omoplate ou au niveau du mamelon (Louis); elle irradie vers le rachis ou l'abdomen; d'abord très intense, elle diminue considérablement

au bout de quelques jours. La dyspnée est, pour Laënnec et G. Sée, le symptôme prédominant. Due à la suppression brusque des fonctions d'un poumon tout entier, elle est extrêmement violente et peut aller jusqu'à l'orthopnée; elle se traduit par ses symptômes habituels (accélération des mouvements respiratoires, battement des ailes du nez, mise en jeu des muscles inspirateurs accessoires, cyanose des extrémités, angoisse, etc.). La dyspnée apparaît en même temps que la douleur, mais persiste après l'atténuation de cette dernière. La voix et la toux sont presque éteintes, comme cassées; l'expectoration est tarie.

Les signes généraux traduisent tous la gêne de la circulation. Les facies exprime l'angoisse; les lèvres sont cyanosées, la figure pâle, les yeux brillants; les extrémités sont froides, recouvertes d'une sueur visqueuse, parfois œdématisées; le pouls est petit, précipité; la température est presque constamment élevée, au moins au début.

II. S. physique.—L'inspection doit porter: a. sur le côté malade. Elle révèle alors x. une dilatation unilatérale du thorax, variable suivant les cas, faible lorsqu'il n'y a qu'un petit épanchement gazeux ou lorsque la plèvre est inextensible; les espaces intercostaux sont dilatés, les côtes inférieures presque immobiles, les supérieures présentent une mobilité anormale. Cette dilatation unilatérale du thorax est considérée comme réelle par tous les auteurs, sauf par Béhier et de Castelnau, pour qui elle n'est qu'apparente. Pour ces auteurs, elle serait due à l'absence de retrait du thorax pendant l'expiration (et en effet elle diminue pendant l'inspiration, elle augmente après la mort); b. du gonflement des réseaux veineux sous-cutanés, gonflement qui peut s'accompagner d'œdème et, exceptionnellement, gagner les bras et les mains.

b. Du côté sain, on note exceptionnellement des vergetures (Thaon, Gimbert) qui siègent sur la région dorsale, affectent une disposition transversale, et ont été attribuées soit à un trouble trophique (Thaon), soit à un trouble mécanique rupture des fibres élastiques du derme par distension compensatrice du côté sain (Gimbert), c. Les organes voisins sont déplacés, surtout chez l'enfant; le foie et la rate sont abaissés, le cœur dévié à droite dans les pneumo-thorax gauches, à gauche dans les pneumo-thorax droits.

La palpitation fournit deux renseignements importants: la dilatation et l'immobilité du côté malade, l'absence de vibrations vocales. Constant, et dû à l'interposition d'un matelas gazeux entre le poumon qui vibre et la main, matelas qui éteint les vibrations, ce dernier signe présente une valeur diagnostique extrême.

Rappeler en un mot les résultats de la mensuration. La percussion portera d'abord sur les régions en rapport avec l'épanchement gazeux. Aux doigts, l'élasticité paraît augmentée: l'oreille percevait un son tympanique: "Le pneumothorax est le type des maladies tympaniques et à tympanisme grave" (Faisans, Examen physique de l'appareil respiratoire).

Pour acquérir le caractère tympanique, le son pulmonaire normal subit des modifications portant

sur ses trois éléments: l'intensité, la tonalité et le timbre. Son intensité augmente, son timbre devient analogue à celui que donne, par la percussion, la grosse tubérosité de l'estomac, enfin sa tonalité se modifie (Woillez): tantôt la tension gazeuse intrapleurale n'est pas excessive, la tonalité s'abaisse, et l'on a alors le tympanisme grave; c'est le cas le plus fréquent; tantôt la tension gazeuse est excessive, la tonalité s'élève, donnant alors naissance à un tympanisme aigu (atympanisme), d'autant plus intéressant à connaître qu'il peut donner l'illusion de la submatité (v. Faisans, loco citato, p. 58, et G. Sée, Maladies du poumon). La percussion pratiquée au niveau du poumon rétracté, près de la colonne vertébrale, décèle de la perte d'élasticité et de la submatité.

Les phénomènes d'auscultation passent par deux phases: 1. dans une première, assez courte, il y a abolition totale du murmure vésiculaire: "Lorsque, chez un homme dont la poitrine résonne mieux d'un côté que de l'autre, on entend bien la respiration du côté moins sonore, tandis que, de l'autre, on ne l'entend pas du tout, on peut être assuré qu'il est affecté de pneumothorax dans ce dernier côté" (Laënnec). 2. Quelque jours après, tous les bruits normaux (respiration, voix, toux, bruits du cœur, glou-glou œsophagien, etc.) ou anormaux (râles, souffles), prennent le timbre amphorique, grâce au voisinage de la plèvre remplie d'air, qui fait office de boîte de résonance, a. Le souffle amphorique présente une intensité très variable (G. Sée), ordinairement faible (résonance ou bourdonnement amphorique) (Laënnec), une tonalité constante, un timbre métallique particulier, que l'on imite en soufflant dans une cruche vide à goulot étroit. Il s'entend aux deux temps de la respiration, mais surtout à l'expiration. On le trouve, non au sommet, où la respiration est obscure, mais vers la base de la région axillaire, latéralement, et, en arrière, de la base du poumon à la fosse sous-épineuse incluse. Il présente des variations fréquentes, en rapport avec la plus ou moins grande tension du gaz intrapleurale. b. Le tintement métallique, découvert par Laënnec, a été défini par cet auteur "un tintement analogue à celui d'une petite cloche ou d'un verre qui finit de résonner", et encore "un bruit qui ressemble parfaitement à celui que rend une coupe de métal, de verre ou de porcelaine, que l'on frappe légèrement avec une épingle, ou dans laquelle on laisse tomber un grain de sable". Ce bruit, que l'on a encore comparé à celui que fournit la vibration d'une corde métallique tendue, est souvent unique. De timbre argentin caractéristique, "il se fait entendre quand le malade respire, parle ou tousse" (Laënnec). Il est faible quand le malade parle; "la toux, au contraire, le fait entendre d'une manière extrêmement frappante" (Id.) Son intensité est proportionnelle à la tension du gaz intrapleurale. Sa pathogénie a été discutée. Pour Laënnec, il résulte de la chute de gouttelettes du poumon sur la surface du liquide pleural. Pour Guérard, il est dû à la rupture d'une grosse bulle à l'orifice de la fistule pulmonaire. Pour d'autres encore, la fistule est située, non plus au-dessus ou au niveau de la surface du liquide pleural, mais au-

dessous; les bulles de gaz traversent l'épanchement de bas en haut et viennent crever à sa surface. On peut objecter à ces diverses théories que la présence de liquide pleural n'est pas indispensable à la production du tintement Rde Castelnau). En réalité, le tintement n'est autre chose qu'un râle se produisant dans les bronches et prenant au contact de la plèvre un retentissement métallique; c'est donc un râle amphorique. c. En rapprocher le bruit de fistule (Unverricht et Riegel) (v. classiques). d. La voix et la toux prennent aussi le caractère amphorique. e. L'auscultation et la percussion combinées donnent le bruit d'airain (Trousseau), qu'on perçoit en auscultant, tandis qu'un aide percute le point opposé de la poitrine avec deux pièces de monnaie. Ce bruit, qui donne à l'oreille la sensation d'un retentissement métallique, présente des variations multiples en rapport avec la tension intra-pleurale.

(Gazette des Hôp.)

UROBILINURIE.

par MM. les Drs Gilbert et Herscher.

Jusqu'à ce jour il y avait quatre théories relatives à l'origine de l'urobilinurie: 1. la théorie "hépatique", la plus généralement admise en France, qui considère l'urobilinurie comme une manifestation de la cellule hépatique, malade ou détruite, donc comme un signe d'insuffisance hépatique; 2. la théorie "hépatique", qui fait dériver l'urobiline de l'hématine, de l'hémoglobine, admissible théoriquement non pratiquement; 3. la théorie "intestinale", qui fait naître l'urobiline de la bile déversée dans l'intestin; très diffusible, elle passerait directement dans plasma sanguin et dans l'urine. Mais alors on ne comprend pas que l'urobilinurie soit toujours un fait pathologique; d'où la théorie "hépato-intestinale", transformation de la théorie intestinale et la plus répandue à l'étranger. La théorie "hépato-intestinale" peut être comprise ainsi: normalement l'urobiline, d'origine intestinale, arrive par la veine porte au foie, qui la fixe pour la transformer; mais si la cellule hépatique est insuffisante, l'urobiline passe dans l'urine de telle sorte que pour les partisans de la théorie hépato-intestinale, urobilinurie signifie encore "insuffisance hépatique". Une variante de cette théorie suppose une foie de suffisance normale, mais un apport très considérable d'urobiline à transformer, d'où une insuffisance relative; 4. la théorie "histogénique" fait naître l'urobiline des pigments biliaires des tissus; il s'agirait là d'un processus de réduction. Le tissu, réducteur, transformerait le pigment en urobiline. Ce ne peut être là qu'une théorie applicable à des faits exceptionnels. Or, Gilbert et Herscher substituent à ces quatre théories celle de "l'origine rénale de l'urobiline". Le fait principal, servant de base à la nouvelle théorie, est l'absence possible d'urobilinémie coïncidant avec une urobilinurie considérable. Mais si l'urobilinurie

peut exister sans urobilinémie, si, même, ce fait est la règle, la dyscrasie sanguine qu'elle caractérise essentiellement c'est l'état "cholémique", état pouvant exister avec ou sans insuffisance hépatique. "L'urobilinurie ne signifie pas insuffisance hépatique, mais cholémie".

(Lyon Méd.)

CHIRURGIE

LES PSEUDARTHROSES DU COL DU FEMUR.

Par M. le Dr C. Chapotin.

Assez rares, les pseudarthroses du col du fémur s'observent presque exclusivement chez l'adulte, chez lequel elles constituent une complication relativement fréquente des fractures intra-capulaires.

Elles reconnaissent surtout pour cause le défaut de coaptation des fragments par suite de l'ascension du fragment externe due à la rétraction musculaire.

L'existence d'une pseudarthrose ancienne s'accompagne de résorption plus ou moins complète des fragments du col. Elle aboutit à des résultats fonctionnels variables: tantôt les malades peuvent encore se servir suffisamment de leurs membres, tantôt ce sont de véritables impotents.

Pour les fractures ne datant pas de plus de douze mois, on essaiera d'abord d'obtenir la formation d'un cal osseux, grâce à l'accolement exact des surfaces au moyen de l'extension continue et de la pression latérale. En cas d'insuccès, on aura recours à l'enchevêtrement des fragments par une cheville d'ivoire, ou, plutôt, à la résection de la tête fémorale suivie de la production d'une ankylose fémorillaque.

(Gaz. des Hôp.)

LES INOCULATIONS OPERATOIRES DU CANCER.

Par M. le Dr G. Levesque.

Qu'il s'agisse de sarcome ou d'épithéliome, les éléments cancéreux sont susceptibles d'inoculation (ou de greffe) au sujet porteur de la tumeur primitive. Ces inoculations se produisent tantôt spontanément, tantôt à la suite d'interventions chirurgicales.

D'où cette conséquence pratique: lors de l'extirpation des tumeurs malignes, il faut s'entourer de toutes les précautions aptes à empêcher l'ensemencement de champ opératoire. Il faut éviter non-seulement le morcellement de la tumeur primitive, mais aussi de tout tissu susceptible de contenir des vais-

seaux lymphatiques émanant de cette tumeur. La même conclusion s'applique aux ganglions qui doivent être enlevés d'un bloc, non avec les doigts, mais chirurgicalement au bistouri. Tout organe cancéreux doit, en somme, être enlevé comme tout organe infecté, par une méthode aseptique, non inoculante.

(Gaz. des Hôp.)

— o o —

Thérapeutique et Mat. Médicale

TRAITEMENT DE LA LITHIASE RENALE PAR LE RÉGIME.

Par M. le Dr A. Robin.

Il est de règle de défendre aux graveleux les viandes rouges; on leur prescrit surtout des viandes blanches, du poisson léger.

Schweninger, de Berlin, le premier, a protesté contre cette méthode, et préconise les viandes faites ou rouges.

En étudiant les variations de l'acide urique des urines suivant l'alimentation, je me suis rendu compte que les matières collagènes ou gélatineuses, qui sont contenues en plus grande quantité dans les viandes jeunes, comme le mouton, l'agneau, le veau, augmentent la quantité d'acide urique d'une façon beaucoup plus notable que la viande de bœuf.

J'ai constaté aussi que les viandes qui renferment des nucléines, comme la cervelle, le riz de veau, les aliments gélatineux, et les gelées de viandes, augmentent l'acide urique d'une façon beaucoup plus considérable que les viandes faites.

De même, les aliments d'épargne, les corps gras, les féculents, le sucre, le chocolat, les pâtisseries, augmentent aussi l'acide urique.

Vous défendez donc les aliments collagènes et ceux qui contiennent des nucléines. Vous interdirez les viandes jeunes, plutôt que les viandes faites. Vous permettrez le bouillon frais, les potages maigres, la viande de bœuf et les volailles rôties, grillées ou bouillies, servies sans sauce, les poissons légers cuits à l'eau, peu d'œufs: les légumes verts, sauf l'oseille, les tomates et les haricots verts, à condition qu'ils soient cuits à l'eau et additionnés à table d'un peu de sel et de beurre frais. Tous les fruits sont permis.

L'alimentation doit comporter deux tiers de végétaux pour un tiers de viande et d'œufs. Vous recommanderez d'user largement du jus de citron. Le citron bien qu'il soit un fruit acide, renferme du citrate de potasse qui se brûle dans l'organisme et donne naissance à du carbonate de potasse qui alcalinise l'urine.

En Allemagne, on préconise maintenant beaucoup de mode de traitement.

Comme boisson, vous défendez l'alcool, qui augmente l'acide urique. Vous prescrirez le café,

qui contient de la caféine ou triméthyl-xanthine. Celle-ci perd deux équivalents de méthyle dans l'organisme, et devient de la mono-méthyl-xanthine, intermédiaire de l'acide urique: il en est de même du thé, du maté et même du chocolat, car son principe actif, la théobromine, est de la triméthyl-xanthine.

Si l'alcool est interdit aux uricémiques, vous pourrez cependant autoriser quelquefois les vins du Rhin et de la Moselle étendus d'eau. Ces vins rendent des racémates alcalins, qui se brûlent dans l'organisme en formant des carbonates.

Le cidre passe pour un puissant lithontriptique. Vous pourrez le permettre à condition qu'il ne soit pas pris ni trop longtemps ni en trop grande quantité; car l'urine s'alcalinise sous son influence.

L'eau pure constitue la meilleure des boissons, elle ne doit pas être chargée de sels de chaux. Sous son influence, il y a d'abord une élimination plus considérable, ensuite, une diminution et même une disparition de l'acide urique. Il se fait un lavage de l'organisme et comme une inhibition de la formation de l'acide urique. C'est pourquoi, dans mon traitement de l'obésité, dont vous avez eu maintes fois à constater les effets dans le service, je proscriis absolument le régime sec, qui jouit actuellement d'une si grande vogue. Défendez les boissons aux obèses; ils maigritont certainement; mais leurs urines deviennent rares, chargées; il peut se former des caux, et le malade s'expose fréquemment à la colique néphrétique.

(Gaz. de Gynéco.)

— o o —

OBSTÉTRIQUE

LES OCCLUSIONS INTÉSTINALES PENDANT LA PUERPERALITÉ (OCCLUSIONS GRAVIDIQUES, PARAGRAVIDIQUES, EXTRAGRAVIDIQUES).

Par M. le docteur Paul Gauchery, ancien interne des hôpitaux, docteur ès sciences.

L'occlusion intestinale en rapport avec la puerpéralité n'est pas un accident aussi rare qu'on pourrait le supposer, car M. Gauchery a pu en réunir 57 cas au cours de grossesses utérines et 9 au cours de grossesses ectopiques. Elle semble avoir deux maxima de fréquence: l'un à l'époque du terme l'autre vers la fin du deuxième trimestre de la gestation; elle se montre de préférence chez les multipares.

L'influence de la grossesse sur l'occlusion semble répondre à trois catégories de faits: occlusions intestinales purement gravidiques, ou influencées par elles, constituant la majorité des occlusions puerpérales; occlusions extragravidiques, c'est-à-dire compliquant la grossesse et indépendantes d'elle.

L'influence nocive de l'occlusion intestinale sur la grossesse se traduit de plusieurs façons: mort simultanée de la mère et du fœtus: séparation prématurée des deux êtres avec conservation de la double existence ou de l'une d'elles seulement; séparation prématurée des deux êtres dont l'existence est compromise; avortement suivi de la mort de la mère ou de sa guérison. Si l'occlusion survient pendant la gestation, il y a arrêt de la grossesse dans le tiers des cas par avortement ou accouchement prématuré; si c'est à l'époque du terme, il semble y avoir une provocation hâtive du travail.

Parmi les causes de l'occlusion, c'est l'étranglement interne qui tient le premier rang; puis viennent les compressions larges et en dernier lieu les vices de position: volvulus, torsions, coudures.

Les symptômes sont ceux des occlusions ordinaires: l'arrêt des gaz et des matières est souvent le phénomène initial; les vomissements ne manquent presque jamais, ainsi que la douleur (importance du signe de Besnier: douleur primitivement localisée): le météorisme abdominal acquiert une plus grande valeur symptomatique vers les cinquième et sixième mois; le signe de Wahl a été noté plusieurs fois.

Le diagnostic positif se basera sur les mêmes signes que dans les occlusions ordinaires; l'arrêt des matières et surtout des gaz conserve ici toute sa valeur; les vomissements n'ont jamais été pris pour des vomissements incoercibles de la grossesse. Les douleurs par leur localisation (signe de Besnier), leurs caractères, en imposant rarement pour des contractions utérines.

Le diagnostic différentiel semble devoir être avec des causes d'erreur notées plusieurs fois dans nos observations: coprostase et accidents qu'elle peut déterminer au cours de la puerpéralité; péritonite, appendicite, étranglement herniaire, perforations intestinales, grossesses extra-utérines simulant une occlusion, rupture utérine pendant le travail. Le diagnostic étiologique est souvent impossible, surtout avec les pseudo-occlusions par paralysie intestinale; l'étranglement interne par brides ou adhérences anciennes sera soupçonné par les anamnétiques.

Le pronostic est grave pour la mère et pour l'enfant: la mortalité maternelle est de 63 p. 100; la mortalité infantile de 44 p. 100.

Le traitement palliatif n'a sa raison d'être que dans les pseudo-occlusions par paralysie intestinale. Toutefois on sera tenté de l'employer au début: grandes irrigations intestinales, les lavements purgatifs, bains chauds, lavements électriques, tant est décevante l'allure clinique des occlusions intestinales. Le traitement chirurgical seul permet de lever l'obstacle; en cas d'échec, on pratiquera un anus contre nature, se réservant une laparotomie secondaire s'il y a lieu, quand les accidents immédiatement menaçants se seront atténués. Les cas traités chirurgicalement rendent le pronostic de cette terrible complication moins sombre, puisque l'auteur a pu évaluer la mortalité maternelle à 53 p. 100, la mor-

talité infantile à 38 p. 100 des cas opérés, tandis qu'elle a été de 76 p. 100 d'une part et 66 p. 100 de l'autre dans les cas non opérés.

(Gaz. des Hôp.)

— o o: —

REPARTITION DU MECONIUM DANS LE TUBE INTESTINAL D'APRES L'AUTOPSIE DE VINGT-CINQ FOETUS.

L'opinion assez répandue d'après laquelle l'appendice ileo-cœcal ne contient jamais de meconium a déterminé M. Low à étudier la façon dont cette substance se trouve répartie dans le tube digestif du fœtus. Son examen a porté sur vingt-cinq sujets et il a pu constater que le meconium existe souvent dans la cavité de l'appendice dès le milieu du quatrième mois et qu'on l'y trouve presque toujours après cette période. La quantité de meconium est variable. Si le cœcum est distendu par cette substance, l'appendice l'est également, mais on peut aussi trouver du meconium dans l'appendice bien que le cœcum soit à peu près vide. Du côté du gros intestin on trouve le rectum distendu dès le début du cinquième mois et à partir de cette époque le meconium s'accumule de façon à remplir progressivement tout le côlon. Enfin, on trouve du meconium dans la partie terminale de l'iléon vers le milieu du quatrième mois, en quantité variable.

(Gaz. des Hôp.)

— : o : —

LARYNGOLOGIE

PROPHYLAXIE DES ABCÈS DE L'AMYGDALÉ

Le docteur Brindel (de Bordeaux), après avoir étudié longuement les complications des abcès de l'amygdale insiste sur ce fait que ces complications surviennent, dans l'immense majorité des cas, chez les malades porteurs d'abcès qu'on laisse évoluer spontanément.

'Que l'abcès mette sept, huit, dix, quinze jours à se frayer une voie à travers les tissus dit-il, qu'il souvre par un petit trajet tortueux d'où le pus s'échappera avec peine, le résultat est le même: il y a rétention purulente dans l'organisme, et rétention dans une région dangereuse, dans une sorte de carrefour entouré d'organes importants qui s'accommodent mal du voisinage d'une suppuration.

Après l'exposé de ces faits, nous croyons inutile d'insister sur la nécessité qu'il y a à ouvrir les abcès de l'amygdale, et à les ouvrir le plutôt possible, alors même qu'il n'y aurait encore que quelques gouttes de pus.

Un certain nombre de praticiens généraux s'imaginent volontiers qu'on doit attendre sept, huit ou dix jours avant de frayer une porte à la suppu-

ration. Ils préfèrent voir le liquide apparaître par transparence entre les faisceaux musculaires dis-joints du pilier antérieur pour plonger au sein du foyer obsédé l'extrémité de leur bistouri dont le reste de la lame est soigneusement enveloppé.

« Sans se préoccuper des gémissements du malheureux patient, qui aspire lui aussi, et bien vivement, après "la maturité de l'abcès," ils se contentent de lui faire appliquer quelques cataplasmes autour du cou ou de lui prescrire quelques gargarismes, dont le malade récalcitrant refusera de se servir.

L'expectation, dans les abcès de l'amygdale, ne nous paraît pas justifiée. L'intervention s'impose dès que le diagnostic est établi: nous rencontrons à chaque instant du pus au deuxième et au troisième jour, et si, dans quelques cas, nous le reconnaissons volontiers, les malades ne trouvent pas, après cette ouverture hâtive, le bien être immédiat qui accompagne l'évacuation d'un gros abcès déjà ancien, l'inflammation n'en est pas moins enrayée, et la maladie abrégée dans de grandes proportions.

L'ouverture hâtive nous semble donc, en définitive, le meilleur remède prophylactique des complications des abcès intra ou périamygdaliens.

Quelques mots seulement sur la manière de la pratiquer: le foyer de l'abcès étant souvent très profond à cette période (il faut quelquefois traverser une épaisseur de tissu de 2 à 3 centimètres), il est de toute évidence que l'emploi d'un bistouri nous semblerait tout au moins imprudent. La muqueuse est fortement congestionnée, les vaisseaux très dilatés autour du point enflammé: il y aurait lieu de redouter une hémorragie, qu'on a vu se produire plus tard, alors que la coque qui environne l'abcès est pourtant fort mince, et dont on a toutes les peines du monde à se rendre maître.

L'incision au bistouri a, d'ailleurs, l'inconvénient de se refermer trop facilement et de favoriser ainsi la formation d'un nouvel abcès par évacuation incomplète de la matière purulente.

Un seul instrument nous paraît réunir les conditions voulues pour ouvrir les abcès de l'amygdale accessibles par les voies naturelles, c'est le cautère sous la forme du thermo et beaucoup mieux de galvanocautère, ainsi que l'a préconisé le docteur Mourre il y a quelques années.

L'application du galvanocautère dans l'ouverture des suppurations amygdaliennes est rapide, pas plus douloureuse que celle du bistouri; elle assure l'hémostase, est toujours antiseptique, et, de plus, a le grand mérite de laisser après elle un trajet ouvert par où le pus s'écoule librement à l'extérieur.

J'ai utilisé cet instrument bien des fois. Je n'ai toujours eu qu'à me louer de son emploi, et n'ai jamais vu de récurrence sur place dans les jours qui suivent l'ouverture.

Si l'abcès périamygdalien était externe d'emblée, ne faisait qu'une très faible saillie dans l'isthme pharyngien et avait des tendances à s'extérioriser, ce qui est rare, du reste, nous abandonnerions bien vite la voie buccale et aurions recours à l'ouverture au bistouri, par voie externe, la seule à recommander en pareille occurrence. On la ferait à ciel grand ouvert, avançant couche par couche,

s'aidant de la sonde cannellée plus encore que du bistouri: on aurait des chances pour épargner les vaisseaux et les nerfs, qu'une intervention à l'aveuglette, par voie buccale, risquerait malencontreusement de sectionner."

(Jour. de Méd. de Bord.).

— : o : —

DERMATOLOGIE

TRAITEMENT DE CERTAINS PSORIASIS

GRAVES PAR LE REGIME CARNE

ET LES BOISSONS AQUEUSES

CHAUDES.

Nous nous adressons quelquefois à des médications compliquées, à des agents pharmaceutiques dont la formule est d'une longueur démesurée, alors que nous pourrions atteindre beaucoup plus simplement le but désiré. Tel serait le cas de certaines formes de psoriasis associées aux affections articulaires, lesquelles, s'il faut en croire M. Malcolm Morris, dermatologiste à l'hôpital Saint-Mary, guérissent parfois d'une façon "miraculeuse", grâce à la diète carnée exclusive, associée aux boissons aqueuses chaudes abondantes.

L'auteur soignait, un jour, une malade atteinte de cette variété de psoriasis, apparemment incurable et nullement améliorée par les divers traitements antérieurs. Cette femme revint quelques mois plus tard, après avoir appliqué la méthode de la diète carnée et aqueuse. Elle était complètement guérie, montrait une peau aussi belle et aussi nette que celle d'un enfant et, non seulement elle pouvait marcher, mais encore elle montait aisément à cheval. M. Morris, frappé d'une cure aussi surprenante, recommanda le même régime dans plusieurs circonstances analogues et, presque toujours, les résultats furent également heureux.

Ce traitement ne paraît, sans doute, reposer sur aucune base rationnelle. Peut-être la simplicité de la diète provoque-t-elle l'activité des voies digestives, l'abondance des boissons augmentant l'action éliminatrice des reins et de l'intestin. Quoi qu'il en soit, prescrit strictement contre les psoriasis compliqués d'arthrites rhumatoïdes, le régime de la viande et de l'eau chaude, pratique essentiellement empirique, guérit souvent alors que la plupart des médications échouent.

(Ann. de Thérap.).

— : o o —

SYPHILIGRAPHIE

LA SYPHILIS INOCULEE AUX ANTHROPO-MORPHES.

MM. Roux et Metchnikoff ont communiqué récemment à l'Académie de Médecine un fait nouveau d'une importance capitale : ils ont réussi à inoculer la syphilis à un "chimpanzé", qu'ils ont présenté aux membres de la savante Compagnie.

M. le Dr Fournier n'a pas hésité à déclarer qu'il était convaincu de la réalité de cette inoculation, quoique jusqu'à présent on n'ait pas pu arriver à réaliser cette expérience sur les autres espèces de singes (tentative qu'il a faite autrefois avec bien d'autres); mais, par prudence, il a ajouté qu'il fallait attendre les accidents secondaires pour se prononcer définitivement. M. du Castel ayant fait remarquer avec raison que ces accidents n'étaient pas absolument obligatoires, on est obligé d'admettre aujourd'hui que le chimpanzé, singe anthropomorphe, peut contracter la syphilis.

Cette découverte, très importante, qui ouvre un vaste champ aux recherches nouvelles, au point de vue bactériologique et thérapeutique, fait grand honneur à l'Institut Pasteur, qui va pouvoir sous peu s'attaquer à la cure d'une maladie causant toujours beaucoup de ravages.

Ajoutons, avec le "Figaro", que le chimpanzé, qui vient de plus en plus rare sur la surface du globe, est un animal des plus difficiles à capturer et à conserver, et par conséquent des plus coûteux à acquérir. L'Institut Pasteur ne pouvant disposer d'aucune somme pour ces achats et ces recherches, MM. Roux et Metchnikoff ont constitué, à eux deux, avec leurs seules ressources, une bourse commune en réunissant les 100,000 francs du prix Osiris, attribué par l'Institut au docteur Roux, et les 5,000 francs du prix de l'Institut donné à M. Metchnikoff. C'est avec ces fonds qu'ils vont diriger toutes leurs études et qu'ils vont rechercher d'autres singes anthropomorphes pour les inoculer, en s'efforçant de trouver dans leur affection la guérison du mal de l'homme.

C'est très bien, et, quand on veut réussir, il ne faut pas hésiter à sacrifier des sommes considérables, surtout quand de telles entreprises peuvent donner d'aussi beaux résultats.

(Gaz. Médicale de Paris).

— o o : —

MALADIES VENERIENNES

DACRYOADENITE BLENNORRHAGIQUE.

La dacryadénite aiguë, en d'autres termes, l'inflammation aiguë de la glande lacrymale est une affection plus commune qu'on ne le croit ordinairement, ou du moins que ne l'indiquent les traités classiques. En effet, si l'on recueille les cas isolés publiés comme exceptionnels, on constate que leur

réunion finit par former un faisceau assez bien fourni.

M. le Dr Etiévant, de Lyon, a publié, récemment, deux cas de dacryoadénite blennorrhagique, qui présentèrent une certaine gravité et montrèrent que cette affection, plutôt bénigne, peut avoir néanmoins des conséquences fâcheuses, heureusement exceptionnelles. Elle ne doit donc pas passer inaperçue; aussi conseille-t-il dans tout état phlegmoneux de cette région, de palper attentivement la glande hypertrophiée sous le rebord orbitaire, et d'explorer si cela est possible, le cul-de-sac supérieur. Ce sera le meilleur moyen de ne pas confondre la dacryoadénite avec la périostite de l'angle externe de l'orbite, ou un phlegmon banal, et si, par hasard, on se trouve en face d'une hypertrophie glandulaire à la suite d'une poussée aiguë à laquelle on n'aura pas assisté, en reconstituant l'histoire de la maladie, on évitera d'enlever une glande lacrymale inoffensive en la prenant pour une tumeur.

Quant au traitement, il doit être résolutif et antiphlogistique, frictions hydrargyriques sur le front, lotions chaudes fréquentes, instillations d'un collyre à la cocaïne et à l'adrénaline.

(Le Concours Médical).

— o o : —

FORMULAIRE

EMULSION CONTRE LES COLIQUES HEPATIQUES.

Emulsion:

Huile d'olive.....	150 à 400 gr.
Cognac.....	15 gr.
Jaunes d'œufs.....	No. 2
Menthol.....	o gr. 50

A prendre le matin en 2 fois, à 1-4 d'heure d'intervalle.

— : o : —

NOUVELLES.

Mariage.

A St-Louis de France, Montréal, le 16 de ce mois, a eu lieu le mariage de M. le Dr Merrill Desaulniers à Mlle Laura Duchesneau.

M. l'abbé Dupuis, vicaire à Saint Louis, a prononcé la bénédiction nuptiale.

L'heureux couple est parti pour un voyage. Nos meilleurs vœux.

Mariage à l'horizon.

On annonce pour le 28 courant le mariage de M. le Dr N Cloutier, de St-Charles de Bellechasse, à mademoiselle Eléonora, fille d'un distingué citoyen, M. Louis Terreau, de la maison Terreau & Racine, de Québec.

M. le Dr H. R. Dunstan Gray, un de nos jeunes médecins les plus estimés, fils de l'ex-archevêque Gray, épousera, le 6 octobre prochain, Mlle Marie Terroux, la toute gracieuse cantatrice que Montréal a applaudi tant de fois.

SUPPLEMENT

LES METS FAVORIS DES ANCIENS ARABES.

La revue égyptienne El Moklataf raconte, d'après le célèbre naturaliste Al-Djahez, qui vivait au dixième siècle de notre ère, ce que mangeaient les Arabes de cette époque. La viande de chien constituait un de leurs plats préférés, comme on recherche chez nous les chapons. La viande du chat noir avait la vertu de guérir les Arabes des effets du sortilège et du mauvais œil. Les sauterelles et les scorpions servis en friture formaient un autre aliment très estimé.

Al-Djahez raconte qu'ayant visité les tribus arabes voisines de Bassorah, il constata avec surprise qu'elles ne mangeaient pas de sauterelles: "Il n'y a pourtant rien de plus délicat", observait-il. Il rapporte encore qu'étant allé voir son ami, le fameux poète Roobah, il le trouva accroupi par terre en train de savourer un rôti de rats. Il se fit ensuite servir des lézards.

Malgré le culte presque religieux qu'ils professaient pour le cheval, les Arabes étaient hippophages. Seulement, ils ne mangeaient que les chevaux d'attelage et jamais ceux de course. Une tête de cheval bouillie ou rôtie, les boyaux de cheval farcis en manière de boudin formaient des mets très populaires.

Passons les vingt sortes de tortues, mollusques, insectes et colimaçons qu'énumère Al-Djahez, et retenons ce trait singulier: "Les Arabes étaient très friands de serpents noirs qu'ils chassaient au moment précis où ces animaux changent de peau, leur chair devenant plus tendre en cette saison.

(Jour. de Méd. de Paris.)

— o o —

ENFANTS TUBERCULEUX.

Par M. le Dr Georges Petit (de Paris).

OBS. I.—P..., 7 ans. Hérité tuberculeuse maternelle; deux collatéraux morts en bas âge de méningite tuberculeuse; sueurs nocturnes; volumineuse adénopathie bronchique. Au poumon gauche, on constate une légère submatité avec quelques râles bien déterminés en arrière, surtout à la base. Solution Pautauger. Après six mois de traitement, P... peut être considéré comme guéri.

OBS. II.—D..., 6 ans. Dedième période de la tuberculose; était cachectique. Polyadénopathie trachéo-bronchique. Le poumon gauche fait entendre un grand nombre de râles humides, avec rudesse et souffle à la base droite; inappétence, sueurs profuses, quintes de toux. Nombreux bacilles dans les crachats. D... a été pendant deux années soumis à la Solution Pautauger. Amélioration considérable. A l'auscultation, seulement un peu de rudesse. Retour de l'appétit.

OBS. III.—C..., 11 ans. Les parents sont morts de tuberculose. Sueurs, fièvre; à gauche matité et

râles sous-crépitaux. Guérison après sept mois de traitement.

OBS. IV.—L..., 3 ans. Râles ronflants avec sibilance généralisée des deux côtés. Guérison après trois mois de traitement. Depuis trois ans, la guérison s'est maintenue. Le malade fait un mois sur deux, pendant l'hiver seulement, usage de la Solution Pautauger. Engraissement. Retour des forces. Aspect florissant. Les ganglions ont disparu.

OBS. V.—G..., 13 ans. La mère est morte de tuberculose. Il a été nourri au biberon à Paris. Dentition difficile. A eu une entérite. État général médiocre. Depuis la rougeole qu'il a eue en 1898, il n'a cessé de tousser et a déperé. Aux deux sommets, on perçoit de nombreux craquements. Le poumon gauche est le siège d'une infiltration s'étendant aux deux tiers supérieurs. Solution Pautauger comme traitement exclusif. Au cours de l'hiver 1899, l'enfant G... a eu un embarras gastrique d'origine grippale pendant lequel nous avons continué l'usage de la Solution. Après six mois, la guérison peut être considérée comme acquise. Le malade, revu une année après, n'avait rien perdu du bénéfice du traitement, qu'il avait supprimé depuis huit mois.

OBS. VI.—P..., 8 ans et demie. N'a jamais été malade; mais il est d'une santé délicate. Dès son jeune âge, il a eu l'adénopathie cervicale. A six ans il contracte la rougeole. La mère est morte d'une pleurésie et le père est atteint de catarrhe bronchique. Depuis la rougeole, l'enfant est resté souffreteux. Amaigrissement. Sueurs nocturnes. Deux frères sont morts d'affections tuberculeuses. Les deux poumons sont le siège de lésions de débuts de la tuberculose.

Solution Pautauger tous les hivers et un mois d'été. Depuis cinq années, l'enfant est méconnaissable et fait l'admiration de tous. Il ne présente plus rien à l'auscultation.

OBS. VII.—D..., fillette de 5 ans. Soignée il y a trois mois par le médecin du bureau de bienfaisance pour bronchite aiguë. Il y eut persistance de râles humides dans le poumon gauche. Aspect général mauvais, inappétence; fièvre, sueurs. La Solution Pautauger remet la malade sur pied en trois semaines.

Depuis deux mois, l'amélioration s'est maintenue avec disparition de la sueur et de la toux. Retour de l'appétit, et augmentation de poids. De plus, la Solution Pautauger a débarrassé l'enfant d'une diarrhée fétide qu'elle avait depuis deux années.

OBS. VIII.—B..., 12 ans. Père mort tuberculeux. A la suite d'une grippe, apparition de signes stéthoscopiques de la première période de tuberculose pulmonaire. Transsonance pulmonaire très marquée. Perte d'appétit. État général plus mauvais que l'état local. Différents traitements n'ont donné aucun résultat; B... ne pouvait supporter la créosote. Six mois après le début, on administre la Solution Pautauger, qui, associée aux révulsions cutanées et à l'hygiène, constitue le seul traitement. Cette guérison s'est maintenue depuis deux années.

(A Suivre.)

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

M. Barnes sortit un instant du boudoir et revint accompagné de Donald.

Le jeune homme était fort pâle, mais la chambre éclairée seulement par une lampe permettait à peine de distinguer nettement les traits de ceux qui y étaient.

Lington eut vite fait de prendre le côté avantageux de cette situation et tout naturellement s'en fut appuyer contre le dossier d'un fauteuil qui se trouvait dans l'ombre.

Mrs. Brown ayant Nelly à côté d'elle était assise sur un canapé, le même sur lequel Lington blessé avait été transporté le jour de l'accident.

Le Révérend Barnes debout, au centre de la chambre, semblable à un juge d'instruction fut le premier qui adressa la parole au marin.

—M. Lington, dit-il, vous nous voyez tous trois assemblés ici pour discuter les possibilités de mariage entre vous et Nelly. Il y aura bientôt trois semaines que tous trois encore, étions réunis sous la véranda de Garry Fen. Alors nous ne pensions pas à vous, aucun nuage n'était venu troubler la tranquillité de notre modeste cottage, lorsque le hasard, la Providence, M. Lington, voulut que vous vinssiez vers nous.

—Mais, fit Donald, pourquoi parlez-vous de nuages, M. Barnes ? Ma demande n'est-elle pas légitime et... parfaitement honorable.

—Votre demande est légitime et nonorable, M. Donald Lington et nous en sommes si bien persuadés que nous avons consenti à la discuter, d'abord entre nous, puis avec vous. Cependant une demande en mariage est toujours un nuage, car elle peut être l'aurore d'un soleil éblouissant ou d'un orage qui n'aura comme fin que le terme de la vie.

—Je comprends et je vous écoute, Monsieur, dit Lington en cachant son impatience.

—D'abord, M. Lington, dans l'intérêt de

Nelly, voulez-vous jurer sur la Sainte Bible et sur votre honneur de marin, de répondre la vérité aux questions que je vais vous poser ?

—Je... je le jure, dit Lington d'une voix sourde.

—Vous êtes bien Donald Lington, lieutenant dans la marine royale de Sa Majesté la Reine ?

—Oui, fit Lington d'une voix étouffée.

—Vous êtes orphelin, seul au monde et n'avez aucun ami qui puisse nous parler de vous ?

—Oui...

—Jamais, dans votre vie, vous n'avez eu à vous reprocher rien qui fut contraire à votre honneur d'homme et de soldat ?

—Jamais ! fit Donald en relevant orgueilleusement la tête.

—Ici se termine mon ministère, dit le ministre, à vous Mrs Brawn ?

—Que comptez-vous faire, Monsieur, si vous épousez ma fille ?

—Rester près d'elle et la rendre heureuse, Madame.

—Et votre carrière de marin, M. Lington ?

—Je briserai tout obstacle pouvant me séparer de Nelly.

—Je vous l'avais bien dit, s'écria joyeusement la jeune fille.

—Soit Nelly, dit Mrs Brown, je laisse tout entre tes mains, tu connais mes objections, agis maintenant, car si l'amour ne se conduit pas, il doit être libre.

—Je serai heureuse, je le vois, je le sens ma mère, et mon cœur ne saurait me tromper.

—Que Dieu t'entende, dit le Révérend.

Alors Nelly s'approchant du jeune homme et lui tendant la main :

—M. Lington je consens à devenir votre femme.

Donald, pâle et tremblant, se baissa pour embrasser la main de Nelly Brown.

—Lorsqu'on a un doigt dans l'engrenage du crime, pensa-t-il, tout le corps y passe.

VII

Le lendemain Donald proposa une promenade vers Stratford.

—Nous irons surprendre M. Barnes et annoncer nos fiançailles au Dr Smyth ; dit-il à Nelly.

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII,

MERCREDI, 23 SEPTEMBRE, 1903,

No. 13

Travaux Originaux

DE L'ACTION DES EAUX MINÉRALES FERRUGINEUSES DANS L'ANÉMIE ET LA CHLOROSE.

par M. le Dr R. Wybauw

(Suite et fin.)

Les conditions d'air et de climat jouent un rôle analogue. Nous avons entendu certains de nos confrères, sceptiques comme tant d'autres sur la valeur thérapeutique des cures minérales, attribuer la guérison des anémiques venus à Spa aux qualités exceptionnelles de l'air qu'on y respire. Il est évident qu'une cure ferrugineuse faite en un endroit où l'atmosphère est particulièrement pure, comme dans nos Ardennes, a plus de chances de réussite que n'importe où. Mais il est inexact de soutenir que ces conditions climatiques entrent seules en ligne de compte.

En effet, nous avons soigné, avec succès, au moyen d'eau minérale, des personnes habitant la ville depuis longtemps (obs. 3), ou y ayant toujours habité (obs. 13), d'autres qui avaient séjourné longtemps dans les Ardennes avant de venir à Spa (obs. 2 et 14), et qui n'avaient aucunement changé de climat par conséquent. De plus, les deux malades dont il est question dans notre petit article sur la maladie de Basedow (*Journal médical*, 12 déc. 1901, p. 707), habitaient également la ville; cependant, l'amélioration de leur état date du moment où elles ont suivi la cure ferrugineuse et balnéaire.

Les observations que nous avons relatées et toutes celles que nous avons eu l'occasion de recueillir confirment une constatation déjà faite souvent, à savoir que dans la chlorose, le nombre des globules reste le plus souvent normal; nous avons plusieurs fois rencontré des cas dans lesquels ce chiffre était même de beaucoup supérieur à la normale. Dans l'obs. 1, le premier examen donna plus de six millions de globules; le premier effet de la cure fut de faire tomber ce chiffre au-dessous de la normale. Il est intéressant de constater que lors de la légère rechute à la fin de l'hiver, le nombre de globules avait encore une tendance à remonter.

A mesure que l'anémie guérit, les chiffres obtenus tendent à se rapprocher de la normale, mais c'est toujours le nombre des globules qui atteint celle-ci avant la quantité d'hémoglobine. Nous ne voulons pas, dans cette étude déjà fort longue, mettre en ligne une foule d'indications bibliographiques: il nous suffira de dire que ce fait a déjà été décrit souvent.

Avant de terminer, nous voudrions signaler que nous avons rencontré quelquefois ici des cas de pseudo-chlorose. Il s'agissait de jeunes filles nerveuses, présentant des vertiges, des battements de cœur, de la fatigue rapide, une certaine pâleur des téguments de nature à faire admettre l'existence d'une chlorose réelle. L'examen du sang donne des chiffres normaux, quoique le diagnostic de chlorose ait été posé. Dans ces cas, la cure de Spa ne nous a donné aucun succès, et les troubles subjectifs furent à peine modifiés. Il nous paraît probable que Biernacki a raison d'attribuer à une névrose vasculaire les symptômes observés chez ces malades.

En résumé donc, d'après les faits cliniques que nous avons rapportés, nous nous croyons en droit d'émettre les conclusions suivantes, qui répondent bien aux constatations personnelles que nous avons faites jusqu'à présent.

I

Les eaux ferrugineuses bicarbonatées (type Spa et Schwalbach) ont une action thérapeutique certaine à des doses telles, que la quantité de fer qu'elles contiennent serait inefficace si on l'administrerait sous la forme d'une préparation pharmaceutique quelconque.

II

L'efficacité de ces eaux comparées aux préparations pharmaceutiques de fer, dépend très probablement du fait qu'elles contiennent le métal en solution, sous la forme de son sel le plus instable.

III

Les conditions extérieures de milieu, d'air, de climat, jouent un rôle adjuvant fort utile au cours d'un traitement par l'eau ferrugineuse ; elles ne sauraient en aucune façon expliquer à elles seules les résultats cliniques obtenus ; ceux-ci se produisent de la même manière chez les personnes étrangères à la ville et chez ceux qui l'habitent, ou chez ceux qui demeurent dans la même contrée.

IV

L'effet utile de la cure se continue après la terminaison de celle-ci ; dans certains cas où le séjour dans la station a été trop court pour amener le rétablissement complet, on observe que des préparations ferrugineuses inactives jusque là sont devenues efficaces après le traitement hydrominéral.

V

A l'encontre des autres combinaisons ferrugineuses, les eaux minérales acidulées que nous étudions ne provoquent la constipation que dans un nombre minime de cas. Fréquemment, la constipation secondaire, consécutive à l'anémie, disparaît par leur emploi.

VI

Les méthodes de traitement externe (hydrothérapie, bains carbogazeux, etc.), ont une action favorable parce qu'elles contribuent à relever l'état de la nutrition, mais restent inefficaces lorsqu'elles sont employées seules pour guérir l'anémie.

— o o —

Coq-a-l'Ane

LA LUMIERE ROUGE ET LA VARIOLE.—Voici les conclusions de N. D. Drayton, d'Indianapolis. Se basant sur une série d'au moins 300 cas, il est arrivé à corroborer les résultats négatifs de Schamberg et de Welch. Cette lumière n'a nullement diminué la suppuration, ni la production des cicatrices, ni la mortalité. Il dit bien positivement que les malades soumis à ce traitement n'ont pas été mieux que les patients exposés à la lumière du soleil et à la lumière incandescente.

Ce traitement n'aurait pas originé avec Finsen ; il aurait été employé par John of Gaddesden il y a déjà six siècles.

Encore un "ballon" qui crève ! A quand le prochain ?

LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ENTRE LA PNEUMONIE CROUPALE ET LA PNEUMONIE CATARRHALE CHEZ LES ENFANTS.—S. V. Pearson (Practitioner) dit que les différences anatomiques entre ces deux maladies sont nettement prononcées. Au point de vue étiologique, il en est de même : La pneumonie croupale est une maladie primaire et le diplocoque de Weichselbaum est présent dans 30 o/o des cas. La broncho-pneumonie est souvent secondaire et offre une variété d'organismes autres que le pneumocoque. Cliniquement, il existe plus d'un point de différence. Le facies de la pneumonie croupale est celui de la surprise ; on n'y voit pas ce regard d'extrême anxiété de la broncho-pneumonie. La dyspnée de cette dernière est inspiratoire, obstructive, et est souvent accompagnée d'affaissement de la paroi thoracique. Celle de la pneumonie lobaire est généralement plus intense, mais nonobstructive et on y rencontre rarement l'affaissement du thorax. La cyanose est plus prononcée dans

la bronchopneumonie. Dans la pneumonie lobaire la cyanose est accompagnée de signes évidents et étendus de consolidation. Dans la bronchopneumonie, les signes de consolidation peuvent exister, mais ils sont moins nets et moins étendus. Une consolidation marquée du sommet indique presque toujours une pneumonie lobaire. La toux est plus fatigante dans la bronchopneumonie. Les bruits bronchiques sont ordinairement présents dans la bronchopneumonie et absents ou peu marqués dans la pneumonie lobaire. Cette dernière est moins grave chez les enfants que chez les adultes, tandis que la léthalité infantile de la bronchopneumonie est très élevée. Celle qui succède à la diphthérie, à l'ilio-colite aiguë, à la scarlatine est la plupart du temps fatale.

UN IRLANDAIS ET LES MICROBES.—

Un irlandais, le docteur Edward Barry, (plus tard sir E.), aurait signalé, au dire du docteur J. Knott, dès 1726, que la consommation pulmonaire était due à un animalcule, visible sous forme d'insecte sur les ulcères du poumon. Ces animalcules seraient introduits avec l'air respiré. Dans un travail intitulé "A Treatise on a Consumption of the Lungs," il énonce des idées très curieuses pour l'époque et dont plusieurs feraient honneur à notre science moderne: celle-ci n'a fait que les répéter et les reconnaître justes. (J.A.M. M. A.)

LE SERUM ANTIPNEUMOCOCCIQUE ET LA PNEUMONIE.—Le docteur L. L. Morse, de Harvard, dit, in Arch. of Pediatrics, comme résumé d'un excellent travail sur ce sujet: Dans ces cas, huit, le sérum n'a eu aucun effet ni sur la durée de la maladie, la marche de la température, la rapidité du pouls et de la respiration ni sur l'état local. Les complications sont survenues aussi fréquemment que d'ordinaire. La mortalité a été très élevée. Le sérum quoique n'ayant apparemment fait aucun bien n'a certainement, cependant, causé aucun tort. (Consolant!!)

Les docteurs Jennings et Saunders appuient les conclusions de Morse.

Ohé! les "ballons"!

NOUVELLE METHODE POUR LE DURCISSEMENT ET L'INCLUSION RAPIDES DES TISSUS.—La préparation employée est une solution chaude d'agaragar contenant de la formaline: 9 parties d'une solution aqueuse à 5 o/o d'agar pour 1 partie de formol. La préparation se conserve indéfiniment dans un

vase bien fermé. On doit faire bouillir l'agar pendant plusieurs heures, puis, après l'addition de la formaline, le laisser s'éclaircir par précipitation. Les tissus sont mis dans un tube à réactif, ou une fiole à large boulot, contenant l'agar formalité fondu. On tient à 65 degrés à 70 cC pendant une heure ou plus. Les cubes de tissu adhèrent aux petits blocs facilement par refroidissement de l'agar. On plonge dans l'alcool très fort ou absolu—non pas dilué—et dans une heure ou deux on peut faire des coupes. (M. Bolton et D. L. Harris in J. Applied Micros.)

LE CHLOROFORME EN OBSTETRIQUE METHODE DE LASKIE MILLER.—Miller préconise la méthode suivante pour administrer l'anesthésique, pendant la seconde période du travail: Au fond d'un verre ordinaire on met un peu de gaze, ou un petit mouchoir de toile, sur laquelle on verse quelques gouttes de chloroforme. La patiente tient le verre au devant de la bouche et du nez. Aussitôt le moindre relâchement musculaire, le verre tombe et le danger d'une trop forte dose est ainsi évité. Cette méthode est pratique et fiable; elle permet à l'accoucheur de donner plus d'attention au travail. (Médecine.)

LES HAUTES INJECTIONS RECTALES DANS LE TRAITEMENT DU CATARRHE CHRONIQUE DE L'INTESTIN TECHNIQUE.—L'intestin est d'abord débarrassé par un lavement à l'eau tiède. Le patient est placé dans le décubitus latérale gauche et l'on introduit, très délicatement, jusqu'à au moins 85 cm., un cathéter mou, d'environ 8mm de diamètre. Le liquide (l'auteur emploie de l'eau de Sprudel) aura une température de 45 à 50 degrés C. Les injections sont données une fois par jour et cela pendant de 20 à 25 jours successifs. Le premier jour on introduit un litre, le second 2 litres, le troisième 2 l-2, puis 3 litres par séance. Cette quantité de liquide ne produit ni distention ni atonie, pourvu qu'elle soit portée assez haut dans l'intestin. Aussitôt l'injection faite, le malade se couche sur le dos et une fomentation aussi chaude que possible est appliquée sur le ventre. Elle calme la douleur, diminue l'action péristaltique et permet au patient de garder le liquide plus longtemps—de 3-4 heures à 2 ou 3 heures.

Les résultats obtenus par cette méthode seraient excellents au dire de son auteur—L. V. Aldor. (Berl. Wochensc.)

NIRE.

Revue des journaux

MEDICINE

LE SYNDROME ASTHMATIQUE DANS LA GRIPPE.

Dans la grippe, le poison morbide s'attaque tout particulièrement au système nerveux et provoque les dyspnées nerveuses; l'idée théorique que ces dyspnées sont susceptibles de prendre la forme de l'accès asthmatique qui est bien, lui aussi, une névrose respiratoire, est si naturelle que l'on peut se demander a priori s'il n'y a pas une forme asthmatique de la grippe. L'auteur ne trouve presque rien sur ce sujet dans la littérature. Graves, Trousseau, Hénoch, G. Sée ont soupçonné les relations entre l'asthme et la grippe sans y insister. L'auteur cite trois de ses observations types qui établissent l'aptitude de l'affection grippale à produire les phénomènes asthmatiques. Ces manifestations se comportent différemment suivant les cas; l'auteur étudie les différentes formes.

Il distingue plusieurs variétés d'asthme grippal. La première est légère et atténuée "levissima". Pour les cas plus sérieux, deux formes bien tranchées. Dans la première de ces formes, la manifestation nerveuse est intimement liée à l'infection, et l'état général est presque toujours profondément atteint. Ce serait une forme "toxique ou toxi-infectieuse" de l'asthme grippal. C'est là une forme grave, mais l'auteur n'a eu qu'un cas de mort, celui d'un nourrisson âgé d'un mois à peine. Une dernière forme pourrait être appelée "nerveuse": le syndrome asthmatique y semble n'être qu'un épisode. Dans cette dernière catégorie on est tenté de croire qu'il s'agit d'accès asthmatiques provoqués par la grippe chez des prédisposés, et l'histoire des malades paraît fonder l'hypothèse.

On doit admettre que la grippe agit sur le bulbe par la toxine grippale. La grippe détermine souvent des lésions des muqueuses du nez et du pharynx (coryza, adénoïdite); ces lésions atteignant les zones sensibles spéciales, l'irritation de ces zones donnerait la poussée asthmatique.

Le diagnostic est généralement facile. Il repose sur la constatation de la concordance du syndrome respiratoire et de l'infection. Dans les formes légères, le syndrome est si peu marqué qu'on n'a presque jamais à porter un diagnostic spécial. Dans les formes plus graves, "toxi-infectieuses", le diagnostic devient souvent embarrassant à cause de la prédominance de l'élément asthmatique. Il faut éliminer les autres états morbides qui comportent cet élément, d'abord toutes les manifestations asthmatiques chroniques avec emphysème ou sous forme d'accès répétés et les cas apyrétiques, ainsi que ceux dégagés d'un ensemble morbide actuel. Il reste donc surtout à discuter entre la grippe à forme asthmatique et l'asthme infantile fébrile du type Trousseau. Dans l'asthme catarrhal des enfants,

l'invasion est souvent brusque, l'accès se termine régulièrement par une détente. C'est le contraire dans la grippe asthmatique à forme toxi-infectieuse les prodromes sont sérieux et l'élément nerveux disparaît graduellement. La notion épidémique aidera puissamment le diagnostic. Dans la forme nerveuse de l'asthme grippal, le diagnostic est rendu plus facile par la dissociation plus nette des deux états pathologiques.

Le pronostic ne semble pas très grave. Au point de vue traitement, l'auteur ne reconnaît pas à la quinine la valeur spécifique et encore moins l'action abortive qu'on lui a attribuées dans ces cas-là. Il retient le chlorhydrate d'ammoniaque, l'aconit à haute dose et l'eau froide en bains ou en enveloppements. Dans les cas où l'intoxication semble dominer la scène, il a recours aux bains chauds, à l'éther, au camphre; l'iodure d'ammonium amende la crise et prévient le retour des accès. Les lumigations narcotiques ne lui paraissent utiles que dans la forme nerveuse. L'auteur donne souvent, en place de morphine, de l'antipyrine à titre de calmant.

(La Méd. Orientale)

— o o —

LA PSYCHOLOGIE DES CHOLEMIQUES; MELANCOLIE ET NEURASTHENIE D'ORIGINE BILIAIRE.

par M. le Dr Lereboullet.

Nous avons constaté, M. Gilbert et moi, que si la cholémie exerce souvent une action excitante et plutôt favorable sur le fonctionnement cérébral, dans nombre de cas les cholémiques ont, au contraire, malgré leur apparence de santé, une tendance à la tristesse, qui les empêche d'être satisfait du présent, les laisse inquiet pour l'avenir. Cette tendance peut s'exagérer, et, après une période plus ou moins longue d'excitation cérébrale, les malades présentent fréquemment des symptômes de dépression nerveuse.

Tantôt alors domine une tendance à la tristesse et aux idées noires; s'exagérant sous l'influence de causes variables et pouvant créer un véritable dégoût de la vie: les malades en arrivent parfois à souhaiter la mort et parfois à la provoquer. Tantôt ces cholémiques sont surtout hypocondriaques, se croyant malades ou s'exagérant volontiers les maux dont ils souffrent. A cette tendance mélancolique se joignent souvent des modifications de la volonté, qui reste incertaine et hésitante, et des troubles du caractère, qui devient mou, apathique, sans énergie.

Lorsque cet état de dépression cérébrale s'accroît, il peut devenir prédominant et réaliser une neurasthénie, ou mélancolie d'origine biliaire.

Nous avons pu nous convaincre, en effet, avec M. Cololian, que fréquemment la mélancolie est d'origine biliaire. Les enquêtes étiologiques que nous avons faites nous ont montré, tant chez le malade

que chez ses ascendants, l'existence à la fois d'antécédents nerveux. Cette enquête permet souvent d'établir un lien entre la neurasthénie à forme mélancolique et la mélancolie confirmée. L'examen clinique montre, en même temps que les symptômes de la mélancolie, des manifestations nombreuses dues à la cholémie familiale, et dont quelques-unes avaient, d'ailleurs, frappé les observateurs : facies souvent pâle, mat ou jaune ; pigmentations fréquentes, phénomènes dyspeptiques et constipation, hémorroïdes, bradycardie, urobilinurie et chlorurie, etc. Vient-on à examiner les organes abdominaux, on constate souvent les modifications objectives du foie et de la rate, et si l'on recherche l'état du sérum, on le trouve d'ordinaire assez riche en pigments biliaires. Dans un cas de mélancolie anxieuse, terminé par la mort dans le coma hypothermique, il existait des lésions histologiques très prononcées des voies biliaires et du parenchyme hépatique.

La mélancolie doit donc être combattue par un traitement causal dirigé contre l'affection biliaire et secondairement contre l'état mental.

Nous avons également pu mettre en relief l'origine biliaire d'un grand nombre de cas de neurasthénie, lesquels affectent une allure un peu spéciale du fait de la tendance à la tristesse, souvent marquée, qui en fait une neurasthénie à forme mélancolique. Les patients ont également des troubles dyspeptiques, sont sujets à la constipation, à l'entérite membraneuse, aux douleurs articulaires, aux hémorragies, etc. Ils ont souvent le teint cholémique, avec ou sans pigmentations surajoutées, présentent parfois des troubles objectifs du côté du foie et de la rate; ils ont en général de l'urobilinurie; enfin, l'examen du sang montre chez eux une cholémie plus ou moins marquée.

Il est par suite vraisemblable que, jointe à la prédisposition nerveuse des sujets, cette cholémie joue un rôle capital dans la production de la neurasthénie. Le traitement justifie d'ailleurs cette hypothèse, et c'est en agissant d'abord sur la maladie des voies biliaires, puis sur l'état névropathique, et non sur celui-ci seulement, que l'on peut, dans bien des cas, obtenir, sinon la guérison de la maladie causale, du moins la disparition, temporaire ou définitive, des symptômes neurasthéniques.

(La Méd. Orientale).

CHIRURGIE

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES NEPHRITES.

par M. le Dr L. Le Nouene.

De toutes les affections rénales, les pyonéphroses ont longtemps paru être les seules qui soient justiciables du traitement chirurgical, et ce n'est qu'à une époque très récente que l'on a songé à opposer l'intervention sanglante à certains acci-

dents graves de néphrite. C'est en 1886, en effet, que Péan enlève un rein pour des douleurs intolérables compliquant une albuminurie abondante. Quelques années après, Tiffany opère, dans le seul but de calmer les douleurs, une femme qui souffrait violemment du rein droit et réclamait à tout prix un soulagement. L'intervention, qui consista en une simple incision de la capsule du rein, fut suivie d'une amélioration notable des symptômes douloureux.

A peu près à la même époque, des hématuries inquiétantes conduisirent quelques spécialistes à intervenir chirurgicalement. Sabatier, en présence d'hémorragies rénales et de symptômes graves d'urémie, pratique la néphrectomie : le malade guérit. L'examen histologique du rein décéla des lésions profondes de néphrite scléreuse. Senator, Broca, Hamonic, de Kaermacker, Albarran, Poirier, Potherat, Pousson, Demons, Tuiffier, croyant avoir affaire à de la tuberculose, à de la lithiase, à un épithélioma du rein, enlèvent des reins atteints seulement de néphrite interstitielle ; Le Dentu relate plusieurs cas de douleurs rénales intolérables améliorées par l'incision du rein.

Les heureux résultats obtenus par les chirurgiens que nous venons de citer devaient encourager les interventions et les diriger contre le processus inflammatoire lui-même. Aussi R. Harrison, Weir, Rose, Lennander, Legueu, Loumeau opèrent-ils des pyélonéphrites et même des néphrites aiguës d'ordre médical, mais c'est surtout à Pousson que revient le mérite d'avoir nettement préconisé le traitement chirurgical dans les néphrites médicales. Depuis les travaux de Pousson, Monod, Routier, Spauton, Reynès rapportent de nouveaux cas de néphrites opérées chirurgicalement ; Claude et Balazard étudient expérimentalement les effets de la décapsulation du rein; Castaigne et Rathery recommandent l'intervention sanglante dans les cas de néphrites primitivement unilatérales ; Lépine étudie et discute les indications du traitement chirurgical dans les néphrites médicales.

Quels sont les résultats de l'intervention sanglante dans les "néphrites aiguës" ? M. Le Nouène distingue, dans les néphrites aiguës, deux grandes classes : "néphrites aiguës consécutives à une infection vésicale ; néphrites aiguës non consécutives à une infection vésicale".

Les premières comprennent d'abord les "néphrites aiguës avec abcès", abcès multiples, disséminés, souvent très petits. Dans ces cas, quelques chirurgiens ont fait la néphrotomie (Pousson, Wilms, Potherat, etc.), d'autres la néphrotomie avec néphrectomie partielle (Lennander), d'autres la néphrectomie totale (R. Weir, Pousson). Dans un cas, l'intervention a consisté dans la décapsulation du rein (Edebohls). Il existe actuellement 11 cas de pyélonéphrite avec abcès consécutive à une infection vésicale ayant subi un traitement chirurgical. Sur ces 11 cas, tous graves, il y a eu 2 décès, les 9 autres malades ont guéri : pour quelques-uns, l'urine est devenue normale ; pour d'autres, elle s'est seulement rapprochée de l'état normal, présentant encore de l'albumine et des leucocytes,

D'autres fois, l'inflammation rénale n'est pas encore arrivée à la phase de suppuration : dans ces "néphrites aiguës non suppurées", les altérations du rein sont encore assez profondes pour que l'on ait pu, après échec des moyens médicaux, recourir au traitement chirurgical, et particulièrement à la néphrotomie (Reynès, Loumeau, Le Nouène) : sur ces 3 cas, l'auteur note 3 guérisons.

Lorsqu'il s'agit de néphrites aiguës non consécutives à une infection vésicale, il faut encore distinguer les néphrites aiguës avec abcès et les néphrites aiguës non suppurées. Dans les premières, le pronostic est fort grave, et la vie du malade peut être immédiatement mise en danger par l'apparition de phénomènes urémiques. Aussi divers chirurgiens sont-ils intervenus contre ces néphrites hémotogènes avec abcès miliaires (Israël, Monod, Edebohls, Pousson, Routhier, Gersser, Lienthal, Le Nouène). Les uns ont pratiqué la néphrectomie; les autres la néphrotomie double, d'autres encore, la décapsulation du rein. De ces faits semble découler la conclusion que, dans les néphrites doubles, la néphrotomie soit simultanée, soit successive des deux reins peut amener la guérison.

S'agit-il de néphrite aiguë sans abcès non consécutive à une infection vésicale, l'intervention chirurgicale s'impose encore dans certains cas: "dirigée contre la néphrite subaiguë, elle aura pour but d'empêcher l'évolution vers le mal de Bright; entreprise au cas d'infection aiguë, elle lutte contre le processus grave qui altère profondément le rein et l'état général." Aussi Harrison a-t-il pratiqué la néphrotomie dans trois cas de néphrites médicales (scarlatineuse, grippale, a frigore). Hœber est intervenu de même dans un cas de néphrite grippale, Engelbach dans une néphrite consécutive à la lithiase rénale: ces cinq cas de néphrites hémotogènes traités par la néphrotomie ont tous guéri, fait important, et dont il convient de faire ressortir la signification pratique.

L'intervention chirurgicale est donc légitime dans certaines lésions rénales: "Il ne saurait être question d'intervenir dans tous les cas de néphrite. Le plus souvent, après une maladie infectieuse, en face de l'albuminurie accompagnée de fièvre, le traitement médical conserve tous ses droits. De même l'infection rénale qui se déclare au cas de cystite ou de lithiase doit d'abord être soignée par les moyens thérapeutiques ordinaires. Mais, si les symptômes, au lieu de rétrocéder, s'aggravent ou même persistent, il peut y avoir avantage à ne pas trop attendre et à intervenir avant que la résorption des toxins n'ait transformé en cachexie urinaire cet état de demi-santé. Les interventions proposées, quand elles sont pratiquées sur des malades en état de supporter une opération, n'ont pas une gravité excessive. Les opérations diverses (néphrectomie, néphrotomie, etc.) ne peuvent donc être condamnées d'avance dans les cas d'infection rénale."

Quelle doit être la nature, quel doit être le but de cette intervention?

Il est facile de comprendre les succès obtenus par la néphrectomie. Cette opération radicale enlève avec la glande le foyer infectieux et, si le rein congénère peut suffire désormais à la fonction, le

résultat de l'intervention est heureux; la néphrotomie se propose de diminuer la congestion et la tension intra-rénale; enfin, l'incision du rein en faisant disparaître ou en diminuant la mise en tension qui paralyse la glande, rend celle-ci apte à reprendre sa fonction éliminatrice en même temps qu'elle la met en état de résister au processus infectieux.

A ces diverses tentatives chirurgicales, on a fait un certain nombre d'objections. La première est tirée de la bilatéralité des lésions. "Les néphrites infectieuses sont très souvent doubles et la bilatéralité des lésions rend le traitement chirurgical inutile et dangereux." A cette objection, M. Le Nouène répond que les lésions infectieuses peuvent n'exister que d'un côté, qu'elles ne sont pas forcément bilatérales. Du reste, l'infection rénale fût-elle double tout traitement chirurgical ne doit pas être abandonné, et, sans parler de la néphrotomie bilatérale, il est logique d'admettre que l'on peut, par l'incision de l'un des reins, combattre la septicémie rénale, même quand l'autre rein est atteint.

Une seconde objection consiste dans la difficulté de savoir sur quel rein faire porter l'intervention. Certes, dans les formes très graves ou prolongées de l'infection, il peut être difficile de se décider. Mais ce sont là des cas exceptionnels, et, le plus souvent les signes cliniques indiquent à l'opérateur quel est le rein malade.

Le choix de l'intervention est toujours assez délicat. La néphrectomie est plus radicale, mais aussi plus meurtrière, la néphrotomie est "si peu grave qu'elle peut être pratiquée comme simple moyen d'exploration". Aussi l'auteur préfère-t-il cette dernière opération qui, tout en étant suffisante, comporte une gravité moindre et permet, pour l'avenir, la conservation précieuse d'une partie du parenchyme rénal.

"Réservez la néphrectomie pour les cas exceptionnels où le rein, profondément altéré, semble incapable d'accomplir en partie ses fonctions et où le congénère est sain, il faut adopter la néphrotomie quand il y a lieu d'intervenir dans les infections rénales aiguës."

Encouragés par les résultats du traitement chirurgical dans les néphrites aiguës, les spécialistes ont osé s'attaquer au mal de Bright qu'ils ont traité surtout par la néphrotomie et par la décortication, exceptionnellement par la néphrectomie.

C'est Pousson qui, le premier, intervint de parti pris par l'incision rénale contre les lésions de la néphrite chronique. Pratiquée sur des sujets dont l'état était toujours très grave, le plus souvent en pleine urémie, la néphrotomie a été suivie de mort deux fois sur six; dans les quatre autres cas, elle a procuré une amélioration considérable qui a pu, cliniquement, être considérée comme une véritable guérison.

La décortication du rein dans les néphrites chroniques a surtout été proposée par Edebohls. Sans attendre les symptômes alarmants du mal de Bright, cet auteur incise la capsule propre, la sépare du parenchyme, la résecte ou la récline. Pratiquée par Ferguson, Edebohls, Ramon, Guiterne, Le Nouène, la décortication des reins paraît une opération bénigne et capable d'améliorer pour un

certain temps l'état du malade. Les opérations tentées contre le brightisme sont donc légitimes, et il sera peut-être utile, dans les cas désespérés, d'y recourir sans retard.

(Gaz. des Hôp.)

----- : o : -----

Therapeutique et Mat. Medicales

TRAITEMENT DES ADENITES TUBERCULEUSES.

On est appelé à rencontrer des formes très différentes d'adénites bacillaires; on sait qu'il n'y a pas un traitement unique, qui convienne à toutes les modalités cliniques de la tuberculose ganglionnaire.

Nous allons schématiser les indications thérapeutiques que comportent les différents cas.

Rappelons d'abord quelques notions d'anatomie pathologique, connues de tous. Ces données sont nécessaires pour classer les méthodes de traitement.

Quand un ganglion commence à se tuberculiser, il s'hypertrophie d'abord simplement, sans changer ses rapports avec le tissu cellulaire voisin; il reste mobile; ces modifications sont à peine visibles au microscope.

A une période plus avancée, de petits points de ramollissement éclatent dans le ganglion. Ces foyers caséux se réunissent pour former une poche qui occupe une plus ou moins grande partie de la glande.

Plus tard encore, les rapports du ganglion avec les organes voisins se modifient. Il contracte des adhérences. Le foyer de caséification devient un véritable abcès qui n'est plus entouré que par une mince coque ganglionnaire.

A une période ultime, la coque crève, l'abcès se vide dans le tissu voisin. Ce nouvel abcès péri-ganglionnaire s'ouvre lui-même à l'extérieur; une fistule est ainsi créée, qui est entretenue par les restes du ganglion.

Au point de vue thérapeutique, nous aurons à compter avec ces quatre formes anatomiques différentes.

Nous allons d'abord énumérer les méthodes de traitement d'une façon rapide, puis nous verrons dans quels cas précis chacune d'elles peut être utilisée.

Un premier mode de traitement consiste à soigner exclusivement l'état général du malade; on règle l'hygiène, et on use d'agents médicamenteux que l'on associe et que l'on varie (iode, arsenic, fer, corps gras, phosphate de chaux, etc.), mais l'élément le plus actif de ce traitement médical consiste dans l'aération et la suralimentation... C'est incontestablement le traitement maintenu qui de tous les autres traitements médicaux, est le plus efficace.

Puis, à côté du traitement médical, il faut ranger un certain nombre de petits procédés locaux. Nous les énumérons par hasard: révulsions cuta-

nées, application de pommades résolatives, électrolyse intra-ganglionnaire, injections interstitielles. De tous ces moyens, un seul vaut la peine d'arrêter l'attention: c'est le procédé des injections interstitielles.

Pour faire ces injections, on peut employer: de la teinture d'iode, u nitrate d'argent, du chlorure de zinc, de la liqueur de Fowler, une solution iodo-iodurée, de l'éther iodoformé, du naphthol camphré. Le maniement de l'éther iodoformé demande quelques précautions. En piquant un petit ganglion mobile, on peut le transpercer d'outre en outre, injecter de l'éther dans les tissus cellulaires péri-ganglionnaires et produire un emphysème ennuyeux, ou encore du sphacèle de la peau.

Ces injections se font d'une façon très simple quand les ganglions ne sont pas suppurés. Ils nécessitent au contraire, une ponction évacuatrice préalable quand les ganglions sont suppurés.

Un troisième procédé de traitement consiste dans l'incision des ganglions caséux et dans le curettage des parois du ganglion creusé par la fonte tuberculeuse.

Enfin, un quatrième mode de traitement consiste dans l'extirpation des ganglions dégénérés.

En somme, nous avons à notre disposition quatre procédés:

1. Le traitement médical;
2. Les injections interstitielles;
3. L'incision suivie de curettage;
4. L'extirpation.

Voyons quand et comment, chacune de ces méthodes doit être employée.

Le premier cas à considérer est celui dans lequel les ganglions pris sont simplement hypertrophiés et ne sont pas caséux.

La conduite est assez simple lorsqu'un petit nombre de ganglions sont pris. Il faut se servir du traitement médical, qui donne presque toujours gain de cause. Lorsqu'on aura pas obtenu de résultats par son emploi, doit-on faire des injections interstitielles ou pratiquer l'extirpation?

Les injections interstitielles pourront donner la guérison, mais elles demandent à être répétées un grand nombre de fois, de sorte que cette guérison devra être attendue très longtemps. De plus, l'injection de substances irritantes dans un ganglion déjà malade, peut être le point de départ d'une abcédation rapide, qui détermine de la péri-adénite et une fistule. L'abcès peut être encore guéri par les injections, qui sont en partie la cause de son apparition. Cela n'en constitue pas moins une complication, qui rend les injections interstitielles peu recommandables, dans le cas d'adénites non caséuses.

Donc, toute adénite non caséuse discrète, qui a résisté au traitement médical, doit être de préférence traitée par l'extirpation.

Doit-on suivre la même méthode quand l'hypertrophie ganglionnaire a envahi en masse toute une région lymphatique? Cet envasement en masse correspond à ce que les anciens auteurs appelaient le "lymphadénome bénin"; à ce que Trousseau appelait "adénie", par opposition à "leucocythémie ganglionnaire". Ce lymphadéno-

me bénin, contrairement au lymphadénome malin, n'adhère pas aux organes profonds et ne les altère pas. Ce fait a une grande importance pour le choix de la méthode thérapeutique.

Doit-on compter beaucoup sur le traitement médical pour la cure de ce lymphadénome bénin ? Il est rare qu'on arrive à un résultat ; il faut cependant le tenter.

Les injections interstitielles sont-elles efficaces ? Ce que nous avons dit des résultats obtenus par ces injections, dans le cas d'hypertrophie portant sur un ou deux ganglions, suffit pour faire comprendre combien ce procédé thérapeutique doit être long et même inefficace dans le cas de lymphadénome bénin.

Il ne faut, bien entendu, pas parler d'incision avec grattage. Il ne nous reste donc plus que l'extirpation. C'est, pour ce cas, le procédé de choix. Cette méthode trouve ses indications, d'une part, dans l'insuffisance des autres méthodes, d'autre part, dans la facilité avec laquelle il peut être pratiqué étant donné que les ganglions n'adhèrent pas entre eux est qu'ils n'adhèrent pas aux organes de voisinage.

(Ann. de Thérap.).

(A Suivre.)

— o o : —

TRAITEMENT DE LA PHLEBALGIE. L'EFFLEURAGE DES VEINES.

par M. le Dr Hannequin.

La phlébalgie ou irritabilité veineuse est presque exclusive aux neuro-arthritiques. Elle se traite par les bains tièdes et l'effleurage des veines.

Les "bains" seront donnés prudemment, au-dessous de 37, et ne dépasseront pas une demi-heure. Leur action est éminemment calmante.

"L'effleurage des veines" se fait en dehors de toute poussée phlébitique, sur les veines douloureuses et les parties adjacentes.

Le "modus faciendi" diffère selon que la douleur siège sur toute la veine ou sur une partie limitée.

Quand elle siège sur toute la veine, sur la saphène par exemple, on promène les deux mains tout doucement et alternativement de bas en haut sur les parties interne et postérieure de la jambe, au niveau des veines douloureuses, en ayant soin de n'enlever une main qu'après avoir appliqué l'autre.

Quand la douleur siège sur un segment limité, il est préférable de n'employer qu'une main que l'on promène de "bas en haut" sur la veine douloureuse.

Si la douleur est très vive, l'effleurage sera fait dans le bain.

Un effleurage bien fait amène presque toujours la disparition complète des douleurs ou tout au moins une amélioration considérable.

(Revue de Cinésie).

— : o : —

DERMATOLOGIE

TRAITEMENT DE LA VERRUE PLANE SEBORRHEIQUE.

On peut employer tout d'abord, en pareil cas, des savonnages avec la préparation suivante:

- Naphtol..... ââ 5 grammes.
- Camphre.....
- Résorcine..... 3 grammes.
- Soufre..... 5 à 10 grammes
- Savon noir q s. pour faire 100 grammes. 6

Après le savonnage, fait le soir, suivi d'une lotion boratée, on applique une pommade desquamante forte comme celles qu'on emploie pour l'acné, et le matin, après le lavage, on applique une pommade calmante. On recommence ainsi plusieurs soirs de suite si la peau n'est pas trop irritée. La lésion ne disparaît pas complètement mais elle ne se voit presque plus.

Un deuxième moyen de traitement consiste dans l'emploi de collodion au sublimé, au 50e ou au 100e mais cette préparation qu'on applique après un lavage à l'éther et à l'alcool, est assez irritante. La formule suivante peut être utilisée:

- Acide salicylique..... ââ 1 gramme.
- Acide lactique.....
- Collodion élastique..... 8 grammes

On fait les badigeonnages cinq à six jours de suite.

Enfin, on a pu employer dans certains cas particuliers l'électrothérapie avec succès (courants de haute fréquence).

(Anna. de Thérap.)

— : o : —

DERMATOSE CHLORIQUE ELECTROLYTIQUE (ACNE CHLORIQUE).

Sous ce vocable, le docteur Paul Fumouze vient de réunir, sur les conseils de M. Hallopeau, tous les cas connus d'une dermatose professionnelle dont la première observation a été publiée, en 1899, par Herxheimer (de Francfort). Cette affection est due au nouveau procédé de fabrication du chlorure de sodium ou du chlorure de potassium. Ce procédé est exploité en France à l'usine de la Motte-Breuil, près Compiègne.

Dans un atelier d'électrolyse du chlorure de sodium, il peut se former bien des réactions. Les produits de dégagement que l'auteur incrimine sont les vapeurs blanches, chaudes, qui sortent des bacs et se répandent dans l'atelier; elles engendrent de l'hypochlorite de soude à l'état naissant. L'action interne et externe de l'hypochlorite de soude sur l'organisme des ouvriers provoque la maladie; les symptômes complémentaires sont dus au chlore,

Cette dermatose est une acné. Il s'y adjoint des phénomènes de conjonctivite, de bronchite, de laryngite. La tuberculose se greffe ultérieurement sur l'organisme profondément débilité.

Trois planches en couleurs rendent d'une façon saisissante:

L'état du facies—peau noircie, rugueuse, pachydermique, hérissée de comédons, nodosités, pustules, kystes sébacés; yeux rouges, entourés d'un cercle rouge vif; cheveux clairsemés;

L'état du dos, extraordinairement atteint (comédons, nodosités, kystes sébacés, papules, taches taches pigmentées, cicatrices);

L'aspect des organes génitaux couverts de kystes sébacés jaunâtres, gros comme des noisettes.

Ces caractères rappellent les symptômes des éruptions artificielles dues au goudron, à l'huile de hêtre, à l'huile de fragon, à l'huile de cade, à la paraffine, au pétrole, au brome, au bromure de potassium, à l'iode de potassium.

Après un à deux ans de travail à l'usine, l'ouvrier n'est plus, dit l'auteur, qu'un débris sans utilité pour la société. Il ne peut plus travailler nulle part, non seulement à cause de son affection cutanée, mais encore à cause de la débilité de ses forces. La dermatose continue à se développer plusieurs mois après la suppression de la cause.

Les traitements échouent: la vie au grand air est seule efficace.

L'auteur conseille les moyens prophylactique suivants: aérer l'atelier, recueillir les gaz nuisibles, enduire le visage, les mains de vaseline; lavages à l'eau acidulée sulfurique à 1/1000; interdire l'alcool; distribuer gratuitement du lait, etc.

(Anna de Thérap.)

GYNECOLOGIE

LA LEUCOPLASIE DU COL DE L'UTERUS; SES RAPPORTS PROBABLES AVEC LA SYPHILIS ET L'EPITHELIOMA.

La leucoplasie de la langue et de la muqueuse buccale est bien connue, relativement assez fréquente; plus rare celle de la muqueuse vaginale et de la vulve.

La leucoplasie du col de l'utérus est encore plus rare ou, du moins, elle a passé inaperçue, car je ne l'ai vue signalée nulle part, et j'ai vainement demandé à beaucoup de collègues, cependant très expérimentés, s'ils l'avaient observée.

Elle existe pourtant; j'en ai observé un cas qui m'a paru très instructif, ce qui m'a déterminé à le rapporter en quelques mots. Deux faits, que je dois à l'obligeance de M. Labadie-Lagrave, présentent le même intérêt.

Car, et c'est là le but de ma communication, ils établissent que la leucoplasie du col utérin, comme celle de la langue et de la muqueuse buccale,

semble avoir des rapports de parenté avec l'épithélioma sûrement, avec la syphilis peut-être.

La leucoplasie, surtout depuis quelques années, qu'elle siège à la langue, à la bouche ou à la vulve, est devenue suspecte: on l'accuse, à bon droit souvent, de cacher des noirceurs sous sa robe d'un blanc nacré.

Quand elle siège sur le col utérin, doit-elle être de même suspectée et surveillée? Les observations suivantes semblent concluantes à ce point de vue.

Et comme la leucoplasie du col serait, d'après ces faits, un signe de début, ou plutôt un signe prémonitoire de l'épithélioma du col ou du corps de l'utérus précédant de très longtemps l'éclosion du cancer, l'annonçant, pour ainsi dire, plusieurs années à l'avance, je crois qu'il serait vraiment très intéressant d'appeler l'attention sur elle.

J'ai été appelé il y a deux ans et demi à examiner une dame d'une cinquantaine d'années dans les conditions suivantes:

Cette malade était sujette depuis déjà quelques mois à des hémorragies abondantes qui venaient à l'occasion des règles.

Les périodes menstruelles étaient devenues irrégulières: quelques-unes déterminaient des hémorragies qui duraient jusqu'à huit, dix, quinze jours même et qu'on avait grand-peine à arrêter. Dans le courant de l'été il y en avait eu trois. La malade était très affaiblie, très anémiée et aussi très inquiète.

Femme bien portante jusqu'alors, ayant eu six enfants, en ayant nourri plusieurs, avec nombreuses fausses-couches. Syphilis probable. Sa mère est morte vers la cinquantaine d'un cancer de l'utérus.

Le médecin qui la soigne, un gynécologue de valeur, après avoir essayé en vain un certain nombre de petits moyens, parle d'une intervention chirurgicale. Elle n'en veut à aucun prix, préférant mourir, etc.

Comme phénomènes fonctionnels la malade ne présente rien absolument; aucune perte, aucune odeur, aucune douleur; une certaine pesanteur du côté du bas-ventre et des reins, c'est tout.

Le corps de l'utérus est petit, de consistance normale et mobile.

Mais la muqueuse du vagin et les ligaments sont très lâches; rien dans les cul-de-sac.

Le col est gros, allongé, infiltré, mais de consistance molasse; pas de noyaux, ni d'induration. Les lèvres sont un peu entr'ouvertes et renversées; à l'orifice, de petits bourgeons saignent facilement.

Sur la surface antérieure du col il y a deux plaques d'un blanc nacré, offrant absolument l'aspect de la leucoplasie linguale, ovalaires, lisses, brillantes, comme peintes au vernis sur la muqueuse: sans daillie, ni sillon de séparation.

Elles sont placées à cheval sur la face antérieure. La plus grande, de la dimension d'une pièce de 2 francs, occupe le milieu de la face antérieure; l'autre, grande comme une pièce de 50 centimes, est un peu à droite;

En interrogeant l'entourage de la malade, j'appréhends que les deux plaques existent depuis longtemps, depuis plusieurs années; plusieurs médecins

les ont constatées sans y attacher, au reste, d'importance; elles n'ont pas changé de place, ni de dimensions, depuis au moins cinq ou six ans.

Ce ne sont pas des cicatrices. Jamais il n'a été pratiqué de cautérisations. Au reste, leur surface, absolument égale et lisse, prouve bien qu'elles ne sont pas de nature cicatricielle.

Ne trouvant, en somme, rien qui presse, j'ordonne un traitement très simple (injections chaudes, repos), et demande à revoir la malade de temps en temps.

(Gaz. de Gynéco.)

(A Suivre.)

— : o o —

OPHTALMOLOGIE

ACTION DES MEDICAMENTS SUR LA PUPILLE, L'ACCOMODATION ET LA TENSION INTRA-OCULAIRE.

(Madrid.)

L'auteur a fait des recherches sur l'action de l'atropine, de la duboisine, de la scopolamine, de l'homatropine, de l'euphtalmine et de la cocaïne. Voici brièvement résumés les résultats qu'il a obtenus:

Atropine.—Une goutte de solution à 1 o/o. Début de l'action de dix à 15 minutes. Maximum au bout d'une demi-heure. Décroissance le troisième et les jours suivants. Durée totale observée dans un seul cas; dix-sept jours (cas de décollement de la rétine).

Duboisine.—Début avant quinze minutes. Maximum après vingt à quarante minutes. Décroissance en général à partir du second jour. Durée totale (dans deux cas suivis): de onze à treize jours.

Scopolamine.—Début dix à quinze minutes. Durée totale de trois à cinq jours.

Homatropine.—Décroissance le même jour. Durée totale de un à trois jours.

Euphtalmine.—Début de dix à quinze minutes. Maximum d'une demi-heure à une heure. Décroissance le même jour. Durée totale d'un jour, quelquefois moins, quelquefois plus, mais ne durant jamais deux jours. Une goutte de la solution de chlorhydrate à 1 o/o. Avec une solution plus concentrée les résultats sont à peu près égaux.

Cocaïne.—Début de cinq à vingt minutes. Maximum de seize à quarante-trois minutes. Décroissance en général après une heure. Durée totale ne dépasse pas un jour.

En résumé, le début pour tous les mydriatiques commence entre dix et vingt minutes.

Le maximum a lieu d'une demi-heure à une heure.

La durée totale est très variable.

Atropine.—dix-sept jours, dans le seul cas observé jusqu'à la fin.—**Duboisine,** onze à treize jours.

—**Scopolamine,** trois à cinq jours.—**Homatropine,** un à trois jours.—**Euphtalmine,** un à deux jours.—**Cocaïne,** quelques heures, ne dépassent jamais un jour.

Le nombre de gouttes instillées simultanément n'a pas d'importance, mais celui des gouttes instillées après intervalles paraît augmenter l'effet.

Relativement à l'action sur l'accommodation, l'auteur n'a pas d'observations précises, mais il croit que tous les mydriatiques paralysent plus ou moins l'accommodation.

De même pour la tension intra-oculaire. Il a vu se produire une attaque de glaucome après mydriase par l'euphtalmine.

La scopolamine paraît particulièrement toxique.

(Arch. de Méd. et de Chir. Spéc.)

— : o : —

TRAITEMENT DES KERATITES.

Par M. le docteur Herzen.

KERATITE SYPHILITIQUE.

1. Frictions mercurielles, injections de sels de mercure, iodure de potassium, 4 à 6 gr. par jour.

2. Insufflations dans l'œil malade de poudre de calomel.

3. Faire 2 ou 3 instillations par jour du collyre suivant:

Sulfate d'atropine..... 5 centigr.
Eau distillée..... 10 grammes.

En cas de légère vascularisation de la cornée: application de compresses chaudes boriquées à 40 degrés, répétée six fois par jour et pendant 20 à 30 minutes chaque fois. En cas de vascularisation intense: supprimer les compresses.

Dans la forme torpide: prescrire la pomnade à l'oxyde jaune avec massage de l'œil suivant la méthode de Pagenstecher, ou bien recourir aux douches de vapeur avec l'appareil de Lourenço, pendant 5 minutes tous les matins (Trousseau).

KERATITE PONCTUÉE.

Si le malade est atteint de blennorrhagie; instituer le traitement général et local de l'urétrite.

En cas de diathèse rhumatismale: administrer le salicylate de soude, la salipyrine.

Au début: 1. Installer le collyre à l'atropine pour éviter les complications iriennes, mais si l'iris reste sain, préférer l'usage du collyre à l'ésérine pour diminuer la tension toujours accrue dans ces cas, ainsi que pour diminuer la sécrétion de l'humour aqueuse.

2. Appliquer un bandeau compressif.

3. Exceptionnellement pratiquer la ponction de la chambre antérieure.

KERATITE SUPPUREE.

1. Donner issue au pus.

2. Si le foyer occupe seulement la cornée, l'ouvrir largement avec un couteau de Graefe.

3. En cas d'abcès circonscrit et indolent: appliquer des compresses boriquées chaudes à 40 degrés pendant plusieurs heures dans la journée.

Faire en même temps de fréquents lavages avec une solution de sublimé à 1 p. 3,000;

5. S'il y a des signes d'iritis: recourir aux instillations d'atropine.

Dans le cas contraire, mieux vaut employer les collyres à l'ésérine ou à la pilocarpine.

Chlorhydrate de pilocarpine..... 5 cents.

Eau distillée..... 5 gr.

7. En cas de perforation imminente: ouvrir l'abcès avec la pointe du thermocautère ou du galvanocautère;

S'il y a hypopyon: diviser la cornée dans son tiers inférieur, et si le pus est épais, l'extraire avec la curette.

Mettre ensuite sur l'œil des compresses chaudes et légèrement antiseptiques;

8. En cas de kératite suppurée diffuse: insister sur les instillations du collyre à l'ésérine, sur les lavages antiseptiques. Soupoudrer d'iodoforme la surface de la cornée et appliquer un bandeau compressif.

(Arch. de Méd. et Chir. Spéc.)

: o o

MALADIES VENERIENNES

MODE D'EMPLOI DU SALICYLATE DE SOUDE DANS LE RHUMATISME BLENNORRHA- GIQUE.

On admet généralement que le salicylate de soude, tout en étant un véritable spécifique du rhumatisme articulaire aigu franc, reste à peu près complètement inefficace contre les manifestations rhumatismales de la blennorrhagie. D'après M. le docteur M. Bockhart (de Wiesbaden), cette opinion ne serait rien moins que justifiée et tiendrait tout simplement à la façon défectueuse dont on administre le médicament en question: employé pendant plusieurs jours à la même dose, sans aucune interruption, le salicylate de soude ne produit qu'une amélioration tout à fait passagère. On obtiendrait, par contre, d'excellents résultats en procédant de la manière suivante: on commence par donner, le premier jour, de 8 à 10 gr. de salicylate, en cachets de 1 gr., le lendemain la dose est réduite à 6 gr.; puis on suspend l'usage du médicament pour le reprendre au bout de deux jours, à la dose quotidienne de 6 gr. Après 48 heures de traitement, on fait une nouvelle interruption de trois jours et on reprend ensuite la médication, en ayant soin d'abaisser chaque prise de 0 gr. 50 cent., sans que la quantité journalière soit cependant inférieure à 4 gr. On continue à alterner de la sorte les périodes de traitement et celles de repos jusqu'à guérison complète ou, tout

au moins, jusqu'à disparition des douleurs dans les jointures atteintes.

M. Bockhart a eu l'occasion de traiter ainsi 65 cas d'arthrite blennorrhagique, dont 42 épanchements gonococciques simples et 23 tuméfactions de la capsule et des tissus péri-articulaires, avec ou sans exsudats dans la jointure. Chez 5 patients, le salicylate de soude n'a paru influencer en rien les troubles morbides; mais chez les 60 autres, la guérison complète s'est établie dans l'espace d'une à trois semaines pour les simples épanchements articulaires, et au bout d'un à deux mois dans les cas d'arthrite grave, résultats que notre confrère n'avait jamais observés lorsqu'il n'employait pas encore le salicylate de soude.

(Anna. de Thérap.)

: o o

BIBLIOGRAPHIE

L'urologie et les médecins urologues dans la médecine ancienne. Gilles de Corbeil, sa vie, ses œuvres, son poème des urines, par M. le Dr C. Vieillard, avec préface du Professeur R. Blanchard, membre de l'Académie de Médecine. Un volume grand in-8o de 400 pages, avec 38 figures dans le texte broché: \$3.00 (F. R. de Ru-deval, éditeur, 4 rue Antoine Dubois, Paris.)

Comme le fait remarquer le professeur R. Blanchard, dans la préface magistrale qu'il vient d'écrire pour le livre de M. Vieillard, cet ouvrage qui ne semble s'occuper que de l'Urologie et des Médecins Urologues dans la médecine ancienne, présente en réalité un tableau saisissant et complet des doctrines et surtout des mœurs médicales du Moyen Age.

A ce titre, ajoute le savant professeur, il s'adresse à tous ceux, médecins et artistes, qui trouvent un charme pénétrant à revivre le passé..., ils prendront à sa lecture un plaisir extrême et sauront gré à l'auteur d'avoir rassemblé tant de documents épars et d'avoir résumé en un tableau si vivant et si fidèle, la pratique et les doctrines de ceux qui nous ont précédés dans la carrière médicale.

Au surplus, ces investigations dans le passé obscur du Moyen Age médical réservent plus d'une surprise et plus d'un attrait au chercheur avisé; souvent où l'on ne croyait trouver que des doctrines surannées et puériles, on rencontre un jet de lumière qui surprend et un sens moral qui confond. C'est bien l'impression qui se dégage en particulier de cette belle figure médicale du XIIe siècle que fut Gilles de Corbeil, le médecin de Philippe-Auguste.

L'étude, si documentée et si remplie de curieux détails que lui consacre M. Vieillard suffirait à classer son livre comme un des ouvrages à la fois les plus instructifs et les plus attrayants qu'on puisse signaler aux esprits cultivés et à ceux que touchent les beaux sentiments noblement exprimés. On ne se serait certes pas attendu à trouver ces époques réputées barbares, une telle envolée de pensée mêlée à une naïveté d'expression aussi gracieuse, et il faut

remercier M. Vieillard d'avoir fait revivre cette belle et originale figure si injustement oubliée.

Ajoutons enfin que le livre de M. Vieillard est luxueusement édité, que les reproductions d'images et de texte y abondent et surtout qu'une documentation impeccable en fait à fois un ouvrage des plus utiles à consulter et des plus agréables à lire; à ce double point de vue, il a sa place marquée dans la bibliothèque de tous les gens lettrés et de tous ceux que passionnent les hommes et les choses du passé.

—: o: —

FORMULAIRE

COR ET DURILLON.

Ramollir le cor en le recouvrant d'un morceau de flanelle enduite de savon noir additionné d'un peu d'esprit de vin. Racler ensuite avec une curette ou un canif.

On peut aussi appliquer tous les soirs, pendant huit jours, sur le cor une couche du collodion suivant:

Extrait alcoolique de cannabis indica... .. 50 cent.
Acide salicylique..... ..

ââ 1 gr.

Alcool à 90 deg..... ..
Ether à 72deg..... .. 2 gr. 50
Collodion élastique..... .. 5 gr.

F. S. A. (Vigier.)

Le huitième jour, bain de pied chaud et prolongé dans lequel, avec l'ongle ou un grattoir, on détache la masse de collodion, lavuelle entraîne avec elle la plus grande partie sinon la totalité du cor. Si c'est nécessaire on recommence.

Remède vulgaire et assez efficace: mettre sur le cor des rondelles de citron pendant une ou plusieurs nuits de suite.

Encore collodion cantharidé, emplâtres à l'acide salicylique.

N'employer les divers caustiques qu'avec une extrême prudence.

Encadrer les cors très douloureux dans des anneaux spéciaux en amadou ou en caoutchouc (corn-plaster). Quand le cor siège entre les orteils, l'isoler au moyen d'un linge fin ou d'une d'ouate saupoudrière de tannin, d'alun ou d'oxyde de zinc.

Certains auteurs recommandent de procéder ainsi:

1. Humecter le durillon avec une solution concentrée d'acide salicylique dans l'alcool;
2. Le recouvrir d'acide salicylique pulvérisé, puis d'un peu d'ouate salicylique pulvérisé, puis d'un peu d'ouate salicylée et d'un enduit imperméable;
3. Renouveler le pansement tous les quatre ou cinq jours, sauf si inflammation; alors s'arrêter. Au bout de huit à quinze jours, détacher le durillon après un bain chaud.

Durillon forcé: incision précoce, même traitement qu'un abcès.

(Jour. de Méd.)

—: o: —

LES TAENICIDES CHEZ LES ENFANTS.

La veille du jour où sera donné le taenifuge, l'enfant sera mis au régime lacté. Le lendemain matin au réveil, le taenifuge. Deux heures après, 15 à 20 grammes d'huile de ricin. L'enfant ira à la garde-robe sur un vase rempli d'eau tiède jusqu'aux bords:

Comme taenifuge:

Extrait éthéré de fougère mâle..... 4 gr.
Gomme arabique pluv..... 4 gr.
Sirop éther..... 40 gr.
Eau distillée de menthe..... 100 gr.

A prendre en une ou deux fois. ou bien:
Poudre de fleurs de kouso..... 10 à 15 gr.
Sucre..... 20 à 30 gr.

Sous forme de granules sucrés.
ou bien

L'écorce fraîche de racine de grenadier a fourni un nombre de succès.

Ecorce de racine de grenadier..... 40 à 50 gr.

Faire macérer douze heures.

Faire bouillir ensuite; réduire à 200 grammes.

Passer et ajouter:

Sirop d'éther..... 40 gr.
Sirop menthe..... 40 gr.

A prendre le matin à jeun.

Si l'écorce de grenadier n'est pas fraîche, mieux vaut s'en tenir à l'extrait éthéré de fougère mâle.

(Jour. Méd. de Paris)

—: o: —

NOUVELLES.

Naissances.

—A St-Henri de Montréal, le 17 de ce mois l'épouse de M. le Dr A. A. Bernard, un fils.

Mariage.

—A St-Philemon, comté de Bellechasse, M. le Dr Joseph O. Schiller, conduisait à l'autel mademoiselle Marie Blanche Bernadette Levesque.

L'heureux couple est parti pour un voyage.

Nos meilleurs souhaits.

Nécrologie.

—En cette ville, le 20 courant, à l'âge de 8 mois et 21 jours, Wilfrid-Raymond-Laurent, enfant du Dr B. Bonnier, No 307 Ste-Catherine.

—En cette ville, le 12 de ce mois, l'épouse de feu le Dr Édouard A. Poitevin.

—A Missona, Montana, est décédée l'épouse de M. le Dr J. A. Tremblay.

Nos sympathies.

—: o: —

SUPPLEMENT

ENFANTS TUBERCULEUX.

par M. le Dr Georges Petit (de Paris).

(Suite et fin)

OBS. IX.—T..., 9 ans. Antécédents bacillaires chez les collatéraux. Pleurésie avec épanchement, amaigrissement considérable, sueurs nocturnes. On pratique plusieurs ponctions qui permettent de constater la présence des râles humides dans le poumon gauche en arrière. Souffle intense à la base droite. Micropolyadénopathie trachéo-bronchique. Les symptômes cliniques et le diagnostic sont confirmés par la radiographie.

Traitement : hygiène, vie à la campagne, à l'intérieur Solution Patauberge.

Amélioration notable. Les lésions ont cessé d'évoluer. L'enfant, âgé aujourd'hui de treize ans, est bien portant et tous les hivers il reprend quelque temps la Solution.

OBS. X.—D..., 5 ans. Fillette malingre, rachitique, candidate à la tuberculose. Symptômes d'anémie pernicieuse; tenace et rebelle à tout traitement.

"Le traitement purement antianémique est resté sans résultat". La Solution Patauberge au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté est administrée à haute dose pendant six mois de l'année, c'est-à-dire un mois sur deux.

Après trois mois de ce traitement, l'enfant était méconnaissable, ayant engraisé et grandi. La peau, qui était terne, est devenue rosée. L'hématimètre décèle une augmentation du nombre des globules sanguins.

CONCLUSION.

Des observations qui précèdent, nous concluons :

1. Que la Solution Patauberge, parfaitement tolérée par l'estomac délicat des enfants tuberculeux ou prédisposés à la tuberculose, est exempte des inconvénients qu'on redoute de l'emploi de la créosote chez les enfants ;

2. Qu'elle relève et régularise les fonctions digestives en ramenant l'appétit, en restituant au suc gastrique son acidité (par le chlorhydro-phosphate de chaux), et en exerçant sur toute l'étendue des voies digestives une action antiseptique manifeste (suppression de diarrhée chronique fétide ;

3. Qu'elle constitue enfin un puissant modificateur de la nutrition et du terrain tuberculeux et que son emploi est indiqué chez les enfants menacés de tuberculose, anémies et sujets aux bronchites, comme chez ceux où la tuberculose a déjà évolué.

MODE D'EMPLOI RECOMMANDE CHEZ LES ENFANTS.

La Solution Patauberge "doit toujours être prise dans de l'eau sucrée". Nous recommandons expressément d'ajouter à l'eau sucrée deux cuillères de café pour une de Solution chez les enfants de goût délicat, ainsi que chez les adultes.

: o :

CAS DE NEURALGIE.

Traité par l'Hydro-ferro-cyanate de quinine.

J'ai eu l'occasion depuis quelques mois, de me servir des granules dosimétriques "d'hydro-ferro-cyanate de quinine", soit seuls, soit associés à des granules "d'aconitine j", dans le cas de névralgie du trijumeau, et j'en ai constaté les bons effets. Voici ma première observation :

J'étais appelé, il y a quelques temps, à soigner une jeune fille de dix-huit ans qui souffrait horriblement de névralgies d'origine dentaire; après avoir essayé, sans résultats appréciables, de gargarismes chauds, de potions au bromure de sodium et à la teinture d'aconit, de révulsifs, j'ai donné à cette jeune fille 12 granules "d'hydro-ferro-cyanate de quinine" à prendre dans la journée, en 4 fois, soit 3 granules à la fois, toutes les 3 heures.

Une demi-heure après la première prise, la malade a éprouvé du soulagement, et le lendemain la douleur avait à peu près disparu. Je lui ai conseillé de continuer encore plusieurs jours, jusqu'au moment où l'état de ses dents serait amélioré.

Cette jeune fille ne présentait rien de particulier, si ce n'est que ses règles étaient très abondantes et qu'elle avait des épistaxis fréquents.

Dr Pigeaud.

: o o

MELANCOLIE, INSOMNIE, AFFAIBLISSEMENT DU SYSTEME NERVEUX.

Les quelques lignes qui suivent sont un extrait d'un article du Dr T. P. Fink de Louisville, Ky., paru dans le "Cincinnati Lancet Clinic". "Je suis convaincu que nul autre médicament ne peut donner d'aussi bons résultats dans le traitement de la mélancolie, avec des troubles vaso-moteurs, que l'Antikamnia sous forme de tablettes. Ces tablettes excitent l'appétit, relèvent la tension artérielle, favorise la digestion et soulage tout particulièrement les maux de tête qui accompagnent la neurasthénie. Leur effet bienfaisant est marqué chez les alcooliques, les hystériques et les diverses névralgies surtout les névralgies ovariennes. Les douleurs de l'ataxie cèdent facilement sous l'effet analgésique de l'Antikamnia ainsi que les affections douloureuses des nerfs périphériques, lombago, sciatique, etc.

: o :

FEUILLETON

NELLY BROWN,

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME.

(Suite.)

—Ne pensez-vous pas que cette promenade pourrait vous fatiguer ? lui demanda la jeune fille.

—Moi, s'écria Donald, mais je me porte comme un charme, jamais je ne me suis senti aussi bien ; puis calin ; n'ai-je pas le remède qui doit me guérir et me faire le plus heureux du monde.

Nelly sourit et tous deux s'en furent faire part à Mrs Brown de leur projet.

Ils partirent.

Tout le long de la route ce fut un babil charmant, chanson adorable et folle dont on rit pourtant et que souvent l'on envie.

Tous, nous avons vu par les beaux soirs d'été, les groupes d'amoureux profitant de l'ombre des futaies, ou s'essayant sur les bancs des avenues. D'abord on sourit, puis on devient songeur, on se souvient que nous aussi nous avons passé par là, alors ce sont des réminiscences sans nombre et souvent plus d'un regret. La poitrine se soulève dans un soupir, car notre esprit s'emplit des images du Paradis perdu. On se souvient des heures heureuses, du bonheur enivrant des premiers amours, longs regards entachés de mystères, serrement furtif des mains, mille choses folles et charmantes. On ne rit plus, alors et quelquefois l'on pleure, car l'ombre d'une pensée nous fait entrevoir un être chéri qui n'est plus et dont la mort a fermé à jamais les yeux qui disaient "oui" et les lèvres qui disaient "je t'aime".

Nelly et Donald suivaient lentement la route poussiéreuse qui conduit à Stratford en Avon. Le chemin était désert, sur leurs têtes les arbres séculaires faisaient voûte, les abritant ainsi des ardeurs du soleil.

Donald, le bras perdu autour de la taille de Nelly, regardait le superbe paysage qui se déroulait devant eux.

—Quelle est donc cette forêt que nous

voyons là-bas, de l'autre côté de l'Avon ? demanda-t-il.

—C'est la forêt de Rosedale, répondit-elle, c'est là que Shakespeare allait, dit-on, rêver.

—Elle doit être charmante, si nous allions nous y promener, qu'en dites-vous Nelly ?

—Si cela peut vous être agréable mon ami, allons-y.

Ils s'engagèrent alors sur un petit pont rustique coquettement jeté sur l'Avon et qui conduisait à Rosedale. Ils prirent des sentiers puis marchèrent résolument à travers les bois. Là c'était la solitude absolue, troublée à de rares intervalles par le chant d'un oiseau ou les cris d'un écureuil.

Les arbres étaient si touffus que la lumière en était sombre et sous leurs pieds, la mousse faisait un tapis moelleux. L'air embaumait d'un parfum qui portait étroitement sur les sens, troublant ainsi l'être tout entier.

Nelly se sentait troublée et son bras tremblait en s'appuyant sur celui de Lington.

Quant au jeune homme, il regardait Nelly, une flamma étrange brillant au fond de son regard.

—On dirait, pensait-il, que tout me donne la main, les circonstances et les choses. Enfin je crois que je touche au but.

—Ne croyez-vous pas qu'il serait temps que nous gagnions le chemin de Stratford ? dit Nelly.

—Pourquoi chère aimée, il n'est point tard et l'ombre de ce bois est si frais et les parfums qu'il dégage sont si doux...

—Ces parfums me troublent, répondit-elle, je ne sais ce que je ressens, mais jamais je n'ai éprouvé chose semblable.

—Dites moi ce que vous éprouvez, dit le jeune marin en attirant Nelly plus près encore de lui.

—Je ne sais Donald, mais je vous en prie, quittons ces lieux, rentrons je vous en supplie, par votre amour pour moi, rentrons.

—Voyons Nelly, pourquoi cette frayeur soudaine.

—J'ai peur, dit-elle.

—Peur, vous Nelly, avoir peur— et de quoi ?

—Je ne sais, mais j'ai peur, je tremble.

—Avoir peur lorsque je suis près de vous, avoir peur lorsque mon bras est là pour vous défendre s'il existe du danger. Mais n'êtes-vous pas ma fiancée, demain ne serez-vous pas ma femme ?

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII,

MERCREDI, 30 SEPTEMBRE, 1903,

No. 14

Travaux Originaux

PROPORTIONS ET PROJETS PRESENTES A L'ASSEMBLEE DES MEMBRES DE LA SOCIETE CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE. (1)

Par M. le docteur J. M. Aumont, de Saint-Esprit de Montcalm.

Monsieur le président, monsieur le gouverneur,
Messieurs

Veillez me permettre de soumettre à votre bienveillante attention les propositions suivantes:

Fondation dans la ville de Joliette, d'un laboratoire bactériologique à l'usage des médecins du district de Joliette qui sont en règle avec le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec et notre Association. Pétition à cet effet, par l'intermédiaire de notre gouverneur qui a déjà donné d'ailleurs des preuves de son dévouement dans ce sens, auprès du Bureau du Collège des Médecins et Chirurgiens pour qu'il alloue aux sociétés médico-chirurgicales de chaque district médical, une certaine somme dans un but semblable et tout autre but nécessaire au bon fonctionnement des susdites sociétés médico-chirurgicales. Fondation dans le district de Joliette d'un sanatorium pour les tuberculisables et les tuberculeux.

Résolutions à cet effet devant servir auprès de nos députés du district de Joliette, du Bureau du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, des officiers d'assurance sur la vie, des sociétés de secours

mutuels, des conseils de comté, des municipalités, des manufacturiers, des associations de bienfaisance et des médecins en général.

Guerre aux compagnies de remèdes patentés qui dans leurs annonces sur les journaux et ailleurs ridiculisent et calomnient les médecins et les chirurgiens.

Pétition à cet effet par l'intermédiaire de notre dévoué gouverneur, auprès du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins pour obtenir son concours, et aussi auprès des sociétés médicales des autres districts pour obtenir leur coopération.

Résolutions pour rendre plus efficace l'inspection médicale des immigrants afin d'empêcher ce pays d'être infesté de maladies contagieuses importées.

Pétitions à cette effet aux gouvernements provinciaux et fédéraux, au collège des médecins et chirurgiens aux sociétés de secours mutuel et à tous les intéressés.

Création d'une loi obligeant les fabricants de remèdes patentés à rendre publics les noms des ingrédients dans leurs médicaments. Pétition à cet effet auprès de nos gouvernements et gouverneurs.

Fondation d'un conseil de discipline avec un cours de déontologie médicale.

Voilà, messieurs, les propositions que je vous sou mets bien humblement pour vous les faire disséquer afin d'en obtenir une charpente qui sera durable et acceptable par tous les intéressés. Quant à la première résolution, nous avons pour nous à l'avance tout le bon vouloir et l'influence de notre gouverneur, M. le Dr J. O. Beaudry. Appuyé par tous les médecins du district et par les autres membres du Bureau des Gouverneurs amis du progrès, notre représentant M. le Dr Beaudry, réussira

(1) Assemblée tenue à Joliette le 16 septembre 1903.

d'autant mieux dans ce louable projet dont-il faut, en toute justice, lui accorder la paternité. Une allocation prise sur nos contributions annuelles au Collège des Médecins et Chirurgiens, serait généreusement accordée à nos sociétés médicales de districts.

Au moyen de cette somme, notre société médicale pourrait se procurer un microscope avec lequel les médecins du district pourraient examiner les expectorations de leurs patients supposés tuberculeux, et aussi les autres pièces pathologiques.

Une partie de cette somme pourrait aussi servir à d'autres fins utiles telles que conférences par des professeurs d'université et des maîtres de la science médicale, sur des sujets d'actualité: Ce serait un cours de gradués; aussi achats de livres et abonnements à des revues de médecine.

Une autre partie serait affectée à la désinfection des résidences de tuberculeux indigents du district, et à l'affichage, dans les villes et villages, d'avis défendant de cracher sur les trottoirs et dans les édifices publics.

Une autre partie de cette somme, s'il en restait!!! pourrait servir à aider à la création, dans le district de Joliette, d'un sanatorium pour les tuberculeux. A première vue la fondation d'un sanatorium dans notre district, peut paraître aujourd'hui très difficile à cause des nombreux insuccès de certains de nos confrères beaucoup plus influents que nous tels que les Drs Persilier, Lachapelle, Camille Laviolette, Roddick et autres qui avaient à cœur la construction de ces établissements fermés pour la cure hygie-dietétique de la tuberculose pulmonaire.

Mais les gouvernements, les conseils de comtés, les municipalités, la charité chrétienne, protègent et soutiennent dans des hospices à cet effet les aliénés de toutes sortes, cependant les tuberculeux sont de beaucoup plus dangereux pour le public et méritent autant les secours de tous.

Le conseil d'hygiène serait approuvé de tous, il me semble, s'il ajoutait à la nomenclature des maladies contagieuses que méde-

cins et chef de famille doivent déclarer, la tuberculose pulmonaire.

Si des efforts incessants étaient faits, par tous les intéressés au moyen de circulaires distribuées à profusion et de conférences gratuites par des maîtres de l'art médical, le succès serait sans doute finalement la récompense de ceux qui se seraient dévoués à cette cause d'intérêt vital pour notre peuple.

Suivons ici le louable exemple de la ligue anti-tuberculeuse de Montréal.

Les peuples étrangers ont si bien compris l'importance des sanatoria, qu'il en surgit partout et qu'ils produisent des résultats merveilleux en Suisse, en Allemagne, en Autriche, en Angleterre, en Hollande, en Danemark, Suède et même en Russie. Tous ces pays ont des climats qui ne sont pas plus favorables que le nôtre. Pourquoi alors ne fonderions nous point au Canada de nombreux sanatoriums comme ceux d'Allemagne qui sont soutenus par l'Etat, les comtés, les municipalités, les compagnies d'assurances sur la vie, les sociétés de secours mutuelles, les manufacturiers, les associations de bienfaisance et les médecins en général?

Il ne nous manque pas les sites enchanteurs pour établir des sanatoria d'attitude, sur le modèle de ceux du nord de l'Europe, tout près d'ici, dans nos Laurentides, comme l'a si bien prouvé le Dr Camille Laviolette dans son livre sur ce sujet à propos de la Montagne Tremblante. Il ne nous manque point non plus hélas! les tuberculeux pour remplir immédiatement ces sanatoriums. Il ne manque pas non plus de générosité chez nos gouvernements, puisque le gouvernement de Québec a réservé en 1892 ou 93, une étendue de 14,750 acres de terre et de lacs, comprenant la montagne tremblante où a été érigé le sanatorium qui a été sous la direction du Dr Richer et qui a été détruit par le feu l'hiver passé. Le gouvernement a gracieusement permis aux pensionnaires de ce sanatorium de jouir en toute tranquillité de ce domaine quasi-royal. Il ne manque pas non plus de charité chrétienne dans notre population: nos

édifices religieux et nos œuvres de bienfaisance en sont une preuve évidente.

Que nous manque-t-il donc, Messieurs? Ne serait-ce pas l'esprit d'initiative de notre part nous les médecins? Si, par exemple, notre société médico-chirurgicale adoptait une résolution approuvant et recommandant les sanatoriums et les moyens pour les créer ne serait-ce pas faire œuvre de patriotes ayant à cœur la santé de nos concitoyens? En effet le bien-être d'un pays résulte du bien-être de chacun de ses habitants. Non seulement ces établissements fermés destinés aux tuberculibles et aux tuberculeux seraient précieux au point de vue de la santé de notre population, mais ils le seraient aussi sous le rapport d'économie sociale. (Presse Médicale, Nos. 40, 31, 42, 43, 44.) Le mouvement d'opinion publique qui se fait, depuis nombre d'années, en Allemagne, autour de la question des sanatoriums populaires, est la marque de préoccupations économiques plus encore que thérapeutiques.

C'est par le côté social que le sanatorium, instrument de prophylaxie et de cure de la tuberculose, est devenu le principal rouage de tout un système de prévoyance et d'assistance mis aux mains des sociétés d'assurances contre la maladie et l'invalidité auxquelles la loi fait, aux ouvriers comme aux patrons, obligation de s'affilier. S'étant aperçu que sur 1,000 ouvriers allemands devenus invalides—comme tels passés à la charge des caisses d'invalidité—entre l'âge de 20 à 24 ans, 538 étaient des tuberculeux, l'administration centrale, des assurances de l'Empire contre l'invalidité ne trouva pas de meilleur remède à ce ruineux état de choses que la création de sanatoriums populaires.

En faisant par des médecins, dépister la tuberculose pulmonaire à ses débuts, en faisant connaître à ses ouvriers intéressés le péril qui les guette, la caisse d'assurance contre la maladie soigne en sanatoriums les malades à la minute même de leurs premières atteintes. De cette manière, elle protège compagnons et famille contre la contagion: elle

guérit les malades soumis à temps à la cure hygiéno-diététique, et leur permettant de rentrer à l'atelier, elle décharge d'autant la caisse d'invalidité. Du chef de l'organisation actuelle les caisses d'invalidité ont déjà trouvé moyen de réaliser un bénéfice de plus de un million de marks, résultat qui, pour n'être pas négligeable, apparaîtra énorme, si l'on songe à toutes les contagions évitées aussi bien dans les ateliers que dans les familles.

Nous savons que notre province peut fournir à foison aussi bien et peut-être mieux que bien d'autres pays des endroits favorables à la construction et à l'installation de sanatoria d'altitude; les statistiques allemandes nous ont fait voir les immenses avantages de ces sanatoriums sous le rapport de l'économie sociale; maintenant voyons rapidement la nécessité de ce traitement pour modérer et même peut-être un jour détruire ce hideux fléau de la tuberculose pulmonaire.

(A Suivre.)

— o o: —

Coq-a-l'Ane

ACHYLIE GASTRIQUE.—(Achyliæ gastrica de Einhorn.)—Cette maladie, moins rare qu'on ne le croit, est caractérisée par une absence, ou suspension, de toute sécrétion gastrique. Il n'y a plus de HCl, plus de pepsine, plus de ferment lab, présure. Le contenu stomacal enlevé une heure après le repas d'épreuve, ne donne aucune réaction pour la peptone, la propeptone, HCl, la pepsine ou le lab; la réaction peut être légèrement alcaline ou acide; il n'y a aucune décomposition de la nourriture, aucune odeur, aucune fermentation, aucune bactérie. Cette affection ne doit pas être confondue avec l'anachlorhydrie, ou absence de HCl libre. L'affection est habituellement bénigne. L'estomac conserve sa contractilité: les aliments le traversent dans les trois heures ordinairement. Quelquefois les vomissements sont caractéristiques: Ils surviennent deux ou trois heures après le repas se font avec vigueur et subitement sans prodromes. Par fois tous les symptômes sont in-

testinaux. La maladie semble sous la dépendance d'une névrose.

Dans le traitement, il faut se rappeler deux choses: que la motilité gastrique est conservée et que la digestion intestinale se fait et suffit. Les médicaments sont plutôt nuisibles la pepsine, la pancréatine, HCl, les sucs artificiels, etc., rendent aucun service. S'il y a de l'irritabilité gastrique, le lavage de l'estomac est indiqué. Il faut éviter les substances qui pourraient irriter l'estomac: acides, fruits non mûrs, tomates, épices, etc. La viande est généralement bien supportée ainsi que les œufs crus. Lorsqu'il existe de la flatulence, le lait ne convient pas. Il faut adopter un régime qui convient à la digestion de chaque patient. (H. W. Bettman, in Cincin. Lancet-Clin.)

ACETONE ET ACIDE DIACÉTIQUE COMME CAUSE DES VOMISSEMENTS PERSISTANTS ET RECURRENTS DES ENFANTS.—E. L. Pierson, de Salem, ayant pris connaissance des travaux de Eidsall, de Philadelphie, de Morse, de Boston et de Townsend, s'est mis à rechercher la présence de l'acétone et de l'acide diacétique dans les cas de vomissements chez les enfants. Il rapporte, dans Arch. of Pediatrics, trois cas comme fruits de ses recherches. Il signale l'odeur particulière de l'haleine et des urines. Comme traitement il a administré, avec les meilleurs résultats, le bicarbonat de soude, à dose d'une dizaine de grains—quelquefois 100 grains par jour, ou en assez grande quantité pour maintenir l'urine neutre ou légèrement alcaline. Il donne le soda dans du petit-lait. L'estomac le tolère quand il rejette tout autre chose. Il repudie les corps gras, excepté le beurre frais. Si une attaque est imminente, il supprime le lait et le remplace par du petit-lait, des biscuits et un peu de bœuf râpé.

LES PANARIS ET LES OEUFS.—Voilà que monsieur Whitman, dans le Medical Visitor, qui vient nous assurer que depuis quinze ans il n'a jamais échoué dans la guérison des panaris en employant, non pas la pellicule interne de l'œuf, mais bien l'œuf tout entier: Il perfore l'œuf à sa grosse extrémité assez pour l'introduction du doigt atteint, qui est plongé dans l'œuf; le tout maintenu en place avec un bandage pendant une douzaine d'heures. Si

la guérison n'est pas obtenue par cette seule application, on en fait une seconde.

Nos grand'mères vont jubiler. C'est mieux que "Le Sauveur du Peuple" et l'amputation "en copeau" de 'Tit Coq Quintal, le célèbre raboureur.

LE DIAGNOSTIC PRECOCE DU CANCER DE L'ESTOMAC.—Le professeur Ewald de Berlin, dans une conférence faite à la Buffalo Academy of Medicine, conclu qu'il faut en revenir aux anciennes méthodes cliniques pour ce diagnostic: l'examen attentif de l'abdomen. Il conseille de pratiquer l'examen le patient étant dans un bain tiède, ou après avoir pulvérisé de l'éther sur la région gastrique. L'hypochlorhydrie, l'anachlorhydrie, la présence de l'acide lactique et du bacille d'Oppler-Boas, la réaction de Gluczinski, celle du tryptophan de Glassner—ça, tout ça c'est fallacieux, et...il faut en revenir, après nos illusions, à cette misérable observation clinique que nos jeunes savants dédaignent tant ou respectent si peu. Ohé! ohé! les "ballons"! ...si au moins ils étaient dirigeables, mais il y a si souvent hernie...de vent!

NOUVELLE METHODE POUR FIXER LES COUPES A LA PAVAFFINE SUR LA LAME.—Méthode de Michælis:—Les coupes sont déposées à la surface de l'eau chaude (45 deg.C.) jusqu'à ce qu'elles se soient étalées. Sur la lame, on enlève les gouttelettes d'eau au moyen de papier à filtrer, alors on comprime la coupe avec un morceau de papier à la lettre bien uni; la coupe s'y attache. On taille le papier de la grandeur de la coupe, et après avoir mis une couche du fixatif albumineux sur le porte-objet, on y applique la coupe recouverte du papier et on l'y presse soigneusement. On coagule l'albumine par la chaleur et on fait fondre la paraffine au-dessus d'une flamme. Lorsque la lame est transportée dans le xylol, le papier se détache et tombe au fond. Les coupes ainsi préparées sont parfaitement unies et fermement attachées à la lame. Ce procédé convient bien pour les grandes coupes. (Centr. f. Allg. Path.—J. App. Micros.).

NIRE.

-----:o:-----

CORRESPONDANCES

Saint-Barnabé, 10 septembre, 1903.

M. le Dr M. T. Brennan, rédacteur de "La Revue Médicale" à Montréal.

Monsieur le rédacteur,

Les "Archives de Merck"—livraison d'août, page 275—portent à la connaissance de leurs lecteurs, les résultats d'une série d'expériences entreprises par deux professeurs de l'École de Médecine de Harvard, dans le but d'établir la valeur réelle du "sublimé corrosif" comme agent antiseptique. Les conclusions de leurs travaux sont simplement stupéfiantes. D'après ces expérimentateurs, il faudrait, ni plus ni moins, qu'abandonner l'usage du Bichlorure comme agent antiseptique dans la pratique journalière.

J'aimerais beaucoup votre opinion sur un sujet aussi important; et le public médical qui vous lis vous serait gré de contrôler en reprenant les expériences de ces américains, des conclusions aussi renversantes.

Le bichlorure est bien l'antiseptique à la mode: qu'il s'agisse de la désinfection des plaies ou des mains de l'opérateur ou encore d'une surface à opérer... Prenez donc...les Staphylocoques et les Bacilles coli communis ou pyogenes Aureus se rient des ablutions au Sublimé.

Celui qui vit de la médecine, science d'observation, doit être prêt, à tous moments, à changer son orientation thérapeutique, selon les conclusions des travaux d'expérimentation. Les étapes sont connues; et, à peine les avons-nous fixées, qu'un nouveau panorama s'offre à notre vue. Les travaux les plus grands savants n'ont rien de définitif: ils sont sans cesse remaniés. Aussi, il faut bien admettre que la science ne sera jamais faite; ce sera toujours à recommencer.

Ars longa, Vita brevis...

Agréez, monsieur le rédacteur, l'expression de mes sentiments les plus respectueux,

Dr Jos. Bournival.

—o o:—

CONGRES DE L'AMERICAN ELECTRO-THERAPEUTIC ASSOCIATION.

Il nous fait plaisir de publier la lettre suivante comme prélude à un rapport du congrès de l'American Electro-Thérapeutic Association qui s'est tenu à Atlantic City, le 23 septembre, 1903.
Mon cher docteur Brennan,

Je m'attendais à rencontrer des confrères Canadiens à cette convention mais à mon grand désappointement, je n'ai pas eu ce plaisir.

La convention annuelle de "l'American Electro-Thérapeutic Association" est un succès, et une centaine de médecins de partout se sont réunis à l'hôtel Windsor.

Le maire d'Atlantic City, F. F. Stoy, a souhaité la bienvenue aux membres et le Dr. Dickson, de Toronto, Canada, a répondu en termes choisis.

Le Dr. B. C. Pennington a aussi souhaité la bienvenue aux médecins, de la part de l'Académie de Médecine d'Atlantic City, et le Dr W. J. Heardman, de Ann Harbor, Mich., a répondu.

Le président de l'Association, Daniel R. Bower, M.D., de Chicago, a ouvert l'assemblée, et après les rapports des différents comités l'assemblée s'est ajournée à 2 heures p.m.

Les membres ont assistés ensuite à une exhibition du corps de sauvetage, sur l'avenue Vermont et à 3 heures, il y a eu session scientifique très intéressante.

Des essais furent lus par les Drs A. W. Bayliss, de Buffal; Francis G. DuBois, de Selma, Ala.; Boardman Reed, de Philadelphia; A. D. Rockwell, de New-York; H. H. Roberts, de Lexington, Ky.; Geo. Z. Goodell, de Salem, Mass.; W. B. Snow, de New-York; Margaret Cleaves, de New-York; A. C. Geysler, de New-York; John C. Luke, d'Ocilla, Ga.; Francis B. Bishop, de Washington, D.C., et Viola G. Mackie, d'Attleboro, Mass.

Le fameux Dr Robert Newman, de New-York, qui devrait lire un article très intéressant sur "les rayons Roentgen dans le traitement et la guérison du cancer Lupus, etc.," est décédé subitement la semaine dernière, et des résolutions furent adoptées à cet effet.

A 9 heures ce soir, les nouveaux officiers seront élus et ensuite il y aura grande réception par les membres de la société médicale du comté d'Atlantic et l'Académie de Médecine de cette ville. Je me ferai un plaisir comme un devoir de donner un compte rendu plus détaillé des travaux de la convention plus tard.

Mon cher docteur.

La discussion sur l'usage de l'électricité dans ses formes variées dans le traitement des maladies s'est continuée hier.

Un des essais, le plus intéressant de la session de l'après-midi, a été celui du Dr. Margaret Abigail Cleaves, de New-York City, traitant des "Radiums."

Elle a parlé surtout de l'usage des "rayons Radiums dans le traitement du cancer. Cette nouvelle méthode de traiter cette maladie sera à l'avenir le moyen de la détruire.

Le radium est très dispendieux et d'une grande force. Le Dr Cleaves en avait en sa possession et elle a eu l'obligeance de nous la faire voir. Une fiole d'un pouce de long, de la largeur à peu près d'un crayon ordinaire, le contenu coûte dix-sept dollars. Mais elle dit que jamais le contenu ne se dépensera. Les rayons de cette petite fiole brûlent la peau comme un fer rouge, et si cette fiole était placée dans la bouche d'une personne, elle amènerait la mort. Un médecin éminent en parlant de la force du rayon radium dit qu'il ne voudrait pas être placé dans une chambre avec un rayon, car il perdrait la vue d'abord, serait brûlé, et naturellement la mort s'en suivrait. La discussion sur ce sujet a été très scientifique.

Voici la liste des nouveaux officiers élus:

Président, Dr A. I. Rockwell, de New-York; 1er vice-président, Dr W. P. Spring, Minneapolis, Minn.; 2me vice-président, Dr W. W. Eaton, Danvers, Mass.; trésorier, Dr R. J. Nunn, Savannah, Ga.; secrétaire, Dr C. E. Skinner, New Haven, Ct., comité exécutif: Dr F. B. Bishop, de Washington, D. C., (un an pour finir le terme du Dr Robert Newman décédé récemment); Dr Daniel R. Brewer, Chicago, Ill., 3 ans; Dr. Maurice F. Pilgrim, New-York, N. Y.; 3 ans.

La prochaine convention aura lieu l'année prochaine à St. Louis, Mo.

Des résolutions de condoléances ont été passées à l'occasion de la mort du Dr Newman et la séance a été ajournée à 8 heures p.m. afin d'assister à la grande réception donnée par la profession d'Atlantic City aux membres du Congrès. Le banquet a été magnifique.

Espérant que ce petit compte-rendu sera agréable aux lecteurs de la Revue Médicale du Canada, je me souscris.

L. O. de Morasse, M.D.,
Putnam, Conn.

Représentant de la société médicale du comté de Windham.

—:o o—

SOCIÉTÉ MEDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE

L'Association Médico-Chirurgicale du District de Joliette, a tenu une assemblée à Joliette, le 16 Sept. 1903.

Les officiers étaient Messieurs les Drs A. M. Rivard, Président, J. O. Beaudry, vice-président, et Chs. Bernard, secrétaire-trésorier.

Les élections nouvelles donnèrent le résultat suivant: Président, M. le Dr Albert Laurendeau, de Saint-Gabriel de Brandon; vice-président, M. le Dr J. J. Sheppard, de Joliette; secrétaire-trésorier, M. le Dr J. M. Aumont, de Saint-Esprit. Comité de régie: MM. les Drs Beaudry et Lippé.

Il est proposé par M. le Dr J. O. Beaudry, gouverneur, appuyé par M. le Dr Sheppard, que des remerciements soient votés aux officiers sortant de charge. Adopté.

M. le Dr Sheppard propose, appuyé par M. le Dr Aumont, que MM. les Drs Eugène L'Africain et J. P. Laporte soient admis membres de l'association. Adopté.

Lecture du procès-verbal de l'assemblée précédente. Ce rapport est adopté à l'unanimité. Ensuite vient le rapport du comité de régie qui a révisé la constitution de 1876. Ce comité était composé de MM. les Drs Lippé, Sheppard, Laurendeau, Marion et Aumont. La constitution telle qu'aman-dée fut lue devant l'assemblée et adoptée à l'unanimité.

Après lecture d'une correspondance de la société médicale du comté de Shefford à propos de la représentation proportionnelle des gouverneurs dans le bureau du collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, M. le Dr J. O. Beaudry nous lit des statistiques qui confirment celles de la société médicale de Shefford.. Monsieur le gouverneur Beaudry, tout en n'étant point, pour le présent, en faveur de la diminution du nombre des gouverneurs, favorisent cependant de toutes ses forces une répartition mieux proportionnée. M. le Dr Sheppard opine pour la proportion de 1 gouverneur pour 50 médecins. M. le président soutient aussi que la représentation devrait être plus équitablement répartie qu'elle ne l'est à présent.

Voici les statistiques de la représentation actuelle:

DISTRICT DE MONTREAL.

Division	Nombre de Médecins	N. de Gouverneurs
No. 1	116	2
No. 2	140	2
No. 3	221	2
No. 4	41	1
No. 5	48	1
No. 6	72	1
No. 7	64	1
No. 8	62	1
No. 9	45	1
No. 10	47	1
No. 11	38	1
No. 12	66	1
No. 13	77	1

Total 1,037
Proportion: 1 gouverneur pour 64.8 médecins.

DISTRICT DE TROIS-RIVIERES.

Division	Nombre de Médecins	N. de Gouverneurs
No. 1	39	1
No. 2	22	1
No. 3	32	1
	93	3

Proportion: 1 gouverneur pour 31 médecins.

DISTRICT DE QUEBEC.

Division	Nombre de Médecins	N. de Gouverneurs
No. 1	51	3
No. 2	37	3
No. 3	25	1
No. 4	41	1
No. 5	27	1
No. 6	31	1
No. 7	26	1
No. 8	24	1
No. 9	21	1

Total 283 13

Proportion: 1 gouverneur pour 21.8 médecins

DISTRICT DE SAINT-FRANÇOIS.

Division	Nombre de Médecins	N. de Gouverneurs
No. 1	17	2
No. 2	54	1

Proportion: 1 gouverneur pour 8.5 médecins.

En réponse à la correspondance de la société médicale du comté de Shefford, M. le Dr Sheppard propose, appuyé par M. le Dr Lippé:

"Que l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette accuse réception de la résolution adoptée par l'Association Médicale du comté de Shefford en date du 30-7-03, laquelle résolution demande la réduction du nombre des gouverneurs et des officiers du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. Que l'Association Médicale du district de Joliette reconnait elle aussi que le nombre des gouverneurs pourrait être réduit, mais elle considère et recommande surtout que la représentation de la profession médicale au Bureau des Gouverneurs soit mieux répartie qu'elle ne l'est maintenant, et que, pour le moment, le serait le point le plus important à régler, et que l'Acte Médicale devrait être amendé dans ce sens au plus tôt."

Adopté à l'unanimité.

M. le Dr Beaudry, gouverneur, propose, appuyé par M. le Dr Laporte, que copie de cette résolution soit transmise à l'Association Médicale de Shefford.

M. le Dr Beaudry nous dit ensuite que le Collège des Médecins et Chirurgiens viendrait très probablement en aide aux sociétés médicales en cou-

vrant les souscriptions annuelles de leurs membres actifs.

Cette somme servirait à faire venir des conférenciers, se procurer des livres et des revues pour les membres des associations médicales, etc. Le Gouverneur, M. le Dr Beaudry est en faveur de ce projet. Reste à savoir à présent si le collège des médecins et chirurgiens peut faire amender ses lois à cet effet.

M. le Dr Lippé fait un avis de motion pour mettre à l'étude jusqu'à la prochaine séance les meilleurs moyens à prendre pour fonder une société de secours mutuels entre les médecins de la province de Québec. Par l'intermédiaire de cette société la famille de chaque médecin recevrait une certaine somme au décès de ce dernier.

M. le Dr Bernard fait motion qu'après lecture faite des travaux du Dr Aumont sur les sanatoriums, l'immigration au Canada, la fondation d'un laboratoire à Joliette, les compagnies de remèdes patentés, le conseil de discipline, ces diverses propositions soient soumises à l'étude jusqu'à la prochaine assemblée et résolues à cette assemblée.

Il est proposé par M. le Dr Sheppard, appuyé par M. le Dr Eug. L'Africain, que le secrétaire-trésorier soit autorisé à faire imprimer des circulaires devant être distribuées à tous les médecins du district de Joliette pour les inviter à faire partie de notre association médico-chirurgicale du district de Joliette; aussi, qu'il soit autorisé à faire imprimer la constitution de 1876, telle qu'amendée et adoptée à l'assemblée du 16 septembre 1903, et à en envoyer une copie aux médecins du district de Joliette.

Il est résolu à l'unanimité que la prochaine assemblée de l'association soit tenue à Berthierville, à l'hôtel Robert, à 1 hr. p.m. le deuxième lundi de décembre.

M. le Dr Laurendeau propose que le secrétaire soit autorisé à acheter un livre de caisse (cash-book); aussi, après avoir envoyé un rapport de l'assemblée du 16-9-03, à La Revue Médicale, que le secrétaire-trésorier envoie à chacun des médecins du district de Joliette une copie du numéro de la Revue Médicale reproduisant ce rapport. Adopté à l'unanimité.

M. le Dr Laurendeau fait part à l'assemblée d'une communication à lui adressée par M. le Dr M. T. Brennan, par laquelle le rédacteur en chef de la Revue Médicale déclare que la "Revue" est prête à baisser sa souscription jusqu'à \$1 par année pour tout membre de la Société Médico-Chirurgicale du district de Joliette, reconnu par la signature du président et du secrétaire-trésorier.

Il est adopté à l'unanimité que "des remerciements soient votés à M. le Dr Laurendeau, notre

président, et à M. le Dr M. T. Brennan, rédacteur en chef de la Revue, ainsi qu'à la "Direction" de la Revue Médicale pour leur générosité envers les membres de notre association"

Il est aussi résolu à l'unanimité que "des remerciements soient votés à MM. les gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, qui veulent bien venir en aide aux sociétés médicales de districts, et spécialement à notre gouverneur, M. le Dr J. O. Beaudry, qui semble s'intéresser tout particulièrement à cette question d'importance vitale pour les sociétés médicales.

La séance est alors levée.

J. N. Aumont, M.D., Sec.-Trés.

— : o : —

Revue des journaux

MÉDECINE

LE SUBICTÈRE ET L'ABSENCE TOTALE DE JAUNISSE DANS LES OBSTRUCTIONS CALCULAIRES DU CHOLEDOQUE.

Le subictère et même l'absence totale de jaunisse dans les obstructions calculeuses du cholédoque ne sont pas absolument rares. Il faut distinguer deux catégories de malades.

La première comprend ceux qui sont très infectés et chez lesquels l'infection supprime la sécrétion biliaire. Ce sont des acholiques incapables de faire de l'ictère.

La seconde comprend les malades non infectés ou peu infectés, chez lesquels la sécrétion biliaire est parfaitement conservée, mais qui, néanmoins et en dépit de l'obstruction, n'ont pas de résorption du tout ou n'en ont que partiellement ou temporairement. Tel était le cas de notre malade. Telles étaient les quatre observations publiées par Griffon où, malgré une obstruction du cholédoque qui parut complète, l'ictère fit complètement défaut. Tel encore le cas de Schwartz où l'ictère était si léger qu'il fallait le chercher au niveau des conjonctives.

Vautrin donne une statistique portant sur 66 cas qui se répartissent ainsi qu'il suit: 39 cas avec ictère chronique, 13 cas avec ictère intermittent, 8 cas avec un ictère survenu seulement quelque temps avec l'opération, 4 cas avec absence complète d'ictère.

Comment peut-on, dans l'espèce expliquer l'absence de la jaunisse? On a dit que la vis à tergo pouvait être plus forte que l'obstacle et que, grâce à l'extensibilité du cholédoque et à l'augmentation de pression en amont du calcul, la bile pouvait s'infiltre à côté de ce dernier. Cette explication est acceptable si, dans la lithiase du cholédoque, la ré-

tention biliaire et l'ictère qui en est la conséquence, sont dus au calcul lui-même. Mais il ne paraît pas toujours en être ainsi. Il en serait même rarement ainsi, d'après Riedel, pour qui la cause de l'ictère réside le plus souvent, non pas dans le calcul lui-même, mais dans une angiocholite atténuée, consécutive d'ailleurs à la stase biliaire engendrée par le calcul. Cette angiocholite, en tuméfiant la tunique interne des canaux biliaires, créerait la résorption de la bile. Pour cet auteur, il faut donc distinguer dans l'espèce un ictère lithogène et un ictère inflammatoire, ce dernier plus fréquent.

Ehret va plus loin et prétend que l'ictère dans la cholélithiase est, non seulement le plus souvent inflammatoire, mais encore intra-hépatique. C'est l'angiocholite des petits canaux, dit-il, qui produira le plus facilement l'obstruction des voies biliaires. Si l'angiocholite n'est pas ascendante, si elle se borne aux troncs mêmes, l'ictère inflammatoire ne s'établira que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'inflammation produira un gonflement assez prononcé de la muqueuse pour oblitérer la lumière relativement large du canal biliaire.

Si donc, ainsi qu'il résulte des opinions des auteurs précédemment cités, la pathogénie de la résorption biliaire dans l'obstruction calculeuse du cholédoque est variable, il n'est pas étonnant que l'ictère soit lui-même variable.

(Lyon Médical).

— : o : —

CRITIQUE DES METHODES DE SEPARATION DES URINES RENALES.

M. Rochet. Depuis qu'on a un peu renoncé au cathétérisme des uretères à cause de sa difficulté et de son danger quand la vessie est infectée, on a eu recours pour le remplacer à la séparation des urines. Le premier instrument pratique construit a été celui de Luys. Il se compose de deux sondes accolées et creuses réunies par une tige pleine caoutchoutée qui au moyen d'une vis fait monter entre les deux sondes une cloison. A l'extrémité de l'instrument existe une très forte courbure destinée à déprimer le bas-fond de la vessie pour y creuser un puits divisé en deux parties; par la cloison les urines des deux uretères sont recueillies séparément dans deux tubes.

Un second appareil est celui de Cathelin. C'est une sonde ordinaire à brusque courbure. A l'extrémité vient s'adapter une membrane flottante qui rentre ou sort à volonté du tube extérieur; sa dimension peut être adaptée exactement à la capacité de la vessie. Latéralement sont situées deux sondes urétérales graduées de façon à ce qu'on connaisse exactement la longueur qui a été poussée dans la vessie.

Ces appareils sont à proprement parler des diviseurs, d'autres ont été construits sur un principe différent. On bouche pendant un certain temps l'un des uretères et on examine l'urine qui s'écoule du côté opposé.

M. Rochet a fait construire un instrument dans lequel glisse un ballon muni d'un caoutchouc au moyen duquel on peut le gonfler. Cette manœuvre exécutée, on retire la sonde par un mouvement de rotation latérale on applique le ballon sur l'orifice de l'uretère qui est comprimé.

L'appareil de Luys a l'inconvénient d'être lourd d'avoir une courbure très accentuée qui en rend l'introduction difficile et l'application douloureuse pour le bas-fond de la vessie; autrement il réalise très bien la séparation.

Celui de Cathelin est moins lourd, mais presque aussi douloureux comme introduction à cause de son volume. La membrane de séparation, très mobile, a l'avantage de ne pas traumatiser la vessie; mais avec des vessies qui se contractent cette cloison devient une trop forte barrière, elle se laisse couler en cornet et ne sépare plus rien du tout.

M. Cathelin a reproché à l'appareil de M. Rochet de nécessiter deux introductions successives d'appareil pour examiner l'urine des deux uretères et aussi de comprimer ces uretères, ce qui serait nuisible même pendant un temps assez court.

Comme conclusion, la manœuvre de tous ces instruments est relativement facile chez la femme, où l'urètre est court et dilatable; tout médecin peut la tenter sans éducation préalable. Il n'en est pas de même chez l'homme où cette manœuvre est beaucoup plus délicate, et l'on s'exposerait à des mécomptes en l'appliquant sans être déjà familiarisé avec le maniement de ces appareils.

(Lyon Méd.)

— : o o —

BRONCHITES AIGUES ET TUBERCULOSE PULMONAIRE.

Par M. le docteur L. Chauvin (de Paris).

Les bronchites aiguës, dans leurs rapports avec la tuberculose, peuvent être étudiées comme cause, comme effet et comme complication. Toujours d'origine infectieuse, elles commencent au simple rhume et finissent à la bronchite capillaire, ou plutôt à la broncho-pneumonie. Nous ne nous occuperons ici que des bronchites communes, que des infections siégeant au niveau des bronches intra-pulmonaires et interlobulaires, et nous chercherons leurs rapports avec le commencement, le milieu et la fin de la tuberculose pulmonaire.

I

(Bronchite prémonitoire de la tuberculose.)—Étiologie et pathogénie.—En dehors de la prédisposition de certains individus, véritable idiosyncrasie dont la nature nous est inconnue, l'âge, la profession peuvent favoriser l'évolution de la bronchite tuberculeuse. L'action pathogénique du froid, accrue par les saisons et les climats, du refroidissement général ou du refroidissement partiel, spécial à certains individus, plus susceptibles d'une partie

du corps, est un fait d'observation et d'expérimentation, dont nous ignorons le mécanisme.

Quelle que soit la cause première, la cause seconde de la bronchite tuberculeuse, comme de toute bronchite, est le micro-organisme.

Bactériologie.—Dans les sécrétions plus abondantes de la muqueuse bronchite congestionnée, les micro-organismes trouvent un milieu favorable à leur pullulation. L'état actuel de la question ne permet pas de préciser le rôle du streptocoque, du staphylocoque, du pneumocoque, du pneumo-bacille, qui se trouvent d'ailleurs normalement dans les voies respiratoires, à l'état de santé; mais ce qui est certain, c'est que ces microorganismes se multiplient rapidement dans l'exsudat bronchique et, qu'en même temps, apparaît une espèce nouvelle, les protéi, pathogènes et pyogènes.

MM. Roger et Gouget ont montré dernièrement le rôle bactéricide possible du mucus des voies respiratoires. Ce moyen de défense de l'appareil broncho-pulmonaire peut expliquer la résistance plus ou moins grande de certains sujets.

Description.—Cliniquement, un individu en apparence sain, à l'occasion d'une des causes précédentes est pris d'un frisson; il a une courbature générale et se plaint surtout de la tête; il a de l'inappétence; a ou n'a pas de température et, s'il en a, c'est avec exaspération vespérale. Il tousse par quinte et accuse, après ses efforts, de la douleur aux insertions du diaphragme et des muscles intercostaux; sa toux est sèche d'abord, grasse ensuite. Il crache et, pendant quelques jours, l'expectoration est transparente, grisâtre, aérée; le quatrième ou le cinquième jour, elle devient épaisse, muco-purulente. Il n'a pas de dyspnée, mais pourtant sa respiration est mal rythmée, pénible et sifflante. Parfois enfin des vomissements muqueux ou alimentaires accompagnent ces symptômes.

A l'inspection du thorax, rien d'anormal. A la palpation le frémus vocal est plus ou moins intense, suivant le degré d'embonpoint du malade; mais les vibrations sont ou ne sont pas augmentées dans les sommets; elles le sont, si la tuberculose évolue en même temps que la bronchite; elles ne le sont pas, si la tuberculose doit évoluer plus tard. Et ce signe est d'une importance capitale pour le traitement, surtout si le malade a de la fièvre, parce qu'à lui seul il peut faire soupçonner la tuberculose. A l'auscultation, en effet, les signes stéthoscopiques du sommet sont le plus souvent masqués par les râles de la bronchite. Il ne faudra pas confondre ces vibrations vocales exagérées avec les vibrations des râles ronflants qu'on a appelés "râles palpables" (et qui seraient mieux nommés vibrations-râles par analogie avec les frottements-râles décrits par certains auteurs dans la pleurésie) vibrations transmises à la main, aux deux temps de la respiration, en dehors de toute action vocale.

La percussion confirme le soupçon de tuberculose, lorsqu'elle décèle une diminution de l'élasticité pulmonaire et une submatité des sommets, submatité qui n'existe jamais dans la bronchite simple.

Un signe intéressant à saisir dès le début est l'exagération de la transsonance pulmonaire ou la transformation de son timbre, obtenue par la per-

cussion de la clavicule pendant l'auscultation de la fosse sus-épineuse.

A l'auscultation, on trouve, pendant la période de tuméfaction sèche, qui dure environ quatre jours, des râles ronflants et des sibilants, des deux côtés et aux deux temps de la respiration; puis ces râles deviennent humides, muqueux plus ou moins fins, avec ou sans prédominance à un sommet, et présentent ce caractère de pouvoir disparaître momentanément par endroits, à la suite d'un changement de position, d'un effort ou d'une quinte de toux.

Cela dure une semaine, pendant laquelle la fièvre tombe si la tuberculose n'a pas évolué en même temps que la bronchite. La respiration devient plus libre et tout rentre dans l'ordre par une période de résolution, qui dure dix à quinze jours et au cours de laquelle il est fréquent de noter une crise urinaire et même parfois une forte diarrhée.

Ainsi, dans le décours de la maladie, deux cas peuvent se présenter: ou bien les signes physiques restent prédominants dans un sommet tandis qu'ils décroissent ailleurs, ou bien au contraire la bacillose reste à l'état latent et ne se révèle que plusieurs mois après.

Traitement.—Dans l'un et l'autre cas, le symptôme important d'abord est la fièvre. La bronchite prémonitoire de la tuberculose est en effet fébrile ou apyrétique. Si elle est fébrile, il faut tenter de la réduire.

La balnéation est un moyen difficile et dangereux; mais les enveloppements thoraciques peuvent dans certains cas donner d'excellents résultats.

La quinine réussit bien sous forme hypodermique. On peut employer commodément, par centimètres cubes, une solution de lactate neutre à 2 p. 10, qui n'est pas douloureuse, ne produit pas d'induration, est bien supportée du malade et facilement absorbée.

En suppositoires, le bichlorhydrate de quinine ou chlorhydrate neutre, qui renferme 81 p. 100 de quinine, peut être donné à la dose de 0,25 à 0,75 centigrammes par suppositoire.

Que la fièvre soit ou non facilement vaincue, il y a deux dangers à éviter dans le traitement de la bronchite prémonitoire de la tuberculose: d'une part la saignée locale (ventouses scarifiées ou sangsues) et à fortiori la phlébotomie—d'autre part la créosote.

Le tuberculeux ou celui qui va l'être n'a pas une goutte de sang à perdre. De plus il doit manger; et la créosote qui risque de lui enlever l'appétit, fait véritablement l'affaire du bacille.

Il faut, en effet, dans cette forme de bronchite, nourrir le malade, malgré la fièvre qui n'a jamais nourri personne.

On donnera du lait, un bol toutes les deux heures, des potages, des œufs, des purées de légumes secs et des boissons chaudes.

Ayant évité la saignée, la créosote et la diète, on cherchera—conformément aux indications classiques—à modifier les sécrétions bronchiques, à diminuer la toux, à faciliter l'expectoration.

L'arsenal des engins thérapeutiques dans cette circonstance n'est trop complet. En vérité, le

moins de médicaments possible servira mieux les intérêts du malade, car la bronchite prémonitoire de la tuberculose ne demande qu'à guérir seule.

Dans les cas rebelles, on pourra recourir à la terpine pour diminuer les sécrétions, aux opiacés pour calmer la toux, à l'acétate d'ammoniaque pour faciliter l'expectoration, car ici, selon l'expression de Marfan, les meilleurs expectorants sont les stimulants.

On tiendra compte en administrant les balsamiques, les béchiques et les expectorants, de l'insuffisance urinaire, du fonctionnement de l'intestin et de la tolérance de l'estomac.

Le repos au lit, dans une chambre aérée, d'une température constante et relativement élevée (16 à 18 degrés) fera plus que le reste.

La convalescence sera l'objet des plus grands soins, des précautions hygiéniques les plus minutieuses.

(A Suivre.)

(Gaz. des Hôp.)

— : o : —

Thérapeutique et Mat. Médicale

TRAITEMENT DES ADENITES TUBERCULEUSES.

(Suite et fin.)

Le deuxième cas à considérer est celui dans lequel les ganglions sont caséux.

Quand un ou deux ganglions seulement sont pris, le chirurgien peut indifféremment recourir à l'injection modificatrice ou à l'extirpation. L'injection devra certainement être renouvelée, mais, avec de la patience, elle donne une guérison presque certaine avec une cicatrice acceptable. L'extirpation donne une guérison plus rapide, mais la cicatrice est, en général, plus longue que dans le cas précédent.

Quand les ganglions caséux sont multiples, sans péri-adénite accentuée, sans collection suppurée par perforation ganglionnaire, l'extirpation est la méthode de choix. En effet, les injections pourront faire suppurer les ganglions très profonds. Elles ne constituent donc pas, dans ce cas, une méthode très appréciable. D'autant mieux que si, après l'échec des injections, on veut extirper, on a créé autour des ganglions une gangue de péri-adénite dure, qui complique l'opération, tandis qu'avant toute injection, les adhérences ne sont guère plus serrées que dans la forme pseudo-hypertrophique. Quand on a enlevé quelques-uns de ces paquets, on est étonné de trouver tous les ganglions caséifiés en leur centre, même ceux qui ont conservé une taille normale.

Le troisième cas à considérer est celui dans lequel les ganglions sont suppurés.

Cette fois, que la tuberculose soit mono ou po-

lyglanglionnaire, l'injection modificatrice reprend tous ses droits et devient la méthode de choix.

Pour extirper, en effet, il faudrait circonscrire par une incision elliptique toutes les parties altérées de la peau, et si cela est réalisable quand, dans un petit paquet caséux, un point seul est suppuré et fait saillie, dans les vraies suppurations peri-ganglionnaires avec perforation de la coque en un point elle exigerait un sacrifice des téguments trop étendu pour permettre la réunion immédiate. Si, après l'emploi d'autres moyens, il persiste des fistules ou des paquets indurés qui se refusent à la résolution, on pourra songer secondairement à une extirpation redevenue compatible avec un résultat et esthétiquement convenable. Mais cela n'est possible qu'après assèchement des collections principales.

On peut remplacer l'injection par l'incision franche, suivie de râclage. Ou bien, on a conseillé de traverser la peau avec un fil d'argent formant scton. Ces moyens sont nettement inférieurs à l'injection modificatrice. Celle-ci peut donner, avec le traitement général, des résultats complets. Mais on n'oubliera pas que beaucoup de malades ne sont ainsi qu'à peu près guéris, avec de petits ganglions capables de se réchauffer. Quelques-uns portent même des fistules.

L'incision franche, suivie de curettage, a cependant ses indications très nettes; c'est dans le cas d'abcès à moitié chaud, où la suppuration est provoquée par une infection mixte, à microbes pyogènes. La guérison de l'abcès peut alors être rapide.

Verneuil et Baretta pensaient que l'infection mixte pouvait être utile à la guérison des adénopathies tuberculeuses, et proposaient de traiter les tuberculoses locales par l'injection de cultures atténuées de streptocoques. Cette opinion n'a pas eu de succès.

En somme, dans le cas de suppuration très peu étendue, on peut encore extirper; quand la suppuration est généralisée, mais simple, il faut recourir à la ponction suivie d'injections modificatrices. Quand la suppuration est compliquée par une infection mixte, il faut inciser et curetter.

Le quatrième cas à considérer est celui dans lequel l'adénite tuberculeuse se complique de fistules.

Plusieurs modes de traitement peuvent alors être employés; ou bien il faut attendre du traitement médical et de la cure maritime; ou bien il faut ouvrir les fistules et gratter soigneusement toutes les coques ganglionnaires, ou encore pratiquer l'extirpation. Voici, énumérées brièvement, les diverses méthodes auxquelles on pourra avoir recours dans le cas de ganglions fistulisés. Que peut-on attendre de chacune d'elles?

Le traitement médical, aidé par la cure maritime, aidé aussi par des pansements soigneux, permet quelquefois aux fistules de se tarir. On a alors un résultat presque acceptable (il faut dire "presque acceptable", parce que les cicatrices sont souvent disgracieuses), mais cette guérison n'est souvent que temporaire, car à la première défaillance de l'organisme, les fistules s'ouvrent à nouveau. On peut donc tenter le traitement médical, mais il ne faut pas trop attendre de lui.

L'incision des fistules avec grattage peut donner des résultats définitifs; il faut, bien entendu, que les grattages soient poussés très loin. Souvent, autour des masses fistulisées, existent des ganglions caséux qui ne sont pas encore ouverts. Leur ouverture secondaire rendra inutiles les curettages précédents. Les cicatrices obtenues par ce procédé sont encore très disgracieuses. En somme, l'incision des fistules avec grattage des poches peut amener la guérison, mais cette méthode laisse de vilaines cicatrices et ne met pas le malade à l'abri d'une rechute, due à l'évolution tuberculeuse des ganglions situés au voisinage des poches grattées.

L'extirpation donne une guérison radicale et donne une cicatrice beaucoup plus acceptable. Contre cette méthode, on a dit: que les coques ganglionnaires adhéraient intimement aux nerfs et aux vaisseaux de la région; que leur dissection était impraticable ou dangereuse. Broca n'admet pas cette assertion. Il parvient toujours à disséquer ces poches adhérentes; jamais l'opération n'a été mortelle entre ses mains, toujours la cicatrice a été suffisante. Si on accepte ces conclusions, ce sera toujours à l'extirpation qu'il faudra avoir recours dans le cas de ganglions fistuleux.

Tout ce que nous venons de dire peut se résumer de la façon suivante:

1. Quand un malade présente quelques ganglions simplement hypertrophiés, il faut s'adresser au traitement médical qui en aura presque toujours raison. Si la maladie continue à évoluer, il faut extirper;

2. Quand un malade est atteint de lymphadénome bénin, l'extirpation est la méthode de choix;

3. Quand on a affaire à des ganglions caséux, on peut, à la rigueur, tenter les injections modificatrices, mais on est presque toujours obligé d'avoir recours à l'exérèse;

4. Quand les poches sont abcédées, le meilleur résultat sera obtenu par la ponction évacuatrice, suivie d'injections modificatrices;

5. Les masses ganglionnaires compliquées de fistules doivent être extirpées.

Il est bien évident que, quelle que soit la méthode à laquelle on a recours dans le traitement de l'adénite tuberculeuse, il faut toujours l'accompagner d'un traitement médical très actif.

(Anna. de Thérap.)

— : o o —

GYNECOLOGIE

LA LEUCOPLASIE DU COL DE L'UTERUS; SES RAPPORTS PROBABLES AVEC LA SYPHILIS ET L'EPITHELIOMA.

(Suite et fin)

Pendant tout l'hiver j'ai revu, en effet, la malade à plusieurs reprises; j'ai même, ne me fiant pas à mes propres forces, prié un de mes collègues et

amis de Cannes, le Dr Pascal, chirurgien très distingué, de l'examiner avec moi.

Bien qu'intrigué, lui aussi, comme moi, par cette leucoplasie qui, par sa ressemblance avec la leucoplasie buccale, nous faisait faire forcément quelques réserves, il conclut comme moi qu'une intervention n'était pas indiquée pour le moment, et qu'il fallait se contenter de maintenir la malade en observation.

Et la suite des événements sembla nous donner raison. L'hiver se passa sans encombres. Plus d'hémorragies. Les bourgeons s'effacèrent. Le col revint à des dimensions à peu près normales. Mais les plaques ne bougèrent pas. Elles diminuèrent cependant de surface, suivant le mouvement de retrait de la muqueuse.

Deux ans se passèrent ainsi, sans accidents. La malade allait et venait, menait même une vie très active, se portait absolument bien, avait repris ses forces, et ses couleurs, notablement engraisées, se croyait guérie enfin.

Quand, dans le courant de l'automne dernier, les hémorragies reprirent de plus belle, et mandé auprès d'elle à mon arrivée à Cannes à la fin d'octobre, je la trouvai horriblement changée à tous points de vue. Facies caractéristique et amaigrissement considérable; état local qui ne laissait aucun doute sur la nature du mal.

Le col ne formait plus qu'un énorme champignon bourgeonnant; toute plaque avait disparu. La paroi de la vessie elle-même était envahie.

J'insistai pour une intervention immédiate qui me fut refusée; on tergiversa, on attendit trois mois.

—Bref la malade finit par se confier à un chirurgien étranger, qui, à ce que j'ai appris, fut obligé d'enlever tant de choses qu'il a fait à la vessie une blessure irréparable.

En résumé, la malade dont je viens de relater l'histoire portait depuis des années deux plaques de leucoplasie sur le col de l'utérus; syphilitique probable, fille d'une cancéreuse, elle a fini par être atteinte d'un épithélioma du col. (L'examen micrographique a été confirmatif) épithélioma qui a couvé très longtemps, a passé inaperçu, a permis un retour à une santé presque parfaite, et a pris tout à coup un développement d'une grande violence.

Les deux observations que M. Labadie-Lagrave a eu l'obligeance de me communiquer présentent avec la précédente une grande analogie.

Dans la première, il s'agit d'une dame d'une cinquantaine d'années, qui présentait, elle aussi, deux plaques de leucoplasie de la muqueuse du col. L'une d'elles siégeait à la face antérieure et s'étendait jusque sur le bord de la lèvre. Au bout de huit ans, un cancer envahissait le corps de l'utérus et emportait rapidement la malade.

Dans le second cas, lequel est encore en observation, la malade est atteinte de cancer du col. Depuis plusieurs années elle portait sur la surface antérieure une plaque de leucoplasie.

Ces deux faits vont être publiés dans la prochaine édition du *Traité de gynécologie* de M. Labadie-Lagrave.

Notre très distingué confrère n'avait jusqu'alors jamais observé la leucoplasie utérine; ces deux faits l'ont frappé et il pense, lui aussi, qu'il y a là ou qu'il peut y avoir plus qu'une coïncidence.

Qu'il me permette de le remercier vivement de sa communication; en rapprochant ses deux observations de la mienne, il m'a permis de lui donner une valeur beaucoup plus importante.

Au reste, eût-elle été seule que je l'aurais publiée, car, je le répète, je la considère comme instructive.

Nous trouvant en présence d'un fait nouveau, la leucoplasie utérine, nous avons discuté à plusieurs la valeur de ce phénomène. Nous ne pouvions nous défendre d'une certaine appréhension. Devions-nous considérer ces plaques leucoplasiques comme une manifestation d'une prolifération épithéliale, de nature inquiétante? Le rapprochement s'imposait dans notre esprit entre ce que nous voyions sur le col et ce que nous savions de la leucoplasie buccolinguale ou vulvaire et cette préoccupation nous rendait, M. Pascal et moi, très perplexes. On voit que nous avions raison d'attacher à ce signe une très réelle valeur.

Je crois qu'il est permis de tirer de ces trois observations les conclusions suivantes:

La leucoplasie du col utérin est rare, mais elle existe.

Elle n'est peut-être même pas aussi rare que pourrait le faire supposer le silence des auteurs à son égard et demande à être recherchée.

La leucoplasie du col utérin paraît avoir, comme celle des autres muqueuses, une affinité étroite avec la syphilis et surtout le cancer épithélial.

La leucoplasie du col utérin peut, comme celle des autres muqueuses, précéder de très longtemps l'éclosion du cancer.

Mais s'il est vrai, et cela me paraît au moins vraisemblable, qu'elle constitue une sorte de signe prémonitoire du cancer, quelque éloignée que puisse être cette redoutable échéance, la constatation de la leucoplasie utérine acquiert par cela même une extrême importance.

(Gaz. de Gynéco.)

— o o: —

NOUVELLES.

Mariage.

—A Québec, le 14 de ce mois, M. le Dr Emile Dupont conduisait à l'autel mademoiselle Eva Laberge, fille de feu Auguste Laberge.

Nos meilleurs souhaits.

Nécrologie.

—En cette ville, le 21 courant, à l'âge de 5 ans, 3 mois, Normanda Massé, enfant de M. le Dr Norman Massé.

—A Sarsfield, le 23 de ce mois est décédé le Dr Gardiner.

Nos sincères sympathies.

SUPPLEMENT

UN EPISODE AU COURS DU CONGRES DE
L'ASSOCIATION MEDICALE DU CANADA
A LONDON, ONT.

Parmi les souvenirs agréables, que les congressistes de l'Association Médicale du Canada, emporteront de leur session à London, Ont., celui de leur excursion aux usines de la Maison Parke Davies & Co., restera l'un des plus charmants. Les membres qui ont bien voulu accepter l'invitation de cette importante maison ont eu lieu de s'en féliciter, car outre une excursion splendide il leur fut donné de faire une tournée d'inspection des plus instructives.

Les invités se trouvèrent les hôtes de la compagnie, c'est-à-dire entre les mains d'amis qui avaient tout prévu pour leur confort et leur instruction.

Le train spécial transportant les congressistes, entra en gare, à Walkerville, à 11 hrs. a.m., où les portes des bureaux et des usines leur furent ouvertes à deux battants. Cette succursale est assez imposante, comptant pour au-delà de \$25,000 de constructions, spécialement adaptées au commerce toujours grandissant du Canada et des possessions britanniques les plus reculées.

Au sortir du laboratoire les invités prirent place sur le magnifique steamer "Owana" et purent jouir d'un voyage de 3 heures et demie sur l'eau au milieu de beautés que la nature y multiplie si généreusement.

Le steamer acosta au quai, en face du laboratoire de Detroit, le plus considérable en son genre sur le continent américain. Il faudrait des pages et des pages pour donner une description adéquate des opérations délicates que subissent les médicaments depuis leur arrivée, à l'état brut, jusqu'à leur expédition définitive.

La réputation de la maison Parke Davis & Co., comme fabricants de produits chimiques n'est plus à faire. Leurs produits sont partout reconnus comme étant de première qualité. Plus de 2,000 employés sont attachés au laboratoire de Detroit et environ 240 voyageurs de commerce représentent la maison dans toutes les parties du monde civilisé.

Rien n'a été épargné pour apporter dans la construction des laboratoires et dans leur installation tout ce que la science et l'expérience ont pu faire connaître de plus perfectionné.

C'est le laboratoire affectée aux recherches scientifiques pour tout ce qui a trait à la chimie et à la biologie qui a le plus intéressé les visiteurs. Au point de vue de l'hygiène et du confort on ne peut rêver rien de mieux.

Les étables qui abritent au delà de 6,000 animaux ont été toute une révélation: les moindres détails ont été étudiés avec soin, la propreté la plus scrupuleuse règne partout.

Enfin à 6 hrs. p.m. un banquet des plus succulents en l'honneur des invités au "Russell House," vint couronner une journée si admirablement bien commencée.

GERMICIDE ET ANTINEURALGIQUE.

Le Dr Stephen J. Clark dans un article du "Virginia Medical Monthly", décrit clairement la combinaison utile de deux médicaments importants:

Le pouvoir antiseptique spécifique de la quinine et le pouvoir calmant de l'Antikamnia sur le système nerveux. Une dose massive (deux tablettes de v grs.) de ce médicament suffit souvent pour enrayer une pneumonie ou une pleurésie commençante. Cette combinaison agit très bien dans les migraines d'origine mal définie, les névralgies du trièdre, de l'ovaire, et dans toutes les affections où la quinine est indiquée et cela sans produire de bourdonnements d'oreilles.

(New-York Medical Jour.)

—: o :—

UN BIZARRE ACCIDENT DE LA PROFESSION
MEDICALE DANS LES GRANDES VIL-
LES : ACCIDENT DE Mme LE Dr
LITAUER-AZEMA.

Mme Litauer-Azéma, doctoresse en médecine, licenciée en sciences physiques et naturelles de Genève, officier d'Académie, était allée voir, en 1902, un malade. Elle était pressée; il était cinq heures du soir. La nuit était presque tout à fait venue. Rapidement dans un couloir obscur, notre jeune confrère s'engagea, ouvrit la porte de l'ascenseur, la referma sur elle..., et s'aperçut qu'elle était dans la cage de l'ascenseur, contre la colonne qui descendait. Mme Azéma leva la tête et vit le plancher de l'appareil qui, doucement, s'abaissait vers elle. Elle appela au secours, criant de toutes ses forces. L'ascenseur déjà touchait la tête de Mme Azéma, qui, accroupie par terre, attendait la mort... lorsque le concierge, accouru, put pousser le bouton d'arrêt.

La 3e Chambre a été saisie d'une demande en dommages-intérêts formée par Mme Litauer-Azéma.

Après plaidoiries, le Tribunal a rendu son jugement. Il a déclaré que la responsabilité était partagée. Le propriétaire a eu tort de laisser son palier sans lumière et la porte de l'ascenseur sans fermeture automatique. Mais Mme Azéma "avait été imprudente d'entrer dans l'ascenseur, sans en vérifier la position". Le Tribunal a accordé cependant, en réparation du préjudice et de l'émotion causée à la doctoresse par cet étrange accident, 200 francs d'indemnité.

Donc, médecins praticiens, en allant voir vos malades, "ne prenez plus l'ascenseur", sans l'avoir fait examiner au préalable par un expert!

(Gaz. Médicale de Paris).

—: o o :—

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Je sais Donald tout ce que vous me dites, mais c'est plus fort que moi. J'ai honte de le dire, mais j'ai peur.

—Remettez-vous, ma bien-aimée, avançons encore un peu dans le bois et nous gagnerons Stratford aussitôt.

Ils continuèrent leur route, d'un sentier en vinrent à un autre. La forêt devenait de plus en plus sombre l'air de plus en plus lourd.

—Je t'aime, disait la voix de Donald, n'est-ce pas que c'est bon d'être deux et d'être seuls, de sentir devant nous l'inconnu de l'amour, d'entrevoir les charmes du mystère qui nous sourit et nous appelle.

—J'ai peur, disait Nelly, il me semble qu'en moi tout s'écroule et s'abandonne, il me semble que je deviens folle.

Longtemps ils marchèrent puis ils disparurent dans l'ombre d'un buisson.

Le jour baissait à l'horizon, quelques étoiles apparaissaient et le long du chemin Nelly et Donald rentraient à Garry Fen.

Donalds semblait morose, Nelly s'appuyait à son bras, ses yeux le regardant avec amour.

Pourquoi es-tu triste, mon bien-aimé, n'es-tu pas heureux, puisque comme tu me le disais notre amour est consacré,

Donald releva la tête et répondit:

—Il est tard mon amie, rentrons vite.

IX

Les semaines se passèrent et Garry Fen plus joyeux que jamais, semblait vivre sous l'égide d'un ange protecteur.

Donald Lington avait pris son rôle au sérieux et étudiait l'administration de Garry Fen sous l'œil maternel de Mrs. Brown.

Il est vrai que le brave fermier Paterson, faisait son possible pour initier le jeune homme à tous les secrets de l'agriculture, Lington très patient et qui mieux très intelligent, écoutait et comprenait avec une incroyable rapidité.

—Je crois que Donald fera un fameux gentleman farmer, disait Mrs Brown, tout fière de son futur gendre.

—Oh! oh! murmurait Paterson en secouant ses vieux bras, M. Donald est très vif à comprendre, mais on ne me fera jamais accroire, que d'un marin on peut faire un fermier.

—Et pourquoi pas, dit Mrs. Brown, où en est la raison?

—Pas plus, continua le fermier, qu'on peut faire des poulets avec des œufs de canards. Et il s'éloigna en agitant les bras en signe de vive négation.

Quant à Nelly, en prévision de son prochain mariage, elle s'occupait des soins intérieurs de la maison. Le jardin y perdait sans doute, mais l'expérience de la future ménagère y gagnait énormément. Elle étudiait force recettes et apprenait à perfectionner les indispensables desserts si chers aux fils et surtout aux filles d'Albion. Elle mettait la main à une foule de bonnes choses; short-cakes, johnny-cakes, sponge-cakes, enfin, la cuisine de Garry Fen était transformée en pâtisserie.

Le révérend Barnes venait chaque jour rendre visite à ses bons amis. On prenait comme autrefois le thé sous le verandah et on causait d'un tas de projets pour l'avenir.

Mrs Brown voulait agrandir Garry-Fen, augmenter les étables et le bétail, acheter un pâturage voisin et un vaste champ où Donald pourrait se livrer à la culture du houblon.

Ta, ta, ta, fit le ministre, voici des projets qui me semblent bien anticipés. Je crois qu'avant de faire plus, M. Lington a assez à étudier avec ce qui existe. Plus tard nous verrons, mais pour le moment n'allons pas trop vite en besogne.

—Cependant, fit Mrs Brown, voyez donc les avantages énormes que...

—Je ne vois qu'une chose, my dear Mrs Brown, et une chose que vous ne voyez pas.

—Et laquelle? fit la fermière avec surprise.

—C'est que depuis près de quinze jours, Nelly n'est plus la même.

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII

MERCREDI, 7 OCTOBRE, 1903.

No. 15

EDITORIAL

La Revue Médicale a toujours prôné une vie de famille pour les membres de la grande famille médicale. Il faut entre eux échange et communion d'idées. Non seulement il est bon de découvrir les griefs, d'en parler sérieusement, de discuter amicalement les points en litige; mais il ne faut pas en rester là: se plaindre continuellement sans songer aux moyens de remédier aux maux présents, est enfantin et infructueux. C'est lorsque les médecins sont réunis en famille qu'ils pourront mieux s'entendre, suggérer, trouver le remède, et la voix familiale dictant s'assurer l'accomplissement de leurs désirs.

Voilà pourquoi La Revue Médicale a tant appuyé sur la nécessité des associations médicales de district; et voilà pourquoi, en premier, dès juillet 1899, elle a suggéré la création d'un grand congrès national. Ce dernier souhait s'est réalisé, grâce, en grande partie, à l'énergie et au patriotisme de nos confrères de Québec. Faut dire aussi que la circonstance était belle.

Espérons que l'an prochain, un second congrès, plus prolifique encore que le premier, se tiendra à Montréal. Nous osons croire qu'alors chaque district de la province ayant sa société, y enverra un délégué officiel pour la représenter et prouver que partout les médecins canadiens travaillent.

Quant aux sociétés de district, il s'est fait un travail louable déjà et il ne faut pas que l'indifférence ou la coterie le submerge.

La presse médicale a son rôle à jouer, dans le maintien de ces sociétés: c'est celui de stimuler et d'étendre le mouvement progressif et bienfaisant en portant à tous et à chacun des médecins de la famille canadienne la connaissance des efforts et des succès ou des insuccès de chaque société de district. Ainsi les opinions, les griefs, les remèdes, etc., étant mis au grand jour et vus de tous, la saine discussion et la lumière naîtront.

Afin d'aider et d'activer la bonne impulsion, La Revue Médicale, espérant que la profession canadienne, surtout rurale, en bénéficiera, s'est imposée un sacrifice pécuniaire: elle a offert, de grand cœur, à la société médicale du district de Joliette, l'hospitalité de ses colonnes pour la publication de leurs délibérations et à chaque membre régulier reconnu de l'association qui reçoit la Revue Médicale, elle fait une réduction de \$1.00 sur le prix de l'abonnement.

Ces avantages, elle les étend aux membres de toutes les autres sociétés de districts ruraux, si elles en font la demande. Elle désire ainsi par une faible collaboration, favoriser le maintien, la réussite et l'influence salutaire de ces sociétés, dont elle a tant à cœur l'existence vigoureuse.

Avant de quitter cette question des associations de district, une suggestion. Quelquefois le médecin de campagne ou de petite ville a des loisirs; il pourrait, croyons-nous, les employer avec avantage pour lui-même et pour la médecine canadienne, en retraçant, par les traditions et par les registres de paroisse, l'histoire médicale de son district, de sa ville. Ces petits travaux historiques sur les anciens médecins, sur les mœurs médicales (accouchements, naissances, morts, etc.) sur les procédés des charlatans, sur l'emploi de certaines plantes, certains remèdes, sur les superstitions, sur les hospices, les hôpitaux, enfin sur une foule de sujets touchant à la médecine, communiqués à une société locale, ne pourraient qu'avoir un vif intérêt pour tous les membres, et la publication de ces études feraient ressortir de l'oubli plus d'un point intéressant de l'histoire de la médecine canadienne. Un de nos distingués collaborateurs qui travaille depuis au-delà de deux ans à une histoire de la médecine au Canada, sait comme ces questions sont arides à élucider, comme les informations précises sont rares et comme les recherches sont longues et difficiles. En s'occupant de cette belle question natio-

nale, nous croyons que nos confrères trouveraient une occupation très agréable, mettraient leur travaux en lumière, rendraient hommages à nos humbles et dévoués praticiens du temps passé et aideraient à asseoir sur une base plus solide et plus large, notre médecine canadienne.

La Revue Médicale serait des plus heureuses de publier toute étude, gravure, etc., sur cet important sujet, et d'aider de ses conseils le travailleur patriote.

En terminant, nous avons deux regrets à formuler. Nous avons vu avec peine, sombrer, ou entrer en hivernement prolongé, l'association médicale des étudiants de Laval. Pourquoi ces élèves ne s'occupent-ils pas plus activement de cette question? C'est dans une telle société qu'ils se formeraient à l'étude et s'intéresseraient aux questions qui touchent à notre profession. C'est par l'intermédiaire d'une association qu'ils arriveraient à se poser aux yeux de tous et que leurs demandes seraient mieux écoutées. Beaucoup des travaux scientifiques qui s'y feraient seraient dignes de publication dans les revues de médecine, et combien de professeurs et de praticiens se feraient un agréable devoir de leur donner des conférences intéressantes et utiles. Pourquoi les étudiants n'ont-ils pas deux sections à leur société, une pour les élèves de première et de seconde années et une autre pour les étudiants de troisième et de quatrième? Nous espérons que cette année la glace va fondre et que nous verrons réapparaître la société des étudiants plus florissante que jamais.

Et que fait l'Association des Internes de l'Hôpital Notre-Dame? Est-ce qu'il n'existe pas assez d'internes dans la ville de Montréal — à Notre-Dame, à l'Hôtel-Dieu — pour qu'ils puissent se rassembler au moins trois ou quatre fois par année, en un congrès fraternel, et se présenter et leurs travaux, et leurs peines, et leurs espérances?

Voyons, les internes, du cœur, et organisez un petit congrès de l'internat pour avant Noël. Le monde médical a besoin de savoir qu'à Montréal, il y a des internes qui parlent français et qui étudient. Secouez-vous et que la poussière qui vous recouvre rejaille en paillettes d'or scientifique.

Nous sommes heureux d'ajouter à notre comité de rédaction les noms de Messieurs les docteurs R. C. Faquin, de Québec, secrétaire

du collège des médecins et P. V. Faucher, de Québec. Ce sont deux anciens fondateurs de La Revue Médicale qui nous reviennent. Nous leur souhaitons bienvenus et nous sommes certains que nos lecteurs applaudissent à leur retour.

La Direction,

— : o o —

Travaux Originaux

PROPOSITIONS ET PROJETS PRESENTES
A L'ASSEMBLEE DES MEMBRES DE
LA SOCIETE CHIRURGICALE DU
DISTRICT DE JOLIETTE. (1)

Par M. le docteur J. M. Aumont, de Saint-Esprit de Montcalm.

(Suite.)

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE.

Par M. le docteur S. A. Knoff.

CONCLUSIONS:

Les statistiques de tous les pays montrent que, de toutes les maladies, la tuberculose a la mortalité la plus élevée.

Les fautes d'hygiène privée ou d'hygiène sociale sont la plus grande cause de cette effrayante mortalité.

La déclaration de la tuberculose pulmonaire par les médecins s'impose au même titre que celle des autres maladies contagieuses. Elle doit être rendue obligatoire dans l'intérêt de la communauté, dans celui des malades eux-mêmes.

La phthisie est curable. Presque tous les cliniciens ont constaté et publié la guérison fréquente et définitive de malades de tout âge. Dans tous les pays les anatomo-pathologistes pratiquant l'autopsie de sujets morts d'autres affections ont trouvé d'anciennes lésions cicatrisées ou calcifiées, qui étaient demeurées ignorées durant toute la vie.

Le traitement hygiénique et diététique dans les établissements fermés est le véritable

(1) Assemblée tenue à Joliette le 16 septembre 1903.

traitement de la phtisie pulmonaire, les autres variétés de la tuberculose en tirent toujours un réel avantage.

Climats, altitudes, exposition, médications, ne sont que des adjuvants plus ou moins favorables.

La tuberculose au premier ou au deuxième degré, traitée dans les établissements fermés, est souvent guérie, même d'une façon permanente, le troisième degré y trouve fréquemment un bénéfice considérable.

Non seulement un sanatorium bien tenu et bien surveillé n'est pas un foyer d'infection, mais au contraire on y doit trouver moins de chance d'infection que partout ailleurs, et les foyers extérieurs libres, dangereux pour la société, doivent venir s'y éteindre.

Les établissements fermés seuls présentent des garanties sérieuses. Le traitement dans les stations libres est illusoire et le séjour des malades y est à redouter pour les populations, le littoral méditerranéen et tant d'autres, où jadis la tuberculose était exceptionnelle chez les habitants, en sont la preuve.

La fondation de sanatoria pour les pauvres, où l'on recevra les malades de toute catégorie et de tous les degrés, s'impose de jour en jour comme une nécessité plus urgente.

Il est impossible, même aux cliniciens les plus habiles, de se prononcer d'une façon certaine sur le pronostic de la maladie, car nous avons vu dans les hôpitaux spéciaux, dans les sanatoria et dans la clientèle privée, survenir des guérisons inespérées. Inversement, nous avons vu succomber des malades qui, après un examen minutieux, présentaient toutes les chances de guérison.

Refuser à un malade l'entrée d'un sanatorium sous prétexte qu'il est trop avancé et le remettre à un hospice est inhumain, le laisser libre, c'est créer un danger social, car la contagion est certaine.

La création de deux ordres de sanatoria pour les pauvres semble préférable: les uns seront édifiés autour des grandes villes, pour recevoir des tuberculeux à tous les degrés.

Les autres, dans les provinces, dans les

contrées où l'atmosphère est le plus pure et le plus saine; on y enverrait les malades choisis dans les sanatoria urbains et qui ont le plus besoin de changement d'air. Il faut encore instituer des colonies pour les convalescents et les tuberculeux au début, après qu'ils ont été instruits et soignés pendant quelques mois dans un sanatorium.

L'Etat ne s'imposerait pas de plus grands sacrifices en hospitalisant les tuberculeux dans les sanatoria qu'en les laissant dans les hôpitaux généraux où leur guérison est presque impossible.

Il épargnerait ainsi aux malades atteints d'autres affections le danger permanent d'une contagion que l'insuffisance de l'hygiène ne permet pas d'éviter.

Les gouvernements ne peuvent, à l'heure actuelle, hospitaliser tous les tuberculeux, aussi, leur intérêt est-il de multiplier les sanatoria. A leur défaut, et en attendant leur construction, il sera très utile de transformer en établissements fermés quelques-uns des hôpitaux urbains, les mieux situés. En y faisant séjourner quelques mois un nombre de tuberculeux aussi grand qu'il sera possible, on abaissera certainement la mortalité et on éteindra les foyers d'infection.

Le jour où on traitera tous les tuberculeux riches ou pauvres dans des établissements spéciaux, où on empêchera par cette hospitalisation ceux qui ne sont plus curables de devenir des foyers de contagion, le jour où les malades sortant des sanatoria auront acquis une éducation leur permettant de combattre eux-mêmes leur maladie et sa propagation, qui donc osera dire qu'on n'a pas fait un premier pas pour affranchir les nations civilisées de cette meurtrière et désolante affection?"

Pour ne point nous faire sentir davantage l'inexpérience de ma jeunesse, et vous ennuyer encore en traitant devant vous de ce sujet qui, présenté par un homme habile pourrait cependant vous intéresser pendant des heures, je terminerai ici en citant quelques statistiques d'un sanatorium de votre pays: "Muskoka Cottage Sanatorium."

75 patients "sanatorisés" au delà de 3 mois:—

Etat lors de l'admission	ETAT LORS DU DEPART				
	Apparemment guéris	Maladie jugulée	Stationnaire	Mort	Total
1er degré : Tuberculose commençante.	22	5	0	0	27
2ème degré ;	6	29	2	1	38
3ème degré ; Cavernes.	0	6	3	1	10
					75

Sur 80 patients ayant demeuré au sanatorium en moyenne 214 jours, 64 ont gagné en poids (environ) chacun 13 1-4 livres en moyenne, 7 ont perdu en poids chacun 6 livres en moyenne, 3 ont ni augmenté ni diminué.

De 67 tuberculeux ayant des bacilles dans leurs expectorations, 36, après 15 mois d'hospitalisation, sont sortis n'ayant plus de bacilles de Kach dans leurs crachats soumis à l'examen microscopique.

Tous ces merveilleux résultats doivent, n'est-ce pas, nous encourager à fonder des sanatoriums dans notre chère de Québec?

Quant aux compagnies de remèdes patentés qui font publier dans les journaux ou ailleurs des annonces où elles attaquent les médecins et les chirurgiens, j'ai cru devoir vous apporter quelques échantillons de leur littérature. (1) Après la lecture de ces échantillons, n'est-il pas à propos, Messieurs, d'adopter la proposition suivante:

Attendu, que certaines compagnies de remèdes patentés flétrissent injustement la réputation des médecins; il soit résolu que les médecins s'entendent pour ne jamais recommander à leurs clients et même pour éloigner d'eux les remèdes fabriqués par les susdites compagnies.

IMMIGRANTS.

Du livre "Le Médecin des Pauvres" d'après Samuel Warren, Kingsby et Mayhew, j'extrai ce qui suit (traduit) par P. Chastes (préface). "La loi des pauvres, c'est-à-dire, l'application de la charité administrative, mal

gérée par les paroisses est devenue, comme on le sait, une des plaies saignantes de l'Angleterre.

La richesse, concentrée dans des mains prudes et habiles, a rejeté loin d'elle toute une nation de parias, qui s'est réfugiée et blottie dans des bouges immondes et dans des tanières infectes, où le vice et la maladie pullulent avec la misère. Là naissent des enfants privés de sang; là se traînent des êtres souillés avant la puberté; là vit, ou plutôt rampe et meurt, ignorée, invisible, terrible, criminelle, toute une armée qui ne se révolte pas, car la force lui manque."

Ce sont les bataillons de cette armée douloureuse, hère et infernale dont les hommes d'Etat anglais sont en train de débarrasser leur pays en les jetant dans les colonies anglaises par cent mille par année!

LONDON RECORDER NEEDS EDUCATING.

Referred to Canada as Foreign Country in Sentencing Canadian.

STILL A DUMPING GROUND.

Another Criminal Released on Condition that he Come out to Canada.

((Special Cable from Our London Correspondent.))

London, September 9.—The London Recorder evidently still regards Canada as a dumping ground for criminals. Yesterday he released a boy convicted of theft on condition that he go to Canada.

He afterwards sentenced a Canadian who had been imprisoned in Canada, and remarked that foreign countries were in the habit of sending their criminals to Great Britain.

WINDERMERE.

L'inspection médicale à nos ports de débarquement étant insuffisante, nos hôpitaux seront bientôt remplis de ces malades importés, notre Canada infesté de maladies contagieuses d'Europe et nos prisons bondées des repris de justice européenne.

(A Suivre.)

(1) Ici le conférencier lit un grand nombre de ces annonces déplacées et mensongères que la presse journalière publie.

Coq-a-l'Ane

PNEUMONIE VERSUS APPENDICITE.

—Crozer Griffith, de Philadelphie, étudie dans un travail des plus intéressants (J. Amer. Med. Assn.) la question des maladies pulmonaires—pneumonie et pleurésie—qui souvent simulent, à s'y tromper sérieusement, l'appendicite et la péritonite. Il cite des cas et des autorités à l'appui. Il dit qu'il y a dans le jeune âge, une tendance marquée, longtemps reconnue mais souvent oubliée, des maladies du poumon à rapporter à l'abdomen des douleurs originant dans le thorax. Cette simulation a lieu surtout quand la lésion siège à droite et dans le bas de la poitrine, mais elle peut se produire la maladie étant à gauche ou dans les sommets. Il existe en même temps que la douleur abdominale, de la constipation, de la sensibilité, de la distension et des vomissements. C'est, comme on le voit, à s'y méprendre, et il faut de la prudence et un examen attentif. En faveur du trouble pulmonaire, il y a les points suivants:—1. L'élévation soudaine de la température vers les 103 degrés, et la tendance qu'elle a à s'y maintenir. 2. L'accélération de la respiration non en rapport avec le pouls ou la fièvre. 3. Le relâchement des parois abdominales pendant la respiration. 4. La diminution ou la disparition de la sensibilité lorsqu'on exerce une pression profonde avec la main mise à plat. Cozolino insiste sur ce point. 5 La toux. Griffith termine en disant que l'on ne devrait jamais pratiquer aucune opération pour appendicite avant d'avoir examiné, à répétition au besoin les poumons. Malgré tout, parfois les meilleurs cliniciens ne pourront arriver à un diagnostic précis.

LA POLIOMYELITIS ANTERIEURE AIGUE.—Looft et Dethloff dans deux cas typiques ont isolé dans le liquide cérébro-spinal, obtenu par ponction lombaire, le méningocoque, type Heubner. (Bost. Med. Sur. J.)

L'ACTION MICROBIQUE DE L'ALCOOL.

—Voici les conclusions de Harrington et Walker (Boston Med. & Surg. J.):—1 A moins que l'enveloppe de la bactérie ne contienne une certaine quantité d'humidité, elle est impénétrable à l'alcool fort. Des bactéries, à l'état sec, mis en contact avec de l'alcool dilué (30 à 60 o/o d'eau), absorberont assez rapidement la quantité d'eau voulue

pour permettre à l'alcool d'atteindre le protoplasme et de le détruire. 2. Contre les microbes, à l'état sec, l'alcool absolu et celui du commerce sont sans action microbicide, même après un contact direct de vingt-quatre heures. Les solutions de plus de 70 o/o, agissent en raison indirecte de leur richesse en alcool. 3. Contre les bactéries ordinaires à l'état humide, sans spores, un alcool de plus de 40 o/o agit en dedans de cinq minutes. 4. La solution alcoolique qui convient le mieux pour les bactéries résistants, sans sporulation, est celle de 60 o/o à 70 o/o.

Encore un "ballon" qui s'amincit!

INJECTION D'ACIDE OSMIQUE DANS LA SUBSTANCE MEME DU NERF CONTRE LA NEURALGIE DU TRUJUMEAU.—Murphy, de Chicago, rapporte un succès avec cette méthode; il a suivi la technique de W. H. Bennett, qui a publié huit cas heureux (London Lancet) traités par l'acide osmique. Les trois branches furent injectées. On met à nu le nerf, on le soulève avec un crochet et, au moyen d'une fine aiguille hypodermique, on injecte directement dans la substance, quelques gouttes d'une solution à 1-2 o/o.

POLYCYTHEMIE CYANOTIQUE CHRONIQUE.—Ce terme s'applique à une augmentation très considérable des érythrocytes, avec cyanose chronique, sans lésions cardiaques. Hall relate neuf cas (American Med.) dans l'un desquels il existait une néphrite chronique et des manifestations cardiaques. Un caractère frappant est la cyanose intense qui donne aux lèvres et à la langue une coloration pourpre (raisin). Cette cyanose est moins prononcée sur les mains, le tronc et les membres inférieurs. Il y avait de la dyspnée et des palpitations.

LES DANGERS DE LA POSITION DE TRENDELENBURG. Au dernier congrès allemand de chirurgie, tenu à Berlin, Kraske, de Freiburg, appuya sur les dangers que comporte la position renversée sur le plan incliné. La paralysie du nerf tibial antérieur et l'emphysème des parois abdominales sont peu sérieux et peuvent être évités. Les perturbations de la circulation chez les obèses sont à craindre: il rapporte deux cas de mort parasthénie cardiaque chez des sujets présentant des signes de myocardite. Il croit rapporter à l'augmentation de la pression sanguine et à une dilatation cardiaque consécutive, le résul-

tat fatal. Il cite trois cas d'occlusion intestinale. Schauta signale deux torsions du petit intestin et il insiste pour que l'on prenne bien soin de replacer les viscères dans leur positions normales avant la fermeture de l'abdomen. Une hématomérose très grave succéda à une intervention dans cette position. Trendelenburg, de Leipsic, dit avoir perdu un patient par suffocation causée par l'aspiration de matières vomies, l'estomac n'étant pas vide au moment de l'opération. König, de Berlin, avertit du danger qu'il y a d'opérer des abcès intrapéritonéaux dans cette position le pus pouvant gagner les parties supérieures de la cavité abdominale. (J. Am. Med. As.)

NIRE.

Revue des journaux

MEDECINE

BRONCHITES AIGUES ET TUBERCULOSE PULMONAIRE.

Par M. le Dr Chauvin (de Paris).

(Suite.)

Bronchite chez l'adulte à la seconde période de la tuberculose.—"Le catarrhe pulmonaire, a dit Laënnec, est plus souvent effet que cause des maladies de poitrine". C'est qu'en effet les bronches et le poumon ont un système veineux commun, les veines broncho-pulmonaires. Les affections pulmonaires peuvent avoir ainsi une action sur le système vasculaire de l'appareil bronchique. Il est fréquent de voir l'inflammation limitée aux bronches qui aboutissent au territoire tuberculeux: c'est la bronchite simple, complication de la tuberculose en pleine évolution.

Il y en a une autre, la bronchite tuberculeuse, occasionnée directement par la présence du bacille.

Tuberculeuse ou non, la bronchite au cours de la phtisie n'évolue pas comme une bronchite ordinaire.

Elle peut commencer à propos de la moindre infraction au régime hygiénique, (c'est dire qu'elle est fréquente). D'autres fois, elle paraît se rattacher à l'apport de quelques germes plus virulents dans une collectivité; c'est ainsi qu'à l'hôpital la bronchite éclate, semblant avoir été semée par congon, après l'entrée dans une salle d'un malade atteint de bronchite ou de bronchopneumonie. Souvent enfin sa cause peut même échapper d'une manière absolue.

Elle se manifeste d'abord soit par un coryza,

soit par un enrrouement, une extinction de voix, soit par une recrudescence de la toux, soit par de la fièvre. Sa période d'état est beaucoup plus longue que celle de la bronchite ordinaire. Le malade, amaigri et plus pâle, a des douleurs thoraciques plus ou moins accentuées. Il tousse et crache davantage. L'expectoration, plus fluide les premiers jours, devient muco-purulente. La fièvre à oscillation irrégulières présente parfois des maxima matutinaux.

A l'auscultation, on trouve des râles sibilants et ronflants avec des associations de signes, qu'on a pu appeler paradoxales, comme un peu de voix matité et de l'exagération des vibrations thoraciques en même temps que des râles exclusivement aphone et pas d'égophonie ou comme un peu de sonores.

Peu de dyspnée, à moins que la bronchite tende à se capillariser, auquel cas elle s'accompagne de cyanose, de fièvre continue, de toux incessante et devient une complication beaucoup plus grave.

Ordinairement la bronchite se calme et disparaît, en cédant un peu de terrain à la tuberculose.

Le repos le plus absolu à la chambre est la première des indications; la seconde est le régime alimentaire, par petits repas souvent répétés. Le malade se refuse généralement à manger; il faut, toutes les trois heures, revenir régulièrement à la charge et faire accepter deux œufs, 20 à 30 grammes de viande crue et un bol de lait. Quand le lait répugne au malade, il n'y a aucun inconvénient à en changer le goût avec un peu de café, de cacao ou de thé.

Dans l'intervalle des repas, une potion d'ipéca favorise l'expectoration; mais l'ipéca sera donné à petites doses et pendant peu de temps.

Renaut (de Lyon) conseille l'iodure de strontium à hautes doses. Pour lui, ce médicament a une action leucocytaire remarquable; il le préfère à l'iodure de potassium, qui déprime davantage l'organisme, et le donne à la dose de 1 gramme, deux ou trois fois par jour. Cette dose est peut-être un peu forte dans certains cas, parce que l'iodure de strontium est loin de favoriser la sécrétion urinaire.

Lorsque la bronchite aura été précédée d'une période de courbature, comme dans les infections gripales, on pourra donner pendant quelques jours 3 ou 4 grammes de benzoate de soude, qui semble diminuer la fluxion des muqueuses respiratoires et augmente l'élimination des matériaux incomplètement oxydés (Robin).

En même temps, on placera des sinapismes sur les membres inférieurs et des ventouses sèches sur la poitrine.

Plus tard, on aura recours à l'iode en badigeonnages, aux petits vésicatoires et, de préférence, aux pointes de feu superficielles. En cas d'insuffisance rénale, on n'emploiera que la teinture d'iode, la cantharidine étant contre-indiquée chez les malades dont les reins fonctionnent mal et qui résorbent ou fabriquent des produits toxiques.

Au cours de la maladie, l'alimentation sera plus surveillée encore.

L'huile de foie de morue, les glycérophosphates seront employés tour à tour.

J'ai obtenu de bons effets de la solution suivante, donnée en injections hypodermiques:

- Cacodylate de soude..... 5 grammes.
- Glycérophosphate de soude..... 10 —
- Acide phénique neigeux..... 0g50
- Eau stérilisée..... 100 cent. cubes.

On injectera 1 centimètre cube le premier jour;
On injectera 2 centimètres cubes le deuxième jour;

On injectera 3 centimètres cubes le troisième jour;

On injectera 4 centimètres cubes le quatrième jour, puis 3, puis 2, puis 1 centimètre cube, et ainsi de suite en augmentant ou en diminuant de 1 centimètre cube chaque fois.

III

Bronchite à la période tertiaire.—Les micro-organismes pathogènes, vivants et plus ou moins virulents, suivant la saison, l'année ou leur association microbienne, sont inspirés constamment. Ils pénètrent malgré les cils vibratils, malgré l'opposition mécanique et chimique des mucus de l'appareil respiratoire, dans des bronches et dans un poumon (qu'il soit d'ailleurs septique ou non), où ils trouvent une chaleur humide et les conditions les plus favorables à leur développement. Ils auront vite et facilement gain de cause chez le tuberculeux cavitaires.

L'organe et l'individu, affaiblis par une maladie déjà longue, n'auront plus les moyens de défense suffisants pour résister à l'envahisseur. Aussi la bronchite conduira-t-elle rapidement à l'alvéolite; dans une marche progressivement envahissante, elle se terminera par une broncho-pneumonie le plus souvent mortelle.

D'ailleurs, la diminution du calibre des bronchioles, leur musculature de moins en moins énergique, sont la cause d'un encombrement qui gêne l'hématose et favorise le développement des microbes.

Ici la bronchite évolue d'une façon intense et grave parce qu'elle est greffée sur un terrain-tuberculeux et mal résistant. Sa répétition, assez fréquente chez certains individus, aggrave chaque fois la situation.

Je n'ai rien à dire des symptômes qui sont les mêmes que ceux des bronchites dans la tuberculose secondaire. Et je sortirais de mon cadre, en parlant de la broncho-pneumonie. "La broncho-pneumonie tuberculeuse.

Tant qu'il n'y a que de la bronchite, la révulsion, les potions kermétisées et opiacées, les vomitifs s'il y a de l'encombrement des bronches seront les agents d'un traitement tout symptomatique.

IV

Conclusion.—Ainsi, chez les tuberculeux, la bronchite se présente comme une cause, un effet et une fin, déterminées ou accrues par les microbes de la

complication redoutable. Les infections pulmonaires bronchite, réalisent les conditions les plus favorables au développement et à l'extension du bacille de Koch. On peut dire, en reprenant un mot célèbre, que la bronchite aiguë est le plus dangereux des accidents qui peuvent atteindre le tuberculeux ou le pré-tuberculeux.

(Gaz. des Hôp.)

— : o : —

Thérapeutique et Mat. Médicale

DU CREOSOFORME.

On possède aujourd'hui un assez grand nombre de combinaisons de créosote. La plus originale et la plus curieuse est assurément le créosoforme, résultant de la combinaison de la créosote avec l'aldéhyde formique.

Le créosoforme contient 96 o/o de créosote. C'est une poudre jaune verdâtre, sans goût, sans odeur, insoluble dans l'eau et la glycérine, soluble dans l'alcool et les solutions alcalines.

On le prend facilement à l'intérieur à la dose de 2 à 4 grammes par jour sans éprouver aucun malaise. Son emploi est facile en paquets ou cachets. Mieux encore, il est plus facile à prendre sous une forme pharmaceutique très courante aujourd'hui comme granule, d'après la formule suivante:

- Créosoformé..... 1 gramme.
- Sucre pulvérisé..... 4 —
- Essence d'anis..... q.s.

Une cuillère à café 1 gramme de créosoforme (0.96 de créosote) ayant goût et odeur d'anis!

Le créosoforme a été essayé à l'hôpital Nècker dans le service du Dr Barth, à l'hôpital Trousseau et chez les enfants dans le service du Dr Guinon; à l'hôpital Tenon dans le service des Drs Duflocq et Parmentier et à l'Hôtel-Dieu annexe dans le service du Dr Mosny. Dans tous les cas on a constaté que le créosoforme avait les avantages de la créosote sans en avoir les inconvénients.

(Le Progrès Méd.)

— : o : —

LES PRINCIPALES PREPARATIONS ARSENICALES.

Par M. le Dr M L. Babonneix.

Les préparations arsenicales les plus usitées sont, de beaucoup, celles qui s'administrent à l'intérieur. Elles comprennent l'acide arsénieux et les arsénites, les arsénates et enfin les divers composés organiques de l'arsenic dont on s'est tant occupé au cours de ces dernières années.

L'acide arsénieux, encore appelé arsenic blanc ou oxyde blanc d'arsenic, est peu soluble dans l'eau et dans l'alcool, plus soluble dans la glycérine. On peut le prescrire soit sous forme de granules, soit en solution.

----- : o : -----

DERMATOLOGIE

LES METASTASES DE L'ECZEMA.

L'eczéma est-il capable de retentir au loin sur les différents viscères, de provoquer des métastases, suivant l'expression consacrée? Oui, si l'on en croit les traditions médicales, non pour l'Ecole allemande, et pour Kaposi, en particulier.

La solution de cette question est loin d'être purement théorique: si l'on admet, avec Kaposi, qu'en présence d'un eczéma, l'état général est quantité négligeable et que l'on n'a à soigner qu'une peau malade, il ne faut pas hésiter à appliquer le traitement ordinaire. Si, au contraire, on admet que, sous l'influence de diverses causes, et, spécialement, sous l'influence d'un traitement un peu actif, l'eczéma est capable de retentir sur les organes internes, de se déplacer, l'abstention thérapeutique s'impose, l'eczéma doit être respecté. De l'idée qu'on se fait des métastases de l'eczéma découlent donc d'importantes conséquences thérapeutiques.

Le mot métastase sert à désigner le déplacement d'une maladie ou d'un acte morbide qui disparaît d'une partie de l'économie pour se montrer dans une autre. Les anciens auteurs, voyant des maladies se transporter sous leurs yeux d'un point à un autre, supposaient que c'était la cause de la maladie fluide et mobile qui se déplaçait ainsi. Quand le changement de lieu se produisait d'un organe plus important à un autre moins important, on l'appelait diadoque; le mot métastase était réservé aux cas où ce changement s'effectuait au contraire sur un organe mobile et augmentait la gravité de la maladie. Edifiée par Galien et par son école, la théorie des métastases explique une série de phénomènes, les uns ayant pour point de départ la suppression d'une fonction (métastases menstruelles, urinaires, bilieuses, lactées), les autres ayant pour point de départ un acte morbide: métastases cutanées.

Parmi ces dernières, les métastases de l'eczéma sont peut-être les plus anciennement connues. Lorry dès 1777, insiste sur les dangers qui peuvent résulter de la suppression des dartres. Plenck signale la gravité des maux qui suivent souvent la suppression du suintement de la croûte de lait, Poupert affirme (1782) que le virus dartreux est un protée, tel que celui de la vérole ou du scorbut, et qu'il occasionne, tantôt des maladies aiguës comme une fièvre, une fluxion de poitrine, tantôt des maladies chroniques comme la phthisie pulmonaire, l'asthme, l'hydropisie. Pour Alibert, les métastases dartreuses sont un phénomène pathologique qu'on observe

souvent. "Les dartres se répercutent fréquemment sur la poitrine; quand cet accident survient, la respiration devient pénible et même douloureuse." La dartre peut d'ailleurs se porter vers le foie, vers la vessie ou vers les autres viscères, et, de ceux-ci, revenir vers la périphérie cutanée. "Il est des dartres, dit encore Alibert, dans lesquelles les mouvements de la matière sont manifestement dépuratifs. Dans cette circonstance elles semblent avoir pour but d'extirper du "corps vivant une matière qui lui est étrangère et nuisible. De quels inconvénients serait suivie la conduite d'un médecin imprudent qui voudrait guérir trop vite l'écoulement salutaire d'une dartre squameuse humide! J'ai recueilli plusieurs exemples qui attestent un pareil danger". Dumas, Hehnemann, Bielt, Rayer signalent, eux aussi, des cas de métastase eczémateuse.

Cazenave est un adversaire résolu des métastases, qu'il pense avoir été fondées "sur des faits ou complètement faux ou mal appréciés". Gibert est du même avis: "Sur douze mille malades dont nous avons exactement noté l'entrée et la sortie dans nos salles de Saint-Louis, écrit-il, c'est à peine si nous avons eu à signaler trois ou quatre faits bien avérés et bien incontestables de répercussion." Devergie pense au contraire que "à une certaine période de la vie, l'eczéma devient un excitateur qu'il faut savoir respecter, sa suppression pouvant entraîner des accidents très graves, quelquefois la mort".

Pour Bazin, les métastases appartiennent essentiellement aux affections dartreuses et arthritiques: "Les dartres se déplacent, se transportent avec la plus grande facilité, soit d'une région à une autre sans transformation de la variété pathogénique. La dartre à la peau est une inflammation; cette inflammation se supprime brusquement et le dartreux est pris d'un catarrhe ou d'une hydropisie." Les différentes complications de l'eczéma deviennent "autant de symptômes d'une maladie constitutionnelle qui se manifeste successivement ou simultanément sur la peau, sur, les poumons, sur les nerfs, etc." Hardy admet, dans quelques cas, les métastases eczémateuses: "Il est quelques faits dans lesquels on ne peut expliquer le changement survenu dans l'état morbide que par le phénomène de la métastase; tels sont quelques exemples positifs de méningite survenue, chez des enfants, à la suite de la guérison trop rapide d'un eczéma du cuir chevelu, quelques observations authentiques de catarrhe pulmonaire développé après l'amélioration d'un eczéma ou d'un lichen." Vidal et Leloir signalent, sans pouvoir l'expliquer, l'alternance de l'eczéma avec les douleurs rhumatismales, les catarrhes bronchiques, les névralgies.

Tandis qu'en France les divergences entre les auteurs ne commencent que lorsqu'il s'agit d'interpréter les phénomènes, la plupart reconnaissant la réalité du fait clinique, les Allemands le nient. Hébra se refuse à admettre qu'il puisse y avoir alternance entre l'eczéma et diverses maladies internes; cette alternance, lorsqu'elle s'observe, n'est qu'accidentelle; l'eczéma est une lésion purement locale, n'ayant aucun rapport avec l'état général du sujet. Donc tout eczéma doit être traité; il n'existe aucune con-

tre-indication. Kaposi adopte, dans toute leur rigueur, les idées d'Hebra; l'eczéma est une maladie externe qu'il faut toujours traiter par des moyens purement externes.

Les faits actuellement connus de métastase eczémateuse se rapportent, pour la plupart, à des enfants ou même à des nourrissons. Dans ces cas, la métastase frappe surtout les organes respiratoires et affecte, suivant les cas, la forme de la bronchite catarrhale, de la broncho-pneumonie, de la congestion catarrhale, de l'asthme.

Les cas de broncho-pneumonie consécutive à la disparition d'un eczéma sont les plus fréquents et les plus redoutables. M. Gaucher en a cité un exemple typique: une petite fille de deux ans et demi, atteinte d'eczéma chronique sec généralisé, très prurigineux, est soignée, pendant deux ou trois jours, par des lotions phéniquées. Les démangeaisons diminuent et l'éruption pâlit, mais l'enfant est brusquement prise de broncho-pneumonie et meurt en quelques jours. M. Babonneix a rapporté quelques cas non moins probants.

L'asthme, quoique moins fréquent, constitue peut-être la manifestation métastatique la plus nette de l'eczéma. Signalée par Bouillaud, cette variété d'asthme est considérée par Trousseau comme un véritable exanthème de la muqueuse bronchique, par Duclos (de Tours) comme une affection herpétique aiguë des voies respiratoires. G. Sée accepte cette doctrine et admet, au moins dans certains cas, l'eczéma des bronches: "Tant qu'il s'agit d'une exsudation catarrhale, on peut supposer un eczéma des bronches; coïncidant ou alternant avec la dartre, l'éruption serait de même nature sur le tégument interne que sur la peau."

Les métastases gastriques ou intestinales sont beaucoup moins fréquentes. Là encore, les auteurs ont invoqué le transport de l'humeur peccante, le déplacement de l'irritation, de la fluxion. Les métastases nerveuses sont des plus variées et affectent tantôt le type névralgique, tantôt le type convulsif ou même franchement méningitique. Le rhumatisme et la goutte peuvent aussi être liés à l'eczéma et présenter avec cette dermatose des alternances remarquables, comme le prouvent les cas de MM. Gaucher et Deligny.

Quelle est la pathogénie de ces métastases? Certains auteurs ont invoqué la théorie parasitaire; "la disparition brusque d'un eczéma, affection parasitaire, s'explique aisément; elle est le premier symptôme d'une affection viscérale grave." Mais il n'est pas démontré, bien au contraire, que l'eczéma soit de nature parasitaire, et cette théorie doit céder le pas à celle de l'eczéma, maladie dâscrasique. L'eczéma est une maladie générale liée à des altérations humorales d'ordre chimique. "Les matières extractives accumulées dans l'économie trouvent une voie d'élimination par la peau et produisent par leur action irritante les lésions eczémateuses." Dès lors, "si, à un moment donné, on guérit brusquement un eczéma, c'est une voie d'élimination que l'on ferme aux matières extractives. La production n'est pas diminuée pour cela. Elles vont s'accumuler dans les tissus... S'il se trouve un organe malade ou moins résistant, il se ressentira davantage de l'action tox-

ique de ces matières accumulées en excès, et c'est lui qui sera lésé à son tour."

Ces vues théoriques conduisent naturellement à l'abstention thérapeutique plus ou moins complète en cas d'eczéma étendu développé chez un tout jeune enfant ou chez un nourrisson de souche arthritique, surtout si ce nourrisson est soigné à l'hôpital. "Il est, a dit depuis longtemps Hippocrate, des maladies dont il vaut mieux ne pas tenter la guérison, car on s'exposerait à occasionner le transport de la matière morbifique sur des parties qui en seraient lésées, et la nature pourrait y succomber."

(Gaz. des Hôp.)

— :o o —

OBSTÉTRIQUE

LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DU POULS ET DE LA TEMPÉRATURE DANS LES SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES.

M. Daniel résume ainsi les conclusions auxquelles l'ont conduit ses récentes recherches personnelles:

Les crevasses du sein modifient dans deux tiers des cas la courbe de la température, qui s'élève, vers le quatrième ou cinquième jour, de 6 à 8 dixièmes de degré. Cette élévation persiste pendant trois ou quatre jours, puis disparaît.

Dans la lymphangite du sein, la fièvre apparaît du cinquième au septième jour après l'accouchement; elle monte brusquement à 39 ou 40 degrés; sa durée est de douze à vingt-quatre heures; après quoi elle tombe soit brusquement, soit en deux temps. Le pouls augmente de fréquence, mais sans que ses modifications soient parallèles à celles de la température. Dans le cas de galactophorites secondaires à la lymphangite, la température, qui était montée brusquement au bout de douze à vingt-quatre heures, persiste encore pendant trois ou quatre jours, oscillant autour de 38 degrés. Le pouls commence à augmenter de 15 à 20 pulsations, pour tomber à la normale au bout de trois à quatre jours en même temps que la fièvre.

Dans les plaies vulvo-périnéales, la température apparaît vers le troisième jour, ne dépasse pas 38 ou 38,03 et disparaît du septième au neuvième jour. Dans certains cas, on n'observe pas de fièvre. Le pouls suit la température et oscille autour de 80. Lorsqu'il y a infection utérine, la température débute du troisième au septième jour; le thermomètre s'élève progressivement à 37,05, 38, 38,05. Au bout de deux ou trois jours de cette fièvre légère, la courbe s'élève brusquement à 40 degrés, à la suite d'un frisson. Rarement la température apparaît du premier au troisième jour: dans ce cas il s'agit de véritables septicémies.

La marche de la courbe thermique varie suivant la gravité de l'infection et le traitement administré.

1. Elle peut se maintenir aux environs de 40

avec des oscillations d'un degré, la température étant ordinairement plus élevée le soir que le matin dans d'autres cas les oscillations, beaucoup plus marquées, atteignent jusqu'à 2 et 3 degrés; quelquefois, enfin, on peut voir la courbe s'abaisser aux environs de 38 degrés pendant un à quatre jours pour remonter ensuite. Cette hyperthermie peut durer plusieurs semaines accompagnée d'un état général grave, et être suivie de mort.

2. D'autres fois, la température peut tomber soit progressivement à la normale au bout de quelques jours, sans aucun traitement; la chute de la température se fait en général lentement, et la courbe descend peu à peu à 27 degrés; soit brusquement dans des cas exceptionnels ou après un traitement approprié; soit enfin à la suite d'une complication; on voit quelquefois, vers le septième-huitième jour de l'infection, apparaître près de l'utérus une tuméfaction douloureuse au palper. Son apparition est souvent de bon augure; elle annonce que l'infection se localise et perd sa tendance à la généralisation. En même temps, la fièvre tombe. Cette tumeur peut finir par la résolution, mais elle peut aussi, dans des cas plus graves et plus rares, finir par la suppuration. La fièvre prend alors le type continu avec légères exaspérations vespérales, le thermomètre monte dès le début à 39 degrés pour descendre progressivement vers le dixième ou le douzième jour en se rapprochant de la normale.

Le pouls est assez variable: 1. tantôt il suit une progression absolument parallèle à celle de la température; 2. tantôt il y a dissociation, le pouls étant plus rapide que la température; 3. la fréquence du pouls peut précéder tous les autres accidents, même l'élévation thermique. Un traitement méthodique exerce une influence favorable sur la marche de la température et du pouls.

Enfin dans la phlébite, tout à fait au début, il peut exister des modifications du pouls et de la température, modifications apparaissant dans les dix à quinze jours et acquérant, par conséquent, la valeur d'un véritable symptôme précurseur.

((Gaz. des Hôp.))

OPHTHALMOLOGIE

SUR LE TRAITEMENT D'URGENCE DE L'AMBLYOPIE PAR PERTES DE SANG.

Par M. le docteur A. Terson (de Paris)

Les ophtalmologistes connaissent la gravité de l'amaurose par pertes de sang qui aboutit à peu près une fois sur deux à la cécité totale ou presque totale. Les médecins en sont toutefois le plus souvent mal informés, et, si l'on consulte les livres de pathologie interne les plus courants et les plus répandus, on est étonné de voir l'absence générale de

mention de la cécité possible, et dont tant d'observations ont été publiées, après les hémorrhagies, tout comme après bien d'autres pertes de sang. Frappé de cette situation, nous avons, dès 1894, publié, entre autres, un long travail monographique sur cette question, donné de nouveaux cas et inspiré la thèse de Maillotis. Toutefois depuis cette époque, on nous a présenté plusieurs cas où l'atrophie optique partielle avait suivi la perte de sang, surtout par hémorrhagies utérines. Il était trop tard pour rien faire d'utile. Aussi ne saurait-on trop approuver ceux qui, comme M. Chevallereau au dernier Congrès, continuent à attirer l'attention sur ce point méconnu.

De plus, nous avons essayé de poser les bases d'un traitement d'urgence. Persuadés que c'est en traitant les malades dès que l'obnubilation se produit, qu'on pourra plus souvent les faire échapper à la cécité, nous avons, dès 1897, affirmé, que d'urgence il fallait alors pratiquer une très abondante injection de sérum artificiel. Quelle que soit la pathogénie qu'on adopte, qu'il s'agisse, suivant les cas foudroyants ou tardifs, d'un spasme, d'une anémie rétinienne extrême ou d'un élément toxique, avant tout il faut de suite faire le lavage du sang et remonter la tension artérielle. Malheureusement, tous les cas qui nous ont été amenés depuis cette époque étaient atrophiés depuis longtemps.

Aussi, sur un fait nouveau dont je dois la communication au docteur Pointot (du Vandreuil) qui m'a autorisé à m'en servir, je dois appeler l'attention et apporter au moins un commencement de preuve à l'appui de l'efficacité de ce mode de traitement.

Il s'agit d'une femme accouchée depuis quelques heures, mais où la délivrance dut être pratiquée artificiellement. Au cours de cette délivrance, une hémorrhagie utérine considérable se produit. Une syncope a lieu et, quand la malade revient à elle, elle se plaint de n'y plus voir. A peine peut-elle reconnaître la flamme de la lampe qu'on fait passer devant ses yeux.

Notre estimé confrère, pour lutter contre l'anémie profonde et remonter l'état général, a fait une abondante injection (de 400 centimètres cubes au moins) de solution salée à 7 p. 100. Dès le lendemain, la malade avait la vue entièrement rétablie. Bien qu'il n'ait pas été fait d'examen ophtalmoscopique (qui d'ailleurs n'a souvent rien donné dans les cas foudroyants), ce cas doit, croyons-nous, faire prendre encore plus en considération le traitement que nous avons proposé en 1897, et qui, sans aucune nocivité possible, s'appuie sur les seules bases logiques en pareille circonstance. Il faut que, sans préjudice de tout autre moyen ancien et de toute autre thérapeutique qui remonte la pression artérielle, une injection de sérum artificiel soit appliquée d'urgence dès qu'un hémorrhagique se plaint, de suite ou dans les jours suivants (les troubles visuels ne se manifestent souvent que du troisième au sixième jour, tout en étant fort graves), d'un affaiblissement visuel rapide. Voilà ce que tout médecin doit savoir, tout en faisant pratiquer ou en pratiquant, s'il le peut, l'examen ophtalmoscopique.

que. C'est dans cette voie, nous en sommes persuadé, qu'il faut s'engager pour arracher le plus possible de ces malades à une cécité, quelquefois totale et rapidement incurable.

(Gaz. des Hôp.)

—:o:—

INTERETS PROFESSIONNELS

ASSEMBLEE DU COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS.

Liste des étudiants admis.

Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec s'est réuni à Québec les 29 et 30 septembre dernier. Sur 43 gouverneurs, 42 étaient présents. Il ne manquait que M. le Dr J. Langlais, des Trois-Pistoles, retenu chez lui par des devoirs professionnels impérieux.

Sur 29 candidats pour l'admission à l'étude de la médecine, devant les bureaux des examinateurs, neuf ont été admis, ce sont: MM. Arsène Ecrément, O. Lacroix, D. Hendfield, R. Lamarche, L. J. Béland, P. Richer, L. G. Belisle, R. Robillard, N. St-George.

Sur les sciences deux candidats seulement ont été admis, ce sont: MM. B. Conroy et T. H. Taylor.

16 candidats ont été admis à l'étude sur production de leurs diplômes de bacheliers, savoir: Oscar St-Jean, A. J. Miller, Alph. Hébert, John A. Macdonald, Avila Bers, R. H. McRae, Urgel Gariépy, D. J. Broy, O. G. Rublee, G. A. Gadbois, Guillaume Latour, Albert Prévost, Jos. Emile Bernier, W. Ed. Enright, Jules Théberge, Art. Dumas.

Candidats à la pratique.—Il y avait 36 candidats à la pratique; sur ce nombre 22, trouvés tout à fait réguliers ont été assermentés: onze absent, pour raisons majeures ont été autorisés à prêter serment devant le président ou l'un des vice-présidents avant de recevoir leur licence, ce sont: MM. Tancrede Poitras, Pierre Bertrand, Ernest Petitgrew, G. Édouard Turcot, Robert Larue, Euloge Tremblay, W. Lacroix, Roffert Myrand, Arsène Labarre, J. R. McEwen, Robert Elder, Ernest Chaussé, Romuald Tessier, J. S. Deziel, J. A. Riopel, Nap. Morin, Adélarde Bouchard, L. N. Michaud, Windsor Truax, W. G. Cumming, Jos. Melançon, W. A. Gardner, W. Eddy Dion, J. A. Sabourin, A. C. G. Foy, D. B. Holden, Nap. Morin, Henri Dufeutrelle.

Candidats admis en vertu de la loi Roy:—Romuald Tessier, J. A. Deziel, D. B. Gillies, E. A. Cléroux, E. A. Mousseau.

Candidats admis sur bill privé, après examen:—D. E. Levasseur, J. A. Douth.

Le comité prend ensuite connaissance de l'enquête à l'effet d'obtenir du Collège des Médecins l'autorisation de présenter les bills privés à la légis-

lature à l'effet de régulariser la position des pétitionnaires.

On se rappelle qu'à la dernière session le Conseil législatif avait une fois pour toutes fermé la porte à ceux qui veulent entrer dans les professions libérales sans se conformer aux règlements de telles corporations et décrétait à cet effet:

"Que nul ne peut s'il est imprimeur du roi, publier dans la Gazette Officielle de Québec, un avis qu'un projet de loi sera présenté à l'une ou à l'autre des chambres de la législature de Québec à l'effet d'autoriser l'admission à l'étude ou à la pratique d'une des professions libérales; ou s'il est greffier ou greffier des bills privés d'une des chambres de la législature de Québec, recevoir un tel projet et le faire imprimer, à moins que l'avis ou le projet tant que le projet a été approuvé par le bureau ou de loi ne soient accompagnés d'un certificat constatant que le projet a été approuvé par le bureau ou conseil d'administration de la profession dont il s'agit."

Après avoir étudié avec la plus scrupuleuse attention les prétentions des intéressés, l'assemblée n'a pas jugé suffisants les motifs allégués dans leurs requêtes et a refusé telle autorisation.

On ne saurait trop féliciter le Bureau de Médecine d'avoir tenu ferme et d'avoir su respecter les privilèges que la Législature leur a accordés le printemps dernier au prix des plus grands sacrifices.

—:o:—

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique de Technique opératoire, par le Dr Jules Brault, professeur à l'École de médecine d'Alger, membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris, lauréat de l'Institut. 1 volume in-18 de 332 p., cart. : 60 cents. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Chargé pendant cinq ans des conférences et des travaux pratiques de médecine opératoire à l'École de médecine d'Alger, chargé en outre, durant plusieurs années, de services de chirurgie importants, le professeur Brault a fait œuvre utile en résumant les notes qui lui ont servi dans son cours et dans sa pratique.

Il a éliminé tout détail superflu et a fait tous ses efforts pour ne mettre en évidence que les données anatomiques véritablement utiles à l'opérateur. En outre, il a fait une sélection entre les méthodes, et indique toujours avec raisons à l'appui le procédé de choix, dont la description est seule détaillée.

Ce guide rendra service aux praticiens, mais s'adresse surtout aux étudiants et à tous ceux qui préparent des concours de chirurgie où figurent des épreuves de médecine opératoire. Il a pour but de leur faciliter la tâche et de leur permettre de repasser rapidement la technique opératoire classique.

Voici un extrait de la table des matières.

I. Ligatures d'artères.—II. Recherches des nerfs, III. Amputations.—IV. Désarticulations.—V. Ar-

throtomie.—VI. Résections.—Trépanations de la boîte crânienne. — Trépanations spéciales. — Résection des maxillaires. — Résection des membres. — Ostéoclasie. — Ostéotomie. — VII. Incisions dans les principales localisations phlegmoneuses. — Localisations phlegmoneuses sur la tête. — Localisations sur le cou. — Localisations sur les membres. — Localisations sur le tronc. — VIII. Opérations de chirurgie générale. — Cou. — Poitrine — Abdomen.— Organes génito-urinaires.

— : o o —

International Clinics, vols. I et II. Édités par A. O. J. Kelly et publiés par J. B. Lippincott & Co., de Philadelphie, 1903.

Ces cliniques paraissent quatre fois par année et s'adressent aux praticiens en leur fournissant de précieux renseignements sur des sujets d'actualité. Il suffit de citer les noms d'Osler, Sallerthwaite, Einhorn, Keen, Seum, Jonesco, Voss, Opie, Deaver et de tant d'autres pour que l'on ait une idée de l'excellence de ces travaux. Osler, expose d'une façon claire et intéressante l'anéonisme de l'aorte thoracique descendante; Wilcox a un travail très bien écrit sur la sclérose cardio-vasculaire, ou maladie de Hodgson; et Sallerthwaite nous met pratiquement au courant du traitement des affections cardiaques par la méthode de Nauheim. Les cliniques de Fussell, sur la d phtérie, de Billings sur la tuberculose intestinale primitive, de Keen, sur le tic douloureux, l'épilepsie traumatique, le carcinome du rectum de Manley, sur l'importance des organes situés dans la moitié droite de l'abdomen, et combien d'autres, sont frappés du cachet de l'utilité pour le praticien. Un excellent résumé met de suite les médecins au courant du progrès opéré par les sciences médicales durant l'année 1903.

Jonnescio traite d'une main de maître la sympathectomie dans la maladie de Basedow, disant que ment et qui fait disparaître les symptômes prédominants de la maladie ainsi que ceux qui sont intercurrents. Il signale le danger, dans cette maladie, des interventions directes sur la glande thyroïde.

Encore, d'une façon claire et pratique, on trouve exposée dans les articles de Conn, de Hand, de Cotton, de Westcott, de Nicoll, et de Marfan, toute la question des diarrhées infantiles; lait, diète étiologie, symptômes, traitement, etc.

Opie, Deaver et Muller, mettent au point les symptômes, le diagnostic, le traitement médicale et chirurgical des affections du pancréas.

Encore du plus haut intérêt pratique sont les cliniques de Haig, sur le rhume ordinaire, celle de Salterthwaite sur l'étiologie et le diagnostic des affections valvulaires du cœur; celle de Staumore Bishop sur le diagnostic abdomino-pelvien; celle de R. Goffe, sur la cause et le traitement de la stérilité chez la femme; celle de Lockyer sur la grossesse extra-utérine.

Nous ne saurions trop conseiller la lecture de ces excellentes cliniques à tous nos médecins, car ils y trouveront des idées saines et des points d'utilité journalière.

C'est M. Charles Roberts, 1524, rue Ontario, Montréal, qui est l'agent canadien de la maison Lippincott, téléphone Bell, No. Est 2404.

— o o —

FORMULAIRE

CRAMPES.

Frictions sur les muscles contractés avec le liniment suivant:

Laudanum de Sydenham.....
Chloroforme..... ââ p. é.
Huile de jusquiame.....
M.

Si elles se renouvellent fréquemment, administrer le bromure de sodium. Hydrothérapie.

(Jour. de Méd.)

— o o —

PILULES ARSENICALES (Codex.)

(Pilules asiatiques.)

Acide arsénieux..... 5 milligram.
Poudre de poivre noir..... 5005
Poudre de gomme..... 5001
Eau distillée..... Q. s.
Pour une pilule. — No. 20.

A cette formule M. Danlos a récemment proposé de substituer la suivante, qui permettrait d'obtenir des pilules plus actives et moins irritantes:

Acide arsénieux..... 50 centigram.
Glycérine..... 63 grammes.
Poivre noir porphyrisé..... 5 --
donner la consistance pilulaire.
Poudre de gentiane..... Q. s. pour
donner la consistance pilulaire.
Pour 100 pilules.

Faire dissoudre à chaud l'acide arsénieux dans la glycérine, puis incorporer les poudres à la masse pilulaire.

Ainsi chaque granule de Dioscoride contient 1 milligramme, chaque pilule asiatique, 5 milligrammes d'acide arsénieux. Quant à la liqueur de Boudin, c'est une solution aqueuse à 1/1000.

(Gazette des Hôp.)

— o o —

NOUVELLES.

Mariage.

—Hier, à la chapelle St-Louis, a eu lieu le mariage de M. le Dr Norbert Cloutier, de St-Charles Bellechasse, à Melle Leonora Terreau, fille aînée de M. Louis Terreau, des Ramparts.

La bénédiction nuptiale a été donné par le Vév. M. Cloutier, curé du Château-Richer, cousin du marié.

L'heureux couple est parti pour voyage.
Nos meilleurs souhaits.

— o o —

SUPPLEMENT

CLEPTOMANIE.

(La médecine drôle).

Les névroses prennent chaque jour une ère de progrès qui semble vouloir aller de pair avec les avancements mondains. Il est aujourd'hui très " chic " d'être neurasthénique et la jeune femme qui n'aurait pas ses " vapeurs " penserait déroger. C'est probablement là pour elle une façon de se rendre intéressante et de s'attirer les cagoleries d'une foule de gens.

De toutes les pseudo-névroses, une de celle qui à mon avis est la plus étonnante est certainement la " cleptomane ", ou manie de voler. Une jeune et jolie femme est-elle prise dans un magasin, mettant une pièce de dentelle dans sa poche, on en rit, gronde un peu et on hausse les épaules en disant, c'est une malade, une cléptomane ! Mais si une pauvre est prise à voler un pain chez un épicier, pain devant nourrir ses enfants affamés, alors c'est une autre pair de manches. On crie, on vocifère et la garde traîne la malheureuse dans les noirceurs du violon, on n'a plus à faire à une névrosée mais à une voleuse. Donc la cleptomane est une affection aristocratique dont les dames de la haute société sont seules susceptibles.

Le traitement en est dit-on fort difficile et j'ai entendu des gens me conter que certains sujets étaient suivis de domestiques qui payaient au fur et à mesure que leur maîtresse volaient. Cependant certains marchands finirent par la trouver mauvaise et quelques grosses maisons de New-York et de Chicago en vinrent à instituer un traitement qui me paraît assez rationnel.

La maison engage une femme douce d'une force peu commune et dont les attributs consiste à traiter les dames par trop cleptomanes. Si une hes mignonnes voleuses est prise sur le fait, on la conduit vers la thérapate qui, charmante du reste, la couche sur un canapé, soulève les flots de soie et de dentelles des jupons et d'une main énergique lui administre une magistrale fessée.

Il paraît que ce traitement est appelé a rendre les plus grands services et les magasins de New-York et de Chicago s'en trouvent fort bien, dit-on.

L'aventure suivante qui vient d'arriver à un de mes amis démontre d'une façon incontestable jusqu'à quel point nos belles enchanteresses peuvent pousser leur charmante manie.

Cet ami invite à dîner, à sa maison de campagne, une quinzaine de connaissances, parmi lesquels se trouvait une délicieuse Lyonnaise de dix-huit ans.

Après le dîner ; qui fut parfait du reste; on s'en fut au jardin. Mon ami très épris de la jolie fille lui donna le bras et la conduisit à travers les charmes et broussailles des sentiers. Bientôt le bras quitta le bras pour s'enrouler autour de la taille, les lèvres rencontrèrent les lèvres, puis mon ami de-

venant trop entreprenant, la belle disparut en riant rejoignant le groupe des autres invités.

Enfin lorsque le soir venu notre hôte fut seul il constata...oh! horreur, qu'on lui avait prit sa montre.

Après s'être bien persuadé qu'il avait été victime d'un vol, il se mit à penser qui pourrait bien être le ou la coupable. Enfin après des réflexions il se souvint de la scène du jardin.

—Non se dit-il, c'est impossible, cette enfant si jolie, si gracieuse, non cela serait monstrueux ; et cependant si elle était...cleptomane.

Le jour même il se rendit chez la jeune fille et sans avoir l'air de rien, parla de sa montre disparue et des détectives qui étaient (prétendait-il) sur les traces des coupables. Il lui sembla bien voir la jeune fille pâlir, mais ne put constater aucun signe positif de frayeur.

Le lendemain après-midi, la jeune Lyonnaise se présenta chez lui.

—Vous mademoiselle, a quoi dois-je le plaisir de vous voir aujourd'hui?

—Je vais vous dire, fit-elle caline en s'asseyant sur ses genoux, je vous emporte votre montre.

—Vous...!

—Pardonnez moi dit-elle en lui mettant ses beaux bras autour du cou et en approchant sa bouche de la sienne.

Or elle sentait bon, et comme la belle enfant n'avait pas mis de corset, il pouvait sentir à travers l'étoffe la chair chaude et ferme ainsi que les seins qui se moulaient dans ses mains. N'y tenant plus il ferma la porte à double tour et..... deux heures plus tard la reconduisit chez elle.

—Tu sais, lui dit-il en la quittant, tu peux garder la montre, cela sera un souvenir de nos amours,

.....

Or mon ami vint me voir hier et après une assez longue consultation je lui dis:

Vous prendrez donc vos cachets de salo, matin midi et soir, quand au reste je crois que le perman-ganate de potasse est tout indiqué.

.....

Après cela invitez donc des gens à dîner?!?

Sylvius.

— o o: —

UN CAS DE GROSSESSE QUINTUPLE.

Une paysanne de Tourkovitch, village situé sur la ligne du chemin de fer Gabela-Trebinjà, en Hérzégovine, vient d'accoucher de cinq enfants.

Les nouveaux-nés sont monstrueux; et on croit qu'ils ne vivront pas. Leurs têtes, les yeux, les oreilles, et tous leurs membres, ont à peu près le volume et le développement normal. Les jambes seules, n'ont pas profité. Elles sont de la grosseur d'une cigarette. Les petits corps mesurent tout au plus 20 centimètres de longueur. La mère de ces cinq phénomènes est en parfaite santé.

(Gaz. Méd. de Paris).

— o o: —

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Oh! fit Mrs Brown en riant, vous voulez parler de ses travaux de ménagère, elle va même très bien, beaucoup mieux que j'espérais.

—Non, pas cela, fit le ministre, Nelly est pâle, amaigrie, ses yeux sont lourds et bistrés de noir. Votre fille est malade, Mrs. Brown et je vous conseille de la faire soigner.

Nelly devint rouge et Donald s'en fut dans le jardin sous prétexte de fumer une cigarette.

—Vous rêvez mon ami, dit Mrs Brown, ma fille se porte comme un charme, c'est sans doute le manque d'habitude du travail qui la fatigue.

—Voici le docteur Smith qui vient vous rendre visite; dit le révérend Barnes, en montrant le médecin qui gravissait l'escalier du cottage; demandez-lui?

—Bonjour docteur, dit Mrs Brown en lui donnant la main, figurez-vous que jamais vous n'êtes arrivé plus à propos.

—Comment cela? fit le médecin.

—Figurez-vous que notre ami M Barnes, voulait me faire croire que Nelly est malade.

—Je le sais, répondit le docteur Smith, et je venais justement pour vous en parler.

—Ma fille malade? s'écria Mrs Brown en pâlisant, mais vous n'y pensez pas?

—Les auteurs, poursuivit le médecin, sont d'accords à dire que souvent l'attente d'un mariage porte atteinte à la santé d'un des sujets. Cela en impressionnant leur système nerveux.

—Alors que faut-il faire? demanda la mère de Nelly.

—Je vous conseille d'avancer le mariage, répondit le docteur.

—Mais, il aura lieu dans deux mois!

—Il faut qu'il se fasse d'ici à quinze jours dit le révérend Barnes, je suis de l'avis du Dr Smyth.

—Cependant...?

—Il n'y a pas de cependant, fit le médecin, il y va peut-être de la vie de votre fille.

—Soit, répondit Mrs Brown, puisqu'il le faut, je ferai part de votre avis à M. Lington et nous avancerons la date de la cérémonie.

—Et moi, dit le ministre, je vais m'occuper immédiatement des moindres détails, car vous savez que c'est moi qui ferai le mariage, dans mon église de St-Jean de Stratford.

—Et vous docteur, fit Mrs Brown en prenant la main du médecin, vous serez, pour la circonstance, le père de Nelly.

Tous sourirent, en essayant de paraître gais, mais tous avaient le cœur bien gros.

X

Le lendemain matin, lorsque toute la famille fut réunie pour le déjeuner, Mrs Brown annonça à Lington la résolution prise la veille, sur le rapprochement de la date du mariage.

Nelly, toute joyeuse, approuva cette décision; quant à Donald, il fut très réticent. Tout d'abord, il invoqua la courte durée du temps, ne permettant ni à Nelly ni à lui, de terminer leurs préparatifs.

—Qu'avez-vous donc tant à faire? lui demanda Mrs Brown.

—D'abord, répondit le jeune marin, Nelly doit terminer son trousseau. N'est-il pas vrai qu'elle ne peut entrer en ménage, sans avoir tout ce dont elle a besoin?

—Oh! s'écria Nelly, presque tout est prêt, et le reste peut être facilement terminé après notre mariage.

—Il faut que je fasse venir mes effets et que j'écrive à la Navy Office, pour obtenir mon congé définitif et recevoir mes papiers.

—Ce congé sera-t-il bien difficile à obtenir? lui demanda la jolie voix de Nelly.

—J'avais encore trois mois à faire pour l'obtenir, car, dans quelques jours mes vacances seront terminées et il me faudra reprendre le service.

—Et si vous vous passiez de ces papiers? dit la fermière.

—J'aurais à passer en Conseil de guerre et un châtiment exemplaire ne manquerait pas de m'atteindre.

—C'est terrible cela, fit Nelly.

—C'est la loi, ma chère amie, et je dois remplir jusqu'à la dernière lettre, le texte de mon engagement.

((A Suivre.))

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII

MERCREDI, 14 OCTOBRE, 1903.

No. 16

Travaux Originaux

PROPOSITIONS ET PROJETS PRESENTÉS A L'ASSEMBLÉE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE. (1)

Par M. le docteur J. M. Aumont, de Saint-
Esprit de Montcalm.

(Suite et fin)

Vous avez vu par les journaux qu'il m'est facile de parler de ces immigrants avec reconnaissance de cause. Heureusement qu'aujourd'hui il ne reste plus rien dans ma famille de cette maladie dont était affectée depuis un an en Angleterre la petite immigrée que m'avait donnée sans m'avertir le surintendant de l'hospice St. Vincent. Sans défiance, j'ai amené cette immigrante et ne l'ai examinée que rendu à ma résidence, et malgré tous les soins possibles, elle eut encore le temps de laisser des germes de cette maladie que j'ai détruit dès leurs origine. Mais si cette petite émigrée était tombé dans une famille nombreuse où le chef n'aurait pas contrôlé l'infection, jugez du terrible effet de cette contamination? Car sachez que les agents de ces bureaux d'immigration sont très habiles à placer leurs protégés. J'ai dit moi-même, (pour vous être un exemple) à M. l'agent d'immigration: "Ne serait-ce point le trachoma dont serait affectée cette petite immigrante? Cette maladie est commune en Angleterre". Et sur la réponse de ce monsieur, j'ai cru pouvoir amener cette immigrante chez moi.

Quand le lendemain, après un examen minutieux, je me suis aperçu de la gravité du mal; et surtout après que la petite malade

n'eût déclaré qu'elle était malade des yeux depuis au-delà d'une année, je l'ai retournée par la première occasion, et l'ai envoyée subir un examen à l'Hotel-Dieu.. Le Dr Lasalle, assistant du Dr Desjardins, a certifié que la petite Ellen Reckham était atteinte du trachoma. Alors j'ai cru de mon devoir, en face du certificat d'un spécialiste, d'avertir les autorités de St-Henri, où se trouve ce bureau d'immigration, qu'il y avait eu là des cas de maladies contagieuses. Alors vous savez ce qui est arrivé.

L'Honorable M. Arden, l'agent, a nié le fait dans une entrevue donnée à un représentant de "La Presse".

• Pour avertir le public et mes compatriotes de se tenir sur leurs gardes vis-à-vis ces genres de bureaux d'immigration, j'ai envoyé à quelques journaux copies du certificat du Dr Lasalle.

C'est donc évident qu'il faudrait plus de vigilance, une inspection médicale plus complète à nos ports de mer, afin d'empêcher que notre pays devienne encombré de ces maladies contagieuses.

Il y a bien assez d'accepter celles et ceux qui sont sains de corps; ils ont bien assez de défauts moraux.

En effet on a vu des cas où les parents adoptifs de ces petites immigrantes, voulant pour leur plus grand bien, essayer de les corriger, se faire aussitôt citer devant les tribunaux par les agents d'immigration qui ne craignent point de déshonorer nos familles les plus respectables: comme le fait s'est présenté ici même à Joliette.

Heureusement que le droit et la justice ont fini par triompher. Mais que de désagréments et de dépenses inutiles ces événements nous causent parfois malgré toute notre bon-

(1) Assemblée tenue à Joliette le 16 septembre 1903.

ne volonté et notre esprit de conciliation. Car il y a entre nous Canadiens, et pour notre plus grand malheur, un sentiment d'animosité qui porte certains hommes, dans des circonstances semblables, à nuire plutôt qu'à aider, comme ils en auraient cependant l'avantage par leur profession et leur position sociale obtenue par la faveur populaire.

Il incombe aussi à nous médecins le devoir de laisser de côté toute rivalité et d'essayer d'un commun accord, de remédier à ce fléau d'immigration malsaine.

Et comment y remédier ? En faisant augmenter l'efficacité de l'inspection médicale à nos ports de mer et à nos débarcadères.

A ceux qui, avec les agents d'immigration soutiendront que cette inspection médicale est suffisante, je demanderai de bien vouloir lire l'article du "Star" du 6 août 1903, sur "les immigrants malades à Montréal".

J'en traduis quelques extraits:

" Il est inquiétant d'apprendre que durant le mois de juillet les médecins américains nommés à Montréal pour examiner les immigrants qui devaient entrer dans les Etats-Unis, ont rejeté pas moins de 85 personnes affectées de maladies.

Ces 85 personnes souffrantes de maladies si repoussante ou dangereuses que la loi américaine ne leur permet point de venir en contact avec le peuple américain furent retournées à Montréal avec pleine liberté de se mêler sans gêne à notre population. Nous sommes supposés être protégés de cet état de choses à nos ports de mer.

Mais ces Européens malades entrèrent au Canada sans difficulté, et ils furent laissés au Canada par la surveillance supérieure des Officiers sanitaires Américains.

Rejetés par les Américains, ils sont assez bons pour nous, il semble.

Des maladies que les Américains ne toléreront point, se sont propagées dans nos villes. Les sales maladies d'Europe, les horribles maladies amenées par la pauvreté et les conditions malsaines dans lesquelles se trouvent les populations denses du vieux monde,

seront lancées parmi nous, quoique nos voisins les Américains entretiennent ici un état-major d'officiers sanitaires pour les empêcher d'atteindre leurs demeures en contrebande. Maintenant les Américains ne sont point des hommes d'affaires maladroits. Ils ne tiennent pas ici un bureau sanitaire pour le plaisir de la chose. Ils l'ont, parce que l'expérience leur a montré que à cause de nos règlements relâchés, il est nécessaire. Ils ne peuvent se fier au Canada pour tenir en dehors du pays des maladies contagieuses et repoussantes qu'ils ne toléreront point ; de sorte qu'ils doivent surveiller non-seulement leurs ports de mer, mais aussi leurs frontières canadiennes. Nous ne sommes point si scrupuleux qu'eux en fait de propreté et d'hygiène. Le résultat en est que nous vivons sur le côté des déchets.

Le courant d'immigration qui inonde ce pays sent trop la maladie pour l'odorat Yankee. Ils filtrent ce courant et nous laissent la lie et les impuretés. Il est temps que les autorités Canadiennes établissent une inspection assez sévère à la Grosse-Isle et autres endroits de quarantaine pour rendre inutiles dans nos villes Canadiennes les inspecteurs d'immigration Américains".

Le Star (10 août 1903) rapporte que M. Ge. Cockburn président de l'agence Londnonienne de la "Banque d'Ontario" disait tout dernièrement: "Le Canada peut nourrir tout l'empire, et les 12,000,000 de personnes qui sont sur le point de mourir de faim en Angleterre, devraient aller au Canada où des millions d'acres de terrains fertiles attendent des mains pour leur produire le froment." Merci du cadeau, M. Cockburn! Les Canadiens accepteront de grand cœur pour développer avec eux le pays des immigrants désirables, surtout de la mère-patrie, les autres qu'on veuille donc les garder: le Canada n'est ni une colonie de déportation, ni un refuge ni un lazaret!!!

Maintenant il n'y a point seulement d'Angleterre que nous viennent de ces sujets peu enviables. Tous les pays d'Europe nous en en-

voient. Les compagnies de transport maritime sont si bien au fait de la rigueur de l'inspection à New-York, nous dit M. J. A. David, que leurs agents de billets de passage refusent de rendre à l'indigent, au repris de justice, au malade, autre chose que le passage jusqu'à Québec ou Montréal. Quelle honte pour notre pays de tolérer cet état de chose? N'est-ce pas à nous médecins qui n'avons ni charges, ni salaire, ni indemnités qui nous tiennent esclaves de protéger la santé de nos concitoyens, d'avertir nos députés de cet état de choses déplorable et de ce danger pour notre pays. Nos représentants tant au fédéral qu'au provincial, se feront sans doute un plaisir et un devoir de s'occuper de cette question pour protéger le peuple qui a mis en eux sa confiance quand il s'agit de choses matérielles. Ne serait-il point à propos, Messieurs, vue cette assemblée adoptât des résolutions à cet effet?

Comme un certain nombre de nos confrères m'ont manifesté déjà leur approbation pour ce projet, je propose, appuyé par Messrs. les membres de cette association:

Attendu qu'un grand nombre d'immigrants atteints de maladies contagieuses nous arrivent d'Europe...

1. Il soit résolu que "Les membres de l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette, présents à cette assemblée, prient humblement les députés de notre district de vouloir bien exercer leur influence pour faire augmenter l'efficacité de l'inspection médicale à nos ports de quarantaine à l'arrivée des immigrants au Canada.

2. Il soit aussi résolu que "Les membres de l'Association Méd. Chirg. du district de Joliette, présents à cette assemblée, prient aussi humblement notre gouverneur du district de vouloir bien soumettre devant le bureau du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, notre demande: Augmentation de l'efficacité de l'inspection médicale à nos ports de quarantaine laissant aux Bureaux des Gouverneurs l'initiative de prendre les moyens nécessaires pour arriver à ce but.

Quant aux deux dernières questions qui demanderaient aussi un certain développement je ne les analyserai pas ce soir, ne voulant point abuser d'avantage de votre bienveillance. Je soumetts toutes ces questions à votre considération messieurs, en vous priant de m'accorder votre indulgence.

J. H. Aumont, M. D.

Saint-Esprit de Montcalm.

Coq-a-l'Ane

CHLOROTOME ET MAL DE MER.—Fawcitt et Wheeler ont obtenu d'excellents effets avec ce médicament, à la dose de dix grains.

L'ADRENALINE POUR COMBATTRE LE CHOC OPERATOIRE.—Le docteur G. W. Crile a publié dans le Cleveland Medical J., un travail sur le traitement du choc par la strychnine et par l'adrénaline. Il conclut que le choc opératoire réside dans les centres vaso-moteurs et que les centres respiratoires et cardiaques sont peu affectés. Le danger du choc est l'abaissement de la pression sanguine au-dessous de la limite compatible avec la vie. Les doses ordinaires de strychnine n'ont aucune puissance pour réagir contre le choc, car elle n'a pas d'effet appréciable sur la pression sanguine. Des doses tétanisantes peuvent amener une amélioration temporaire, mais leur effet ultime est nuisible car la stimulation est suivie d'un abaissement de la tension par paralysie du centre vaso-moteur.

Dans tous les cas, l'adrénaline a produit une augmentation de la pression. Son action est passagère, mais par des injections répétées, on peut la prolonger des heures.

Encore un "ballon" qui se vide! Et les opérateurs qui ont tant de confiance dans la strychnine! Et les malades que l'on dit qu'elle a sauvés! Heureux s'ils ne sont pas morts du traitement! Et dire que c'était tout le temps la bonne nature qui luttait encore contre les méfaits du médecin. Allons! dépêchons-nous de nous emparer de l'adrénaline pendant que c'est "bon" et avant que ce dernier et nouveau ballon n'éclate à son tour. Espérons au moins que celui-ci est inoffensif!

LES ADENITES TUBERCULEUSES DU COU.—Le docteur Sheldon croit que l'enlèvement radicale de ces glandes s'impose. Il rapporte trois cas de mort à la suite d'intervention sur le côté droit du cou, morts qu'il croit attribuer à la pénétration de débris dans le canal lymphatique droit. En conséquence, il sectionne et ligature ce vaisseau. Cet article, publié dans le *New-York Med. J.* du 5 sept., mérite d'être lu par les chirurgiens.

INTERVENTION OPERATOIRE DANS LA GANGRENE PULMONAIRE.—Le jans a rapporté à la société de Chirurgie, avoir opéré deux cas par la résection des côtes et le drainage large de la cavité. Succès dans les deux cas.

L'iodo-nucleoïde.—Tel est le nom donné à une nouvelle préparation iodée, une combinaison d'iode et de nucléine, se présentant sous la forme d'une poudre rouge-brun granuleuse, contenant 9 1-2 0/0 d'iode. Elle est insoluble dans les acides, l'alcool, l'éther, le chloroforme, légèrement soluble dans les liquides alcalins. Elle est non-toxique, une dose de 480 grains ayant été administrée sans inconvénient, dans les vingt-quatre heures. La dose ordinaire est d'une dizaine de grains. Cette préparation ne cause pas d'iodisme, est mieux tolérée par l'estomac, et altère moins la nutrition générale que l'iodure de potassium. (*Chic. Med. Recorder.*)

L'iodopine.—Employée avec avantage à la place de l'iodure de potassium. Weisz en a obtenu d'excellents effets en onctions à l'extérieure dans les syphilides et dans la péritonite tuberculeuse. Un cas a exigé 7 onces pour faire disparaître une ascite et soulager le patient.

LES INJECTIONS DE PARAFFINE DANS LE PROLAPSUS DE L'ANUS.—Karewski (*Centr. f. Chir.*) a obtenu de bons résultats en injectant de la paraffine soluble à 56 degrés ou 58 degrés C. Il a purgé ses petits patients pendant deux jours, et la veille de l'opération, ils reçurent de fortes doses de bismuth. Le champ opératoire fut désinfecté et le prolapsus réduit. Un doigt dans le rectum pour guider l'aiguille, l'injection de faisant en anneau autour du rectum, par une seule piqûre, entre la muqueuse et la peau. On empêcha les intestins d'agir pendant 24 heures. La piqûre est protégée contre toute contami-

nation. Dans deux cas, il a fallu répéter l'injection. Huit enfants, de deux à huit ans, furent ainsi traités. Karewski conseille cette méthode chez les adultes. (*Arch. Ped.*)

LE TANNOFORME ET L'INTERTRIGO.—Là où d'autres moyens avaient échoué, Ostrowsky (*Russ. Vratch.*) a pleinement réussi dans quarante cas. Il employa cet agent, mélangé à parties égales d'amidon, ou sous forme d'onguent à 10 0/0, à véhicule de vaseline. (*Arch. Ped.*)

EMPOISONNEMENT PAR LE BROMOFORME.—H. K. Dillard (*Therap. Gaz.*) signale le cas d'un enfant qui a reçu deux doses de quatre gouttes chacune, à deux heures d'intervalle. Peu de temps après l'administration de la seconde dose, il perdit connaissance, pupilles extrêmement contractées, peau froide et moite, pouls faible et irrégulier. Il demeura dans cet état pendant trois heures et demie. Après une vigoureuse stimulation, l'enfant se remit. (*Arch. Ped.*)

NIRE.

— o o: —

Revue des journaux

MEDICINE

LES FIEVRES TYPHOIDES ATYPIQUES.

C'est le titre d'un travail clinique très documenté que le professeur Ewald a publié dernièrement.

La fièvre typhoïde, dit-il, a changé complètement d'allures et il devient de plus en plus difficile de la reconnaître, surtout au début. L'ancienne dothiénthérie avec ses trois périodes classiques, avec ses symptômes typiques; est devenue l'exception, et l'infection éberthienne se cache sous un masque qui souvent dérouté le meilleur clinicien.

On ne voit presque plus d'ascension régulière de la température; souvent la fièvre monte d'emblée à 40 degrés et même plus et s'accompagne d'un frisson violent, analogue à celui de la pneumonie. Dans ces cas le frisson se répète les jours suivants, en même temps que la fièvre devient irrégulière et la courbe thermique prend l'aspect de celle d'une fièvre hectique. Si, comme dans un cas que M. Ewald cite tout au long, le malade se plaint de douleurs précordiales et offre à côté d'une constipation opiniâtre, une dilatation du cœur avec souffle, on pense à une endocardite maligne, jusqu'au moment où un séro-diagnostic tardif où la présence des bacilles typhiques dans les selles mettent enfin le médecin sur la voie du diagnostic. Et la confusion avec

l'endocardite infectueuse est à tel point possible que, dans un autre cas, c'est seulement l'autopsie, suivie d'examen bactériologique de la rate, qui montra qu'on se trouvait en face d'une fièvre typhoïde méconnue.

Ce que nous venons de dire de la température, on peut le dire encore au sujet des selles diarrhéiques. Ce n'est qu'exceptionnellement que M. Ewald les a observées chez ses typhiques. Ce qu'on trouve ce sont des selles moulées et consistantes de couleur brunâtre, à moins que ce ne soit une constipation opiniâtre qui dure pendant quatre, cinq, voire même huit jours. Et dans ces selles, on ne trouve souvent des bacilles d'Eberth que cinq ou six jours après le début de la fièvre typhoïde.

Il ne faut pas non plus compter sur les taches rosées car souvent elles font défaut et parfois elles sont remplacées par des éruptions qu'on ne s'attend pas à rencontrer dans la fièvre typhoïde. C'est ainsi que dans un cas M. Ewald a vu survenir de l'herpès labial, plusieurs fois du pemphigus ou des éruptions pustuleuses.

En revanche, les symptômes nerveux revêtent une intensité particulière et pendant plusieurs jours, en absence de fièvre, de diarrhée, de tuméfaction de la rate, ils constituent le seul symptôme de l'infection spécifique. Dans un cas de ce genre le malade présente pendant six jours une manie aiguë si bien qu'à la fin il faut trois personnes pour le maintenir, et pour calmer le malade on est obligé de donner du chloroforme, la morphine ayant épuisé ses effets; au septième jour, le délire tombe, une diarrhée avec sang dans les selles apparaît, et la fièvre typhoïde prend dès lors une marche normale. Dans un autre cas, le malade est mené à l'hôpital avec un délire de persécution et une température de 38°5; au cinquième jour, après une constipation opiniâtre, le malade a une selle, et on trouve des bacilles typhiques dans les matières; le lendemain la température tombe pour ne plus se relever, et le malade entre franchement en convalescence.

Dans ces cas atypiques M. Ewald a régulièrement recours soit au séro-diagnostic soit à l'examen bactériologique des selles. Malheureusement on ne peut s'y fier, surtout au début, quand ces méthodes fournissent un résultat négatif et inversement; au moment où ils donnent un renseignement positif, la situation est déjà éclaircie de par la clinique.

Deux mots au sujet du traitement.

M. Ewald n'est pas partisan des médications violentes, et sauf contre-indications spéciales il donne à ses malades de la limonade chlorhydrique, et des bains tièdes ou progressivement refroidis dont l'avantage principal est, à ses yeux, d'assurer la propreté du typhique. En fait d'antipyrétiques, il s'en tient à la quinine, en lavement ou par la voie stomacale; dans la série variée des nouveaux antithermiques, il ne reconnaît quelque valeur qu'à la lactophénine et au pyramidon, et encore ne donne-t-il ces médicaments qu'en cas d'indication formelle.

Quant à la sérothérapie, M. Ewald n'a pas à ce sujet d'expérience personnelle. Ce qui l'a frappé dans la statistique de M. Chantemesse, c'est cette mortalité de 12 à 18 pour 100 qui grâce au sérum a été réduite de 6 à 8 pour 100. Il trouve notam-

ment que cette mortalité initiale est singulièrement élevée, surtout quand on la compare à celle des grandes statistiques de Kernig, Curschmaun et Liebermeister, lesquelles statistiques, sans qu'il soit question de sérum, donnent une mortalité qui oscille entre 7, 9 et 9,3 pour 100.

(LA PRESSE Méd.)

— : O O —

LA MALADIE DE BARLOW.

La maladie de Barlow ou scorbut infantile est provoquée par une alimentation défectueuse du nouveau-né (laits stérilisés, maternisés, etc.); c'est une manifestation d'un degré intense de misère physiologique.

Sa prophylaxie, d'après M. le Dr Ricklin, peut se formuler en quelques lignes:

Ne renoncer à l'allaitement au sein, qu'en cas de nécessité absolue.

Ne pas sevrer prématurément les nourrissons élevés au sein; chez les nourrissons soumis à l'allaitement artificiel par le lait stérilisé, s'abstenir de soumettre ce lait à une ébullition tant soit peu prolongée, à domicile, au moment de son utilisation; autant que possible, ne pas porter ce lait à une température supérieure à 55 degrés.

Sitôt que le nourrisson manifeste une grande répugnance pour le lait stérilisé ou pour le lait bouilli, ne plus lui donner que du lait de vache, de provenance sûre, chauffé simplement à la température du corps humain.

Renoncer à l'usage des préparations alimentaires plus ou moins artificielles, lait condensé, lait maternisé, lait additionné de farines, etc.

Traitement.—Parlons d'abord des remèdes préconisés contre la maladie de Barlow, dont l'inefficacité est aujourd'hui certaine; comme tels, nous avons: le phosphore, les préparations phosphatées, les bains chlorurés sodiques, le fer, le jaune d'œufs.

Rien n'est plus facile que de guérir la maladie de Barlow attaquée à temps. Il suffit, pour cela, de donner aux petits malades une alimentation aussi fraîche que possible, une alimentation qui ait été exposée le moins possible à la cuisson. Mieux que tout autre, le professeur Heubner a formulé la conduite à tenir en l'espèce; nous allons donc reproduire ses prescriptions.

Chez un enfant qui entre dans sa seconde année, donner chaque jour, en cinq fois, trois quarts de litre à un litre de lait non dilué. Si le lait pur est mal supporté, on l'étendra, au tiers ou par moitié, d'une solution (7 0/0) de sucre de Soxhlet. On porte le lait à la température du corps humain, avant d'opérer le mélange. Bien entendu, le lait, de provenance sûre, devra être conservé dans la glace, le jour durant.

Après les 2e, 4e et 5e prises de lait, on fait également prendre à l'enfant le jus exprimé de 40 à 50 grammes (chaque fois) de viande de bœuf, plus la valeur d'une cuillerée à thé de jus d'orange, ou de citron, ou de cerise, ou de fraise, ou de framboise.

Aux enfants qui ont dépassé l'âge de 9 mois, on donnera, en outre, de préférence au troisième repas

la valeur de quelques cuillerées à thé de purée de pommes de terre ou d'épinards, ou de purée de carottes, ou du suc de carottes, de betteraves, ou encore des asperges cuites, de la compote de pommes.

En thèse générale, ce régime est remarquablement bien toléré; l'amélioration se dessine presque immédiatement. Sa guérison n'est jamais longue à se faire attendre.

(Le Concours Méd.)

— o —

L'EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE.

M. Clavec (in Semaine médicale No. 32) déclare ne pas avoir confiance dans l'essence de térébenthine comme contre-poison du phosphore.

Voici la conduite qu'il conseille de suivre:

Empoisonnement récent: vomitif cuprique (sulfate de cuivre en prises de 0,10 dans un demi-verre d'eau toutes les cinq minutes; la première fois deux prises ensemble s'il y a des aliments dans l'estomac mais rapidement lavage gastrique, jusqu'à désodorisation, avec de l'eau tiède d'abord; puis avec une solution de permanganate de potasse à 0,2 0/00; en préparer 20 litres. Mais se rappeler le passage rapide du phosphore dans l'intestin grêle et son séjour prolongé dans le gros, aussi donner des laxatifs (15 gr. de séné dans 200 gr. d'eau) et en lavement avec une longue canule, lavage du colon avec une solution de permanganate à 0,1: 1000. Si l'empoisonnement remonte, à quatre ou cinq jours, d'emblée lavements.

(Le Concours Méd.)

— o —

LA NEURASTHENIE BILIAIRE.

Par MM. les Drs Gilbert et Lereboullet.

Les autedrs ont observé un grand nombre de cas de neurasthénie, considérés comme des cas de neurasthénie gastrique et de neurasthénie primitive, et dans lesquels ils ont pu mettre en relief l'origine biliaire. Il s'agit, en effet, de malades atteints soit de cholémie familiale, soit d'une autre affection de la famille biliaire et présentant des antécédents héréditaires à la fois biliaires et névropathiques. La neurasthénie se traduit chez ces malades par une lassitude presque constante, une incapacité de travail parfois absolue, une aboulie plus ou moins complète; elle s'accompagne souvent de migraine et, notamment, de migraine ophthalmique, de somnolences, de névralgies diverses, parfois même d'impuissance génitale. Elle affecte, en outre, une allure un peu spéciale du fait de la tristesse souvent marquée, qui en fait une neurasthénie à forme mélancolique. Les malades ont également des troubles dyspeptiques, sont sujets à la constipation, à l'entérite membraneuse, aux douleurs articulaires, etc. Ils ont souvent le teint cholémique avec ou sans pigmentations surajoutées; ils présentent parfois des troubles objectifs du côté du foie et de la rate; ils ont en général de l'urobilinurie; enfin, l'ex-

amen du sang montre chez eux une cholémie plus ou moins marquée. On peut donc facilement reconnaître chez ces malades, pour peu qu'on pense à la rechercher, l'existence de la cholémie et l'histoire de la maladie montre que l'affection biliaire est bien antérieure aux symptômes nerveux. Il est par suite vraisemblable que, jointe à la prédisposition nerveuse du sujet, elle joue un rôle capital dans la production de la neurasthénie. Le traitement justifie d'ailleurs cette hypothèse, et c'est en agissant d'abord sur la maladie des voies biliaires, puis sur l'état névropathique, et non sur celui-ci seulement que l'on peut, dans bien des cas, obtenir sinon la guérison de la maladie causale, du moins la disparition temporaire ou définitive des symptômes neurasthéniques (31 juillet 1903.)

(Arch. de Méd. et Chir. Sp c.)

— o —

INDICATIONS GENERALES DU TRAITEMENT DANS LE PIED BOT VARUS EQUIN CONGENITAL.

par M. le Dr Broca.

M. Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris, établit les indications générales du traitement.

Le chirurgien doit commencer la cure dès le premier jour qu'il a connaissance de la difformité. On doit attendre 8 à 15 jours chez le nouveau-né de façon à être sûr que l'enfant est né viable et s'élève dans de bonnes conditions.

On s'occupera d'abord du varus et l'on fera une séance par jour. Au bout de 15 jours à un mois, on pourra s'occuper utilement de l'équinisme. Les manipulations ne suffisent pas le plus souvent en au bout de 5 semaines l'on doit pratiquer la section du tendon d'Achille. Lorsque l'enfant a marché et que la lésion non soignée s'est aggravée, l'on doit intervenir soit par l'opération de Phelps soit par la tarsectomie que pratique seul aujourd'hui M. Broca. L'opération de Phelps bien réglée et complétée par Kirmisson, consiste à faire au bord interne du pied une incision verticale, qui divise à ciel ouvert l'aponévrose plantaire, puis entre largement dans l'articulation astragalo-scapoïdienne. Quand celle-ci est ouverte, on peut la faire bâiller et très souvent corriger le varus; par la ténotomie complémentaire du tendon d'Achille, on s'adresse à l'équinisme. Après redressement, la plaie est tamponnée, et le pied fixé en bonne position dans un appareil plâtré; puis, quand, au bout de six semaines à deux mois la cicatrisation est achevée, on commence les manipulations modelantes et les massages pour maintenir le résultat acquis et permettre au malade de poser la plante du pied à plat.

La tarsectomie portera généralement sur le tarse postérieur au niveau de la médio-tarsienne. On peut presque toujours chez l'enfant laisser le corps de l'astragale dans la mortaise.

(Le Progrès Médical).

— o —

CANCER DE L'ESTOMAC A FORME HEPATO-GANGRENEUSE.

par MM. Gilbert et Lippmann.

MM. Gilbert et Lippmann décrivent une forme particulière et encore inédite du cancer de l'estomac.

Le but brusque et solennel marqué par une violente douleur épigastrique, des vomissements et une diarrhée noirs et fétides; la voussure très accusée de l'hypocondre droit et de l'épigastre, manifestement due à l'hypertrophie du foie; la sonorité à la percussion de la région proéminente de cette tuméfaction, contrastant avec la matité du reste de la tumeur; la dépression rapide de l'état général et la cachexie précoce; l'hypothermie continue jusqu'à la mort; la marche précipitée enfin de l'affection: tels sont les traits dominants et essentiels du tableau clinique.

A l'autopsie, le foie et l'estomac sont intimement unis. Une perforation au niveau de la paroi antérieure du canal pylorique, envahi par la carcinome, conduit dans une caverne gangréneuse du volume d'un œuf de dinde, creusée dans le parenchyme hépatique, aux dépens du lobe gauche du foie.

Les parois de la caverne sont le siège de lésions diverses et d'intensité variable. C'est ainsi que, histologiquement, l'on observe successivement une zone profonde de gangrène, une zone moyenne de nécrose et de cirrhose, une zone superficielle de tissu vivace. Ces différentes couches sont envahies à divers titres par de nombreux germes, anaérobies pour la plupart, plus spécialement massés à la limite de séparation des deux zones de gangrène et de nécrose.

Cette étude anatomo-clinique, basée surtout sur une observation personnelle et sur trois autres cas autrefois signalés, est suivie d'un chapitre de physiologie pathologique dans lequel les auteurs démontrent le rôle prépondérant joué dans la production de tels accidents par les microbes et plus spécialement par les germes anaérobies.

(Gaz. des Hôp.)

CHIRURGIE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ULCERE NON COMPLIQUE DE L'ESTOMAC.

Il faut que l'opération soit réellement indiquée, et la question du traitement chirurgical de l'ulcère est grave à discuter. L'intervention chirurgicale dans les ulcères non compliqués serait plus rationnelle que le traitement médical lequel ne peut s'adresser qu'aux phénomènes de la crise et n'a pas d'action sur la lésion. On abandonne maintenant et avec justesse la résection, on pratique presque uniquement la gastro-entérostomie. M. Marion adopte l'opinion suivante: que l'ulcère est une lésion liée à une maladie générale de l'hypersécrétion; et il conclut à l'indication de l'opération parce que l'hypersécrétion, cause ou effet, disparaît après la suppression chirurgicale de l'ulcère. M. Hayem trouve le problème autrement complexe. Pour lui les effets de la gastro-entérostomie se résument en ce que l'évacuation stomacale est plus facile. Le suc stomacal continue à se sécréter et conserve ses caractères; l'hyperchlorhydrie due à la rétention disparaît et la digestion devient plus courte, mais la lésion fondamentale persiste. La nouvelle bouche stomacale diminue les causes d'irritation et les chances de nouveaux accidents, mais la perte de substance subsiste, les malades redeviennent plus intempérants parce qu'ils se croient plus en sûreté.

L'opération n'empêche pas la production de nouveaux ulcères et ne met pas à l'abri des complications du premier. Le seul fait indubitable de la gastro-entérostomie est de raccourcir plus ou moins le cycle digestif. Quand'il n'y a pas d'obstacle mécanique, le traitement médical, tel que la cure de Carlsbad par exemple, arrive au même résultat. De plus les chirurgiens ont opéré parfois des gens atteints de névropathies ou de gastrites simples. D'autre part, l'opération donne une proportion de mortalité assez forte. La question est donc très embarrassante. M. Hayem conclut qu'il faut étudier avec soin la séméiologie et les formes cliniques de l'ulcère; de manière à diminuer les erreurs de diagnostic et à pouvoir traiter dès le début et avec rigueur; ne pas intervenir chirurgicalement dans les ulcères non compliqués, et laisser la gastro-entérostomie pour les cas où une sténose indubitable et permanente oblige le malade à restreindre de façon dangereuse sa ration alimentaire.

(La Presse Méd.)

Thérapeutique et Mat. Médicale

ANTISEPSIE DE LA BOUCHE.

La Rev. franç. de Méd. et de chir. résume en quelques lignes les précautions à prendre pour réaliser dans une mesure maxima l'antiseptisme de la cavité buccale et du rhino-pharynx.

Cette antiseptisme peut être obtenue par deux moyens simples: le savon et l'huile mentholée.

Une excellente pratique, d'une efficacité incontestable, consiste à savonner la bouche avec une brosse et du vulgaire savon de Marseille. On peut répéter ce savonnage plusieurs fois par jour en le faisant suivre d'un rinçage avec une solution antiseptique légère:

- Phénosalyl..... 5 gr.
- Alcool de cochléaria..... 250 gr.
- Teinture de benjoin..... XL gouttes
- Essence de citron..... V gouttes

Une cuillerée à café dans un verre d'eau bouillie tiède.

On fait ainsi disparaître le goût, légèrement nauséux du savon, et la bouche conserve un état de fraîcheur des plus agréables.

Lorsqu'à l'état de santé on s'habitue à cette pratique journalière, on en ressent les heureux effets dans la maladie.

Pour faire l'antisepsie rhino-pharyngée on emploiera l'huile mentholée en badigeonnages.

Menthol..... 1 gr.
Huile de vaseline stérilisée..... 30 gr.

Au moyen d'un pinceau aseptique, on badigeonne l'arrière-gorge avec quelques gouttes de ce collutoire. Bien que cette application ne soit pas très agréable, on peut cependant sans inconvénient la répéter fréquemment.

Pour désinfecter les fosses nasales, on emploie la même solution d'huile mentholée soit en vaporisation au moyen d'un pulvérisateur à poire spéciale, soit directement en faisant tomber quelques gouttes dans les narines ou en y exprimant un pinceau préalablement trempé dans le collutoire. Les infections secondaires dont le point de départ est dans la muqueuse nasale ou pharyngée sont ainsi facilement prévenues.

Le savonnage de la bouche ne peut être employé chez les enfants. On lui substituera des pulvérisations à l'eau chloratée à 1 p. 100 ou plus simplement de l'eau de Vichy. Il est cependant préférable de procéder au nettoyage mécanique des gencives, des dents et des lèvres avec des tampons de coton hydrophile trempés dans de l'eau boratée. On peut aussi utiliser le jus de citron.

On fait ensuite de grands lavages à l'eau chloratée, ou avec la solution de phénosalyl à la dose d'une cuillerée à café pour un litre d'eau bouillie.

Les collutoires à base de glycérine entretiennent la muqueuse buccale dans un état d'humidité favorable à la diffusion de l'antisepsie. On se sert de glycérine boriquée ou additionnée d'une petite proportion de phénosalyl (50 centigr. p. 100). M. Legendre prescrit chez les enfants la formule suivante:

Acide borique..... 1 gr.
Chlorate de potasse..... 75 centigr.
Jus de citron..... 15 gr.
Glycérine..... 10 gr.

En présence de petites érosions, on fera usage d'eau oxygénée à 5 volumes; son action désinfectante très énergique.

On peut par cette antisepsie de la bouche, atténuer considérablement la gravité des maladies surtout chez les enfants et le vieillard; on prévient en même temps les complications, ou tout au moins, on enraye leur développement.

(Le Concours Méd.)

— : o o —

TRAITEMENT DU CORYZA.

CORYZA AIGU.

Par M. le Dr Malbec.

1. Repos à la chambre;
2. Trois fois par jour, faire des renfléments ou des irrigations nasales avec une infusion de feuilles d'eucalyptus, ou simplement de l'eau la plus chaude

possible, à laquelle on ajoutera, par verre, une cuillerée à soupe d'une solution d'eau phéniquée au 1/20;

3. Priser toutes les deux heures une pincée du mélange suivant, après s'être mouché:

Chlorhydrate de cocaïne..... 10 centigr.
Menthol..... 20 —
Acide salicylique..... 50 —
Acide borique..... 4 grammes
Poudre de guimauve..... 10 —

4. Si la douleur frontale est trop vive, prendre dans la journée trois des pilules suivantes, à quatre ou cinq heures d'intervalle:

Azotate d'aconitine cristallisée 1 milligr.
Bromhydrate de quinine..... 1 gramme
Poudre de réglisse..... q. s.
f. s. a.

10 pilules.

5. Enduire l'orifice des fosses nasales et la lèvre supérieure, s'il y a irritation avec:

Vaseline..... 10 gr.
Acide borique..... 1 —

CORYZA CHRONIQUE SIMPLE.

1. Faire matin et soir, à l'aide d'un siphon, des irrigations nasales avec une infusion d'espèces aromatiques (thym hysope, menthe poivrée, romarin);

2. Badigeonner ensuite les fosses nasales avec la préparation suivante:

Chlorhydrate de cocaïne..... 20 cgr.
Acide salicylique..... 1 gr.
Clycérine..... 40 —
Infusion d'écorce de chêne..... 60 —

3. Toutes les deux heures, prendre une prise de la poudre suivante:

Oxyde de zinc..... 2 gr.
Camphre.....
ââ 5 —

Talc de Venise.....

Pulvériser finement.

4. Tous les matins prendre une cuillerée à soupe d'huile de foie de morue (ou, pour ceux qui ne peuvent la supporter 4 à 5 capsules de morrhuel dans la journée) et du sirop d'iodure de fer;

5. Chaque année, faire une saison soit à Uriago, soit à Cauterets ou à Luchon.

CORYZA SYPHILITIQUE DES NOUVEAUX-NES.

1. Déboucher les narines en introduisant dans les cavités nasales un pinceau imbibé d'huile d'amande douce;

2. Badigeonner les parois des fosses nasales avec la pommade suivante:

Vaseline..... 10 gr.
Calomel..... 1 —

3. Faire des frictions matin et soir au niveau des plis articulaires avec gros comme un pois de la pommade suivante:

Onguent napolitain..... 60 gr.

(Arch. de Méd. et Chir. Spéc.)

— o o —

LA SANTONINE CONTRE LES DOULEURS DU
TABES.

L'auteur a administré ce médicament à petites doses quotidiennes (jamais plus de 10 centigrammes par jour en quatre pilules), mais répétées pendant un grand nombre de jours consécutifs (par exemple, durant vingt jours à la dose de 5 centigrammes par jour). Il se proposait en prolongeant la médication, d'avoir la sédation incomplète d'abord, mais persistante et il est arrivé ainsi à enrayer les accès.

Mais chez certains malades, les prises de santonine ont provoqué des crises gastriques au bout de quelques jours de traitement. Or, comme le malade demande à être soulagé le plus vite possible, et que les petites doses répétées soulagent lentement et risquent d'amener des crises gastriques, l'auteur recommande d'appliquer la méthode purement et simplement, comme l'a indiqué son inventeur, M. Negro.

Il faut donner 15 centigrammes de santonine par jour en trois pilules de 5 centigrammes chacune, prises à une heure de distance, ou bien donner 10 centigrammes d'un coup et trois heures après les 5 centigrammes qui restent. M. Negro donne la santonine un jour isolément et n'en donne pas plus de quatre à cinq fois en deux ou trois mois.

En prenant ainsi le médicament, les malades cessent très rapidement de souffrir, parfois même une heure après la prise et les douleurs ne reparaisent pas pendant dix à quinze jours.

Quant à la crainte de l'intoxication, il n'y a pas lieu de l'avoir, car la xantopsie en sera le premier symptôme; elle ne passera pas inaperçue du malade qui sera frappé de voir les objets en jaune. Il suffira de supprimer à ce moment la santonine pour ne pas avoir d'accidents sérieux d'intoxication.

(Arch. de Méd. et Chir. Spéc.)

— o o : —

TRAITEMENT DE LA LITHIASE BILIAIRE.

Pour combattre les premières coliques hépatiques, qui sont d'ordinaire peu intense, Kraus recommande l'antipyrine. On appliquera en outre des compresses chaudes sur la région hépatique. Les crises plus violentes seront traitées par les injections de morphine, les inhalations de chloroforme, la saignée si le sujet est robuste. Les lavements et purgatifs n'interviendront que douze à dix-huit heures après la fin de l'accès.

Pour favoriser l'évacuation d'un calcul engagé dans le cholédoque, l'auteur prescrit:

Calomel.....	o gr. 50
Podophyllin.....	o gr. 25
Evonymin.....	o gr. 25
Extrait de belladone.....	o gr. 15

Poudre de réglisse q. s. pour faire dix pilules.

L'huile d'olives ne paraît pas à l'auteur exercer une action quelconque: elle provoque en outre facilement des nausées et autres troubles dyspeptiques.

Parmi les eaux minérales, Carlsbad semble de beaucoup la station la plus efficace: les cures (300 grammes d'eau par jour, pendant trois semaines) devraient être faites soit à Carlsbad, soit à domicile, deux ou trois fois par an.

Dans les cas graves, il ne faut pas hésiter à recommander l'intervention opératoire, car les complications sont toujours à craindre et peuvent se manifester inopinément.

(Jour. de Méd. de Paris.)

— o : —

ACTION DU BLEU DE METHYLENE SUR L'ENTÉRITE
ULCEREUSE DES TUBERCULEUX.

Par M. le Dr Louis Rénon.

L'auteur a montré l'action du bleu de méthylène sur les ulcérations de la langue et du voile du palais chez les tuberculeux.

Sa note présentée à la société de thérapeutique se terminait ainsi: "Nous étudions en ce moment l'action du bleu de méthylène, donné par la voie gastrique, sur l'entérite ulcéreuse des phtisiques, et les résultats complets de ces recherches seront publiés ultérieurement; nous avons toujours observé jusqu'à présent la diminution et même parfois la cessation complète de la diarrhée."

Depuis cette époque, l'auteur a continué cette médication chez bon nombre de phtisiques atteints de diarrhée intense et incoercible, et, dans les quatre cinquième des cas, l'action du bleu de méthylène s'est montrée très favorable.

Le bleu était donné par la voie gastrique, à la dose de 15 à 20 centigrammes par jour. On prescrivait en une fois l'un ou l'autre des cachets suivants:

Bleu de méthylène.....	o gr. 15
Lactose.....	o gr. 60
Bleu de méthylène.....	o gr. 20
Lactose.....	o gr. 80

ou trois ou quatre fois par jour un cachet plus petit:

Bleu de méthylène.....	o gr. 05
Lactose.....	o gr. 20

La lactose n'avait pour effet que de diviser la poudre de bleu et de la rendre plus tolérable à l'estomac.

Sous l'influence du médicament, les selles diminuent très rapidement de fréquence; dès le premier jour, leur nombre tombe de quinze ou vingt à cinq ou six. Au bout de trois jours, on observe souvent un arrêt complet des matières, la constipation pouvant remplacer même la diarrhée.

Comment expliquer cette action curieuse? Il est probable que le bleu déterge les ulcérations intestinales en s'opposant au développement des agents d'infection secondaire.

C'est vraisemblablement de cette façon que le bleu de méthylène agit dans l'entéro-colite muco-membraneuse et dans la dysenterie, où l'on a con-

tatés les heureux effets des lavages avec une solution faible de bleu; les résultats sont souvent remarquables, comme il a pulvérisé l'année dernière, au camp de Châlons, avec le médecin principal Grivet.

Dans la fièvre typhoïde, M. Rénon a vu souvent des doses de 10 centigrammes de bleu abaisser la température de 2 à 5 dixièmes de degré; il s'agit probablement aussi d'une action sur les microbes l'infection secondaire, la diminution de la vitalité du bacille typhique dans les solutions étendues de bleu.

En tous cas, l'auteur estime que le bleu de méthylène, malgré ses légers inconvénients (coloration des urines, saveur un peu styptique) peut rendre de grands services dans le traitement de l'entérite ulcéreuse des phthisiques, si souvent rebelles aux médications classiques.

(Jour. de Méd. de Paris.)

OBSTÉTRIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FERMENTS SOLUBLES DU LAIT DE FEMME.

par M. le Dr George Benoit.

Au cours de ces dernières années, les notions fournies par la chimie et par la bactériologie ont permis d'améliorer sensiblement les résultats de l'allaitement artificiel. Cependant, malgré les coupages et la stérilisation, les enfants nourris au biberon demeuraient chétifs et leur développement ne pouvait être comparé à celui que donnait l'allaitement naturel. L'explication de ces faits cliniques a paru être fournie par la constatation dans le lait des ferments solubles, diastatiques. C'est à l'étude et à la vérification des hypothèses édifiées d'après ces notions récentes que le docteur Benoit, sur l'instigation de M. le professeur d'Astros, a consacré sa thèse de doctorat.

Dès 1883, Béchamp signalait l'existence d'une zymase dans le lait de femme. Mais ce n'est qu'en 1900 que, dans une communication au Congrès de Paris, Escherich mettait en lumière le rôle possible des diastases du lait dans la nutrition de l'enfant. Depuis lors, les travaux de Marfan, de Nobécourt et Merklen, de Spolverini, de Moro, etc., ont déclaré la question.

Les ferments solubles étudiés jusqu'à présent dans le lait de femme sont les ferments pepsiniques et tryptiniques, l'amylase, la lipase, le ferment dédoublant le salol, l'oxydase, le ferment glycolytique, le fibrin-ferment.

M. Benoit n'a pas retrouvé les ferments pepsiniques et tryptiniques signalés par Spolverini et a constaté l'absence de sucrase. Mais il a noté la présence des divers autres ferments. L'amylase est constante et très active. Le lait a un pouvoir lipasique bien net, quoique inférieur à celui du sérum sanguin. Le salol est dédoublé par le lait de fem-

me; mais cette propriété paraît assez différente des actions diastatiques, car elle ne se retrouve pas dans le précipité obtenu par l'alcool et n'est pas détruite par le chauffage comme les ferments.

M. Benoit a constamment observé dans le colostrum le ferment oxydant indirect, étudié par Dupouy, Gillet, etc. Dans le lait, il l'a rencontré plus fréquemment que ne le signalent les recherches antérieures, soit chez environ 45 o/o des nourrices.

La présence du ferment glycolytique a été constatée conformément aux conclusions de Spolverini, malgré l'emploi d'une méthode de dosage différente. L'existence du fibrin-ferment a été également vérifiée.

La comparaison du lait de femme et de celui de divers animaux au point de vue des diastases montre de très grandes différences entre les espèces omnivores et les herbivores. Les expériences de Spolverini démontrent d'ailleurs qu'en modifiant le régime alimentaire d'un animal on peut modifier la teneur en diastases de son lait.

Les ferments du lait paraissent avoir une origine multiple. La glande mammaire agit comme un organe d'excrétion, susceptible d'éliminer les ferments étrangers introduits dans l'organisme et capable par conséquent de puiser dans le sang les ferments qu'il contient. Il se comporte aussi comme un organe sécréteur, ainsi qu'il a été vérifié pour la lipase. Enfin l'épithélium constitue peut-être, pour certains ferments du sang, comme une barrière qui les empêche de passer dans le lait, à moins qu'il ne se produise à son niveau des antiferments dont l'existence tout hypothétique n'a pas encore été étudiée dans le lait.

Il est probable que les ferments solubles du lait sont appelés à jouer un rôle dans la nutrition de l'enfant; les ferments décelés par l'analyse biologique ne sont d'ailleurs peut-être pas les plus importants à ce point de vue, et les trophozymes qui ne peuvent être étudiées "in vitro" ne doivent pas être négligées. Aussi comprend-on aisément à l'aide de ces notions la supériorité de l'allaitement au sein ou même mixte sur l'allaitement purement artificiel. Moro a étudié comparativement le développement d'enfants nourris les uns au sein, les autres au lait de femme stérilisé, privé par conséquent de ses ferments par suite du chauffage. La différence, qui n'était imputable ni à des modifications de composition chimique, ni à des infections microbiennes exogènes, a montré l'importance des propriétés biologiques du lait vivant.

L'étude des ferments du lait ne permet certes pas encore de juger la question assez catégoriquement pour condamner la stérilisation du lait par la chaleur; mais elle fournit du moins, avec l'explication de certains faits, une preuve de plus en faveur de la supériorité de l'allaitement naturel.

(Marseille Médical).

PEDIATRIE

DE L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE
INFANTILE.

par M. le Dr R. Giffard.

Certains organismes n'ont pas besoin d'attendre l'âge adulte ni la sénilité pour parvenir à cet état relativement voisin de l'inertie finale que Sigaud a dénommé la "période de déchéance digestive". Soit qu'il ait apporté à leur naissance des conditions d'infériorité organique et fonctionnelle qui précipitent leur évolution, soit qu'une hygiène insuffisante du premier âge, des médications intempestives aient nui à leur vitalité en réduisant leur puissance d'adaptation aux milieux physique et alimentaire, leur terrain perd de la résistance et leur état de santé est toujours précaire.

Chez de tels sujets le syndrome classiquement désigné sous le nom "d'entéro-colite muco-membraneuse" est relativement fréquent.

Constipation, douleurs, muco-membranes sont les trois termes constants de ce complexus symptomatique, étudié depuis fort longtemps, et qu'en 1638 déjà Fernel avait consigné dans sa pathologie, sans en déterminer les causes exactes.

Objectivement l'exploration externe du tube digestif révèle, dit M. Giffard, chez les petits muco-membraneux "un ventre flasque, ballonné, saillant, mais mou (lisez surtout pâteux), en besace, un ventre tombant, avec ptose de tous les organes abdominaux (foie, estomac, intestins, reins). L'entéroptose coexiste surtout avec les cas sérieux".

La palpation donne parfois la sensation que de Langenhagen décrit sous le nom de "sensation de l'intestin chiffon" et qui correspond aux "états subaigus" de Sigaud; une palpation plus profonde fait percevoir tout une partie du côlon sous la forme d'une corde tendue entre ses insertions et de calibre sensiblement uniforme. M. Giffard admet, contrairement à de Langenhagen et à l'école lyonnaise, que ce côlon est à l'état spasmodique.

En dehors de Glénard, l'école de Lyon en fait, au contraire, un côlon contracturé parce qu'il est de relief plus flou que le tuyau de pipe et n'en présente jamais l'exiguité, parce qu'il est de forme invariable et qu'il n'est le siège ni de gargouillements ni de crépitations. Il y a dans ces manières de voir dissemblables plus qu'une petite querelle de cliniciens.

La divergence des points de vue conduit à un pronostic et à une thérapeutique différents, et, tandis que Sigaud, par exemple, estime qu'il y a danger à agir violemment sur ce côlon "figé dans sa forme morbide dans une sorte d'oisiveté qui est sa sauvegarde", M. Giffard suit la tradition classique et combat le spasme par des purgatifs et de grands lavages intestinaux.

Sur le terrain prédisposé des muco-membraneux, particulièrement au cours de la première enfance, à l'époque de la vie où les oscillations réactionnelles

sont plus violentes, les poussées infectieuses ne sont pas rares. Pendant la seconde enfance, au contraire, chez les mêmes sujets, l'état général est le plus souvent apyrétique, l'état chronique étant plus avancé.

A propos des rapports de l'entéro-colite muco-membraneuse avec les colites infectieuses de l'enfance, que Marfan voudrait séparer, l'auteur se rattache quelque peu à l'opinion de Comby; il estime très judicieusement à notre avis, qu'il existe des rapports entre ces deux maladies ou plutôt entre ces deux syndromes. Les troubles qui caractérisent l'une et l'autre affection peuvent se résumer ainsi: troubles différents, soit, mais évoluant sur un terrain toujours identique.

M. Giffard a bien étudié les relations morbides qui unissent l'entéro-colite aux perturbations des autres appareils de l'organisme.

En dehors des complications digestives, comme l'appendicite, il signale des complications nerveuses: migraines, changements de caractère, convulsions, terreurs nocturnes, accidents méningitiques ou pseudo-méningitiques, neurasthénie, chorée, hystérie et épilepsie; des troubles de la nutrition: arrêt de développement physique et intellectuel, rachitisme; enfin des troubles urinaires.

(La Presse Méd.)

— o —

VOIES URINAIRES

L'ADRENALINE EN CHIRURGIE URINAIRE.

Par M. le Dr Régerat.

L'adrénaline a donné des résultats appréciables dans divers cas de chirurgie urinaire. Elle paraît surtout indiquée pour combattre la congestion, l'hémorragie et le spasme.

Dans l'urètre, elle permet de pratiquer presque à blanc la méatotomie, l'uréthrotomie interne et externe, l'extirpation des tumeurs urétrales et aide à franchir les rétrécissements difficilement perméables.

Dans la prostate, elle agit contre la rétention, facilite la cathétérisme et calme les hémorragies.

Dans la vessie, elle permet la cystoscopie dans les vessie qui saignent, diminue ou arrête complètement les hémorragies consécutives aux diverses manœuvres intra-vésicales. Elle paraît augmenter la tolérance vésicale au cours des cystites. Enfin, elle peut, dans certains cas, faciliter le diagnostic topographique des hématuries en supprimant ou en atténuant celles qui sont d'origine vésicale.

Son utilité en chirurgie rénale paraît moins démontrée, mais on pourra au moins y avoir recours dans le cas, où on désirerait supprimer l'écoulement sanguin dû à l'incision de la zone corticale.

Quel que soit le cas où on l'emploie, on devra se rappeler que la vaso-constriction produite par l'adrénaline est suivie d'une vaso-dilatation pouvant être l'origine d'hémorragies secondaires parfois importantes.

(Arch. de Méd. et Chir. Spéc.)

— : o : —

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire Index du Praticien pour Adultes et Enfants, par M. le docteur P. Macrez, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 volume in-18, interfolié de papier blanc, reliure souple. 80 cents. A. Maloine, Libraire-Éditeur, 23-25, rue de l'École-de-Médecine, Paris, provisoirement: 95, Boulevard Saint-Germain.

Le Formulaire Index du Praticien, du Dr Macrez est composé d'après un plan entièrement nouveau et ne présente aucune analogie avec les autres formulaires. Il est essentiellement pratique. Comme tel, il indique, à chaque médicament, la posologie exacte pour l'adulte et pour l'enfant aux différents âges. Jusqu'alors, les formulaires étaient pour adultes ou pour enfants. Dans ce livre, l'auteur a placé les doses pour adultes et les doses pour enfants (par année d'âge) en regard les unes des autres.—De plus, il donne les renseignements nécessaires sur la solubilité, l'incompatibilité, les propriétés et les antidotes (si utiles) des divers médicaments.—Il contient seulement les formules d'urgence pour les bains collyres, lavements, injections hypodermiques, purgatifs, l'opothérapie, la serumthérapie, supprimant toutes les formules non indispensables immédiatement.—Il ne renvoie pas d'un mot à un autre, il mentionne les préparations du Codex et permet au médecin de noter ses observations et de composer ou d'inscrire ses formules.—De même qu'il a son arsenal chirurgical à lui, de même le médecin doit avoir son arsenal médical à lui, fabriqué pour lui, par lui, sans avoir à glaner au hasard, ça et là, des données plus ou moins bonnes qu'on lui dit excellentes. Il n'est de bon formulaire que celui qu'on se fait soit-même. Pour permettre d'arriver à ce but, le formulaire-index du praticien offre un format commode pour la poche qu'il ne doit pas quitter, et les pages blanches intercalées dans le texte sur lesquelles le médecin pourra se composer une formule, grâce aux indications qu'il recueillera dans le livre.—Pour ces différentes raisons, ce formulaire s'adresse à tous aussi bien à l'étudiant, au débutant, qu'au maître et au vieux praticien. On se demande même comment on a pu jusqu'ici se passer de ce guide dont l'utilité est de toute évidence.

FORMULAIRE

GRANULES D'ACIDE ARSENIÉUX (Codex).

(Granules de Dioscoride.)

Acide arsénieux.....	un milligram.
Poudre de gomme.....	0,01
Poudre de sucre de lait.....	0,04
Mellite simple.....	Q. s.
Pour un granule. — No. 20.	

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE PAR LE BROMOFORME.

Bromoforme.....	48 gout.
Huile d'amandes douces.....	20 gr.
Gomme arabique.....	15 gr.
Eau de laurier-cerise.....	4 gr.
Eau q. s. pour faire.....	120 c.c.

mélanger d'abord le bromoforme et l'huile et agiter fortement, puis ajouter le reste.

Chaque cuillerée à café renferme deux gouttes de bromoforme (3 à 6 cuillerées à café). Dose moyenne. Autant de fois 4 gouttes par jour que l'enfant a d'années.

Si l'enfant est déjà très somnolent ou tolère mal le bromoforme, on lui préférera l'antipyrine (0,10 à 0,20 centigr. en deux doses.)

Le bromoforme sera continué, 10, 15 et 20 jours de suite s'il y a lieu et pourra être même prescrit en cas de broncho-pneumonie.

(Jour. de Méd. de Paris.)

NOUVELLES.

Naissances.

—En cette ville, le 9 du courant, au No. 256 rue Saint-Denis, l'épouse de M. le Dr L. A. Gagnier, une fille.

—En cette ville, le 6 du courant, au No. 128 rue Cathédrale, l'épouse du Dr F. L. Palardy, un fils : Joseph-Pierre-Paul.

—A Québec, Mde Dr G. W. Jolicœur, une fille.

—A Iberville, le 7 du courant, l'épouse de M. le Dr Georges Tassé, une fille : Louise-Marie-Madeleine-Yseult.

Mariage.

—A l'Eglise St-Louis de France, de cette ville, M. le Dr H. R. D. Gray conduisait à l'autel, mademoiselle Marie-Cécile Terroux.

Nos meilleurs souhaits.

Nécrologie.

—Nous avons le regret d'apprendre la mort du docteur L. Ethier, décédé samedi à l'Épiphanie, à l'âge de 61 ans.

—M. le Dr E. P. Marcil, de St-Jean-Chrysostôme, comté de Chateauguay, est décédé le 6 de ce mois à l'hôpital Notre-Dame, à 3 hrs a. m., à la suite d'une opération pour l'appendicite.

Nos sincères sympathies aux familles si cruellement éprouvées.

SUPPLEMENT

TRAITEMENT DOSIMÉTRIQUE DE LA GRIPPE
OU INFLUENZA.

La grippe (ou influenza), maladie infectieuse, encore passablement énigmatique en ce qui concerne la nature de son contagion et de son mode d'action, se présente à nous, le plus habituellement, sous des traits caractéristiques qui en facilitent le diagnostic.

En nous basant sur le complexus symptomatique habituel de la grippe, nous pouvons distinguer trois formes : la forme nerveuse, la forme respiratoire ou thoracique, la forme gastro-intestinale.

Dans la forme nerveuse, tantôt l'infection s'étend d'emblée sur tout le système nerveux : cerveau bulbe, moelle et nerfs périphériques. Le malade présente une fièvre intense avec délire, excitations; maux de tête plus ou moins violents, rachialgie, arthropathies, névralgies diverses, etc.

Plus habituellement la maladie se localise, et, dans ce cas, le syndrome clinique correspond à l'envahissement prépondérant de l'un ou l'autre segment ou d'un appareil déterminé du système nerveux. Dans ce cas, tantôt c'est le délire qui prédomine, d'autres fois on a affaire à une pseudo-méningite ou à une méningite encéphalite. Enfin à la grippe bulbaire ressortissent l'arythmie, la tachycardie, l'angine de poitrine et enfin le collapsus cardiaque.

La forme gastro-intestinale affecte habituellement la forme d'un embarras gastro-intestinal plus ou moins accentué.

La variété de grippe la plus importante à connaître, tant à cause de sa fréquence que de sa gravité, c'est la grippe thoracique. Cette forme est de beaucoup la plus commune actuellement, à l'encontre de ce qui pouvait s'observer il y a une dizaine d'années, où la grippe affectait de préférence la forme nerveuse. C'est encore cette forme qui donne, chez les allopathes, la mortalité la plus élevée, et l'on a dit avec juste raison, " si la grippe tue, c'est qu'elle frappe au thorax ".

Dans les cas tout à fait bénins, le processus consiste simplement en une inflammation catarrhale des voies respiratoires supérieures, accompagnée de fièvre, de courbature et surtout d'un état adynamique hors de proportion avec la maladie.

Dans les cas plus graves, la phlegmasie frappe à la fois les bronches, les poumons, les plèvres et parfois la paroi thoracique. La caractéristique de cette affection grippale plus ou moins profonde c'est à un degré plus accusé que dans les formes précédentes, la dépression extrême du système nerveux. Cette asthénie nerveuse se traduit très fréquemment par des symptômes bulbaires, par la respiration de Cheyne-Stokes, par des crises de collapsus cardiaque par de l'asphyxie rapide et enfin par un état particulier de stupeur pulmonaire qu'on a appelée broncho-plégie, et qui amène très rapidement la mort par asphyxie.

Ces quelques considérations sur les modalités cliniques de la grippe nous montrent combien cette maladie infectieuse est polymorphe, capricieuse, in-

saisissable, tout en se présentant à nous avec sa caractéristique consistant en un état d'adynamie extrême, hors de proportion avec les autres symptômes morbides.

Contre des éléments morbides si divers, il ne saurait être question de recourir à un médicament simple, unique. En attendant que nous possédions une antitoxine, force nous est de recourir à une médication symptomatique.

Comme nous l'avons dit plus haut, la forme nerveuse paraît devenir de plus en plus rare de nos jours. Il en résulte que l'élément douleur joue un rôle plutôt secondaire, dans les formes actuelles de la grippe, et que, par conséquent, l'usage de l'antipyrine, qui a été considéré comme un spécifique de la grippe, se trouve de moins en moins justifié. A l'heure actuelle, c'est, nous le répétons, l'élément catarrhal qui prédomine dans la grippe, élément catarrhal auquel viennent se surajouter un état fébrile plus ou moins accusé et une dépression nerveuse, passagère ou durable, qui occupe très souvent le premier plan.

La première de toutes les indications, empruntée à notre rédacteur en chef, le docteur Toussaint, est de détruire dans l'organisme l'agent morbigène: On fera tout d'abord l'antiseptie de la bouche, de la gorge et des narines, au moyen de lavages et de vaporisation avec de l'eau boricuée à 10 pour 100.

Puis on donnera:

Le Sulphydral à hautes doses jusqu'à saturation et ensuite, pendant tout le temps de la maladie, à la dose de 10 à 12 granules par jour.

Ce médicament fera la dominante du traitement.

Contre la fièvre nous administrons l'arséniate de quinine qui, outre l'action antithermique, produit des effets toniques et bactéricides.

D'autre part, pour combattre l'état catarrhal des voies respiratoires, nous disposons de remèdes très efficaces tirés du régime végétal, au nombre desquels l'aconitine tient la première place. Encore ne faut-il pas donner cette substance à doses élevées afin d'éviter son action dépressive sur le cœur et sur les centres nerveux. De là, la nécessité de lui adjoindre un médicament nouveau, la lobéline.

La lobéline, dont on a préconisé l'emploi dans le traitement de l'asthme, est d'une efficacité indéniable lorsqu'il s'agit de combattre l'élément spasmodique dans le cas de toux quinteuse, convulsive, de quelque nature qu'elle soit; elle est de plus douée d'une action expectorante très prononcée. Pour cette raison, elle est indiquée dans le traitement de la grippe. On donne en même temps:

L'iodoforme et la codéine.

Mais l'élément catarrhal n'est pas toute la maladie; un facteur important qui plane sur toute la symptomatologie, c'est la dépression nerveuse. Contre elle nous possédons la caféine, la théine et l'arséniate de strychnine dont l'action stimulante et tonique est aujourd'hui hors de conteste.

(La Dosimétrie.)

(A Suivre.)

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Vous faut-il beaucoup de temps pour les obtenir ces fameux papiers? demanda Mrs Brown.

—Cela dépend, répondit Lington, par lettre, un mois, six semaines peut-être.

—Six semaines! s'exclama Nelly, mais c'est horriblement long, cela.

—Peut-être qu'en allant moi-même trouver le secrétaire de la Marine, il me sera possible d'abrèger considérablement ce laps de temps.

—Mais pour cela, dit Nelly en faisant une moue, il vous va falloir aller à Londres.

—Je ne vois pas d'autre alternative, répondit Lington, et c'est, je crois, le moyen le plus certain pour arriver à un résultat rapide. Qu'en pensez-vous, Mrs. Brown? dit-il en se tournant vers la mère de Nelly.

—Vous devez connaître tout cela mieux que nous, lui répondit-elle. Puisque vous aimez ma fille, vous devez être anxieux d'en faire votre femme.

—Si le bonheur et la santé de ma fiancée exigent un prompt mariage, veuillez croire, Madame, que je ne négligerai rien pour obtenir son immédiate réalisation.

—Et vous partiriez pour Londres? dit Nelly, dont les beaux yeux s'emplirent de larmes.

—S'il le faut? lui dit sa mère.

—Du reste, chère Nelly; répondit Donald, en déposant un long baiser sur la main de la jeune fille; je ne serai absent que trois ou quatre jours.

—C'est bien long cela monsieur le méchant, laisser ainsi sa fiancée...

—Il le faut ma chérie, lui dit Lington tout bas, pour toi, pour moi et...

—Soit, dit-elle, vas-y.

Le départ fut décidé pour le jour même.

—Les larmes seront aussi cruelles demain qu'aujourd'hui, leur fit remarquer Mrs Brown plus tôt parti et plus tôt revenu.

L'après-midi, Nelly, sa mère et le révérend Barnes conduisaient Donald Lington à la gare de Stratford-on-Avon.

Le départ fut triste, Nelly revint en pleurant et M. Barnes la consolait de son mieux.

On arriva à Garry-Fen. Mrs. Brown y prépara le thé traditionnel.

—Où dois-je mettre le couvert? demanda Jimmy.

—Sous la verandah, comme d'habitude, dit-elle.

—Je ferai remarquer à madame, fit Jimmy, que le temps se couvre et je crains un orage.

—Alors nous le prendrons dans le dining room, répondit-elle en versant l'eau bouillante sur le thé qui embauma de son parfum la pièce toute entière.

—Miss Nelly est bien triste, dit Jimmy à Paterson qui entra portant une terrine de lait frais.

Le vieux fermier jeta un coup d'œil vers Nelly et dit en soulevant les épaules:

—On ne fera jamais un fermier d'un marin vois-tu Jimmy, le plancher des vaches ne convient pas à un officier de la Navy Office.

XI

Chaque jour Nelly se rendait à la gare de Stratford et regardait avec anxiété les voyageurs descendant du train, mais elle revenait à Garry Fen, toujours plus triste, toujours plus désespérée.

Donald son fiancé, Donald son bien-aimé ne revenait pas.

Tout d'abord on crut à un accident, puis à un retard dans l'arrangement final des affaires du jeune marin.

—Tout ceci n'est pas une raison, fit remarquer le Révérend, on peut écrire il me semble, ou du moins en charger quelqu'un.

—Peut-être la fatigue du voyage a-t-elle amené quelques complications à l'accident dont il fut victime ici? dit Nelly.

—Bah! répondit le docteur Smyth, il était en parfaite santé et à moins d'une nouvelle chute je ne vois pas en quoi il puisse y avoir complications.

—Alors? fit Mrs Brown.

—Je n'y comprends rien du tout, dit M. Barnes, ce silence et cette absence prolongée sont tout à fait inexplicables.

—N'a-t-il laissé ici aucune adresse? demanda le docteur.

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII

MERCREDI, 21 OCTOBRE, 1903.

No. 17

Memoire

MENSTRUATION.

DES CAUSES QUI PEUVENT FAIRE VARIER LA QUANTITÉ DU FLUX SANGUIN.

Par M. le Dr Z. Rhéaume, Chirurgien à Valleyfield.

Nous ne voulons étudier de la menstruation que le phénomène écoulement sanguin, en nous efforçant d'élucider les causes qui sont susceptibles de modifier la quantité de cet écoulement.

Après avoir mis au jour les différents facteurs qui font varier l'afflux de sang, nous nous efforcerons à montrer les conclusions qui se dégagent de la constatation d'une menstruation endessous ou endessus de la normale.

Les données que nous exposons ici doivent être classées plutôt dans le domaine de la théorie, mais je suis, tout de même, convaincu qu'elles peuvent souvent nous aider en clinique gynécologique.

La physiologie de la menstruation ayant été décrite par les auteurs, qu'il nous suffise de dire qu'elle est produite par l'ovaire qui congestionne par un certain mécanisme l'utérus, d'où afflux de sang.

(a) Menstruation Normale.—Les conditions requises pour avoir un écoulement sanguin normal sont: ovaires sains en même temps qu'utérus sain.

(b) Si l'ovaire est malade, c'est-à-dire en rétention de fonction, en insuffisance, et

que l'utérus soit sain, on aura une menstruation endessous de la normale.

(c) Que les ovaires soient sains et que l'utérus soit malade, par conséquent déjà congestionné on devra avoir une menstruation plus abondante qu'à l'état normal.

(d) Si les ovaires et l'utérus sont malades on pourra avoir un écoulement menstruel qui se rapprochera de la normale. Dans ce cas-ci l'utérus, déjà congestionné, supplée à l'insuffisance de l'ovaire.

Conclusions.—Il résulte de ce qui a été dit plus haut que, chaque fois que l'écoulement menstruel est modifié d'une façon permanente on a affaire à une lésion, soit de l'ovaire, soit de l'utérus.

Sauf quelques exceptions, on aura toujours affaire à une lésion de l'ovaire si l'écoulement est diminué, et à une lésion de l'utérus s'il est augmenté.

Toute malade se présentant à la consultation et accusant une menstruation habituellement modifiée par la quantité de l'écoulement doit être soumise à un examen gynécologique minutieux. Souvent cet état sera le symptôme prémonitoire d'une maladie des organes de la génération.

Dans une autre correspondance nous aurons probablement l'occasion de revenir sur ce sujet et d'étudier cette même question au point de vue "de l'écoulement menstruel comme symptôme précoce de différentes lésions".

Valleyfield.

Coq-a-l'Ane

L'ADRENALINE ET LES AFFECTIONS PRURIGINEUSES.—Suivant Engman et Loth, de Saint-Louis, l'adrénaline (la médication surrénale) aurait une action bien faisante dans les cas où il existerait une hypotonie des vaisseaux de la peau: le prurit généralisé, l'urticaire chronique, le lichen urticans. (Ann. ther. derm. & Syph.)

L'ONGUENT DE CREDE ET L'OPHTALMIE GONORRHEIQUE.—Dans un cas de conjonctivite blennorrhagique ayant résisté à la glace, l'atropine et l'oxycyanure, Wolffberg obtient un plein succès avec le collargol. Au bout d'un quart d'heure, le gonflement de la conjonctive diminue, les paupières sont plus souples, le chémosis moindre la cornée s'éclaircit, l'infiltration cornéenne se limite et la sécrétion cesse. La pommade est employée seule ou avec atropine. Wolffberg répète les frictions toutes les demie heure, puis toutes les heures et enfin toutes les trois heures. Tant que la pupille est bien dilatée, il emploie le collargol sans atropine. La pommade de Créde, fraîchement préparée est introduite sur la paupière sans l'éverser. On applique sur les yeux du coton bien desséché et fixé par une bande. On pose au-dessus un cachet de glace. (Ann. ther. derm. & Syph.)

LA CIRCONCISION AUX PHILIPPINES.—C'est une très ancienne coutume parmi les "indios", mais peu connue des blancs. 70 à 80 o/o des mâles du pays de Tagal, ont subi cette opération. Les non-circoncis sont insultés par le terme de "suput" qu'on leur donne. La circoncision qui se pratique sur les enfants de huit à dix ans, s'appelle "tuli" et est ordinairement faite par les "panditas" ou prêtres, ainsi: Un bâton recourbé est planté en terre; le bambin est assis sur ses mollets, en face de ce bâton, dont l'extrémité libre et pointue est insinée entre le prépuce et le gland, l'opérateur, aussi accroupi, ajuste bien le prépuce sur le bâton, le "tamurung," et applique dessus, dans le sens de la longueur, un couteau bien tranchant qu'il tient d'une main et sur lequel il frappe, un ou plusieurs coups, avec un bâton, tenu de l'autre main. Le gland entièrement mis à découvert, on panse la petite plaie avec des feuilles de goyavier. (Lieut. Barney, J. Asso. Milit. Surg.)

LE BLEU DE METHYLENE CONTRE LES INFECTIONS DES VOIES BILIAIRES.—Reichmann dit: S'il existe des phénomènes gastro-intestinaux, d'abord les combattre, puis trois fois par jours un cachet de 0.30 à 0.50 et même 1.00, avec addition de 0.10 de poudre de noix de muscade pour chaque cachet afin de prévenir l'irritation de la vessie. Le bleu n'échouerait que s'il y a complication chirurgicale: abcès du foie, empyème de la vésicule. (Bull. méd.)

NIRE.

:o o—

Revue des journaux

MEDECINE

PATHOGENIE DU RHUMATISME TUBERCULEUX.

Par M. le Dr X. Delore.

L'évolution d'une tuberculose locale ne donne pas nécessairement la granulation, la caséification, la fongosité ou l'abcès froid. Que l'inoculation bacillaire se produise chez un sujet résistant, qu'elle soit elle-même de minime quantité, que sa virulence soit atténuée, voilà autant de conditions favorables au développement lent et sournois des lésions tuberculeuses, qui peuvent alors se caractériser par des productions purement inflammatoires, à tendance fibreuse ou cicatricielle. La pathogénie du rhumatisme tuberculeux s'inspire de ces diverses considérations.

Théoriquement, il s'explique: 1. par la présence, au milieu des tissus, de bacilles en petit nombre, de vitalité amoindrie, etc.; 2. par l'action seule des toxines, élaborées peut-être dans le sang, et plus certainement dans un foyer plus ou moins éloigné d'où elles se répandent au loin par la voie vasculaire.

Il existe une réelle opposition entre les lésions polymorphes, indifférentes, du rhumatisme bacillaire, et celles de la tuberculose classique, avec ses produits spécifiques; mais cette opposition apparente tend à disparaître avec les notions nouvelles, acquises pendant ces dernières années, surtout depuis les travaux de M. Poncet et de ses élèves, Barjon, Bérard, Patel, etc. On sait, en effet, que le bacille de Koch, suivant son degré de virulence et la résistance du terrain, détermine des réactions défensives allant en série depuis la tolérance complète jusqu'aux lésions aiguës, diffuses, en passant par tous les intermédiaires; on voit qu'il se révèle par des lésions inflammatoires initiales non précédées de lésions destructives antérieures; enfin, qu'il séjourne à l'état larvé, sans trahir sa présence. Jackshi, Nakawai ont rencontré des bacilles dans le paren-

chyme de testicules sains en apparence. Piccini, reste, analogue dans la plupart des autres infections ganglionnaires; Durand-Fardel dans le rein, et MM. Poncet et Dor dans la moelle osseuse.

Le bacille de Koch, au niveau des ganglions, donne lieu, ordinairement, à des adénites tuberculeuses classiques, mais il est également l'agent causal des lymphomes, des lymphadénies avec hypertrophie ganglionnaire et mégalo-splénie (Bard, Sabrazès, Courmont), longtemps considérés comme étant de nature néoplasique. Il produit encore l'hypertrophie ganglionnaire simple (Dor).

Ce même polymorphisme, dont les synovites séreuses, à grains riziformes sont un exemple, se retrouve aussi dans la tuberculose des os, qui peut se révéler, en dehors des formes classiques, par la variété dite carie sèche ou par de simples exostoses spontanées évoluant au-dessus d'un os sain, chez un tuberculeux viscéral.

La plupart des tissus résistent donc, suivant certaines circonstances, aux atteintes directes du bacille. C'est à l'extrême sensibilité de ce pouvoir réactionnel que certains tissus (les séreuses en particulier) doivent la propriété de réagir, sans inoculation directe, à distance d'un foyer tuberculeux, sous l'influence des poisons, des toxines fabriquées au loin. Le rhumatisme tuberculeux se rencontre, chez tous les bacillaires et à toutes les périodes de la maladie, mais surtout dans les tuberculoses lentes, chez les sujets que la toxi-infection a pour ainsi dire immunisés par une sorte de vaccination préalable qui augmente leur défense (expériences de Bezançon et Griffon). Grâce à l'atténuation de la virulence du bacille de Koch et à l'augmentation relative de la résistance de l'organisme, les articulations réagissent. Le mode de réaction des séreuses est, du Franckel ont fait les mêmes constatations dans les tions.

Ce sont, en effet, les infections légères, chez des gens résistants, qui accompagnent, le plus souvent de localisations sur les séreuses. Les microbes très virulents produisent, au contraire, des septicémies diffuses plutôt que des arthrites. A ce point de vue, le bacille de Koch se comporte comme les autres agents pathogènes. La clinique a démontré l'existence de ce rhumatisme, l'expérimentation et le laboratoire en ont confirmé la nature.

Sans prétendre que toute arthrite ou arthralgie, chez un tuberculeux, soit d'origine fatalement tuberculeuse, on peut dire cependant: de même que, chez un blennorragien indemne d'une autre infection, une manifestation articulaire spontanée doit être considérée comme étant de nature blennorragique, toute arthrite chez un tuberculeux doit être aussi rapportée à la tuberculose.

En clinique, la fréquence des lésions rhumatismales chez les bacillaires est assez remarquable. Merson (1903) trouve 1 rhumatisme sur 6 tuberculeux; Bouveyron, 12 rhumatisants sur 30 sujets atteints de lupus et de tuberculoses cutanées. Ces chiffres font supposer qu'il n'y a pas une coïncidence fortuite.

En dehors de la clinique, M. Poncet a pu démontrer, chez plusieurs malades, la nature tuberculeuse des arthrites par la recherche du bacille de

Koch dans les liquides articulaires et par leur inoculation au cobaye, par le séro-diagnostic, le cyto-diagnostic ou l'inoscopie. La recherche du bacille dans les liquides articulaires est ordinairement négative, comme on devait le supposer. N'en est-il séreuses, en raison du petit nombre ou de l'absence pas de même dans la tuberculose de la plupart des fréquente des bacilles dans ces épanchements?

L'inoculation au cobaye a fourni plusieurs fois des résultats positifs. Il est bon de rappeler à ce propos, avec Landouzy, que l'expérience positive a une valeur absolue; est-elle négative, elle ne saurait au contraire, aller à l'encontre des faits cliniques. Les résultats positifs ont été obtenus dans les formes aiguës; quant aux inoculations des liquides provenant d'arthrites chroniques, elles ont toujours été négatives.

MM. Poncet et Mailland admettent que les arthrites chroniques, évoluant des tuberculeux, sont ordinairement des arthropathies toxiques, dues à la localisation sur les jointures du virus tuberculeux, élaboré à distance dans un foyer plus ou moins profond qui déverse peu à peu des toxines dans le torrent circulatoire. Dans certains cas, la bilatéralité et la symétrie des arthropathies doivent faire admettre que la toxine agit sur le système nerveux central ou périphérique, au même titre que l'empoisonnement alcoolique, par exemple. Ainsi s'expliqueraient les résultats négatifs signalés dans les rhumatismes tuberculeux chroniques; mais, que les recherches bactériologiques ou les expériences révèlent, ou non, la présence des bacilles dans les exsudats, dans les tissus enflammés (Barjon), les lésions sont toujours engendrées par les toxines secrétées sur place ou à distance par les bacilles. Le microbe n'agit que par les poisons qu'il sécrète (pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire). Entraîné au loin par la circulation, le virus frappe, en vertu de certaines affinités mal connues, tel organe ou appareil plutôt que tel autre.

(Lyon Méd.)

— o o —

LE CORYZA ATROPHIQUE EST-IL, UNE AFFECTION AUTONOME? DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT.

Par M. le Dr E. J. Moure, chargé du cours d'otologie et de laryngologie à l'Université de Bordeaux.

Pour résoudre la question ainsi posée, il me paraît tout d'abord indispensable d'établir les diverses variétés cliniques d'une affection sur laquelle les spécialistes sont encore peu d'accord, malgré les discussions interminables que l'on a eues dans toutes les parties du monde à ce sujet. Il est certain, en effet, que les rhinologistes s'entendent mal sur les formes cliniques de cette rhinite, que les uns désignent simplement sous le terme vague d'ozène ou d'ozène vrai, et que d'autres appellent simplement atrophique.

Ces deux dénominations sont, l'une et l'autre, incomplètes, puisque l'ozène peut se rencontrer sans atrophie et, réciproquement, l'atrophie sans atrophie et, réciproquement, l'atrophie sans ozène. Le terme de rhinite ozénateuse, quoique plus exact, ne convient à l'affection que nous envisageons ici qu'à la période active de la maladie, alors que la sécrétion, très abondante et purulente, a des tendances à s'accumuler dans les fosses nasales et à s'y décomposer. Par contre, lorsque le processus pathologique a détruit toutes les glandes et presque tout le tissu osseux, l'odeur disparaît faute de sécrétion; mais l'atrophie est cependant arrivée à son comble, et la dénomination précédente ne convient plus.

D'autre part, il est incontestable que certains coryzas destinés à devenir ozénateux et atrophiques déburent par les signes d'une rhinite purulente avec sécrétion liquide non odorante, ou du moins répandant simplement une odeur fade, désagréable, mais non fétide. A cette époque, la pituitaire est tuméfiée (stade hypertrophique de quelques auteurs). Ici, la dénomination de coryza atrophique ozénateux n'est pas encore exacte, d'autant plus que certains coryzas purulents, quoique ayant pour stade ultime l'atrophie de la membrane de Schneider et des cornets, ne déterminent jamais le véritable ozène.

Enfin, ne savons-nous pas que dans ces dernières années, quelques praticiens, en particulier Grunwald, ont admis l'origine sinusienne de la punaisie, affirmant que si l'on ne pouvait pas toujours faire le diagnostic de la sinuité en cause, c'est parce qu'elle siégeait dans des points où il était difficile de la reconnaître. Nous ne saurions admettre une opinion aussi radicale, car, à l'heure qu'il est, les différentes cavités accessoires du nez sont d'une inspection relativement facile, et je ne crois pas qu'une suppression de l'une d'elles puisse longtemps échapper à des examens minutieux et souvent répétés.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas s'étonner, d'après les différentes formes de l'affection auxquelles je viens de faire allusion plus haut, que pour quelques auteurs le traitement de la maladie puisse être efficace, curateur même, alors que pour d'autres il reste absolument sans effet sur le mal lui-même. Il faut attribuer des assertions opposées, non seulement à la variabilité des formes cliniques de l'affection que l'on a sous les yeux, mais aussi et surtout à la période où l'on examine le malade et à l'âge de ce dernier. Il est incontestable, en effet, que le coryza atrophique, envisagé chez l'adolescent, l'adulte ou le vieillard, n'offrira pas la même ténacité et la même résistance à un traitement régulier et bien suivi; bien plus, ainsi que l'a déjà fait observer Trousseau, à un âge avancé, malgré un élargissement considérable et même excessif des cavités du nez, on rencontre assez rarement la véritable punaisie.

Quant à savoir si le coryza atrophique est une affection autonome, c'est-à-dire née sur place, il faut envisager, pour répondre à cette question, les différents aspects sous lesquels il se présente. Il est bien avéré, à mon sens, que le coryza atrophique,

qui débute par une rhinite purulente infantile, généralement accompagnée d'une ou plusieurs sinusites, est une affection pour ainsi dire secondaire, qui peut très bien être arrêtée lorsqu'on a occasion de soigner le malade à sa période initiale, c'est-à-dire avant que le processus atrophique n'ait commencé à s'installer et que les croûtes destinées à devenir fétides n'aient fait leur apparition.

De même, il existe chez certains adolescents une forme particulière de coryza pseudo-atrophique, que j'appellerai volontiers strumeux, dans lequel les cornets sont atrophiés; la sécrétion est muco-purulente, avec tendance à former des croûtes jaunâtres qui ne sont jamais très épaisses et ne répandent pas cette odeur spéciale du véritable coryza ozénateux. Dans ces cas l'atrophie est ordinairement accompagnée de végétations adénoïdes (adénoïdite supprimée) et même d'adénite sous-maxillaire ou cervicale. Dans cette forme également les sinusites maxillaires ethmoïdales ou sphénoïdales, ne sont point rares, quoique moins communes toutefois que dans la forme précédente. J'appellerai volontiers aussi cette rhinite un "coryza prae-bacillaire"; car on observe ce même état de la muqueuse chez les tuberculeux à la période avérée de la maladie, chez les lupiques de la face et même chez les malades qui présenteront plus tard des signes de lupus de la pituitaire. Tous ceux qui ont eu l'occasion d'examiner les cavités du nez de ces derniers sujets ont pu constater que, lorsque le lupus était cantonné à une seule fosse nasale, celle du côté opposé présentait déjà cette sorte d'atrophie des cornets inférieurs et moyens, avec amas croûteux, jaunâtres, non fétides. C'est, pour ainsi dire, le stade initial de l'infection lupique.

Cette forme de coryza est évidemment constitutionnelle, autonome et inhérente à l'individu qui en est porteur.

Reste enfin le coryza atrophique très souvent congénital, presque toujours héréditaire, caractérisé non seulement par la diminution du volume des cornets inférieurs et moyens, qui se trouvent réduits à de toutes petites bandelettes, mais aussi par la présence dans le nez de croûtes noirâtres ou, dans tous les cas, très foncées et très épaisses, ne se détachant que sous la forme de bouchons, tous les cinq, six ou huit jours, suivant les cas, et répandant cette odeur fétide tout à fait spéciale qui lui a valu le nom d'ozène.

Ici encore on peut, dans quelques cas, constater l'existence de sinusites qui sont évidemment d'origine nasale, car, la plupart du temps, les dents de la mâchoire supérieure sont en parfait état; sinusite presque croûteuse du reste. Chez la généralité des malades, lorsqu'on vide leur cavité maxillaire, on constate une sorte de pus grumelleux, grisâtre, tout à fait particulier. Cette forme de rhinite atrophique est évidemment celle qui est la plus tenace et la plus rebelle. Elle est très caractéristique, et tous les rhinologistes savent à quelle variété je fais allusion en ce moment. Ici, la nature de la sécrétion nasale d'une part et l'élargissement considérable des cavités d'une autre (Zaufal), sont évidemment les deux facteurs qui causent la fétidité.

Traitement.—Ce que je viens de dire m'évitera

d'insister longuement sur le traitement que je crois utile d'appliquer au coryza atrophique ozénateux; j'ai déjà dit en 1897, à la Société française d'otologie, sur les différents modes thérapeutiques à employer contre cette affection. Toutefois, la question mérite aujourd'hui d'être mise au point. Je rappellerai d'abord que:

1. Dans la forme purulente ozénateuse des adolescents, il convient, en général, de supprimer le tissu adénoïde enflammé et tuméfié; ensuite de faire des lavages dans le nez.

Je crois que, dans ce cas, le message suivi de pulvérisations au nitrate d'argent, tel que l'avait recommandé autrefois Meyjes, constitue une excellente thérapeutique pour enrayer le processus atrophique et guérir les malades. Bien que la muqueuse des cornets inférieurs et moyens paraisse hypertrophiée, si elle n'est pas complètement dégénérée, c'est-à-dire polypoïde, ne se rétractant pas sous l'influence de la cocaïne ni de l'adrénaline, il faut bien se garder d'appliquer un traitement chirurgical c'est-à-dire de réséquer la pituitaire ou même de faire des applications galvaniques, car j'ai vu ce traitement intempestif être suivi de véritables poussées d'infection suraiguë. Ces sortes de gonflement disparaissent très bien peu à peu, sous l'influence d'une thérapeutique régulièrement appliquée.

2. Dans le coryza pseudo-atrophique strumeux, dont j'ai parlé plus haut, on se bornera à faire des lavages, à soigner l'état général des malades, et, très souvent on aura la satisfaction de voir la rhinite rétrocéder, sans qu'il ait été nécessaire d'appliquer un traitement chirurgical.

Toutefois, si l'une des deux formes précédentes est accompagnée de sinusite, il ne faut pas hésiter à traiter cette dernière comme on le fait pour les inflammations sinusiennes vulgaires, à la condition toutefois de n'agir chirurgicalement que lorsque la pituitaire aura repris à peu près son aspect normal et que, seule, la sinusite entretiendra ce qui reste de lésion nasale.

3. Enfin, dans le coryza atrophique ozénateux en période active (ozène vrai de Martin), chez les tout jeunes enfants, on se bornera à faire des lavages réguliers jusqu'à l'époque où le sujet sera arrivé à l'âge suffisant pour qu'on puisse appliquer un actif, c'est-à-dire vers l'âge de six, huit ou dix ans au moins. Alors on pourra essayer de reconstituer les cornets, comme nous l'avons fait durant toute cette année, et comme l'on fait après nous plusieurs de nos confrères, à l'aide des injections sous-muqueuse de paraffine. Il n'est pas douteux que jusqu'à ce jour ce traitement constitue un remède efficace, non seulement contre la sécrétion, mais aussi contre l'odeur qui en résulte. Dans les essais de cette nouvelle thérapeutique, qui ont été faits à ma clinique par le Dr Brindel, ce dernier a suivi une technique assez intéressante, que nous nous proposons de développer dans une communication que nous ferons à ce sujet. Bornons-nous à dire ici que sous l'influence de ces injections, la sécrétion se modifie d'abord comme nature; ensuite, comme le malade se mouche avec plus de facilité, il ne voit jamais s'accumuler dans l'intérieur de ses fosses nasales ces croûtes odorantes que nous connaissons tous.

Il semble que l'introduction de la paraffine dans la thérapeutique du coryza atrophique a donné une sorte de reviviscence à la théorie de Zaufal. Du reste, si nous nous rappelons ce qui s'observe chez les malades porteurs d'atrophie très marquée, nous savons tous que, lorsqu'il existe d'un côté un éperon un peu volumineux, en un mot une atrésie quelconque d'une des cavités du nez, nous trouvons beaucoup moins de croûtes et partant moins d'odeur que du côté le plus élargi.

Il faut donc considérer le traitement par la paraffine comme un progrès considérable et destiné à nous donner de véritables succès, du moins si les produits ainsi inclus sous la muqueuse arrivent, ce que nous espérons d'après notre expérience actuelle, à s'enkyster dans les points où on les a déposés. Ce sera une heureuse application du procédé de Gersuny et surtout d'Erkstein au traitement d'une affection rebelle, considérée même comme incurable par beaucoup de rhinologistes.

(Jour. de Méd. de Bord.)

— : o : —

LA SPLENOMEGALIE DANS LA SYPHILIS ACQUISE.

D'après M. le Dr David.

La connaissance des lésions spléniques au cours de la syphilis acquise est de date assez récente. Ce n'est, en effet, qu'en 1864 que Barenprung signala pour la première fois l'hypersplénie, souvent accompagnée de péri-splénite, que l'on observe dans l'hérédosyphilis. En 1867, S. Gée fait à la Société royale de médecine et chirurgie de Londres, une communication sur l'hypertrophie de la rate chez les enfants. Pour cet auteur, la rate serait considérablement augmentée de volume dans un quart des cas de syphilis héréditaire; parfois, on trouve en même temps une hypertrophie du foie et des ganglions lymphatiques. Le développement de la rate peut servir à indiquer la gravité de la cachexie: la plupart des enfants qui la présentent à un haut degré meurent; quelques-uns survivent: la rate diminue alors graduellement de volume à mesure que la santé se rétablit.

Jusqu'en 1872; aucun travail important ne paraît sur le sujet qui nous occupe. A cette époque, Parrot insiste sur la constance des lésions spléniques dans l'hérédosyphilis. Ses conclusions sont confirmées par Cornil, Blaise, Hintzen, Barlow, et développées dans un long article de Birsch-Hirschfeld; Haslund considère comme constante l'hypertrophie splénique et la rattache à l'influence directe l'hérédosyphilis. Müller, Lancereaux, Julien, Chauffard, Devestre, Mauriac, Baginski, Schönberg, Surico complètent nos connaissances sur ce sujet et contribuent à faire de la splénomégalie, un symptôme classique de l'hérédosyphilis.

Cliniquement, la splénomégalie se traduit par une augmentation de volume de l'organe, laquelle est facilement appréciable; la rate peut ainsi atteindre le double, le quadruple et même le décuple de son poids, jusqu'à 100 grammes d'après Ziegler.

Elle dépassera donc plus ou moins le rebord des fausses côtes et pourra même descendre presque jusque dans la fosse iliaque, remplissant alors tout l'hypocondre gauche.

Quelle est la fréquence de cette splénomégalie? Sans aller jusqu'à dire, avec Birsch-Hirschfeld, qu'on l'observe chez presque tous les syphilitiques, on peut dire qu'elle existe très souvent; mais elle passe souvent inaperçue, et c'est ce qui fait que, dans les classiques, elle est à peine signalée.

L'hypertrophie splénique, dans l'hérédo-syphilis, a-t-elle la même fréquence à tous les âges? Parrot en faisait l'apanage exclusif du tout jeune enfant, opinion certainement trop exclusive, car "on peut la retrouver à tout âge dans la première enfance". Il est d'ailleurs difficile d'assigner des limites précises à la durée de cette hypertrophie, car "sous des influences mal déterminées, il peut se faire une sorte de réveil de l'affection spécifique assoupie, mais non éteinte, une véritable poussée du côté de la peau, des muqueuses, des viscères, et, naturellement aussi, de la rate". Quoi qu'il en soit, tout ce qu'on peut dire, c'est que la splénomégalie existe dans les premiers temps de la vie, et il est intéressant, à ce propos, de faire remarquer, avec Macé, que la splénomégalie est souvent un signe très précoce et devançant l'apparition de toutes les manifestations extérieures.

La syphilis héréditaire précoce n'est pas seule à exercer une influence sur la rate.

Dans l'hérédo syphilis tardive, la rate peut également être hypertrophiée, comme l'a montré M. Fournier. Il est bon de connaître ces faits et de les avoir présents à la mémoire, car ils peuvent conduire à des erreurs de diagnostic regrettables.

Comment s'exerce l'influence de la syphilis sur la rate? Depuis Dreysdale et H. Lee, Hillier, W. Cooke, deux théories sont en présence: l'une attribuant l'hypertrophie splénique à l'engorgement du système porte, l'autre à la cachexie.

Parrot, rappelant les relations vasculaires qui unissent le foie et la rate, admet que c'est par l'imperméabilité du foie qu'il faut expliquer le reflux du sang vers la rate, sa turgescence habituelle et son hypertrophie considérable. Cette théorie est contestée par Surico: "On pourrait, dit cet auteur, demander à Parrot pourquoi l'hypertrophie splénique est constante dans la syphilis héréditaire, alors que la syphilis congénitale du foie n'existe pas toujours, bien qu'étant cependant fort fréquente. Cela est si vrai que, dans mes observations, les lésions hépatiques étaient légères et parfois nulles, et cependant j'ai rencontré assez souvent la congestion splénique, parfois à un degré on ne peut plus avancé." Et Surico attribue la splénomégalie à l'influence de maladies intercurrents; il invoque "la dyscrasie sanguine profonde qui accompagne l'affection syphilitique, celle-ci faisant ainsi sentir ses effets, d'abord sur le sang, ensuite sur la rate".

Cette conception amène naturellement à considérer l'hypertrophie de la rate comme une hypertrophie compensatrice. Luzet admet que la syphilis héréditaire détermine une cachexie avec anémie intense, que tendent à compenser les organes hématopoiétiques jusqu'à un âge assez avancé. Loos, M.

Labbé et P. Armand-Delille retrouvent cette anémie signalée par M. Luzet.

En somme, l'accord est loin d'être fait sur la pathogénie de la splénomégalie dans l'hérédo-syphilis. Sommes-nous du moins plus fixés sur la nature des lésions que l'on rencontre dans ces cas? Les gommés de la rate sont exceptionnelles, et Cornil dit n'en avoir jamais observé; cependant, Rendu et Baumgarten en ont vu d'incontestables. Le plus ordinairement, ce qu'on note, ce sont des lésions diffuses, et Hochsinger regarde cette tendance aux infiltrations cellulaires diffuses et aux proliférations cellulaires comme caractéristiques de la syphilis héréditaire, comme caractéristique de la syphilis héréditaire précoce. Malheureusement, la clarté manque à cette description et les examens histologiques précis sont très nombreux. Birsch-Hirschfeld, Müller, Hecker, Tissier et Siredey signalent des lésions vasculaires assez constantes et une dégénérescence fibreuse de nombreux corpuscules de Malpighi.

En présence d'une splénomégalie évidente chez un nourrisson, avant d'incriminer la syphilis, il faut éliminer certaines affections qui s'accompagnent, elles aussi, d'hypertrophie de la rate. La tuberculose de la rate n'offre aucun symptôme spécial, et, ainsi que le dit Hénoc, on ne peut que la soupçonner d'après la présence d'autres manifestations tuberculeuses. Le rachitisme se caractérise par l'existence de troubles digestifs, de chapelet costal, de nouures épiphysaires, de cranio-tabes. La malaria se reconnaît à la marche de la fièvre et à l'efficacité du traitement par la quinine. Enfin, l'anémie pseudo-leucémique et la leucémie vraie peuvent présenter de grandes ressemblances avec la splénomégalie de l'hérédo-syphilis, et, d'après Luzet, c'est uniquement par exclusion que l'on peut arriver au diagnostic.

En général, l'évolution de la splénomégalie et sa régression sous l'influence d'un traitement approprié fixent le plus souvent le diagnostic. C'est qu'en effet le traitement mercuriel améliore singulièrement cette splénomégalie, qui annonce et précède souvent les autres manifestations de l'hérédo-syphilis.

(Gaz. des Hop.)

— : o o —

ATROPHIES MUSCULAIRES PROGRESSIVES SPINALES ET SYPHILIS.

Par M. le Dr André Léri.

La syphilis n'a paru entrer jusqu'à ce jour que pour une part minime dans l'étiologie des diverses affections qui se sont partagées les dépouilles de l'ancienne amyotrophie Aran-Duchenne; des observations personnelles cliniques et anatomiques et des recherches sur les cas jusqu'ici publiés nous ont convaincu que la méningo-myélite syphilitique occupe, au contraire, une place prépondérante dans la pathogénie de ces maladies amyotrophiques (de celles au moins qui relèvent d'une origine spinale) et que la grande majorité des soi-disant poliomyélites antérieures chroniques sont en réalité des méningo-myélites sy-

philitiques. Nous avons pu réunir près de trente cas où la syphilis existait manifestement dans les antécédents des malades atteints d'amyotrophies progressives, soit qu'elle ait été avouée par les malades et notée dans les observations, soit qu'elle ait coïncidé avec une affection reconnue aujourd'hui d'origine toujours ou presque toujours syphilitique, tels le tabès ou la paralysie générale, telles encore la glossite gommeuse, l'irido-choroïdite à répétition, etc... Il semble bien peu vraisemblable qu'il ait pu s'agir d'une simple coïncidence, d'une part, à cause de l'extrême fréquence avec laquelle la syphilis a été rencontrée dans les cas où elle a été recherchée, d'autre part, parce que l'amyotrophie a débuté, chez presque tous les sujets, dans un délai de 7 à 15 ans après le chancre, délai tout à fait normal pour les affections médullaires tertiaires et qui est en particulier celui que l'on trouve pour le tabès. Les lésions rencontrées par nous dans un cas ont été des lésions de méningo-myélite vasculaire diffuse exactement semblables à celles déjà trouvées par le professeur Raymond (Coc. Méd. des Hôp..., 3 février 1893) : les altérations vasculaires, la périartérite et surtout la périphlébite avec infiltration lymphocytaire des différentes tuniques, sont celles que l'on considère aujourd'hui comme presque spécifiques de la syphilis. Les portions périphériques, immédiatement sous-méningées, des cordons de Goll sont légèrement dégénérés dans la région cervicale; on comprend que l'altération puisse gagner en profondeur et atteindre les faisceaux pyramidaux; c'est sans doute ce qui a pu donner lieu, dans un nombre de cas, à l'exagération des réflexes et à l'extension des ortels: un tableau clinique simulant presque complètement la sclérose latérale amyotrophique s'est trouvé ainsi constitué, mais l'amyotrophie datait parfois de trop longues années pour pouvoir entrer dans le cadre habituel de la maladie de Charcot; il est vraisemblable de supposer que les rares cas signalés de sclérose latérale amyotrophique à très longue évolution étaient en réalité des cas de méningo-myélites syphilitiques semblables à ceux qu'ont observés le professeur Raymond et nous-même.

Cliniquement, nous n'avons pu séparer les amyotrophies progressives syphilitiques des autres cas de maladie d'Aran-Duchenne; trois symptômes nous avaient paru un moment plaider en faveur d'une séparation: l'existence de douleurs, la parésie précédant l'atrophie, la plus courte évolution. Mais de nouveaux cas nous ont montré que les douleurs, parfois signalées dans des cas de soi-disant amyotrophies Aran-Duchenne, ne sont nullement constantes dans la méningo-myélite syphilitique ou du moins sont tellement minimes qu'elles passent aisément inaperçues; d'autre part, il est à peu près impossible d'apprendre d'un malade si la parésie a réellement précédé l'atrophie, car, presque toujours, la gêne fonctionnelle précède la constatation de l'amyotrophie qui n'est jamais remarquée que quand elle est déjà fort notable; enfin, la méningo-myélite syphilitique peut évoluer sous les allures les plus torpides et les plus lentement progressives: aucun symptôme en somme ne nous permet de croire qu'elle don-

ne lieu à une forme cliniquement différenciable de l'amyotrophie spinale.

Au point de vue thérapeutique, la notion de la fréquence de la syphilis dans l'étiologie des amyotrophies spinales progressives est de grande importance: nous n'en voulons pour preuve que l'auto-observation, déjà très ancienne, d'un médecin syphilitique chez qui une amyotrophie progressive avancée était, après trois années d'évolution, en pleine voie de guérison par l'emploi d'un traitement ioduré, alors que tout autre traitement avait échoué: contrastant avec ce résultat, les bienfaits des cures hydro et électrothérapiques, ordinairement préconisées, n'ont pas jusqu'ici, à notre connaissance, été bien appréciables.

Le Progrès Médical.)

— o o: —

TACHYCARDIE CONTINUE APYRETIQUE DU DEBUT DE LA TUBERCULOSE AIGUE.

Par M. le Dr. Vialard.

Cette tachycardie est, de plus, silencieuse, sans symptômes subjectifs. Toujours il y a de l'hypotension, de la vaso-dilatation (rougeur des pommettes); pouls très rarement irrégulier; pas de souffle anormal. Au début isolée, la tachycardie s'accompagne plus tard de tachypnée; celle-ci même finit par l'emporter sur la tachycardie. La tachycardie est signe de forme grave, d'in toxication profonde; elle semble être l'œuvre de la tuberculine A d'Arloing et Guinard, qui s'est montrée à eux très toxique, hyperthermisante, très dépressive, très vasodilatatrice, accélératrice, affaiblissante du cœur. Particulièrement nocive pour les centres circulatoires elle serait cependant hyperthermisante, ce qui ne répond pas au programme (!) La thérapeutique est désespérante; la digitale échoue et peut fatiguer l'estomac; le sulfate de spartéine, bien supérieur ici à la digitale, n'inspire lui-même pas grande confiance à l'auteur. Cependant c'est le seul auquel il faut penser.

(Lyon Médicale.)

— o o: —

LA LEUCOPLASIE LINGUALE.

Par M. le Dr Gaucher.

C'est, pour l'auteur, une variété particulière de glossite scléreuse superficielle syphilitique: sa transformation épithéliomateuse est fréquente, non constante; d'autre part, Gaucher tend à croire que l'épithélioma lingual est toujours précédé de leucoplasie; aussi pour lui, l'épithélioma de la langue est-il une conséquence éloignée de la syphilis.

Le traitement ne saurait être commencé trop tôt; il doit être uniquement mercuriel; l'iodure de potassium hâte plutôt l'évolution de l'épithélioma. L'auteur est pour les injections de mercuriaux solu-

bles, parce qu'il est dangereux d'accumuler sous la peau de trop grandes quantités de mercure.

Traitement local: gargarismes, collutoires alcalins, bicarbonates, lavages et pulvérisations avec de l'eau de Saint-Christeau, collutoires à l'eau oxygénée à 12 volumes, coupée de deux à quatre parties d'eau oxygénée à 12 volumes, coupée de deux à quatre chlorate de magnésie en solution à 10 100. S'il n'y a pas d'ulcération, attouchements avec une solution faible de bicarbonate de potasse 1:50, avec recommandation de ne pas avaler et de se laver soigneusement pour enlever tout excès de bichromate. Cautériser les fissures avec de l'acide chromiques; si elles sont profondes, cautérisations superficielles avec le galvano-cautère, avec lequel on cautérisera également les masses bourgeonnantes.

(Lyon Médicale.)

— : o : —

LA FAUSSE COQUELUCHE.

Quand on se trouve en présence d'un état catarrhal qui s'accompagne au bout de quelques jours ou qui est suivi plus ou moins rapidement d'une toux quinteuse, saccadée, sifflante, dont le grattage de la trachée ou l'attouchement de l'orifice glottique provoque l'explosion, qui offre en un mot les apparences de la coqueluche, il faut tenir le petit malade en observation, l'isoler, le garder à la chambre et parler de possibilité, de probabilité de la coqueluche, mais sans rien affirmer, avant qu'un certain temps se soit écoulé et qu'on ait vu si par ailleurs les caractères subjectifs de la maladie se montrent aussi pour consolider le diagnostic.

Quels sont ces caractères? M. Saint-Philippe les définit ainsi:

Deux caractères sont communs à la coqueluche et à la fausse coqueluche, dit-il: "Le catarrhe initial et la toux. Tout le reste varie. Encore l'état catarrhal dans la coqueluche est-il moins bruyant, moins aigu, et la toux coqueluchoïde ou fausse coqueluche débute assez rapidement, trois ou quatre jours après le catarrhe, quelquefois en même temps que lui, et qu'elle disparaît de même huit ou dix ou au plus quinze jours après le début: ce qui est tout à fait exceptionnel dans la vraie coqueluche, qui débute rarement avant huit jours et dont la durée est toujours d'au moins quatre septenaires.

C'est que les antispasmodiques en viennent facilement à bout, ce qui n'a pas lieu dans l'autre cas, comme chacun sait:

Qu'on les observe surtout dans les épidémies de grippe;

Que les adultes la contractent aisément aussi;

Qu'elle ne communique pas la coqueluche et qu'elle ne préserve pas les enfants qui l'ont eue d'une coqueluche ultérieure;

Que la toux est souvent diurne, qu'elle est moins houpante, qu'elle ne s'accompagne pas d'épistaxis ni d'expectoration, ni habituellement de vomissements, ni d'œdème de la face, ni enfin de lésions ou ulcérations linguales; qu'on n'y observe ni perte d'appétit, ni changement dans le caractère, ni surtout cette

tachycardie qui est un des bons signes de la coqueluche légitime.

Mais M. Saint-Philippe insiste en particulier sur la durée et l'opiniâtreté, phénomènes sur lesquels Trousseau attirait déjà l'attention et qu'on peut considérer comme pathognomiques.

(Gaz. des Hôp.)

— o : —

CHIRURGIE

UN PROCÉDE D'INCISION ET DE SUTURE ABDOMINALES POUR EVITER LES HERNIES POST-LAPAROTOMIQUES.

par M. le Dr A. H. Goelet.

Afin d'éviter les éventrations qu'on observe si fréquemment à la suite des laparotomies médianes, M. le Dr A. H. Goelet, professeur de gynécologie à la Clinical Médecine de New York, procède comme il suit :

Après avoir sectionné la peau et le tissu adipeux sur la ligne médiane, il écarte une des lèvres de la plaie (la droite ou la gauche, suivant la nature de l'intervention intra-abdominale), de façon à mettre à nu le feuillet antérieur de la gaine du muscle droit de l'abdomen, il ponctionne avec un bistouri à 8 millimètres environ de la ligne blanche, pour prolonger ensuite, à l'aide de ciseaux, cette incision jusqu'aux limites supérieure et inférieure de la plaie cutanée. On écarte alors avec les doigts, les fibres musculaires jusqu'à ce qu'on arrive sur le péritoine qu'on ouvre comme de coutume.

Ce mode d'incision présente l'avantage de permettre, lors de l'occlusion de la plaie, de doubler les téguments d'une couche musculaire et d'assurer de la sorte une cicatrice solide.

En ce qui concerne la suture, l'auteur fait un double surjet au catgut. Il commence par suturer le péritoine, le tissu sous-péritonéal et le bord profond de la couche musculaire, en allant de l'angle supérieur de la plaie à l'angle inférieur; puis, après avoir noué, il fait avec le même fil un nouveau surjet allant de bas en haut et comprenant le bord supérieur du muscle, divisé ainsi que l'aponévrose. On éviterait de la sorte la formation d'espaces morts entre le péritoine et le muscle, d'une part, et entre la couche musculaire et l'aponévrose d'autre part.

Les lèvres de la plaie cutanée sont réunies soit à l'aide d'une suture soit par application de bandelettes adhésives aseptiques, mais, quel que soit le procédé choisi, il importe d'assurer au préalable, l'hémostase d'une façon aussi parfaite que possible les hémorragies secondaires étant susceptibles de compromettre la réunion par première intention.

(Gaz. de Gynécologie).

— : o : —

EPITHELIOMA PALPEBRAL RDCÉDIVE; GUE- RISON PAR LA PYOCTANINE.

M. Delay, interne des hôpitaux, présente un malade du service de M. Rollet, guéri d'un épithélioma de l'angle de l'œil gauche par des applications de violet de méthyle.

P..., 44 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels, sauf la perte d'un œil, a vu apparaître, il y a 15 ans, au niveau du bord palpébral inférieur droit, au niveau interne de l'œil, une petite élévation dure, présentant tous les caractères d'un cancroïde. Cette tumeur resta stationnaire pendant l'espace de dix ans; puis, à cette époque, augmenta de volume et devint nettement envahissante. Quand le malade se présenta à M. Rollet, la tumeur avait le volume d'une noisette, était dure, ulcérée, et l'on posa nettement le diagnostic d'épithélioma (confirmé d'ailleurs par l'examen histologique). On décida une intervention radicale, qui fut pratiquée en V, aussi largement que possible, en mars 1900.

Le résultat fut d'abord excellent; mais, un an et demi après l'intervention, le malade se présenta avec une récurrence large au niveau de la cicatrice. Cette fois, en raison de l'étendue en surface de la tumeur, et en tenant compte aussi, de ce fait, que le malade ne possédait la récurrence que de ce côté, on s'adressa au traitement médical et on utilisa le crayon de pyoctanine bleue (violet de méthyle), vanté comme modificateur, antiseptique et analgésiant et d'un emploi assez courant en ophtalmologie. Le résultat fut surprenant, la tumeur se modifia assez rapidement, prit une allure bénigne et, finalement, on crut presque à une guérison. Il y eut cependant deux nouvelles alertes, sous l'influence de traumatisme, mais qui ont été admirablement jugulées par le même procédé. Nous présentons ce malade comme un résultat des plus encourageants. La cicatrice est nette, souple, de bonne couleur, et très loin de l'aspect malin qu'elle présentait il y a deux ans et demi.

(Lyon Méd.)

— : o o —

TRAITEMENT DES AFFECTIONS AURICULAI- RES PAR LA PONCTION LOMBAIRE.

Dans une précédente communication, M. Babinski a rapporté des faits tendant à établir que la rachicentèse peut exercer une action favorable sur certains troubles auriculaires. Les recherches faites depuis sur ce sujet ont confirmé les résultats primitivement obtenus et permettent d'être affirmatif sur l'efficacité de ce mode de traitement dans certains cas d'affection des oreilles.

Le travail actuel comprend huit observations de ce genre.

Il s'agissait dans ces cas soit de lésions labyrinthiques avec vertige de Ménière, soit de lésions mixtes, suppuration de l'oreille moyenne et troubles labyrinthiques, etc.

Les bruits subjectifs sont les troubles sur les-

quels la ponction exerce l'influence la plus active. Dans toutes ces observations, ces bruits (bourdonnements, sifflements, etc.) se sont atténués notablement ou ont disparu à la suite de la ponction.

Chez plusieurs de ces malades il y a eu aussi disparition complète de troubles mentaux qui semblaient consécutifs à la lésion auriculaire.

L'acuité auditive n'a pas toujours été modifiée, mais dans quelques cas l'état de l'ouïe s'est amélioré d'une façon remarquable.

L'amélioration qui a été ainsi obtenue ne peut être attribuée à la suggestion, car l'hystérie ne semblait nullement en cause. La concordance étroite constatée entre les signes objectifs, tant avant qu'après la ponction, permet d'écarter cette hypothèse.

Il faut remarquer que ces résultats, autant qu'on en peut juger jusqu'à présent, sont permanents, ou tout au moins d'assez longue durée. L'un des malades est sorti de l'hôpital trois mois et demi après la ponction et l'amélioration s'était maintenue. Cela est d'autant plus curieux qu'à priori on ne pouvait guère l'espérer en raison de cette notion classique que le liquide céphalo-rachidien se reproduit avec une très grande rapidité.

Est-il besoin de dire que l'on n'a pas toujours de résultats favorables? Il est bien évident que l'on ne peut obtenir un effet que si le labyrinthe n'est pas détruit. Mais, comme il est généralement impossible de déterminer d'une manière précise l'état du labyrinthe, que, d'autre part, la ponction, sauf quelques malaises insignifiants, ne présente pas d'inconvénients, il y a tout lieu jusqu'à nouvel ordre de pratiquer systématiquement cette opération chez tous les malades atteints d'affections chroniques des oreilles.

(Gaz. des Hôp.)

— o o —

Therapeutique et Mat. Medicales

ACNE CHEZ UNE FILLE A L'EPOQUE DE LA PUBERTE.

1. Chaque jour au repas de midi, la malade prendra dans un peu de pain à chanter une des prises suivantes:

Colombo pulvér.....	.....	.....	.....	.....	.....
				ââ	1 gr.
Safran pulvér.....	.....	.....	.....
Fer réduit par l'hydrogène.....	.....	.....	.....
Aloès.....	.....	.....	.....	.....	0,50 cent.

M. s. a. et divis, en dix prises. Dix jours de suspension, pendant lesquels on entretiendra le soir la liberté du ventre à l'aide de l'eau purgative.

2. Chaque soir, des lotions d'eau savonneuse seront pratiquées avec de l'eau très chaude.

3. Le lendemain matin, le front, le nez, le menton et les régions atteintes seront frictionnées soit

avec de l'eau de Cologne, soit avec la solution suivante:

Ether sulfurique..... 15 gr.
Borate de soude..... 10 gr.
Eau..... 250 gr.

4. On exclura du régime les crustacés, les salaisons, les viandes fumées, les crudités, le radis noir, etc. Le lait et la viande crue seront conseillées contre la dyspepsie.

(Jour. de Méd. de Paris.)

: o :

LES EMPLOIS DE LA LEVURE DE BIÈRE.

Dans les furoncles, anthrax et toutes les dermatoses suppurées d'origine interne comme l'impétigo, les folliculites sycosiformes, les orgelets, la levûre de bière donne des résultats merveilleux et c'est là sa véritable indication.

Elle modifie aussi d'une façon très heureuse nombre de troubles gastro-intestinaux d'origine infectieuse (gastro-entérite infantile, fièvre typhoïde) en atténuant la virulence des sécrétions intestinales par une action pour ainsi dire topique.

Enfin, en applications locales, elle peut constituer dans certains cas un véritable pansement antiseptique (écoulements vaginaux, angines, suppuration cutanées, brûlures).

Les ferments constitutifs de la levûre paraissent avoir une action élective sur les micro-organismes de la suppuration et particulièrement sur le staphylocoque doré, agent pathogène de la furonculose. Dans ce cas, leur action est exceptionnellement rapide et comparable à celle des sérums antitoxiques et particulièrement du sérum antidiphthérique.

Au point de vue de son action sur les agents streptococciques, il serait peut-être intéressant d'essayer la levûre de bière sur les angines diphthériques associées où le sérum de Roux est souvent si peu efficace.

Quoi qu'il en soit la thérapeutique trouve actuellement dans la levûre un agent antiseptique puissant, susceptible de modifier heureusement nombre d'états infectueux.

Quant au mode d'administration, la pharmacie a trouvé actuellement des procédés spéciaux de dessiccation de la levûre qui en fait un produit stable, d'une conservation indéfinie, mieux supportée par l'estomac, sans en altérer en rien le pouvoir fermentescible.

Les levûres sèches se présentent sous forme d'une poudre de couleur marron insoluble, mais facile à délayer dans un liquide quelconque.

On l'administre soit en poudre délayée dans de l'eau ou une boisson gazeuse qui en masque la saveur un peu fade, soit en cachets, soit en comprimés.

A l'intérieur, elle se prend à la dose moyenne de trois cuillerées à café par jour, en lavements, à la dose d'une bonne cuillerée à bouché délayée dans 150 grammes d'eau bouillie.

Il est toujours bon avant d'employer une levûre

sèche, de s'assurer de sa valeur comme ferment en la délayant dans une solution sucrée et en l'exposant à une température de 25 à 35 degrés; si le produit est bon, la fermentation doit s'établir rapidement.

(Jour. de Méd. de Paris.)

: o :

LE SERUM DE TRUNCECK CONTRE LE RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE.

Par MM. les Drs. Floran et Alayrac.

Il suffirait de l'injection hypodermique de 1 à 5 cent. cubes de sérum inorganique pour rapidement calmer les douleurs du rhumatisme blennorrhagique et cela dès la première injection; quelquefois, le plus souvent après une dizaine. D'autres arthropathies, spécialement le rhumatisme chronique, en seraient justiciables. Il y a là, du reste, un rapprochement à faire avec la médication iodo-iodurée, les eaux thermales chloruro-sodiques.

Voici la formule de Trunceck: sulfate de soude 0,44, chlorure de sodium 4,92, phosphate de soude 0,15, carbonate de soude 0,21, sulfate de potasse 0,40, eau distillée q. s. pour 100 gr.

(Lyon Médicale.)

: o :

DU TRAITEMENT DE L'EPILEPSIE.

L'auteur conclut ainsi une intéressante étude d'ensemble:

1. Le bromure reste à l'heure actuelle le traitement de choix de l'épilepsie, tous les autres traitements n'ont donné que des résultats nuls, j'en excepterai jusqu'à voir la médication thyroïdienne qui entre les mains de notre excellent confrère le docteur Cerf a donné des résultats encourageants, indication que je me propose d'essayer;

2. Le bromure, pour agir, doit être donné non à des doses faibles 2 à 3 grammes chez l'enfant, 3 à 5 grammes chez l'adulte, comme on le fait ordinairement, mais à des doses massives variant entre 4 et 8 grammes chez l'enfant et entre 8 et 10 grammes chez l'adulte;

3. A ces doses massives, qui peuvent et doivent être employées dès le début, les accès ne sont pas simplement éloignés, mais supprimés, c'est du moins ce qui s'est produit chez tous mes malades en traitement.

Et il faut bien avouer qu'on peut difficilement voir là une simple réunion de longue durée étrangère au traitement. Ce serait une coïncidence vraiment trop extraordinaire pour qu'elle fût réelle, pût être acceptée;

4. Il n'y a pas à redouter les effets fâcheux de cette médication intensive. Les inconvénients, faiblesse extrême, grande prostration psychique, ne se produisent qu'au début, ne durent qu'un mois et demi environ et ne sont jamais graves. Ensuite les malades redeviennent tels qu'avant le traitement,

moins les accès; l'état physique est excellent, et l'état cérébral qui chez les épileptiques laisse fort à désirer, s'améliore tous les jours: plus d'impulsions violentes, tel malade qui était irascible, méchant, devient calme; chez des épileptiques cardiaques ou rénaux, je n'oserais pas cependant encourager ce traitement, par crainte d'accidents graves;

5. Le bromure doit être continué fort longtemps. Je ne sais encore si je dois dire toujours;

6. L'on n'est pas autorisé à penser que l'on a guéri un malade de son épilepsie, parce que l'on a supprimé ses crises, il peut rester en puissance d'épilepsie, de même que l'on ne doit pas affirmer la guérison de l'hystérie parce que l'on a débarrassé le malade des accidents dus à la névrose;

7. Bien qu'à l'heure actuelle je ne puisse apporter que cette conclusion, suppression des crises épileptiques et non guérison de l'épilepsie chez tous mes malades en traitement, j'estime que c'est déjà un résultat heureux et qui méritait d'être consigné puisque pour le malade, sinon pour le médecin, la disparition des accès, c'est l'image de la guérison."

(Gaz. des Hôp.)

— o o: —

COQUELUCHE ET BELLADONE.

De nombreux essais thérapeutiques ont été tentés pour vaincre la tenace coqueluche: résorcine, bromoforme, ozone, oxygène sous pression, air comprimé, etc., M. Raoul Poussin a consacré sa thèse de doctorat à l'ancienne méthode thérapeutique inaugurée par Trousseau, nous avons nommé la belladone. Ses conclusions sont bien nettes:

La belladone donnée à doses lentement croissantes a pour effet de diminuer le nombre des quintes rapidement.

Elle a une influence heuteuse sur l'intensité des reprises, et c'est souvent le premier résultat que l'on remarque.

La durée des quintes est abrégée. Leur caractère est modifié.

Les complications ne se produisent pas ou disparaissent en quelques jours.

Les complications pulmonaires sont devenues très rares.

La durée totale de la maladie ne dépasse pas un mois, c'est-à-dire qu'elle est remarquablement raccourcie.

L'état général est amélioré, l'appétit est augmenté et le sommeil est meilleur.

La tolérance spéciale de l'enfant et sa mitridatisation facile permettent d'éviter les intoxications.

L'augmentation lente des doses permet d'arrêter celles qui tendraient à se produire.

La belladone bien maniée reste le spécifique de la coqueluche jusqu'à nouvel ordre.

Le meilleur mode d'administration de la belladone est la teinture alcoolique. On donne d'une à dix gouttes en 24 heures chez l'enfant, de cinq à vingt gouttes en 24 heures chez l'adulte.

(Le Concours Médical.)

— o o: —

TRAITEMENT DE L'ONGLE ENCARNE PAR LE NITRATE DE PLOMB.

Dans les cas habituels, dans ceux qu'on voit journellement, l'ongle latéral externe à gros bourrelet exubérant, les applications de nitrate de plomb nous semblent indiquées.

Le traitement est rapide: huit jours en moyenne tout à fait indolore, peu douloureux et pouvant être entrepris par toute personne appliquée. Il présente un avantage énorme, c'est qu'il n'immobilise pas le malade.

Il faut employer du nitrate de plomb très sec et prendre des bains de pieds prolongés; puis, à l'aide d'une spatule très plate, on glisse entre l'ongle et le bourrelet fongueux, jusqu'au fond de la gouttière finement pulvérisé. Avant la première application, péri-unguéal, une mince couche d'ouate pour recouvrir toute la partie saine de l'ongle.

Mettre dans la rainure du nitrate de plomb régulièrement tassé et le recouvrir de l'ouate qui recouvre l'ongle.

Maintenir le pansement à l'aide d'une couche de gaze humide.

Renouveler le pansement tous les jours, jusqu'à ce que les parties saines soient supprimées.

(Jour. de Méd.)

— o o: —

DERMATOLOGIE

TRAITEMENT DE L'URTICAIRE.

Au cours d'une de ses cliniques de l'hôpital Saint-Louis, M. Balzer résume ainsi le traitement de l'urticaire:

La première fois, dit-il, qu'un sujet se présente à vous, porteur d'une éruption d'urticaire, il faut rechercher minutieusement l'origine de la dermatose. La suppression de sa cause joue le plus grand rôle dans la guérison. Pour peu que l'urticaire soit chronique, il est rare qu'elle ne s'accompagne d'un mauvais état des voies gastro-intestinales. On commencera par donner un purgatif qui aura pour but de faire l'antisepsie intestinale. Dans beaucoup de cas, le régime lacté est utile. Mais le traitement local est le plus important, parce qu'il vise l'élément le plus pénible, c'est-à-dire le prurit et l'état urticant de la peau.

...Dans les cas légers, il suffira pour calmer les démangeaisons de faire quelques lotions avec l'eau vinaigrée froide et de poudrer la peau d'amidon. On peut obtenir une très grande diminution du prurit en faisant des frictions avec un citron coupé en quartiers de manière à en étaler le suc à la surface de la peau. On peut faire des lotions au menthol 2 p. 100, au thymol 2 p. 100, au phénol 2 p. 100, en solution dans le vinaigre aromatique ou l'alcool; par exemple avec un mélange ainsi composé:

Acide thymique..... 1 gramme.
 Acide phénique..... 2 —
 Alcool à 90 degrés..... 200 —

donc on imbibé un tampon de coton hydrophile avec lequel on pratique des frictions sur les parties oruriginieuses, où cette solution détermine un soulagement très rapide.

On peut également employer ces substances sous forme de pommades, dont l'action est moins rapide mais plus persistante. On emploie la pommade phéniquée à 1 ou 2 à 5 p. 100, la pommade mentholée à 1 ou 2 p. 100.

On fait des badigeonnages avec le chloral camphré pur ou en pommade à 2 ou 5 p. 100, ou en solution dans la glycérine dans cette proportion:

Glycérine..... 100 grammes
 Chloral..... 2 —

ou avec le sulfonal en solution à 1 ou 2 p. 100.

Ces derniers moyens ne sont applicables que chez les adultes; chez les enfants, on se contente de l'eau vinaigrée et des solutions mentholées très faibles.

D'autre part, il est un certain nombre de médicaments qu'on peut administrer intérieurement. Ces médicaments, dans certains cas, sont une réponse directe à la cause provoquant l'urticaire: par exemple, il faut donner le sulfate de quinine chez les paludéens, les alcalins chez les goutteux. On emploie le sulfate de quinine, le salicylate de soude, l'ichtyol en pilules, de 0,50 centigrammes à 1 ou 2 grammes par jour. Le sulfate neutre d'atropine, en granules de 1-4 de milligramme en augmentant graduellement jusqu'à 1 milligramme au maximum, donne de bons résultats. Chez certains malades, on peut donner l'arsenic, mais cette médication doit être longtemps continuée. Le jaborandi et la pilocarpine ont été surtout employés par Besnier. On donne des pilules renfermant 0,10 centigrammes de poudre de feuille de jaborandi, ou on fait une injection de chlorhydrate de pilocarpine aux doses habituelles. Quelquefois, on peut prescrire avec avantage l'ergotine, à la dose de 30 à 50 centigrammes par jour. Dans les éruptions causées par le contact des insectes, on emploiera très avantageusement les lotions avec la solution aqueuse ou la pommade d'ichtyol à 2 p. 100.

Enfin, dans les prurits très pénibles, on peut aussi avoir recours à l'électricité, surtout aux courants de haute fréquence. Les bains fréquents, simples ou alcalins, et même le bain froid de rivière, réussissent très bien chez certains sujets.

Cette richesse apparente de l'urticaire n'est malheureusement qu'un trompe-l'œil. L'urticaire est une affection très difficile à combattre, et les résultats obtenus avec les divers remèdes sont toujours incertains. Il est nécessaire d'en prévenir les malades afin qu'ils se soumettent de bonne grâce aux essais de différents traitements successifs.

On prescrira naturellement le régime général de toutes les dermatoses de ce genre, supprimant les poissons crustacés, coquillages, charcuteries, tomates, asperges, le café, le thé, l'alcool. On surveillera l'état des reins et la constipation.

Certains malades se trouvent bien d'une cure d'eau minérale. En France, on prescrit Vichy, Châtel-Guyon, Miers; en Allemagne, Carlsbad et Mariébad.

Dans certains cas, on doit prescrire les calmants à l'intérieur, l'antipyrine, la valériane, le bromure de potassium.

Pour lutter contre les troubles des voies digestives, on se trouve bien de l'administration du benzo-naphtol, du salol ou du menthol en pilules de 0,10 centigrammes à la dose de quatre ou cinq par jour.

(Gaz. des Hôo.)

—o o—

BIBLIOGRAPHIE

Le Biomécanisme ou Néovitalisme en médecine et en biologie, par M. le docteur M. Benedikt, Professeur à la Faculté de Médecine de Vienne. Traduit de l'allemand avec l'autorisation de l'auteur par M. le Dr E. Robert-Tissot, médecin à la Chaux-de-Fonds (Suisse). 1 volume in-80... 50 cents. A. Maloine, Libraire-Editeur, 25, rue de l'École-de-Médecine, Paris, provisoirement: 95, Boulevard Saint-Germain.

Traité par un maître de la valeur de Benedikt, ce sujet devient une manifestation littéraire destinée à faire époque... Son importance est aussi grande, qu'en son temps, celle de la Pathologie et de la Thérapeutique générales de Lotze... Celui qui lira ce livre—et tout médecin qui pense le fera—sera reconnaissant envers l'auteur, cela parce que son ouvrage est rempli de données d'un haut intérêt.

La traduction française que nous donne aujourd'hui le Dr E. Robert-Tissot a été augmentée d'un supplément spécialement écrit par le Dr Benedikt pour cette édition.

— : o : —

Carnac-Marquis. — A few points in the technic of Nephrorrhaphy and Herniotomy.

Extrait du J. Amer. Med. Asso.

Carnac-Marquis. — Technique of Cholecystostomy and a new method of Abdominal Suturing.

—o o—

NOUVELLES.

Naissances.

A Montréal, le 15 du courant, l'épouse de M. le Dr G. N. Tremblay, un fils.

Mariage.

Jeudi dernier, le 15 du courant avait lieu à Ste-Rose, le mariage de M. le Dr J. N. Plouffe à Mile Augustine Labelle.

Après avoir reçu les félicitations les plus chaleureuses, M. et Mde Plouffe sont partis pour un voyage à New-York.

— : o o —

SUPPLEMENT

TRAITEMENT DOSIMETRIQUE DE LA GRIPPE
OU INFLUENZA.

(Suite.)

Enfin, tout le monde sait qu'en tête des autres spasmodiques diffusibles figure l'éther qui se montre particulièrement efficace dans tous les cas d'affaïssement profond de l'organisme. Ces divers agents thérapeutiques, administrés séparément, ne donneront, dans le plus grand nombre des cas, que des résultats thérapeutiques médiocres.

Associés en proportions convenables, comme les associent les Dosimètres, on en obtiendrait des résultats tout à fait satisfaisants, en ne les employant qu'à des doses faibles. L'expérience, en effet, l'a nettement démontré, en particulier pour les antiseptiques, que des médicaments possédant des propriétés similaires acquèrent par leur association une activité beaucoup plus importante.

Cette association se trouve réalisée d'une façon particulièrement heureuse, par les divers médicaments que nous venons de citer.

Le Sulphydral qui, administré au début de la maladie, a la propriété d'enrayer le développement de la grippe et de juguler, en quelque sorte, la dépression nerveuse profonde qui est, nous ne saurions trop le répéter, la conséquence de cet état infectieux.

A l'action tonique, fébrifuge et bactéricide de l'arséniate de quinine, viennent se combiner les effets antiseptiques et sédatifs de la lobéline et de l'éther.

En outre, la caféine et la théine sont à associer à l'arséniate de strychnine qui tient toujours le premier rang parmi les toniques.

Pour toutes ces raisons, ces médicaments sont de choix dans le traitement de la grippe.

(La Dosimétrie.)

UN CAS DE ROUGEOLE.

La jeune D., âgée de 8 ans, demeure à Gizeux, chez ses parents.

Je suis appelé le 19 juin, à la chute du jour, pour lui donner mes soins. Cette enfant, d'aspect chétif, est affectée d'étouffements et de fièvre forte avec mal de gorge. Je constate dans la poitrine des râles sous-crépitants des deux côtés. Je lui applique un petit vésicatoire.

Je la revois le lendemain, 20, et je constate une rougeole bien développée, avec de la fièvre qui, mesurée au thermomètre, indique 39°5.

Je conseille lotions sur le corps avec glycérine phéniquée à 2,5 pour 100.

Granules défervescents antifébriles, 1 tube: à prendre 1 granule toutes les demi-heures. Le 21, la fièvre a diminué de un degré. Continuer les granules. Second tube: granules de Sulphydral, un granule de 1-4 d'heure en 1-4 d'heure jusqu'à saturation, à la dose de 8 à 10 par jour, pour combattre l'élément infectieux, selon les conseils du Dr Toussaint, et en même temps l'hypérémie de la gorge.

Le 23, encore, un peu d'amélioration. Looch blanc. Comme il y a redoublement de fièvre vers le soir, et que la nuit s'accompagne de délire au dire des parents, je donne sulfate de quinine en poudre, 30 centigrammes chaque soir. Le 23, Sedlitz granulé Charles Chanteaud que l'on continuera chaque matin à petite dose. A partir de ce jour, le pouls est revenu à 37 degrés, et la malade entre en convalescence. Pendant la maladie, le régime a consisté en lait, bouillons légers, œufs. A partir de ce moment, j'y ajoute des potages, un peu de vin vieux, pour en arriver peu à peu au régime ordinaire des gens bien portants.

Remarques.—Aussitôt que l'enfant a eu pris quelques granules défervescents (strychnine, aconitine, digitaline), la fièvre s'est arrêté, et la tempête fébrile a toujours été en diminuant.

Il faut encore remarquer combien il est plus simple de réunir ensemble les trois alcoïdes que l'on fait prendre à la fois pour combattre la fièvre; j'avais déjà autrefois demandé leur réunion à un fabricant de produits dosimétriques, il y a de cela près de 20 ans, et il avait considéré la chose comme impossible. C'est encore à M. Charles Chanteaud que l'on est redevable de ce progrès. Et, en effet, s'il faut prendre 15 ou 20 sortes d'alcoïdes pour combattre une maladie, faut-il donc aller chercher 15 ou 20 tubes différents. C'est à décourager les gardes-malades les plus dévoués.

La maladie a donc duré du 19 au 27 malgré l'angine, si bien combattue par le Sulphydral.

(La Dosimétrie.)

GALIEN.

Galien, dont le système de médecine régna despotiquement sur le monde civilisé pendant plus de treize siècles, est le type le plus achevé, le plus intéressant, de l'esprit hellénique. De sa race, il a toutes les qualités et tous les défauts: "la curiosité ardente, la mobilité, l'infatigable activité et la faculté d'assimilation. Il en personnifie le caractère audacieux et prudent, orgueilleux et souple, susceptible, irritable et superstitieux.

Fils d'un architecte de Pergame très riche et très instruit, Galien étudia d'abord les belles-lettres; puis il apprit successivement, sous de bons maîtres, la philosophie des stoïciens, celle de Platon, celle d'Aristote et enfin celle d'Epicure.

Après quoi, averti, comme il le dit lui-même, par un songe de son père, il commença, à dix-sept ans, l'étude de la médecine.

Pendant douze ans il étudia, tour à tour, toutes les doctrines, visita tous les pays où d'illustres maîtres enseignaient. Il suivit les leçons d'un Pneumatique, disciple d'Athénée; d'un célèbre anatomiste, Satyros; d'un disciple d'Hippocrate, Straton d'un empirique, AEschrion. A Smyrne, il reçut l'enseignement de Pélops; à Corinthe, celui de Numésianus; à Alexandrie, celui d'Héraclien, d'Ælianus Meccius et d'Iphicianus. Tout l'intéressait et l'attirait.

(Journal de la Santé.)

(A Suivre.)

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Rien, répondit Nelly, absolument rien. Lorsqu'il partit il ne devait être que deux jours absent et revenir avec les papiers indispensables, disait-il, à la parfaite légalisation de notre mariage.

—Ceci est bien étrange, dit le médecin à demie voix.

—Etrange, dit vivement Nelly en s'approchant de lui, que voulez-vous dire, M. Smyth?

—Je veux dire, répondit le médecin, que sur tout ceci plane un mystère que je désire à tout prix approfondir.

—Et comment voulez-vous y arriver? dit le ministre en levant les épaules, puisque nous ne connaissons rien sur cet individu.

—Nous ne sommes pas cependant, sans avoir sur lui quelques renseignements pouvant nous être d'une utilité quelconque? fit le médecin.

—Il nous a raconté son histoire, voilà tout, répondit la fermière.

—Vous a-t-il parlé de ses parents?

—Non, ou du moins fort peu, lui répondit Nelly, ils sont morts qu'il n'était qu'un enfant.

—At-t-il quelques amis?

—Non plus, car il m'a dit qu'ayant passé s'avie sur l'Océan, il ne s'était attaché à personne.

—Cependant il a un métier, une profession? questionna le médecin dont les sourcils se fronçaient davantage à mesure que son interrogatoire avançait.

—Oui, dit Mrs Brown, il est marin, lieutenant dans la marine Royale.

—Enfin, s'écria le docteur, nous tenons une piste et en écrivant au secrétaire du Navy Office, nous obtiendrons sans doute les renseignements que nous cherchons.

—Vous avez raison mon cher ami, lui dit M. Barnes en lui serrant la main, écrivons immédiatement et nous mettrons la lettre à la

poste de Stratford de façon à ce qu'elle parte immédiatement.

Ils écrivirent la lettre, donnant au ministre tous les détails possibles et lui demandant une réponse immédiate. Le soir, les deux vieux amis la jettèrent à la poste en retournant dans leur cottage de Stratford.

Quinze jours se passèrent, de Lington aucune nouvelle, et le Navy Office n'avait pas encore répandu.

Un soir, le docteur Smyth accourut, tenant dans sa main la missive tant attendue.

—Eh bien? demanda Mrs Brown.

... —Je ne sais; répondit le médecin encore tout essoufflé de la course rapide qu'il venait de fournir; je ne voulais pas ouvrir la lettre sans que nous fussions tous réunis.

Le moment était solennel, Nelly surtout ne pouvait détacher ses yeux de cette enveloppe qui contenait le secret de son bonheur, ou peut-être la condamnation de sa vie toute entière.

Le docteur Smyth ouvrit l'enveloppe, puis ayant déplié le papier il y jeta un regard rapide.

—La canaille!... s'écria-t-il.

—Qu'est-ce donc? dirent les autres en se levant.

Nelly devenue fort pâle s'avança vers le médecin et les mains jointes, le regard suppli-

ant: —Lisez docteur? je vous en supplie?

—Écoutez tous, dit le médecin, voici la réponse du Navy Office:

Monsieur,

«J'ai l'honneur de vous faire savoir: qu'après consultations de nos registres, nous n'avons relevé le nom d'aucun officier portant le nom de Donald Lington.»

XII

Tout à Garry Fen indiquait la tristesse. On n'entendait plus les joyeuses chansons de Nelly, la cage était toujours là, mais l'oiseau était muet.

La jeune fille restait des journées entières pensive, sans adresser la parole à personne.

Le coup qui venait de la frapper semblait avoir ébranlé toute son énergie, tout son courage. Soit qu'elle fut dans le jardin, son empire d'autrefois, abandonné aujourd'hui, ou dans le salon auprès de ses objets favoris, rien ne semblait vouloir la tirer de la profonde mélancolie qui la minait sourdement.

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII

MERCREDI, 28 OCTOBRE, 1903.

No. 18

Coq-a-l'Ane

ACTION DIURETIQUE DES CITRONS.—

Commencer par la moitié d'un citron, y compris l'écorce; augmenter tous les jours d'un demi-citron jusqu'à trois citrons; puis diminuer tous les jours d'un demi-citron. Succès complet chez un cardiaque albuminurique atteint d'anasarque. (Tschihapew, in Kl. ther. Woch.)

ANESTHÉSIE LOCALE.—Préparer une solution d'adrénaline, 2 drachmes; cocaine, 5 grains, eau 1-2 once. Imbibier quatre doubles de charpie avec cette solution et placer sous une électrode positive. Ailleurs, on applique une large électrode négative et on fait passer lentement, et pendant quinze à vingt minutes un courant de quinze à trente milliampères. Le tégument peut être alors lavé à l'éther et on peut pratiquer des opérations superficielles sans douleur et sans hémorragie. (Lancet.)

LA LITHIASE BILIAIRE.—R. Blaser, de Suisse, (Lancet) dit que les patients doivent être traités pendant cinq ou six semaines dans une maison de santé, puis un couple de semaines chez-eux. Il emploie le mercure à pas plus d'un sixième de grain, associé à la podophylline, l'huile de menthe, mélisse et anis. Dans les cas aigus, on obtient un soulèvement immédiat, en appliquant un bandage imbibé d'un mélange d'huile de pavot et de chloroforme. Exercice au grand air. Régime mixte éviter les fruits non-mûrs.

L'ALCOOL ET LES MÉDECINES BREVETÉES.—Nous avons déjà attiré l'attention sur la forte proportion d'alcool que contiennent beaucoup de ces préparations dont le marché est inondé et dont le public fait une consommation malheureusement trop considérable. Nous citons de "American Medicine":—Hood's Sarsaparilla, 18 o/o; Brown's Iron Bitters, 12 o/o; Kaufman's Bitters,

20 o/o; Paine's Celery Co., 21 o/o; Burdock Blood Bitters, 25 o/o; Ayer's Sarsaparilla, 26 o/o; Warner's Safe Bitters, 35 o/o; Parker's Tonic, 41 o/o; Hostetter's Bitters, 44 o/o. On voit d'ici les sérieux dangers et pour l'économie du patient et pour la société qui résultent de la vente libre de ces produits.

PAROTIDITE OURLIENNE.—Grande fait recouvrir toute la région avec une pommade gaiacolée à 5 o/o; du coton phéniqué par dessus, et une douce compression. (Gaz. deg. Osped.)

FRACTURES.—Fenwick dit:—N'oubliez pas le danger de la traction par un poids, dans les fractures transverses au-dessus du condyle du fémur, car il y a risque de blesser l'artère poplitée qui est ainsi amenée au contact du fragment inférieur. 2. Dans les traumatismes de la hanche, ne faites jamais trop de manipulation pour rechercher la crépitation, car vous pourriez défaire une pénétration. 3. Si un os se fracture à la suite d'un traumatisme léger, soupçonnez une maladie osseuse, souvent du sarcome.

LA PHOSPHATURIE ET L'AMMONIURIE CHEZ LES NEURASTHÉNIQUES.—Suivant Freudenberg, la phosphaturie peut produire la réaction alcaline des urines en dehors de toute altération bactérienne, par la formation d'ammoniaque dans l'organisme la phosphaturie étant secondaire. L'ammoniurie serait un symptôme de neurasthénie, surtout de sa forme génito-urinaire, tandis qu'elle manquerait toujours dans l'hystérie.

L'ÉCOLE DE 1903.—Examen d'admission.

L'institutrice: "Avez-vous été vacciné?—Oui, madame.

"Jurez-vous de vous laisser revacciner avec docilité si le médecin officier-de-santé le désire?"—Oui, madame.

"Votre appendice vermiforme a-t-il été enlevé?"—Oui, madame.

"Avez-vous vos certificats d'inoculation pour le croup, la varicelle et la rougeole?"—Oui, madame.

"Votre collation est-elle renfermée dans un panier antiseptique, modèle Koch?"—Oui, madame.

"Avez-vous un crachoir de poche antiseptique, modèle approuvé par la Ligue Antiberculeuse?"—Oui, madame.

"Avez-vous votre torchon d'ardoise hygiénique et votre gobelet-à-boire désinfecté?"—Oui, madame.

"Portez-vous un sachet de camphre sur la poitrine?"—Oui, madame.

"Avez-vous des talons de chaussures en caoutchouc pour traverser les voies de trolley?"—Oui, madame.

"Avez-vous une police d'assurance contre les envahissements de la vieillesse?"—Oui, madame.

"Pouvez-vous produire des certificats comme membre des Ligues Anti-alcoolique et Anti-nicotinique?"—Oui, madame.

"Très bien, alors. Allez déposer aseptiquement votre casquette sur le patère isolée, puis venez reprendre vos études suivant les principes sanitaires approuvés. (Imité de "Judge".)

LA PYÉLITE CHEZ L'ENFANT.—D'après Thompson (Scott. Med. & Surg. Jour.) la pyélite ne serait pas des plus rares chez l'enfant. Si on n'en fait pas le diagnostic, la maladie est sérieuse, mais reconnue, elle cède à un traitement approprié. A part l'analyse des urines, on doit y songer dans les cas où il y a pyrexie et malaise prononcé; où il existe des frissons, la malaria étant exclue, surtout chez les enfants au-dessous de deux ans; lorsqu'il y a de la sensibilité locale et de la douleur à la miction. Le traitement est principalement alcalin; et par le citrate de potasse, débutant par des doses de 16 à 48 grains par vingt-quatre heures. Quoique les symptômes locaux et la fièvre s'amendent rapidement, ce traitement a un effet déprimant sur l'enfant, sur son système général; la température baisse au-dessous de la normale; les chairs sont flasques, il y a des nausées; parfois des vomissements, et de la diarrhée. Ses ennuis ne sont que temporaires; et on doit poursuivre le traitement avec persévérance. Lorsque le pus a disparu des urines, on institue un traitement tonique. (Arch. Pediat.)

NIRE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Mardi, 27 octobre, 1903.

Docteur Oscar Mercier, vice-président, au fauteuil
Docteurs Alphonse Mercier, St. Denis, A. A. Foucher, Dubé, Lesage, Laramé, Joyal, St-Jacques, Lalonde, Lecavallier, Boulet, Cypihot, Boucher, Asselin, Trudeau, Cleroux, Gagnon, Roux, Prevost, Monette, Bourgeois, F. de Martigny, Fleury, Valin.

Présentation de Pièce.

Dr. St. Denis.—Enorme polype du nez enlevé quelques jours auparavant avec observation du cas.

Dr. Alphonse Mercier.—Quatrième vertèbre lombaire fracturée par écrasement. Résultat de l'autopsie, et observation du malade. Ce malade ne présentait aucun phénomène de fracture de la colonne vertébrale.

Discussion.

Le Dr St-Jacques rapporte le cas d'une fracture de l'épine dorsale par flexion avec gros hématome median consécutif. Il a vidé cet hématome et enlevé une petite esquille. Le malade a guéri sans mauvais symptôme. Il ajoute qu'il n'aurait pas opéré ne fut l'hématome, il aurait plutôt placé son malade dans un appareil plâtré après extension.

Dr Oscar Mercier.—L'intervention ou l'immobilisation ont du bon suivant les cas. Les deux modes de traitement lui ont donné de bons résultats.

Dr Alphonse Mercier.—Déchirure traumatique d'une anse intestinale. Résultat de l'autopsie.

Observation du malade Dr Oscar Mercier.

Un manoeuvre est frappé avec violence à la cavité abdominale par une planche projetée d'une machine dans une usine. On le transporte à l'hôpital en ambulance. Il l'examine à son arrivé. Pas de trace de violence à la paroi abdominale. Faciès bon. Température à peu près normale. Pouls rapide. Défense musculaire vive. Il institue le traitement d'attente: glace et morphine. Le soir léger tympanisme défense toujours aussi vive. Le lendemain matin selle et gaz sans lavement ni purgatif. Tympanisme plus marqué. A 5 1-2 p.m. état syncopal et mort à 10 hrs. p.m.

Discussion.

Dr François de Martigny. Je félicite le Dr Alphonse Mercier d'avoir bien voulu nous communiquer cette pièce anatomique et aussi de nous avoir communiqué cette intéressante observation, observation classique semblable à celles que nous lisons dans les auteurs classiques de l'ère pré-aseptique.

Je crois que dans le cas qui fait le sujet de la discussion, si l'on avait pratiqué la laparotomie exploratrice nous n'aurions pas eu ce soir l'avantage d'examiner la pièce provenant de l'autopsie. En effet le malade à qui elle appartenait était résistant puisque abandonné à lui même il s'est très bien défendu pendant 24 heures contre sa déchirure intestinale, et même, à ce moment, il a encore passé des gaz. Il est donc probable qu'il aurait facilement supporté l'opération.

Je suis désolé de différer totalement d'opinion avec le Dr Oscar Mercier quant au traitement de ces cas de contusions de l'abdomen par corps contondants. Dans mon opinion quand un individu est frappé à la paroi abdominale avec violence, comme dans le cas présent, par un corps dur, l'on doit faire la laparotomie exploratrice, opération qui n'offre plus grand danger, on en conviendra sans peine. le malade en est quitte pour passer trois semaines à l'hôpital. Si au contraire on découvre une ou plusieurs déchirures on les répare et l'on sauve généralement la vie du blessé.

Presque toujours on ne trouve aucune trace de violence à la paroi abdominale. C'est même la règle.

Cette observation me rappelle la suivante: Un terrassier est frappé par le timon d'une voiture. Il peut se rendre seul à l'hôpital, sans soutien, tout en se plaignant d'une douleur assez vive qu'il ressent dans l'abdomen. A l'examen on ne voit aucune trace d'ecchymose à la paroi une simple défense musculaire assez marquée. Malgré l'absence de symptôme alarmant apparent, on fait la laparotomie et l'on tombe sur une large déchirure intestinale que l'on répare et le malade guérit.

Je le répète, dans mon opinion, l'on doit intervenir dans ces cas.

Le Dr St-Jacques rapporte l'observation suivante: Un charretier est écrasé par sa voiture, la roue lui passe sur le ventre à la région des fosses iliaques. Il l'examine 6 heures après l'accident. Le pouls est bon le faciès aussi, la température est normale. Il ne découvre pas de fracture des os du bassin, mais il y a de la défense des muscles de la fosse iliaque droite et une matité dans cette région. L'urine ne contient pas de sang. Devant ces symptômes il se contente d'appliquer une vessie de glace et de donner de la morphine. Le malade guérit sans complication.

Le Dr Dubé demande le mécanisme de la déchirure dans ces cas.

Le Dr Alphonse Mercier répond qu'une anse est généralement pressée et déchirée entre la colonne vertébrale et le corps contondant, la paroi abdominale jouant le rôle de tampon.

Le Dr Dugas constate que les cas d'autopsie pour déchirure intestinales sont rares à la morgue, les malades ne succombant pas immédiatement après avoir reçu un choc dans l'abdomen. Les malades étant généralement conduits à l'hôpital où, plus tard, l'on fait l'autopsie.

Il a fait l'autopsie d'un enfant qui avait reçu un coup de pied dans l'abdomen. On avait institué le traitement suivant: glace sur le ventre et morphine à l'intérieur. Le petit malade mourut 26 heures après l'accident. Il découvrit à l'autopsie une large déchirure de l'iliaque.

Le Dr Oscar Mercier ne trouve pas le traitement des contusions de l'abdomen aussi simple que le dit le Dr F. de Martigny. Ce sont des cas très complexes et il est difficile de s'y débrouiller, et de poser son diagnostic. Il n'est pas opposé à l'intervention mais il n'intervient que quand il a la certitude que l'intestin est déchiré. La question du traitement est encore discutée et il croit que ceux qui sont avec Michaud et compagnie pour l'intervention n'ont pas de résultat meilleurs que les opportunistes. Voici une statistique de 289 cas avec 178 guérisons, cas dans lesquels on n'est pas intervenu. Ces traumatismes sont très graves même quand le coup n'est pas violent. Un homme est mort à la suite d'un coup de fouet appliqué sur le ventre. Il n'attache pas une grande importance aux vieux auteurs. Ce n'est pas dans ces livres qu'il puise ses renseignements ni forme son opinion sur la conduite qu'il doit tenir en face d'un cas de chirurgie ou du traitement qu'il doit instituer.

Le Dr F. De Martigny s'aperçoit que le Dr O. Mercier fait fi de la littérature chirurgicale ancienne vieille de 25 ou 30 ans. Et pourtant cette littérature est très intéressante et bien instructive, et ce n'est que dans ces vieux auteurs que l'on peut lire maintenant des observations comme celle de ce soir.

Le Dr Mercier base son opinion de rester dans l'expectative sur une statistique de 289 cas pour lesquels on n'est pas intervenu, avec 178 guérisons et 111 morts, ou près de 50/100 de mortalité. Le Dr de Martigny ne croit pas que l'on puisse citer une seule statistique de chirurgien interventionniste avec un pourcentage aussi élevé de mortalité.

Quand au malade mort à la suite d'un coup de fouet reçu sur l'abdomen, il suppose que le résultat n'eut pas été plus mauvais si l'on était intervenu?

Il avoue avec le Dr Mercier que ces cas sont des cas très difficiles, mais, dit-il, si notre métier était sans difficulté aucune aurions nous besoin d'étudier toujours?

Le cas rapporté par le Dr St-Jacques n'est pas du tout semblable. C'est un cas d'écrasement de la

paroi abdominale au niveau des fosses iliaques par la roue d'un camion. Le squelette ayant résisté a protégé l'intestin et la vessie. Mais si le docteur avait été appelé auprès d'un malade qui aurait eu le ventre écrasé au niveau de la région ombilicale et qu'il eut trouvé une défense musculaire très vive et de la matité aurait-il institué le même traitement? Le Dr de Martigny aime à croire que non et que plutôt il aurait fait une laparotomie exploratrice et en la faisant le Dr St-Jacques aurait agi sagement.

Ce soir, nous rapportons, ajoute le Dr. de Martigny, trois observations personnelles de contusions de l'abdomen par corps contondants.

Dr. Dugas: coup de pied dans le ventre. Expectative. Mort. Dr. Mercier: planche frappant un homme à l'abdomen. Expectative. Mort, et l'observation que je cite: Timon de voiture frappant un homme à l'abdomen. Intervention. Guérison. Pour moi, la conclusion est facile à tirer.

Dr St-Jacques insiste sur les dangers que l'opération fait courir au malade et sur le dévidement systématique de l'intestin que l'on doit faire. Il cite l'observation d'un malade frappé par le sabot d'un cheval, au bas ventre, au dessus du pubis qui urinait du sang mais ne présentait pas de phénomènes abdominaux et qui a parfaitement guéri sans intervention.

Le Dr Décarv a assisté à l'autopsie faite par Brouardel à la morgue de Paris, pour un malade opéré par Michaud pour déchirure de l'intestin. ouverte et cette dernière avait causée la mort du malade.

Deux perforations avaient été fermées et une laissée

Dr F. Demartigny enfin on cite un cas de mort survenu malgré l'opération. Brouardel fait l'autopsie d'un malade opéré par Michaud il découvre qu'une déchirure intestinale n'a pas été fermée et cette plaie intestinale restée ouverte a causée la mort. Ceci prouve hors de tout doute, que quand on intervient pas dans ces cas de déchirures intestinales la lésion laissée à elle même cause inévitablement la mort. Il est bien entendu qu'il faut réparer toutes les déchirures pour avoir un bon résultat. Monsieur Gosset a suturé 19 perforations intestinales et son malade a guéri. Que serait-il arrivé s'il n'en avait fermée que la moitié?

Le Dr de Martigny n'a pas parlé du manuel opératoire parcequ'il croyait que tous le connaissaient et qu'il ne voulait pas donner une leçon de médecine opératoire.

Présentation de Malades.

Le Dr Vallin présente deux jeunes enfants, les deux frères, atteint de trychophytie type. Ces en-

fants jouaient souvent avec un chien atteint de cette affection et qui l'a communiqué aux enfants. Ceci tend à prouver que la théorie de Sabouraud (infection animale) est juste.

Le Dr Alphonse Mercier présente un malade atteint d'une gomme syphilitique du nez.

— o o: —

Revue des journaux

MEDICINE

RETENTION DES CHLORURES ET PATHOGENIE DE L'OEDEME.

Par M. le Dr M. Achard.

Il est fréquent, à l'état pathologique, d'observer la rétention des chlorures dans l'organisme. Cette rétention a lieu dans les tissus, et elle se produit par le jeu des actes physiologiques qui tendent à maintenir fixe la composition des humeurs. Ce sont là deux points que je me suis attaché à démontrer avec M. Lœper. En outre, j'ai invoqué cette que, l'eau étant attirée dans les tissus pour diluer les substances retenues.

On avait essayé d'expliquer l'œdème brightique par des différences de pression osmotique entre le sang et la lymphe des tissus. Mais la pression osmotique est très variable dans le sang des brightiques, qu'il y ait ou non un œdème. Dans la sérosité œdémateuse elle l'est également, et, quant au rapport de l'un à l'autre, il varie de sens suivant les cas. Ce rapport dépend de trop de facteurs échappant à notre appréciation (qualités des humeurs et des membranes osmotiques), pour que la cryoscopie puisse expliquer l'œdème.

Il n'en est pas de même des notions de rétention et de régulation. Il est facile de comprendre que, si la rétention vient à augmenter, un supplément d'eau pénètre dans les tissus pour maintenir les substances en excès au taux de dilution exigé par les conditions physico-chimiques inhérentes aux humeurs et aux membranes. L'œdème augmente donc, sans que le point cryoscopique varie nécessairement. Pour apprécier le degré de la rétention, la cryoscopie est donc un moyen médiocre. Ce qu'il faut faire, c'est l'épreuve de l'ingestion de chlorure, que j'ai pratiquée avec M. Lœper, et par laquelle on met en balance ce qui entre et ce qui sort en fait de chlorure. Or, dans les néphrites, nous avons montré que la rétention est fréquente dans les cas aigus et dans les poussées aiguës des formes chroniques.

Récemment Strauss et surtout M. Widal ont confirmé la théorie que j'ai proposée en 1901 pour l'œdème brightique, et qui s'applique aussi, d'ailleurs, à d'autres œdèmes (affections cardiaques et

hépatiques). Seulement la rétention n'est qu'un des facteurs de l'œdème: les troubles circulatoires, les modifications matérielles des membranes osmotiques, les vices de nutrition des cellules interviennent pour localiser l'hydropisie et forcer la résistance naturelle des tissus à la distension. La rétention a surtout pour effet de rappeler un œdème disparu, d'augmenter une hydropisie existante et, sans doute, aussi de hâter la venue d'un œdème prêt à se former.

Au point de vue de la rétention des chlorures dans l'organisme, il faut, à mon avis, tenir compte à la fois du rôle des reins, de celui des tissus et de celui de la circulation défectueuse, ces trois causes de rétention s'associant en proportion variable suivant les cas.

Bien que nous connaissions surtout les méfaits de la rétention, on peut, dans une certaine mesure, la considérer comme une réaction de défense. En effet, les chlorures diminuent la toxicité des poisons, d'après les expériences de MM. Lesné et Ch. Richet fils. De plus, la rétention dans les tissus a, peut-être, pour effet de protéger le sang et d'immobiliser pour un temps, en dehors de la circulation, des substances nuisibles. Mais, comme la leucocytose, la fièvre et d'autres réactions défensives, l'arme protectrice peut se retourner contre l'organisme.

Un intérêt pratique s'attache à la question de la rétention. Chez les malades qui présentent ce phénomène pathologique, les injections salines, ainsi que je l'ai montré avec M. Laubry, ne font guère qu'exagérer cette rétention et exposent, par suite, à certains inconvénients. Une autre application pratique fort importante de notre théorie est le traitement de l'œdème brightique par la restriction des chlorures alimentaires, institué par Strauss et surtout par M. Widal. Il importe donc que le praticien recherche la rétention des chlorures, qui est l'indication essentielle de cette nouvelle thérapeutique. Pour cela, il lui suffit de doser ces éléments dans l'urine, ce qu'il peut faire aussi simplement qu'un dosage d'albumine avec le tube d'Esbach, en employant le procédé que j'ai indiqué avec M. Thomas.

(La Méd. Orientale.)

LE DIAGNOSTIC DE LA DEMENCE.

Par M. le Dr M. Massaut.

A défaut de types cliniques à évolution déterminée, il serait très précieux de connaître des signes permettant d'établir le pronostic des cas particuliers. Quels sont les symptômes autorisant à conclure à l'existence de la démence? Il faut entendre par démence l'affaiblissement irrémédiable et le plus souvent progressif de l'activité mentale.

Dans sa désagrégation, l'intelligence perd en premier lieu les facultés les plus complexes, les sentiments moraux, le pouvoir d'abstraire, de raisonner; elle se réduit progressivement aux fonctions les plus égoïstes, les plus habituelles et automatiques, les plus élémentaires.

Le problème du diagnostic de la démence est double; il consiste: 1. à distinguer la démence des états qui la simulent (stupeur, troubles affectifs); 2. à reconnaître les signes d'une démence commençante ou légère.

Pour résoudre la première difficulté, il n'y a pas de signe certain.

Les premiers signes de la démence sont variables. Il faut citer surtout la perte ou la diminution des sentiments élevés, altruistes, esthétiques; l'indifférence, l'apathie, la sensibilité plus grande à la fatigue, l'instabilité du caractère; la diminution de l'attention; la difficulté croissante de raisonner d'une façon suivie, surtout abstraite; d'acquiescer de nouvelles idées; la diminution de la volonté persévérante. L'affaiblissement intellectuel peut être masqué par l'habitude et la routine, par la ruse et l'adresse.

Il n'y a pas de critérium de la démence. Il faut donc réunir plusieurs symptômes et exclure les autres causes, pathologiques ou non, d'altération psychique.

Les différentes formes cliniques peuvent donner à la démence certains caractères particuliers.

L'emploi des procédés d'exploration psychophysiologique, hautement recommandables pour l'étude approfondie des troubles mentaux, ne peut pas encore être généralisé.

(La Méd. Orientale.)

L'ANESTHESIE GENERALE AU PROTOXYDE D'AZOTE.

Par MM. les Drs E. Beltrami, et G. Reynaud.

Il est important de décrire l'appareil et le manuel opératoire que nous avons adoptés, ainsi que les phénomènes principaux qui accompagnent et caractérisent la narcose protozotique.

La première des conditions est d'être absolument sûr de la pureté du gaz que l'on emploie; chacun sait combien sont dangereuses les impuretés dont il peut être souillé: les plus faibles quantités de bioxyde d'azote, en déplaçant l'oxygène de l'oxyhémoglobine du sang, suffisent en effet pour faire naître des accidents aussi rapides que funestes.—Il est fort probable que l'on eût trouvé dans les impuretés du gaz, si on avait songé à en faire l'analyse, la cause unique de certains cas malheureux, qui, comme celui de Duchenne, ont eu un si grand retentissement.

C'est pourquoi depuis que nous ne procédons plus nous-mêmes à sa préparation, et que nous utilisons le protoxyde fabriqué du reste en toute sécurité dans le laboratoire de Barth à Londres, avouons coutume d'expérimenter toujours sur nous-mêmes les effets d'un gaz nouveau avant de l'appliquer à nos sujets.

L'appareil se compose, on le sait, d'une bouteille en fonte, à parois très épaisses et très résistantes contenant 450 litres de gaz à la pression de 70 atmosphères. Cette bouteille est fermée par une vis qui lorsqu'on la desserre légèrement au moyen d'une clé spéciale mue avec le pied, laisse passer par une ouverture latérale, une certaine quantité de gaz

dans un ballon en caoutchouc. Ce ballon, d'une capacité de 10 litres, est relié d'une part à la bouteille et de l'autre à l'inhalateur, simple cornet en celluloïd s'adaptant exactement sur la bouche et le nez du patient de manière à empêcher l'accès de tout air extérieur; il est pourvu à sa partie supérieure d'une ouverture particulière avec soupape pour livrer passage à l'air expiré et présente, en outre, un obturateur métallique dont le jeu permet de régler l'intensité des inhalations.

Tels sont les divers éléments de cet appareil qui joint à sa simplicité le grand avantage d'être aisément transportable.

Les préparatifs opératoires se réduisent à peu de chose: il est préférable de n'avoir rien mangé depuis plus de deux heures; mais il est, en tout cas, inutile de laisser le sujet à jeun depuis la veille; maintes fois, en effet, l'anesthésie s'est effectuée, sans le moindre incident, malgré l'absorption d'un repas copieux remontant à peine à trois heures.

Après avoir desserré tous les liens (col, ceinture, corset), susceptibles de gêner les mouvements respiratoires, le patient s'assit tout simplement dans un fauteuil, la situation horizontale, pas plus que la position déclive de la tête n'étant jamais nécessaires, à moins que l'opération ne l'exige.

Il est utile d'ausculter le cœur et les poumons avant l'anesthésie, d'abord pour se rendre un compte exact de leur état, mais surtout dans le but de rassurer le sujet qui, bien souvent, redoute pour son organisme les effets du protoxyde et presque toujours est en proie à une appréhension plus ou moins considérable.

C'est cette appréhension qu'il importe avant tout de dissiper, car elle est, d'après nous, la cause capitale, sinon unique, des rares troubles nerveux, du reste passagers et sans gravité, que l'on observe parfois au début de la narcose; c'est à elle que sont dues ces inspirations irrégulières, superficielles, ou précipitées, qui s'opposent à l'absorption rapide d'une quantité suffisante de gaz et retardent l'anesthésie qui dans quelques cas demeure incomplète.

Dès que le masque est en place, on doit donc engager le sujet à respirer largement et, tout en lui parlant, accroître insensiblement la dose de protoxyde, au fur et à mesure que l'on diminue l'accès de l'air par le jeu de l'obturateur. Grâce à cette manœuvre, qui n'est décrite nulle part, les sujets même les plus nerveux arrivent à s'endormir vite et paisiblement.

D'une manière générale, l'anesthésie comprend trois phases successives:

1. La phase analgésique, qui commence après une dizaine d'inhalations, sans le moindre malaise, ni nausée, ni excitation et s'accroît pendant 2 ou 30 secondes. Elle s'accompagne de sensations subjectives les plus diverses: bourdonnements d'oreille, vision indistincte des objets, chaleur agréable dans tout le corps, picotements aux extrémités, sensation de légèreté, d'allongement et de déplacement des membres, dont l'étendue des mouvements est exagérée, constriction au creux épigastrique, etc., en même temps qu'un bien-être indéfinissable, tenant parfois de l'ivresse, s'empare du sujet.

Il est à remarquer que les phénomènes psychi-

ques de la phase préanesthésique sont étroitement liés à l'état d'esprit préexistant: chez les adultes normaux, dont l'appréhension est nulle, la conscience n'est pour ainsi dire pas troublée; ils songent d'ordinaire à leurs occupations habituelles; leurs idées sont simplement plus imagées qu'à l'état normal. Lorsque la peur a été vive, ce sont des hallucinations pénibles (bataille, accident, blessures), enfin, remarque curieuse et constante, les personnes qui ont été frappées par un deuil récent, éprouvent, à cette période, des visions douloureuses de mort, de cimetière, ou de funérailles.

2. La phase anesthésique apparaît dans la plupart des cas (82,9 0/0) entre la 40e et la 60e seconde; elle ne laisse pas d'être assez effrayante pour tous ceux qui ne sont point accoutumés à ce mode d'anesthésie.

En effet, la pâleur primitive des téguments fait place à une cyanose plus ou moins intense qui envahit les ongles, les extrémités, les lèvres et la face dont l'aspect est parfois livide. La respiration devient plus rapide et bruyante, si bien qu'un opérateur inexpérimenté n'hésiterait pas à éloigner le masque pour éviter un accident qui paraît imminent. Mais la longue pratique du protoxyde apprend à ne point redouter la gravité apparente de ces phénomènes, malgré lesquels la narcose peut et doit être prolongée, jusqu'à l'instant précis où l'abolition totale des réflexes et l'anxiété de la respiration dénotent un sommeil profond. Ce résultat demande, en moyenne, 70 à 80 secondes pour se produire; dans 8 0/0 des cas, cependant on ne l'obtient qu'au bout d'une minute et demie. Sa durée est très courte, mais la phase analgésique de retour qui lui succède, persiste souvent plus de trois minutes après la suppression du masque.

Il importe de garder durant cette dernière période le silence le plus absolu pour ne pas troubler le réveil progressif de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité.

Rien n'est plus intéressant, au point de vue clinique, que ce retour à l'état normal, dont les manifestations varient pour ainsi dire avec chaque sujet, mais dont on peut, néanmoins, distinguer quelques formes typiques.

Malgré la dénomination de gaz hilarant (laughing gaz) généralement admise par les auteurs qui ont observé les effets du protoxyde, nous devons avouer qu'il est plutôt rare de constater au réveil une gaieté irrésistible allant jusqu'à l'éclat de rire; cette forme n'a été notée que onze fois sur cent anesthésies et presque uniquement chez les femmes.

Il est au contraire plus fréquent (17 0/0) d'assister, au réveil, à une crise de larmes qui éclate involontairement, et sans autre trouble concomitant, pour s'arrêter du reste au bout de quelques instants.

Le plus souvent (58,7 0/0) quels que soient l'âge, le sexe et l'état préexistant du sujet, le réveil s'effectue d'une manière calme et manifeste par une de ces phrases en quelque sorte classiques: "...J'ai rêvé;...C'est déjà fait!... Ne m'opérez pas aujourd'hui... Vous ne pourrez pas m'endormir... etc."

Enfin les sujets nerveux se réveillent parfois (9,6 0/0) en poussant des cris aigus, ou avec une agitation violente des membres et du corps. Ces

phénomènes, toujours très fugaces, peuvent se traduire, chez les hystériques par une crise convulsive de courte durée.

Telle est, dans ses grandes lignes, la description clinique de la narcose protoazotique dont l'application faite dans les conditions que nous avons exposées, ne laisse jamais aucun malaise ultérieur et permet à tous les sujets de marcher, boire, ou manger, dès qu'ils ont quitté la salle d'opération.

En résumé, on voit, d'après ce qui précède, que le protoxyde d'azote peut être appliqué à tous les âges; dans les états physiologiques les plus divers (avant la puberté pendant la grossesse et la ménopause), ainsi que chez les sujets porteurs de tares pathologiques les plus disparates: non seulement chez les névrosés, les alcooliques et les diabétiques, mais encore malgré l'existence de lésions circulatoires ou respiratoires les plus accentuées (artériosclérose, lésions mitrales ou aortiques, chlorose; emphysème, tuberculose). Il n'existe donc pas de contre-indication formelle à son emploi, à la condition, toutefois, de le manier avec la plus grande prudence et de posséder une grande habitude du manuel opératoire indispensable à la réussite du procédé.

Les résultats fournis par nos 4,935 anesthésiés, au cours desquelles aucun symptôme d'accident sérieux n'a jamais été relevé, démontrent d'une manière suffisante combien est injustifié le discrédit dans lequel est tombée cette méthode, qui, loin d'être proscrite de la pratique chirurgicale, mérite d'être utilisée non seulement en chirurgie dentaire, mais même dans les opérations de peu de durée, en attendant que l'innocuité absolue des nouveaux agents d'anesthésie rapide ait été sanctionnée par de nombreux succès opératoires.

(Marseille Médicale.)

CHIRURGIE

DU PROCÉDÉ DE MUGNAI DANS LA CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE

Par M. le Dr P. Bégouin, professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux.

La cure radicale de la hernie inguinale est devenue de pratique courante depuis plus de quinze ans, et cependant sa technique, ou plutôt "sa meilleure technique," n'est pas encore fixée d'une manière définitive.

Quel est le procédé qui assure la plus solide reconstitution de la paroi inguinale? Quels sont les meilleurs fils à employer? Doit-on les abandonner à tout jamais dans la plaie ou ne les y laisse que temporairement? Autant de questions qui ne sont pas encore complètement résolues.

Parmi elles, le mode de restauration de la paroi est peut-être la plus importante: cet article sera fait de quelques remarques à son sujet.

Et d'abord est-il nécessaire de refaire cette paroi inguinale? Le sac est supprimé, son pédicule

solidement lié au catgut a disparu au fond de la plaie, ou même peut-être été fixé haut derrière la paroi, à la Barker; ne suffit-il pas de retenir par quelques points de catgut les lèvres de l'incision de l'aponévrose du grand oblique? Chez la plupart des enfants, chez lesquels la hernie inguinale est avant tout une malformation par persistance du conduit vagino-péritonéal, une hernie "congénitale", cette manière de faire réussit presque toujours à assurer une guérison définitive. Félizet, Jalaguier, Kirmisson opèrent ainsi et ne paraissent pas avoir à se plaindre de leurs résultats.

C'est que chez ces malades la malformation péritonéale est tout: il suffit de la faire disparaître pour les guérir. Mais chez quelques autres enfants, et chez le plus grand nombre des adultes, la hernie, même d'origine congénitale, s'accompagne d'une faiblesse et parfois même d'une véritable défaillance des parois inguinales. Chez ces malades, la résection élevée du-sac, faite aussi haut que possible juste dans le tissu cellulograisieux sous-péritonéal, reste toujours le premier temps essentiel de l'opération; mais à lui seul il ne peut plus suffire à assurer la guérison: il faut y ajouter la restauration de la paroi. Tous les chirurgiens sont d'accord sur cette indication, mais ils ne le sont plus quand il s'agit du choix du procédé destiné à la remplir: le nombre même des procédés qui encombrant nos traités classiques est la preuve de la divergence des opinions à ce sujet.

Parmi ces procédés, ceux de Lucas-Championnière et de Bassini sont les plus anciens, les plus connus; ils ont fourni entre les mains de leurs auteurs d'excellents résultats, et si nous en croyons ce que nous avons vu, ce sont eux qui sont le plus souvent employés en France.

Il nous semble cependant qu'aucun de ces deux procédés ne mérite actuellement cette première place.

D'abord, celui de Lucas-Championnière ne restaure que la paroi antérieure du canal inguinal; il ne touche pas à la paroi postérieure. Il y a là un défaut capital, qui doit suffire, à notre avis, pour faire rejeter ce procédé; et la belle statistique de M. Lucas-Championnière qui, sur ses 868 opérés, n'a trouvé que 32 récidives (Congrès de Chirurgie, 1901), n'est pas capable de nous gagner à sa pratique, car ce chirurgien, pas plus du reste que tous ceux qui veulent retrouver leurs opérés d'hôpital, n'a pu en revoir qu'un certain nombre (indéterminé), et le nombre réel des récidives est certainement beaucoup plus grand que celui qu'il indique, ainsi qu'il en convient d'ailleurs lui-même. Dans les hernies congénitales sans grande défaillance des parois; dans ces hernies qui guérissent par la seule résection élevée du sac, il peut certes donner de bons résultats; mais, même pour ces cas-là, nous lui préférons celui de Broca (Sem. méd., 1898), qui restaure mieux et est aussi simple. Si les parois sont défaillantes, il nous paraît absolument insuffisant.

Avec le procédé de Bassini, la région inguinale est remise à neuf, le canal inguinal est refait tout entier, et sa paroi postérieure, négligée dans le procédé de Championnière, est particulièrement soignée

dans cette restauration générale. Théoriquement, il doit donc mieux valoir que celui de Lucas-Championnière; pratiquement, il en est ainsi si nous en croyons les résultats de l'enquête des chirurgiens scandinaves (Danemark, Suède, Finlande), qui conclurent en 1896 que c'était, de tous les procédés jusqu'alors employés, celui qui avait donné les meilleurs résultats.

Cependant, le procédé de Bassini nous semble passible de quelques critiques sérieuses: d'abord, il est d'une exécution assez longue, assez délicate, et par suite il est souvent pratiqué d'une façon peu correcte, si bien que beaucoup de chirurgiens qui croient avoir fait un Bassini n'ont en réalité pratiqué qu'un "à peu près". En 1901, au cours d'un voyage à Paris, Crosti, assistant de Bassini, fut frappé de la façon défectueuse dont il voyait la plupart des chirurgiens exécuter le procédé de son maître, et il publia un article (in Presse médicale, 1901) pour rappeler certains points importants qu'on oubliait trop. Pratiqué correctement, le Bassini est certainement un bon procédé, qui donne d'excellents résultats; mais avec des procédés plus simples, il semble possible d'obtenir aussi bien et même mieux.

Le Bassini peut, en effet, être accusé de trop respecter la conformation normale de la région inguinale. Il y laisse persister, pour le passage du cordon, un canal avec ses deux orifices: ce sont là des causes d'affaiblissement qui semble valoir mieux faire disparaître. Pour le passage du cordon à travers la paroi, un simple orifice suffit; pourquoi ne pas s'en contenter et ne pas supprimer le canal et l'autre orifice, ce qui permet d'accoler les deux parois du canal inguinal en un seul plan résistant? C'est plus simple, plus rapide, et ce doit être plus solide.

Postemski, dès 1890, a modifié le procédé de Bassini d'après cette idée générale. Après avoir restauré la paroi postérieure du canal inguinal comme Bassini, au lieu de laisser retomber le cordon à sa place pour reconstituer par dessus la paroi antérieure, il fait maintenir le cordon soulevé, reconstitue la paroi antérieure au-devant de la postérieure sur laquelle elle s'applique, et alors seulement il laisse retomber le cordon. Celui-ci traverse donc directement la paroi au niveau de l'orifice profond, convenablement rétréci, et il est situé au-devant de la paroi, sous la peau.

Jaboulay et bien d'autres chirurgiens emploient couramment le procédé de Postemski; je l'ai moi-même employé plusieurs fois avec de bons résultats et probablement définitifs aussi; mais je ne le sais, car je n'ai pas revu mes malades.

Mais si le Potemski, en supprimant un long trajet intra-péritonéal et un anneau sur deux, nous semble une heureuse modification du Bassini, il a le tort, à notre avis, non pas de placer le cordon sous la peau, ce qui n'est qu'un bien mince inconvénient, mais de laisser persister du canal inguinal justement l'anneau profond, l'anneau extensible, celui au niveau duquel se font surtout les récurrences après les cures radicales.

En rejetant le cordon en arrière de la paroi que l'on reconstitue au-devant de lui et en le faisant sor-

tir juste au-dessus du pubis par l'orifice superficiel du canal inguinal, on fait la modification analogue, mais inverse de celle que Postemski a fait subir au Bassini, et on met de son côté tous les avantages: exécution plus facile et meilleure restauration de la paroi. En effet, l'anneau, profond, point faible dangereux, disparaît; les deux parois du canal inguinal sont refaites et accolées, et le cordon traverse la paroi directement par un orifice placé juste au point le plus résistant de la région, car la lèvre inféro-externe est formée par l'arcade crurale, et la lèvre supéro-interne par le ligament de Colles, le tendon conjoint et le pilier interne, c'est-à-dire par des tissus très solides et inextensibles. C'est là le procédé de Mugnai (La Riforma medica, 1891), celui qui nous paraît le meilleur. Il a été appliqué par tous ceux qui ont employé, à la suite de Villar, de Monod et Vauverts, la méthode de la réunion des parois en un seul plan à l'aide de fils temporaires; mais son importance semble avoir alors disparu derrière celle de la réunion en un seul plan, et celle de l'emploi des fils temporaires. Que la réunion des lèvres des parois postérieure et antérieure ait lieu en un seul ou en deux plans, à l'aide de fils temporaires ou perdus, résorbables ou non, il nous paraît avantageux de toujours employer ce procédé de Mugnai, qui supprime et le canal inguinal et un de ses orifices, place le cordon en arrière de la paroi dans le tissu celluloso-graisseux sous-péritonéal, et lui fait traverser cette paroi directement au niveau de l'orifice superficiel du canal inguinal. Il est plus simple et plus facile que le Bassini; et sans qu'on puisse le démontrer par des statistiques qui, d'ailleurs, en matière de cure radicale, ont en général bien peu de valeur, il a toute chance pour donner une paroi plus solide.

Depuis deux ans je l'ai employé quatorze fois, et il m'a toujours semblé excellent, aussi bien au point de vue de la facilité d'exécution que des résultats obtenus (neuf malades revus, les plus anciens opérés depuis vingt mois, les plus récents depuis quatre mois; aucune récurrence).

Le procédé employé pour la réfection de la paroi n'entre certainement que pour une part dans le résultat thérapeutique obtenu: la variété de la hernie, l'état des tissus pariétaux, la nature des fils employés, la guérison per primam ou non de la plaie ont aussi leur influence; mais toutes ces conditions étant égales d'ailleurs, le procédé de Mugnai assure le maximum de chances de succès.

(Jour. de Méd. de Bordeaux.)

— : o —

Thérapeutique et Mat. Médicale

LES FAUSSES PHOSPHATURIES.

M. le Dr X... Gouraud a fait, dans la Gazette des Hôpitaux, une intéressante étude sur les fausses phosphaturies.

"Pour bien apprécier à sa juste valeur la teneur des urines en phosphates, dit-il, pour connaître la

vraie signification des coefficients phosphatés, il est de toute nécessité d'être renseigné sur les transformations successives que subit l'élément phosphoré dans l'organisme, sur les phénomènes chimiques qui précèdent l'excrétion urinaire phosphatée. Absorbé sous forme de phosphate minéral ou de phosphore organique (lécithine), le phosphore subit, pour être incorporé à la cellule vivante, une série de mutations, de synthèse qui le font entrer dans des molécules de plus en plus compliquées. Inversement, lorsque le phosphore désassimilé quitte la cellule, il est encore incorporé à ces grosses molécules de phosphore organique; il a besoin d'une série de doubles, de simplifications qui l'amènent à l'état de phosphates, sous lequel il peut être éliminé.

On voit donc que l'abondance des phosphates urinaires est fonction de deux facteurs: la quantité de phosphore organique, l'élimination baissera d'autant.

L'importance de cette notion de simplification moléculaire d'oxydation du phosphore est particulièrement manifeste dans les maladies aiguës. Presque toutes les pyrexies amènent une diminution manifeste des phosphates urinaires. Et pourtant la fièvre amène toujours une désassimilation exagérée de phosphore. Le contraste entre ces deux phénomènes est dû justement à ce qu'une bonne partie du phosphore désassimilé reste à l'état de phosphore organique, par suite de l'insuffisance des mutations nutritives, et encombre les tissus et le sérum. Plus la maladie est grave, plus l'oxydation du phosphore désassimilé est inférieure, et plus les phosphates urinaires diminuent. Mais si la guérison survient, l'organisme se débarrasse: il brûle tous les éléments qui encombrant son parenchyme, le phosphate notamment, et il en résulte une décharge phosphaturique qu'on constate dans les urines.

Cette cause d'erreur si importante n'existe pas pour les états chroniques: la rétention des déchets cellulaires y est impossible ou presque. On ne comprend pas en effet une accumulation intra-organique tant soit peu notable et durant plusieurs mois. L'organisme arriverait à un état de sursaturation incompatible avec la vie. On peut admettre pour les états chroniques que l'abondance des phosphates urinaires est parallèle à la quantité du phosphore désassimilé. Mais les causes d'erreur n'en existent pas moins dans l'interprétation des formules phosphatées, et cette fois elles changent de sens: on est plutôt tenté de conclure à une phosphaturie qui n'existe pas; la classe des fausses phosphaturies, si importantes à connaître pour le clinicien, comporte des cas pathologiques presque plus nombreux que les phosphaturies vraies.

Les unes sont quantitatives: on a fait le dosage et le chiffre des vingt-quatre heures dépasse notablement la normale. On conclut à tort à la phosphaturie, oubliant de comparer le chiffre des phosphates à celui de l'azote. Le malade est par exemple un gros mangeur, qui n'a beaucoup de phosphate que parce qu'il mobilise beaucoup d'albumine. A. Robin, dans ses travaux sur les coefficients urinaires a bien montré que seul le rapport des phosphates à l'azote donnait la valeur réelle de la phosphaturie.

Plus fréquente encore sont les fausses phosphaturies qu'on pourrait appeler qualitatives: un malade a constaté qu'il urinait trouble, qu'il avait des urines laiteuses; on s'est aperçu d'un abondant dépôt au fond d'un bocal; l'examen microscopique révèle des cristaux phosphates; on croit à la phosphaturie, et on porte à tort un pronostic grave.

Ces émissions laiteuses, ces urines lactescentes ne sont pas rares: surtout fréquentes chez les dyspeptiques et les neurasthéniques, elles peuvent s'accompagner de phénomènes fort douloureux, douleurs urétrales ou vésicales, brûlures à la miction, pesanteurs lombaires; certains malades rendent des masses crayeuses pouvant atteindre la grosseur d'un pois. L'urine se putréfie avec une grande rapidité et se couvre alors d'une pellicule d'apparence grasseuse et irisée.

Le caractère de discontinuité est très important certains malades n'ont qu'une miction douloureuse par jour, d'autres présentent leurs crises à un ou deux mois d'intervalle, sous l'influence de saison. Ce phénomène n'est presque jamais prolongé. Malades et médecins n'en sont pas moins fort effrayés. C'est bien à tort, car ces malades ne sont que rarement phosphaturiques au vrai sens du mot. Nous avons réuni 18 observations d'urines laiteuses ou de gravelle phosphatique: 4 malades seulement, soit 22 p. 100, étaient vraiment phosphaturiques; tous les autres avaient un chiffre de phosphates égal ou inférieur à la normale.

Parmi ceux-ci un grand nombre avaient les urines alcalines; et c'est cette alcalinité qui avait produit la précipitation des phosphates dans la vessie. Elle peut relever de causes fort variables, dont une des plus fréquentes est l'hyperchlorhydrie. M. Robin appelle cette phosphaturie la phosphaturie terreuse des dyspeptiques; les dyspeptiques ne sont d'ailleurs pas les seuls à présenter ce trouble nutritif. En réalité, les urines laiteuses ne sont dues à une phosphaturie vraie que dans un cinquième des cas; les autres malades ont simplement une alcalinité sanguine exagérée ou de la phosphaturie terreuse: dans un cas comme dans l'autre, le pronostic est fort différent.

Dans les états aigus, la rétention masque l'exagération de la désassimilation phosphorée! Dans les maladies chroniques, au contraire, on est plutôt porté à conclure faussement à la phosphaturie, alors qu'il s'agit d'un trouble nutritif qui ne comporte ni le même pronostic, ni le même traitement!

(Le Concours Médical)

— o o —

LE CHLORURE DE CALCIUM EN INJECTIONS HYPODERMIQUES DANS LA VARIOLE HEMORRAGIQUE.

Par MM. les Drs Peadeleu et A. Barraja.

Messieurs, après avoir administré le chlorure de calcium, à l'intérieur, nous avons publié le résultat de cette médication dans un précédent travail. Actuellement nous avons choisi la voie sous-cutanée qui nous paraît préférable et plus certaine dans ses effets. Nos premiers essais furent infructueux, étant

GYNECOLOGIE

ENDOMETRITE ATROPHIQUE ET PURULENTE
DES VIEILLES FEMMES.

Par M. le Dr Paul Petit.

donnée la grande causticité du médicament et nous dûmes rejeter la solution employée, à cause de la production de fréquentes escarres.

Notre nouvelle solution, qui est une véritable émulsion, nous a donné les meilleurs résultats, sans avoir produit jusqu'à présent aucun abcès, aucune escarre.

Les effets ont été certains, et les hémorragies ont disparu sous l'influence du médicament.

Voici la formule que nous préconisons:

Chlorure de calcium cristallisé.....	
Gomme arabique pulvérisée.....	ââ 5 gr.
Huile d'amandes stérilisée.....	
Eau distillée bouillie.....	15 gr.

On triture dans un mortier la gomme et le chlorure, afin d'obtenir une poudre fine que l'on mêle à cinq centimètres cubes d'eau distillée. On incorpore, goutte à goutte, dans le mucilage obtenu, la quantité d'huile prescrite. On agite et on obtient ainsi une émulsion homogène prête à être injectée et dans laquelle un centimètre cube renferme environ vingt-cinq centigrammes de chlorure de calcium.

(Marseille-Médical.)

: o :

SUR UN RESULTAT OBTENU PAR L'EMPLOI
DE L'ADRENALINE.

Par M. le Dr Barraja.

Une sage-femme ayant voulu sectionner le frein de la langue d'un enfant nouveau-né, blessa les arêtes ranines, ce qui amena une hémorragie assez abondante: un médecin appelé appliqua sur la plaie des tampons imbibés de la solution d'adrénaline au 1,1.000 d'Adrian: la muqueuse s'eschéma, mais l'enfant mourut au bout de quelques instants.

M. Thomas.—Outre que son emploi est dangereux, l'adrénaline ne rend pas, comme hémostatique les services que l'on attendait. L'hémorragie s'arrête plus ou moins, après son application mais elle reparait à la suite de la vaso-dilatation qui succède à la vaso-constriction.

M. Fournier.—Comme M. Thomas, j'ai constaté que l'adrénaline arrête peu ou mal les hémorragies, mais elle les prévient car son application sur les muqueuses ischémie complètement ces dernières.

M. Alezais.—M. Livon, dans ses expériences, a constaté une fois le collapsus cardiaque à la suite de l'emploi de l'adrénaline.

M. Espezel—Le docteur Escat, de Toulouse, conseille de traiter les accidents de l'adrénaline par les inhalations de nitrite d'amyle.

(Marseille-Médical.)

: o :

L'endométrite atrophique et purulente des vieilles femmes est une affection relativement rare, mais qu'il faut pourtant bien connaître pour ne point la confondre avec le cancer du corps utérin. Il est vraisemblable qu'elle est le plus souvent le dernier terme d'une endométrite d'origine plus ou moins lointaine et à forme interstitielle, c'est-à-dire dans laquelle l'élément conjonctif a pris le pas sur l'élément glandulaire et l'a peu à peu étouffé par un banal processus de sclérose; mais il est bien possible aussi qu'elle soit la résultante directe de l'intervention du gonocoque dans des amours crépusculaires.

Quoiqu'il en soit, dans cette forme d'endométrite la muqueuse privée de ses glandes ou peu s'en faut, est réduite à un épithélium cylindrique quasi-pavimenteux qui repose sur un tissu fibreux et lisse. Cet épithélium est desquamé par places et au niveau de ces exulcérations suinte un liquide qui, ne trouvant pas à se mélanger dans le défilé cervical avec la sécrétion visqueuse des glandes en grappe (tout aussi bien atrophiées que les glandes en tube du corps), se présente avec les caractères du pus véritable, pus séreux, mal lié, parfois mélangé d'un peu de sang, mais n'exhalant aucune odeur. Il peut arriver, du fait de la sténose du col, que l'expulsion de ce liquide ne se fasse que par intermittences et qu'au moment de l'examen l'on ne puisse constater par le palper combiné et le spéculum que les résultats normaux de l'atrophie sénile. Dans un cas de ce genre il fallut toute l'insistance avec laquelle la malade accusait les pertes en question pour me décider à une dilatation extemporanée qui amena l'issue d'environ 150 gr. de pus. Notez que même avec ces phénomènes de rétention (quand ils ne dépassent pas certaines limites bien entendues) il peut n'y avoir aucune douleur. L'utérus dilaté et le pus évacué, introduisez une curette tranchante dans l'organe et faites-la agir méthodiquement en tout sens, en n'oubliant ni le fond, ni les cornes: partout vous aurez la sensation d'une surface absolument lisse, sensation facilement expliquée par les lésions dont j'ai donné plus haut les éléments, et d'aucun point vous ne ramènerez de débris muqueux appréciables.

Je me résume: écoulement purulent, parfois teinté de sang, mais non fétide; ordinairement pas de douleur, sauf complications; corps utérin diminué de volume, sauf rétention; résultat nul ou presque nul du curettage explorateur et, avec cela, intégrité de l'état général; voilà un ensemble symptomatique qui ne permet pas la confusion avec le cancer du corps utérin. Dans le cancer corporéal, en effet: l'amaigrissement est très précoce (c'est parfois le premier symptôme); les pertes de sang prennent rapidement de l'importance; les pertes sanieuses, plus tardives, ont une odeur qui ne trompe pas; le corps utérin est notablement hypertrophié; les

douleurs, ordinairement plus précoces que dans le cancer du col, présentent volontiers des exacerbations paroxystiques, à forme expulsive, parfois enfin la curette ramène des débris volumineux qui, à un stade peu avancé, peuvent être facilement confondus avec des fragments provenant d'un simple adénome utérin (endométrite glandulaire des auteurs) et, en ce cas, le microscope lève les doutes, mais, à une certaine période présentent un aspect et une consistance de lard cuit, des plus caractéristiques.

L'affection dont je parle ne doit donc pas être confondue avec le cancer du corps utérin, beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense. Mais encore faut-il avoir présents à l'esprit les éléments du diagnostic, un écoulement purulent et surtout sanglant, survenant après la ménopause, ne laissant pas à priori que d'inspirer de justes craintes. A part le cancer, je ne vois vraiment pas avec quelle autre maladie cette endométrite spéciale pourrait donner le change. Je veux bien que l'on pense au fibrome sphacélé, mais la différenciation est facile; à la possibilité d'une collection pelvienne ouverte dans la matrice, mais c'est là un cas rarissime...

On comprendra que dans une métrite de cette forme le curetage n'ait guère d'utilité. Ce qu'il faut, c'est dilater largement le col dont la portion vaginale est ordinairement réduite à peu de chose; enlever un coin de tissu à chaque commissure de cette portion vaginale, pour prévenir sa refermeture; laver la cavité utérine avec un liquide puissamment antiseptique; la drainer, durant un certain nombre de jours, avec la gaze iodoformée ou iodolée et, entre temps, lui faire subir l'action d'un caustique tel que le chlorure de zinc (à parties égales dans l'eau distillée), dont l'action pourra être plus répétée et plus prolongée que chez les femmes en période d'activité génitale, puisqu'il s'agit de répondre au dernier cri pathologique d'un organe déjà mort au point de vue fonctionnel.

(Le Concours Médical.)

OBSTETRIQUE

L'AVORTEMENT PROVOQUE DANS LES CAS DE VOMISSEMENTS INCOERCIBLES.

A la suite d'une observation d'avortement provoqué pratiqué sur une femme atteinte de vomissements incoercibles (consécutifs à une fièvre typhoïde) M. Lambinon, de Liège, donne quelques conseils qui intéressent le praticien.

Gaulard et Bué, dans leur travail concernant les accouchements et les maladies des femmes enceintes, partagent cette manière de voir du moment qu'une malade arrive à un état grave et que les moyens connus, appliqués pendant un temps assez long, n'ont donné aucun résultat. Il ne faut pas laisser mourir la patiente.

Certains accoucheurs prétendent que le pronostic des vomissements n'est pas sévère, détrompez-vous.

Joulin, réunissant plusieurs statistiques, a compté 49 morts sur 121 cas, ce qui fait une mortalité moyenne de 44 o/o. Horwitz a perdu 5 malades sur 12.

Dans ces conditions, la provocation de l'avortement est parfaitement légitime.

Certains auteurs n'en sont pas partisans. Voici des chiffres rassurants: Sur 121 observations, Joulin, comme nous venons de le voir, compte 49 morts et 72 guérisons. De ces dernières, 31 se sont produites sans fausse couche et 41 après avortement spontané ou provoqué.

La statistique de M. Guéniot porte sur 118 cas, dont 72 se sont terminés heureusement, 31 sans fausse couche et 41 après avortement spontané ou provoqué.

L'avortement exerce donc incontestablement une influence heureuse sur la maladie. N'hésitez donc pas à le provoquer, mais n'y recourez qu'à la dernière extrémité; il faut que tous les autres moyens aient échoué avant d'en venir à cette mesure extrême.

N'attendez pas cependant que la situation de votre malade soit tellement grave qu'elle ne puisse plus être sauvée.

A quel moment faut-il intervenir?

D'après P. Dubois, pendant la première période, c'est trop tôt, et trop tard pendant la troisième; la seconde constitue le moment réellement propice. C'est l'apparition de la fièvre qui indique le moment de l'intervention. Horwitz n'admet pas l'existence de ce symptôme qui doit être rare. Pour lui, la fréquence des vomissements, la sécheresse de la langue, les fuliginosités des gencives, la diminution de l'urine, l'albuminurie, le délire, l'insuccès des autres traitements démontrent l'opportunité de l'opération.

Ajoutons que d'après l'opinion émise par M. le Professeur Charles dans son Cours d'Accouchements, le traitement obstétrical des vomissements incoercibles ne doit jamais être appliqué par un praticien seul; les circonstances sont graves, la responsabilité est considérable, une consultation est de rigueur."

Ce conseil est excellent et mérite d'être répété, car il évitera aux praticiens de cruels mécomptes.

(Jour. de Méd. de Paris.)

DERMATOLOGIE

TRAITEMENT DU FAVUS.

Il comprend deux phases:

1. Phase préparatoire, consistant à nettoyer le cuir chevelu, à le débarrasser des godets et des croûtes qui le recouvrent et à calmer l'irritation causée par ces productions. Pour cela: couper les cheveux ras, appliquer sur les godets et les croûtes pendant trois mois le mélange suivant:

Savon noir..... àâ

Axonge fraîche.....

Puis lavage à l'eau tiède; application pendant toute une nuit de cataplasme d'amidon cuit. Un bon nettoyage et des pansements boriqués humides suffiront ensuite à déterger le cuir chevelu;

Traitement du parasite.—Épiler toutes les parties malades en évitant de casser les cheveux sains. Appliquer ensuite les onctions parasitocides dont voici quelques formules:

(a) Tous les soirs une onction sur le cuir chevelu avec:

Bioxyde jaune de mercure..... 0 gr. 20

Huile de cade..... 5 —

Axonge benzoïnée..... 20 —

Le matin, savonner la tête à l'eau tiède et ensuite faire une friction totale du cuir chevelu avec une brosse douce imbibée de:

Alcool à 60 deg..... 200 grammes

Teinture d'iode fraîche..... 50 —

Besnier recommande des frictions le soir avec la pommade suivante:

Baume du Pérou..... 2 à 5 gram.

Acide salicylique..... 1 à 5 —

Résorcine..... 1 à 5 —

Soufre précipité et lavé..... 5 à 15 —

Lanoline..... 30 grammes

Vaseline..... 30 —

Axonge fraîche..... 30 —

Le matin on fera une lotion à l'eau tiède suivie d'une friction avec:

Alcool à 90 deg..... 100 grammes

Acide acétique cristallisable... 1 —

Acide borique..... 2 —

Chloroforme..... 3 —

Ou encore:

Alcool 90 deg..... 100 grammes

Acide acétique cristallisable..... 1 —

Sublimé..... 0 gr. 10

Dans la journée, recouvrir les parties malades de rondelles d'emplâtre de Vigo, ou, si l'enfant porte une postiche, interposer une coiffe mobile maintenue par une patte.

Anna. de Thér. Der. et Syph.)

SYPHILIGRAPHIE

LE LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN DES SYPHILITIQUES EN PERIODE SECONDAIRE.

Par M. le Dr M. P. Ravaut.

L'examen cytologique du liquide rachidien de 118 syphilitiques en période secondaires a permis de constater que sur 54 malades sans accidents actuels ou atteints de roséole, de plaques muqueuses ou cutanées, 7 seulement présentaient une réaction lymphocytaire nette, alors que sur 55 atteints de syphilides pigmentaires, de syphilides

papuleuses, miliaires ou psoriasiformes, 41 ont, au contraire, présenté des réactions très nettes, parfois très intenses.

Dans 2 cas d'alopécie syphilitique et 2 cas de paralysie faciale survenus en pleine période secondaire de la syphilis, on constate également de grosses réactions; sur 5 malades atteints d'iritis, un seul a présenté une forte réaction.

L'albumine, qui n'existe qu'à l'état de traces dans le liquide normal, se trouvait augmentée en quantité très notable dans presque tous les liquides présentant une réaction cellulaire.

Donc, chez les syphilitiques en période secondaire en même temps que certaines réactions cutanées persistantes altérant profondément l'épiderme, il existe des réactions nerveuses décelables uniquement par la ponction lombaire.

Ces réactions semblent évoluer parallèlement à la lésion cutanée.

Au point de vue pratique, il faudra tenir compte de ces faits dans l'interprétation du cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien; au point de vue thérapeutique, il faut les regarder comme la manifestation d'une syphilis en pleine activité et à manifestations multiples, dont le traitement devra être d'autant plus énergique.

(La Presse Médicale.)

FORMULAIRE

CONTRE LES ACCIDENTS DE LA MENO-PAUSE.

Teinture de viburnum prunifolium àâ 2 gr.
 — d'hysdrastis canadensis
 Elixir de garus
 Sirop thébaïque 6
 àâ 30 gr.
 Eau chloroformée saturée
 Eau dist. de tilleul.....
 4 à 5 cuill. à s. par jour. (Kalk.)

CONTRE LE PRURIGO.

Pour calmer les démangeaisons du prurigo, Liégeois conseille des lotions d'eau étendue de vinaigre de sauge: faire macérer 15 gr. de feuilles de sauge dans 250 gr. de vinaigre blanc; verser deux cuillerées à café de la macération dans l'eau tiède qui servira aux lavages.—(Le Monde Médical.)

NOUVELLES

A Saint-Esprit, le 23 courant, l'épouse de M. le Dr. J. M. Aumont, une fille.

A Saint-Gabriel de Brandon, le 25 de ce mois, l'épouse de M. le Dr. Emile L'Abbé, un fils.

SUPPLEMENT

GALIEN.

(Suite et fin.)

Désireux de s'instruire par lui-même, il parcourut ensuite diverses contrées pour étudier les médicaments sur le sol même qui les produisait et pour en faire provision.

Revue à Pergame, vers l'an 160, Galien, alors âgé de 29 ans, savait tout ce qu'on pouvait savoir, avait écouté tous les maîtres célèbres qu'on pouvait entendre, vu tous les pays et toutes les maladies qu'on pouvait voir.

Il venait d'inventer un traitement nouveau pour les blessures des nerfs, lorsqu'il fut chargé, par le pontife de Pergame, du traitement des gladiateurs, et dans l'espace de trois années, aucun d'eux ne succomba. Sa renommée était déjà solidement établie dans son pays, lorsqu'une sédition y éclata. Peu soucieux d'exposer sa vie, il quitta brusquement Pergame, et partit pour Rome.

Rome, à ce moment, était partagée entre les Empiriques, les Méthodistes et les Dogmatiques. Les prêtres et les charlatans s'y disputaient à l'en-
vi les pauvres malades. On devine quel mépris ces médecins improvisés, ignorants et intéressés durent inspirer à cet homme riche et savant, qui exerçait depuis quinze années et avait approfondi tous les systèmes, sans se déclarer pour aucun. On conçoit avec quelle facilité Galien sut se créer une place prépondérante parmi ses confrères romains. De suite, il découvrit leur point faible. Il comprit que l'ignorance de ces médicastres devait les laisser très embarrassés, quand ils arrivaient pour la première fois au chevet d'un malade. Aussitôt, il répandit qu'il savait, dès la première visite, reconnaître les maladies, distinguer dès le premier accès les fièvres tierces des fièvres quartes, les fièvres quotidiennes des intermittentes. A l'épreuve, ses dires se trouvèrent justifiés et, en peu de temps, sa réputation établie.

Vers l'an 167 une peste terrible s'étant déclarée à Rome, Galien, aussi peu brave devant le fléau que devant la guerre civile, abandonna l'Italie et courut se réfugier à Pergame. Sa prudence, on le voit, était extrême. Cet homme heureux tenait à la vie.

La terrible épidémie apaisée, nous voyons Galien revenir à Rome, à la suite de Marc-Aurèle, qui l'avait fait appeler à Aquilée et se l'était attaché. Cette protection toute puissante mit le comble à sa fortune, à sa renommée—et à son orgueil. Ainsi appuyé, il pouvait tout oser.

Et c'est, en effet, comme l'a fait judicieusement remarquer M. M. Albert, vers cette époque, que Galien commença l'œuvre triple poursuivie jusqu'à sa mort, dans ses visites aux malades, par des dissections d'animaux, des lectures et des démonstrations publiques, et dans plus de cinq cents traités. Qu'il parle, qu'il exerce ou qu'il écrive, il se montre toujours avec les mêmes traits caractéristiques, la pas-

sion de la science, des connaissances très étendues, l'amour de la controverse et des discussions philosophiques, une hauteur méprisante, un impérieux be-
puissant instinct de combativité. Ce qu'il veut de-
soin de domination, une humeur querelleuse et un
sormais, c'est discréditer ceux dont il n'y pas oublié
le malveillant accueil, les médecins de Rome, igno-
rants et cupides; c'est ruiner l'une après l'autre tou-
tes les doctrines qui se sont substituées à celle
d'Hippocrate; c'est fonder, avec les débris de toutes
les sectes mélangées, un corps complet de médecine
nouvelle; c'est enfin imposer sa gloire et cette au-
torité devant laquelle s'inclineront si longtemps
tous ceux qui soignent et tous ceux qui souffrent.

(Journal de la Santé.)

— o o : —

LA SCARPALOGIE.

La psychologie fait tous les jours de nouveaux progrès. Un docteur de Bâle vient d'inventer la Scarpalogie, qui est tout simplement l'art de connaître des hommes d'après... leurs vieilles chaussures.

Un talon et une semelle pareillement usés indiquent l'homme énergique, connaissant les affaires; s'il s'agit d'une femme, elle est fidèle et excellente ménagère.

Quand le bord extérieur de la semelle est usé, c'est l'indice indubitable d'un esprit fantasque. Si, au contraire, le bord intérieur est usé, l'homme est timide, irrésolu.

Enfin, quand les souliers sont usés au bord extérieur, et les points du pied un peu râpées, tandis que le reste de la chaussure est comme neuf, le porteur de ces souliers est un fripon.

Le professeur compte exposer plus longuement sa découverte dans une communication—impatiemment attendue—à l'Académie des sciences.

D'ores et déjà, avant de traiter une affaire avec quelqu'un, examinez bien la semelle de ses bottes. Et si vous avez des intentions matrimoniales, au lieu de demander une fleur de son bouquet au timide objet de vos vœux, priez-la de vous accorder le présent d'une vieille paire de chaussures.

C'est un souvenir bien plus personnel pourrez-vous dire, d'un air sentimental, à l'appui de votre requête.

Mais vous examinerez soigneusement si le bord de la semelle n'est pas extérieurement usé (esprit fantasque), si la pointe n'est pas fatiguée (duplicité), et vous saurez alors, après cet examen de la science, si vous avez trouvé chaussure à votre pied!

— o o : —

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRME

(Suite.)

Quelquefois elle s'asseyait au piano et distraitement commençait le thème d'une romance préférée, mais elle s'arrêtait soudain, les yeux perdus dans la vague, la pensée bien loin.

Mrs Brown suivait pas à pas les changements qui s'opéraient en Nelly, c'est avec angoisse qu'elle lisait la douleur énorme, irréparable qui altérait chaque jour davantage les traits jadis souriants de la jeune fille. Maintenant les yeux bistrés étaient abattus, les lèvres pâlies, le front penché.

La pauvre mère subissait le contrecoup de ce lâche abandon et depuis quelque jours avait bien vieilli de dix ans.

Le Révérend Barnes, suivant son habitude venait voir ses chères amies et essayait de son mieux de les reconforter de ses paroles. Enfin voyant que rien ne faisait, qu'au contraire la mère et la fille étaient de plus en plus sombres, il résolut de frapper un coup décisif pour empêcher le mal d'avancer plus loin.

Un soir il prit Nelly à part.

—Voyons chère enfant, avez-vous observé le changement énorme qui est survenu depuis quelques jours dans l'état de santé de votre mère?

—Ma mère! dit Nelly avec surprise, vous croyez qu'elle est malade, mais je la trouve comme d'habitude, rien en elle ne fait croire qu'elle soit indisposée. Rien n'est changé dans sa manière de vivre, elle s'occupe de sa maison comme elle l'a toujours fait.

—Eh bien non Nelly, répondit le ministre, vous vous trompez. Regardez-là, voyez ses traits amaigris, ne remarquez-vous pas que ses épaules jadis si droites, se courbent maintenant et que dans ses yeux on lit les traces de larmes qu'elle essaye, mais en vain, de dissimuler.

—Mais alors, s'écria Nelly, il faut prévenir le docteur Smyth!

—Non, Nelly, il ne faut prévenir personne,

car la médecine n'a rien à faire ici. Chez elle c'est l'âme qui souffre, et la seule personne qui puisse la sauver, c'est vous.

—Moi! Et comment cela?

Alors le ministre prenant la jeune fille par la main, la conduisit devant une glace qui ornait un des murs de la pièce où ils se trouvaient.

—Regardez-vous Nelly, voyez la paleur de votre front, considérez l'altération de vos traits et vous comprendrez pourquoi votre mère se meurt de chagrin. Elle vous aime votre mère, vous êtes tout pour elle et vos peines deviennent les siennes, vos larmes causent ses pleurs. Je vous le dis, Nelly, en continuant ainsi votre mère ne vivra pas six mois et Donald Lington n'aura pas fait qu'une victime à son actif; il y en aura deux.

—Mais alors, que voulez-vous que je fasse? dit la malheureuse enfant.

—Il faut oublier le passé, ne plus songer à ce misérable qui ne mérite en somme que ton dédain. Je sais que l'épreuve a été dure, que l'ulcère est lent à se cicatriser, mais il faut lutter, chasser les pensées qui attristent ton âme. Alors, à mesure que la gaieté reviendra que Garry-Fen reprendra ses allures d'autrefois, tu verras ta mère redevenir ce qu'elle était, car, ce qui la tue, c'est ton désespoir et, te croyant heureuse, elle le sera aussi.

—Vous croyez, monsieur Barnes, qu'on peut ainsi dicter à son cœur, vous voulez donc me faire jouer cette comédie terrible qui consiste à avoir le sourire aux lèvres et la mort dans l'âme. Oui, le coup qui a brisé tout en moi est terrible, je sais que je vais rapidement vers la tombe. Donald Lington m'aura tuée et mon premier et seul amour aura été mon dernier.

—Bah! s'écria le révérend Barnes, en marchant fiévreusement, tout ceci est du roman, ce qu'il nous faut, c'est de la réalité. Alors, voici une fille jeune, jolie, riche qui se laisse mourir comme dans une tragédie de Shakespeare, pour un galopin qui ne vaut pas la corde qui le pendra un jour! Alors, vous vous laissez ainsi abattre, lorsque devant vous est un avenir de bonheur et d'amour! Croyez-vous donc que Donald Lington soit le seul homme sur terre. Mais, faites un signe, et cinq, dix, vingt se présenteront, heureux d'offrir leurs hommages à la perle de Stratford-on-Avon!

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII

MERCREDI, 4 NOGEMBRE, 1303.

No. 19

Travaux Originaux

LE CHLORURE DE CHAUX DANS LES INFECTIONS PUERPERALES.

Par M. le Dr A. Ethier.

Ancien interne de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, de l'Hôpital St-Michel de Paris, Chirurgien à l'Hôpital Notre-Dame, membre de la Société de prophylaxie sanitaire et moral contre la Syphilis—Membre correspondant des Congrès de Chirurgiens Français et d'Unologie de Paris

Lors de mon passage à Paris en 1901, peu de temps après mon entrée, comme interne, à l'hôpital St-Michel, mon maître le Dr Récamier, m'ayant confiz, durant son absence, le soin de sa clientèle privée, je suis demandé en consultation par un confrère français auprès d'une femme ayant accouché treize jours auparavant et dont l'état lui inspirait disait-il d'assez graves inquiétudes.

A l'interrogatoire, nous retraçons comme antécédents personnels, ce qui suit:—De 11 à 20 ans menstruations normales. A l'âge de 21 ans, étant encore fille elle devient mère en donnant naissance à un enfant à terme et bien portant. L'accouchement se fait normalement mais au cours des relevailles, survient une phlébite du membre inférieure gauche qui dure deux mois.

Mariée à 24 1-2 ans, 18 mois plus tard, assistée par une sage femme, elle accouchait de nouveau après une heureuse grossesse conduite encore à terme.

Comme lors du premier accouchement, celui-ci se fait par les seules forces de la nature, seulement l'expulsion du placenta est accompagnée d'une hémorrhagie abondante et presque foudroyante.

Un médecin accoucheur est aussitôt appelé et à son arrivée ce dernier trouve une femme exangue et en état syncopal. Immédiatement il donne force injections sous-cutanées d'éther, de caféine et une grande injection de plus d'un litre de serum artificiel à 7/1000. Après beaucoup d'efforts la patiente revient de cet état alarmant. Le médecin et la sage-femme procèdent alors à un examen minutieux du placenta qu'ils croient reconnaître en entier, sans toutefois l'affirmer d'une manière bien positive. Dans le doute après avoir fait la toilette du vagin et de la cavité-utérine qu'il débarrasse des caillots de sang qu'elle contenait, le médecin ordonne à la sage-femme qui doit continuer ses soins, de donner matin et soir deux grandes irrigations antiseptiques avec une solution faible de sublimé. C'est ce qui a été fait régulièrement par la sage-femme qui me paraît intelligente et compétente.

Sept ou huit jours après cet accident la malade dont l'état général s'était sensiblement amélioré commence à donner une température au-dessus de la normale. De plus des nausées, des vomissements et des frissons apparaissent. On redouble d'attentions et le même médecin est de nouveau appelé. L'écoulement des lochies se fait assez facilement, aucune odeur, la couleur est légèrement teintée en rouge. Cependant l'écoulement est peu abondant. Avec les lavages intra-utérins antiseptiques que l'on fait régulièrement matin et soir, au moyen d'une canule en verre courbe et trouer latéralement, le retour du liquide se fait très-librement. Le col utérin est resté laeagement ouvert, pouvant permettre le rejet de fausses membranes, mais on n'en trouve aucune trace dans le liquide, non plus que de debris placentaires. Cependant après quelques jours les symptômes généraux d'infection continuent à persister et même s'accroissent davantage. La température varie entre 34 degrés et 20 degrés centigrades, le pouls frappe 110 à 130 pulsations à la minute, et la respiration dépasse 30 à la minute.

C'est alors que le médecin propose une consultation qui est acceptée par la famille.

Au premier examen que je fis, voici ce que je constatai. Le palper abdominal donne peu de sensibilité, encore faut-il exercer une pression assez forte vis-à-vis la région utérine. Pas de ballonnement, ventre souple. Au toucher vaginal on reconnaît un utérus mou, flasque, encore assez volumineux et peu sensible à la pression par le palper combiné au toucher. Le col utérin est entrouvert et permet l'introduction de l'index jusque dans la cavité utérine, mais on ne peut arriver ni sur le fond utérin ni dans les cornes utérines. L'utérus est mobile en tout sens. Pas d'écoulement putride, ni même louche. Les annexes et les cul-de-sacs paraissent à l'état normal.

Malgré tout cet utérus encore aussi volumineux, manquant de dureté, avec ouverture du col restée béante, me dit qu'il doit retenir attachés à ses parois des fragments de placenta que les injections intra-utérines données délicatement ne parviennent pas à faire déloger. De plus ces corps de délit paraissent siéger vers la corne utérine gauche.

D'accord avec mon confrère je fais acceptée par la patiente et le mari une intervention avec la curette pour débarrasser la cavité utérine de ces corps étrangers, cause de tous ces désordres généraux.

Le curettage devait avoir lieu le lendemain matin. Deux heures plus tard mon maître étant rentré à Paris, je l'amène auprès de la patiente, mon diagnostic est confirmé, l'intervention approuvée, mais différée à 2 jours.

(A Suivre.)

Coq-a-l'Ane

LA MALADIE DE STOKES-ADAMS.— Osler (in Lancet) fait un joli travail sur ce sujet, dans lequel il décrit les formes particulières de cette affection: la variété post-fébrile,

le, artério-scléreuse, sénile; neurotique, cardiaque, etc. On sait que cette maladie ou syndrome est caractérisée par un pouls lent permanent, brachycardie, accompagné d'attaques syncopales et épileptiformes. Elle a été décrite par Adams en 1827 et par Stokes, en 1846. Elle serait sous la dépendance d'une ischémie bulbaire. Osler dit que les formes tardives sont mauvaises et que chez les jeunes personnes on peut parfois espérer une guérison. Les cas séniles accompagnés de vertige, ne s'améliorent pas et il n'y a guère qu'à tenir les intestins libres et voir à la diète. Chez les sujets plus jeunes il y a lieu d'essayer les iodures et s'il existe une élévation de la tension, les nitrites. Contre les états syncopaux, le nitrite d'amyl et l'ammoniaque fort sont utiles. L'asthénie peut demander l'eau-de-vie, l'éther et les stimulants cardiaques. La digitaline pourra être employée avec prudence dans la dilatation cardiaque, l'infiltration de la base des poumons.

— o o —

Revue des journaux

MEDECINE

LE DIAGNOSTIC DE L'ABONDANCE DES ÉPANCHÉMENTS PLEURAUX.

Par M. le Dr M. B. Granier.

Une des principales indications de la thoracentèse est tirée de la quantité du liquide épanché: "Le danger immédiat de la pleurésie est tout entier dans l'abondance de l'épanchement," a écrit M. Netter. "L'évolution de la quantité de liquide épanché, observe M. Landouzy, a une grande importance car c'est sur elle que sont basées les principales indications de la thoracenthèse."

Il est donc indispensable de savoir évaluer à peu près exactement l'abondance d'un épanchement pleural. Pour arriver à cette évaluation, les procédés les plus usités sont d'ordre clinique et consistent plus particulièrement dans certains signes physiques que M. Granier passe rapidement en revue. A l'inspection, les espaces intercostaux sont effacés, le thorax est immobile. L'augmentation thoracique, caractérisée par une saillie relative et générale du côté affecté par rapport à l'opposé, "se montre assez

rarement dans la pratique. La véritable dilatation se prononce à la fois en avant, en dehors, et parfois en arrière. Elle est caractérisée, de plus, par l'effacement des creux intercostaux chez les sujets maigres, et, exceptionnellement, par la saillie de ces espaces" (Woillez). Bouilly admet que la dilatation unilatérale du thorax est rarement appréciable à la vue et accorde beaucoup plus d'importance à la voussure qui "indique, soit un épanchement enkysté, soit un épanchement abondant."

L'inspection permet encore de reconnaître les modifications des mouvements respiratoires. "La vue, écrit Woillez, peut constater l'immobilité du côté affecté, dans certains épanchements abondants, pendant les mouvements respiratoires, comme l'a parfaitement indiqué Avenbrugger; d'autre fois, une dilatation moindre pendant les inspirations du côté affecté. Beaucoup d'autres malades ont une respiration simplement costale. Dans ce dernier cas, la respiration est toujours laborieuse, par suite des efforts exagérés des muscles éleveurs des côtes." M. Pitres décrit avec soin les modifications du type respiratoire suivant l'abondance de l'épanchement: le plus souvent, bien qu'il n'y ait pas de règle absolue à ce sujet, le type respiratoire devient mixte dans les épanchements moyens (1 à 3 litres) et costal supérieur dans les grands épanchements, supérieurs à 3 litres. Par l'inspection, on peut encore juger des déplacements du cœur et voir les battements dans les espaces intercostaux droits en cas de pleurésie gauche abondante et refoulant le cœur à droite.

La palpation permet de reconnaître un certain nombre de signes de la plus haute importance. Les vibrations thoraciques sont complètement abolies dans les épanchements pluraux très abondants. Bouilly insiste beaucoup sur la sensation de plénitude, de tension d'un côté comme plein, résistant, ne cédant pas à la pression, comme si la paroi était constituée par un corps dur, solide," on peut conclure qu'il s'agit d'un épanchement abondant.

Signalée par Corvisart, Trousseau, Tarral, la sensation de flot est très difficile à obtenir. Woillez la considère comme très rare, Bouilly ne l'a jamais observée; "elle ne se montre guère, disent Fernet et d'Heilly, que dans des cas où sa présence n'ajoute rien au diagnostic."

La palpation renseigne surtout sur les déplacements subis par les organes du voisinage. Laënnec remarque que le foie est abaissé dans les épanchements excessivement abondants. Damoiseau et Woillez confirment l'opinion de Laënnec; M. Dieulafoy montre toute l'importance diagnostique du déplacement du cœur: le point maximum de la systole cardiaque "atteint déjà le bord gauche du sternum avec un épanchement de 5 à 600 grammes; il est entre le sternum et le mamelon droit avec un épanchement de 1800 à 2,000 grammes."

La mensuration permet de juger du degré d'aplatissement du thorax, et Woillez a montré tout la part qu'on pouvait en tirer. Prise tous les jours avec le cystomètre, la mensuration permet de suivre la marche de la pleurésie, et aussi d'évaluer jusqu'à un certain point l'abondance du liquide; en effet, c'est

surtout le diamètre antéro-postérieur de la poitrine qui augmente; l'augmentation considérable de ce diamètre indique donc un épanchement abondant. Le signe du cordeau de Pitres peut encore servir à cette évaluation: "la pointe du sérum est déviée de 1-2 à 1 centimètre dans les épanchements moyens (1 à 3 litres), 1 à 3 centimètres dans les grands épanchements, supérieurs à 3 litres."

La percussion révèle de la matité au niveau de l'épanchement et du skodisme dans la région sous-claviculaire du côté malade. Pour la majorité des auteurs, la matité n'est pas absolument en rapport avec l'abondance de l'épanchement (Woillez, Dieulafoy). Cependant, pour Bouilly, l'existence de la matité en avant permet d'affirmer à coup sûr un épanchement considérable. La disparition de la sonorité de l'espace de Traube est considérée par beaucoup d'auteurs comme un excellent signe d'épanchement pleural gauche abondant, mais M. Jaccoud a fait observer que ce signe est loin d'être pathognomonique, puisqu'il se rencontre dans les symphyse phréno-costales. Inversement, M. Pitres fait remarquer que l'espace de Traube est mat chez bon nombre de sujets qui n'ont jamais eu de pleurésie. L'importance de ce symptôme est donc très discutable.

Le skodisme sous-claviculaire s'observe en cas d'épanchement moyen. Lorsque l'épanchement est très abondant et remplit toute la plèvre, le skodisme manque; il y a matité complète du bas de la poitrine, jusqu'à la clavicule.

A l'auscultation, en cas d'épanchement abondant, l'absence de respiration est "égale, uniforme et si complète que l'on n'entend absolument rien, quelle que soit la force avec laquelle les efforts de l'inspiration soulèvent les parois du thorax" (Laënnec). Cette opinion est acceptée par la plupart des auteurs: Barth et Roger, Bouilly, Pitres, Netter, Landouzy, etc.

Le souffle doux, léger, lointain, caractérise surtout les épanchements peu ou moyennement abondants. Dans les cas d'épanchement abondant, ce qu'on observe souvent, c'est un souffle caverneux ou amphorique (Béthier, Rilliet et Barther, Woillez, Dieulafoy). L'égophonie n'est pas exceptionnelle dans ce cas (Trousseau, Bouilly).

Quelle est la valeur de ces différents symptômes? Pour Bouilly, les caractères de la matité, l'abolition absolue des vibrations thoraciques, le déplacement du cœur dans les pleurésies gauches, et le silence respiratoire absolu dans les grands épanchements, sont les signes qui permettent le mieux d'apprécier l'abondance du liquide, Dieulafoy s'appuie sur la matité et surtout sur la déviation du cœur, Pitres tient un grand compte de la hauteur de la ligne de matité.

Le soin même avec lequel on a cherché à préciser les rapports entre les signes physiques et le volume du liquide montre la difficulté de ce diagnostic. C'est que le diagnostic de l'abondance de l'épanchement par les signes physiques est toujours difficile et souvent en défaut: aussi peut-il être utile de joindre aux données qu'ils fournissent quelques autres éléments tirés de nouveaux procédés d'investigation.

Ces procédés sont: la méthode des pesées (Chauffard) qui se propose de suivre la marche de l'épanchement en pesant les malades tous les jours, méthode bonne seulement pour reconnaître si la pleurésie augmente ou diminue; la mesure de la tension intrathoracique (Quincke, Peyrot, Leyde, Homolle), méthode à résultats inconstants et peu précis; l'exploration du thorax par les rayons Röntgen (Bouchard, Bergonié et Carrière, Bécère), exploration délicate et d'interprétation difficile; l'étude de la perméabilité pleurale (Ramond et Tourlet, Castaigne, Widal et Ravaut). Pour Castaigne, le salicylate de soude, injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané, passe dans la plèvre tant que la pleurésie est en voie d'augmentation; lorsque arrive la période d'état, la plèvre cesse d'être perméable, et l'on ne retrouve plus le salicylate dans le liquide de l'épanchement. Pour d'autres, la cryoscopie de la sérosité pleurale peut donner des indications relatives à l'évaluation de l'épanchement: leurs résultats sont encore discutés.

A ces divers procédés, M. Granier ajoute la méthode chronométrique (Nicolot, Achard), qui se fonde sur la comparaison de la coloration prise par le liquide pleural après une injection de bleu de méthylène et d'une solution étalée. Cette méthode est pratique, à condition de suivre la technique indiquée par M. Achard; elle est exacte et permet de porter l'approximation au demi-litre, ce qui est suffisant. Aussi mérite-t-elle de prendre place à côté des procédés cliniques précédemment décrits.

(Gaz. des Hôp.)

— : o : —

VALEUR SEMEIOLOGIQUE DE L'ÉTAT DE LA LANGUE DANS LES MALADIES DU TUBE DIGESTIF.

I. Considérations Préliminaires.—Les anciens auteurs attribuaient une importance considérable à l'état de la langue dans les maladies du tube digestif, une importance d'autant plus grande, peut-on dire, que leurs moyens d'investigation étaient plus restreints. Ils tâtaient le pouls, comptaient le nombre de ses pulsations, observaient ses qualités de tension, de force, de dépressibilité; ils faisaient tirer la langue et regardaient l'urine. En présence de la multiplicité des phénomènes pathologiques, ils étaient naturellement amenés à attribuer une importance excessive aux trois ordres de manifestations ainsi relevées, à leurs variations, à leurs associations.

Pour eux, la langue était devenue le miroir de l'estomac. Sa muqueuse était considérée comme une partie constituante de la muqueuse du tube digestif, et, par les variations de son état, on pensait avoir une image de l'état de la muqueuse du tube digestif, et, plus particulièrement encore, de l'estomac auquel on attribuait un rôle excessif dans la série des phénomènes de la digestion. La muqueuse linguale était comme un échantillon de la muqueuse digestive d'un examen particulièrement facile et instructif. En constatant l'état de la langue, on consi-

tait en même temps l'état de la muqueuse de l'estomac. Si celle-là était sale, saburrale, on voyait celle-ci encombrée de détritiques qui l'encrassaient et gênaient sa fonction. De là à la prescription d'un nettoyage énergique par le vomitif ou l'éméto-cathartique, il n'y avait qu'un pas. Et, du reste, l'observation clinique semblait donner raison à la théorie, puisque, dans un grand nombre de cas, les accidents d'embarras gastrique cédaient quelque temps après l'emploi de ces remèdes. Il n'en était pas toujours ainsi, et assez souvent, comme la langue s'obstinait à rester sale, le médecin s'obstinait en vain à nettoyer l'estomac. Et nous pouvons concevoir actuellement que l'excès dans le nettoyage était précisément la cause et la persistance de la saburra linguale.

Les anciens ne demandaient guère de renseignements qu'à la muqueuse; ou tout au moins lui rapportaient tous les renseignements qu'ils obtenaient par l'examen de la langue. Cependant, comme l'a exposé Lasègue, la langue est constituée par une masse musculaire enveloppée par une muqueuse, et c'est cette masse musculaire qui lui donne sa forme. Si la langue, dans certains cas, s'étale et conserve l'empreinte des dents contre lesquelles elle se moule, c'est que le muscle lingual atone se laisse déprimer et passivement aplatir. Il faut voir dans cette disposition l'indice d'un état particulier d'atonie du système musculaire et, sans doute aussi, de son appareil d'innervation. C'est une notion qu'il ne faut jamais oublier dans l'interprétation de la séméiologie linguale; il ne faut pas perdre de vue que le muscle et la muqueuse peuvent tous les deux contribuer à la constitution du syndrome linguale.

Mais revenons à la muqueuse. C'est en réalité une fausse muqueuse; elle dérive au point de vue embryologique non du feuillet interne, mais du feuillet externe du blastoderme; sa structure la rapproche de la peau et non de la muqueuse gastro-intestinale, et du reste son innervation est tout à fait différente de l'estomac et de l'intestin, qui ne reçoivent que des filets du pneumogastrique, du grand sympathique et des plexus ganglionnaires de l'abdomen. La prétendue muqueuse de la langue est en réalité un lambeau de peau modifiée et adaptée à une fonction particulière. Au point de vue de sa pathologie, elle se comporte beaucoup plus comme la peau que comme une muqueuse.

Ce qui donne à la pseudo-muqueuse linguale une apparence particulière, ce sont ses papilles et plus spécialement encore, au point de vue qui nous occupe, ses papilles filiformes.

Regardez avec une certaine attention une langue sale, blanche, et vous reconnaîtrez bientôt que l'enduit blanchâtre est en réalité constitué par l'existence de papilles filiformes nombreuses, longues, tassées les unes contre les autres. En grattant la muqueuse avec un abaisse-langue ou le bord mousse d'une cuiller, il est facile de voir ces papilles se redresser et se renverser. En général, on n'obtient par ce grattage qu'une quantité très minime de détritiques blanchâtres. Lorsque la langue est très blanche, qu'elle paraît couverte d'un enduit très dense, on s'aperçoit que la couche de papilles filiformes est très épaisse et que ces papilles sont très longues; elles constituent une sorte de gazon qui se couche

comme se couche l'herbe d'une prairie au passage d'une trombe d'eau. Ces langues à gazon papillaire long et épais ont été appelées langues pileuses.

On connaît la langue noire. Chez certaines personnes, il se forme sur la face supérieure de la langue une tache noire qui tend à la couvrir tout entière. Elle est souvent très foncée et donne l'aspect d'une large tache d'encre. L'un de nous, en étudiant un cas de langue noire à l'hôpital Saint-Louis en 1882, s'est aperçu qu'un des caractères de cette langue était précisément d'être pourvue d'un gazon papillaire très long et très épais. Peut-être était-il le premier à signaler cet état pileux de la langue noire; quoi qu'il en soit, on l'a toujours retrouvé depuis dans tous les cas dont l'histoire a été rapportée. C'est aux débris alimentaires et probablement à certaines spores de couleur noire accumulées dans ce gazon épithélial qu'il faut attribuer la couleur spéciale de la langue noire.

Toutefois, une langue pileuse, à gazon papillaire très épais et très long, ne devient pas forcément une langue noire, elle peut rester blanche, crémeuse. On rencontre de temps en temps des personnes qui, depuis des années, ont une langue couverte d'un épais enduit d'aspect crémeux. Il est facile de se rendre compte, par une observation même superficielle et rapide, que cet enduit est en réalité dû à la présence d'un gazon papillaire épais, ce sont des langues pileuses blanches par opposition aux langues pileuses noires dont il vient d'être question.

Entre ces cas extrêmes d'observation rare, et la langue, lisse, rouge, charnue, pourrait-on dire, sur laquelle s'aperçoivent aisément les petites saillies rouges des papilles fungiformes, tous les intermédiaires se rencontrent.

Il nous paraît certain qu'il y a à ce point de vue des dispositions anatomiques que les états morbides peuvent venir exagérer ou modifier. Il s'agit en tout cas d'états de longue durée, et qui ne se modifient quelquefois qu'après des mois et des années.

Chez tout le monde, la desquamation linguale se fait d'une façon continue, surtout par la chute des productions filiformes qui constituent de beaucoup la partie la plus longue des papilles caliciformes. Chez certaines personnes, cette desquamation paraît prendre une intensité très grande, sous l'influence, semble-t-il, d'une véritable dermite superficielle de la langue. Il est, par exemple, assez connu que chez des enfants atteints de colite chronique, de courbature, la langue est blanche au centre et en arrière de sa face supérieure, et rouge sur les bords. Ce qui donne à la partie centrale l'aspect d'un enduit blanchâtre, c'est l'existence du gazon papillaire épais. Au contraire, sur les parties marginales, en vertu du frottement contre les dents les prolongements épithéliaux des papilles sont tombés, la muqueuse apparaît rouge, irritée, les papilles fungiformes sont rouges, saillantes, érectiles. Eh bien, en réalité, pour les parties rouges, comme pour les parties blanches, il s'agit d'un même processus de dermite linguale desquamative superficielle. Seulement les produits de cette desquamation excessive restent adhérents à la partie supérieure en contact avec la muqueuse palatine, ils sont détachés par le frotte-

ment contre les dents sur les bords de la langue.

Nous pouvons résumer ce qui vient d'être exposé par quelques propositions fondamentales:

1. La muqueuse linguale est en réalité un bourgeon cutané de structure modifiée;

2. Son enduit saburral est dû avant tout à l'abondance excessive des papilles filiformes qui forment un épais gazon sur les langues pileuses;

3. Ce processus de desquamation avec adhérence ou chute des détritiques épithéliaux d'origine papillaire, dépend d'une sorte de dermite superficielle.

Ces idées, que l'un de nous professe depuis très longtemps, sont très analogues à celles qu'a exposées G. Müller, dans un intéressant travail que nous ne connaissons que depuis quelques jours. Elles nous paraissent avoir une importance capitale pour l'interprétation de la séméiologie digestive de la langue.

(Gaz. des Hôp.)

— : o —

LE PANCREAS DANS LA CIRRHOSE VULGAIRE DU FOIE.

L'auteur a étudié le pancréas dans six cas de cirrhose de Lannec. Il a trouvé une augmentation constante du tissu connectif interstitiel de la glande et surtout du connectif périlobulaire; dans certains cas, le tissu connectif était répandu un peu partout en plus grande abondance que normalement, et alors il envahissait l'intérieur des lobules et il entourait chaque acinus pancréatique; dans d'autres cas, il demeurait à peu près exclusivement périlobulaire. Le tissu connectif avait tantôt l'aspect adulte, tantôt l'aspect jeune, richement nucléé; jamais sa prolifération n'atteignait un degré excessif.

Les îlots de Langerhans participaient au processus morbide, mais leurs altérations n'étaient pas très profondes. La plus fréquente de ces altérations était l'élargissement des filiètes épithéliales, et quelquefois la dilatation était telle que peu d'éléments cellulaires demeuraient dans l'îlot. Quelquefois ils étaient le siège d'une inflammation aiguë, ou bien ils étaient entourés d'un tissu connectif épais.

Les vaisseaux apparaissaient quelquefois normaux, mais quelquefois aussi ils présentaient une prolifération parvi-cellulaire de l'intima, et à l'entour des vasa vasorum.

En plus de ces lésions d'ordre inflammatoire, on notait dans le pancréas une forte hyperémie par stase veineuse, des infarctus hémorragiques plus ou moins volumineux, et quelquefois une nécrose diffuse. Dans un cas la nécrose était simplement en rapport avec l'hémorragie ou bien si d'autres facteurs (auto-digestion, infection suraiguë) avaient concouru à sa détermination.

La dégénération graisseuse, inconstante mais fréquente, se présentait sous forme de dégénération granulo-graisseuse des cellules glandulaires, ou sous forme de grosses gouttelettes accumulées dans le tis-

au connectif, surtout dans les cas où il existait de vastes nécroses.

D'après l'auteur, les altérations inflammatoires chroniques du pancréas ne sont pas seulement l'effet de la stase chronique; elles sont dues selon toute probabilité à la cause même qui produit la cirrhose du foie.

Les altérations du pancréas chez les cirrhotiques rendent compte du diabète qui vient quelquefois compliquer la cirrhose hépatique. On peut aussi se demander si, la lévulosurie alimentaire des cirrhotiques pouvant être mise sur le compte des lésions du foie, la dextrosurie qui l'accompagne quelquefois ne doit pas être rapportée aux lésions du pancréas.

Enfin il est probable que les infarctus du pancréas et sa nécrose, lorsqu'ils ont une certaine extension, ont une influence défavorable sur le cours de la cirrhose du foie.

(La Presse Médicale.)



DES MOYENS D'AUGMENTER LE LAIT CHEZ LES ACCOUCHEES.

Par M. le Dr Charles.

Parmi tous les praticiens s'occupant des enfants, l'accord est unanime sur l'utilité de l'allaitement maternel, pendant les premiers mois au moins.

Tous sont d'accord pour déclarer que la mortalité si élevée des nouveau-nés reconnaît comme cause la plus générale l'allaitement artificiel.

Tous les laits du commerce, frais ou conservés, purs ou dilués, complets ou modifiés, prétendument maternisés ou humanisés, sont loin de pouvoir rivaliser avec le liquide fourni par le sein de la femme et donné en quelque sorte vivant au nourrisson.

Il y a donc un immense intérêt à ce que la mère allaite son enfant et c'est pour tous les praticiens, médecins ou accoucheuses, un devoir de conscience de recommander l'allaitement maternel, d'en faire ressortir les avantages et de le favoriser par tous les moyens possibles.

C'est une faute grave et impardonnable que de déconseiller l'allaitement à toutes les femmes lymphatiques, nerveuses, chlorotiques, impressionnables, plus ou moins délicates; en entrant dans cette voie, on interdirait l'allaitement maternel à la plupart des femmes des grandes villes au profit du déplorable allaitement artificiel par l'un ou l'autre des nombreux moyens préconisés.

Pour qu'on empêche la mère de nourrir son enfant, il faut que les états morbides dont nous venons de parler soient très prononcés, présentent des dangers sérieux pour la mère et l'enfant. Fréquemment des femmes de santé médiocre deviennent mieux portantes, prennent de l'embonpoint pendant qu'elles nourrissent et continuent à prospérer après le sevrage.

Mais certaines femmes, ne demandant pas mieux que d'allaiter leur bébé, en sont empêchées par l'absence plus ou moins complète de sécrétion lactée: il y a hypogalactie ou agalactie absolue.

Est-il exact de dire, comme certains l'ont avancé, qu'on peut en triompher facilement et que presque toutes les femmes qui veulent, peuvent allaiter leur enfant?

Nous ne le pensons pas et nous considérons, au contraire, ces cas d'agalactie comme les plus défavorables et donnant le moins de prise aux diverses méthodes galactogènes.

Quels sont les moyens employés pour augmenter le lait ou en faire venir quand il n'y en a pas?

Les femmes prétendent faire monter le lait à l'aide de divers moyens banaux, ainsi le café, la bière, la soupe à la bière, le stout, le pale ale, les œufs, les pommes de terre, le sel, l'anis, le fenouil, le cerfeuil, le sureau, etc., etc. Comme médicaments, on a conseillé le polygala, la noix vomique ou la strychnine, le galéga, la thyroïdine et surtout, dans ces derniers temps, les annexes du fœtus ou placentophagie.

L'action de toutes ces substances est douteuse et aléatoire, y compris la placentose autour de laquelle on fait beaucoup de bruit depuis quelques mois.

Nous avons employé la placentose chez une dizaine de femmes à diverses doses et spécialement à dose élevée, comme on l'a recommandée après l'accouchement: ainsi un flacon de 100 grammes (coûtant fr. 5,50), en 36 ou 48 heures.

Le résultat a été nul ou insignifiant; parfois la sécrétion a augmenté après la placentose, mais momentanément et en faible proportion; il y a lieu de se demander si la cause n'est pas autre: influence de la succion, influence morale.

Nous croyons, en effet, que ces deux moyens sont les meilleurs galactogènes. A propos du premier moyen, voici quelques lignes intéressantes extraites du Mois Thérapeutique:

C'est un fait connu de la plus haute antiquité que les manœuvres ou les excitations mécaniques portant sur la glande mammaire ou son appareil d'excrétion, le mamelon, augmentent le volume de l'organe et favorisent sigulièrement sa fonction."

D'après Aristote, les bergers du mont AËta provoquaient artificiellement la sécrétion lactée chez les chèvres qui n'avaient pas reçu le mâle, en frottant leurs mamelles avec de l'ortie jusqu'à la douleur, et en pratiquant ensuite la traite.

Chez la jument kirghise, exploitée comme laitière au Thibet, c'est sous l'influence de la traite qu'on arrive à établir la sécrétion lactée, à la maintenir et à la développer. En même temps, les glandes augmentent de volume.

Mosengeil (de Bonn), en massant chaque jour pendant vingt minutes les mamelles de chiennes vierges, a obtenu au bout de quinze jours une sécrétion lactée parfaite. De même Colombo.

Soranus, Avicenne, Stahl, David, Dugès, Jacquemier et quelques accoucheurs conseillaient les frictions sur les seins pour exciter ou favoriser leur sécrétion. Mais il faut arriver aux travaux de Mensing pour avoir du massage une indication et une technique précises.

Nous empruntons au Dr Celerier les différents procédés que l'on peut utiliser pour combattre l'hypogalactie.

Pour masser une glande mammaire, les deux mains suffisent: instrumentation réduite à sa plus simple expression.

Toutes les manipulations du massage se ramènent en définitive: à l'effleurage, à la friction, au pétrissage, au tapotement, aux vibrations.

Pour réveiller une glande inerte, favoriser son développement, il faut y produire des modifications circulatoires: la congestionner. L'effleurage, la friction et le pétrissage, par leur emploi isolé ou combiné sont les procédés les plus favorables, et c'est à eux qu'il faudra recourir.

Effleurage. Les manœuvres ne doivent être ni brutales ni douloureuses. Les mains enduites de mousse de savon sont posés à plat à la base du sein et on pratique des effleurages centripètes en les rapprochant l'une de l'autre.

Durée de la séance: dix minutes, deux fois par jour.

Friction. Après l'accouchement, l'effleurage sera suivi de frictions faites sur la glande qu'on immobilise d'une main, tandis que de l'autre, par un mouvement centripète rapide, exerce des pressions sur l'organe.

Le pétrissage, le soubattage, la flagellation, le froissement, en raison de la douleur qu'ils déterminent, ne sauraient être couramment employés.

Les résultats obtenus par Mensing, Mosengeil, Colombo, sont très encourageants.

Trayage. Les tractions fréquentes sur le mamelon, le pétrissage de cet organe sont des pratiques très utiles. Le trayage régulier excite la glande mammaire à se développer et à fonctionner.

Succion. L'influence de la succion sur la sécrétion lactée est depuis longtemps connue, et nombreux sont les exemples où cette seule excitation, en dehors de toute autre cause, a suffi pour provoquer le fonctionnement de la glande mammaire, même chez le mâle. Cependant, il ne faut pas abuser de ce puissant moyen galatogogue, car, trop forte ou trop souvent répétée, la succion traumatise le mamelon et peut ouvrir la porte à l'infection.

Les effets du massage varient selon la manœuvre employée. L'effleurage, la friction, le pétrissage augmentent la circulation locale, la vaso-dilatation, et la congestion active.

Les tapotements et les vibrations sont décongestionnants.

Mais, en réalité, cette action est plus complexe. Elle se traduit par des effets mécaniques, thermiques, électriques peut-être, dont il est difficile de faire la part dans le résultat obtenu.

Par son action mécanique, le massage amène directement la congestion de la glande mammaire, si favorable à sa fonction. Mais les excitations des nerfs sensitifs cutanés amènent aussi par voie réflexe la vaso-dilatation et la stase sanguine.

Et si on admet l'existence des nerfs excito-sécrétoires propres, ne peut-on avouer qu'ils sont également incités par le massage.

Enfin, fait intéressant à constater et démontré expérimentalement par Keifer, les excitations portant sur le mamelon, quelles qu'elles soient, s'ac-

compagnent de contractions utérines, d'où leur heureuse influence sur l'involution de l'utérus après l'accouchement.

De tous ces moyens mécaniques, auxuels on pourrait ajouter l'électricité, le meilleur, le plus pratique et le plus généralement employé, c'est la succion du mamelon par le nouveau-né.

Cette succion exerce une action mécanique évidente; elle en a une autre, peut-être aussi puissante et aussi efficace, elle agit sur le cerveau, sur l'imagination, elle a une action psychique, ou morale, ou réflexe si l'on veut.

La succion prolongée et fréquente répétée du mamelon est encore le galactogène le plus certain. On a vu des femmes non accouchées, des jeunes filles vierges, avoir du lait en grande quantité à la suite des succions du mamelon. Ce phénomène a même été observé chez des hommes et des animaux: voilà la preuve de l'action psychique.

Grâce à la succion répétée du mamelon par les enfants, Budin est parvenu à doubler et même à tripler la quantité de lait de certaines nourrices; la sécrétion atteignait deux et trois litres par jour et pouvait ainsi suffire à deux et trois enfants.

Beaucoup de femmes sentent leur lait monter en pensant à leur enfant, en le voyant chercher sa nourriture, à la simple idée que c'est le moment de donner le sein. Nous en avons vu dont les mamelles se gonflaient en quelques instants, dès que le corsage était entr'ouvert et pendant que le bébé était arrangé pour prendre son repas; nous en avons vu dont le lait, dans ces conditions, jaillissait aussitôt en plusieurs jets de 1 à 2 mètres de longueur! Voilà la preuve de l'action psychique.

De même que la vue ou l'odeur des aliments, la simple pensée même suffit pour provoquer une abondante sécrétion de salive, pour "faire venir l'eau à la bouche," selon l'expression vulgaire.

Une abondante sécrétion du lait peut aussi résulter d'une simple pensée, d'un souvenir, d'un désir ardent d'allaiter son enfant.

frayeur, la colère, etc., peuvent dessécher la bouche,

Les influences morales, les fortes émotions, la tarir la sécrétion salivaire, elles peuvent avoir le même effet sur la sécrétion lactée.

Bien entendu le lait revient après quelques heures; il faut le savoir et rassurer la mère en lui conseillant de jeter le premier lait, qui pourrait indisposer l'enfant (diarrhée, vomissements, convulsions).

On comprend ainsi l'influence de certains produits quand on a soin de les prôner vivement, de les élever jusqu'aux nues, de les vanter outre mesure. C'est une affaire de suggestion, d'imagination.

Et ce qui le prouve bien, c'est que la même sécrétion, selon l'action qu'on lui attribue. Avec la même ouate spéciale on augmente ou on diminue le lait, pourvu qu'on sache dire les bonnes paroles, et qu'on mette ou non l'enfant au sein.

(Jour. de Méd. de Paris.)

Thérapeutique et Mat. Médicale

LE BLEU DE METHYLENE DANS LES DIARRHEES.

Par MM. les Ptof. Combemale et Maguin (Lille)

Dans une communication à la Société de thérapeutique, séance du 27 mai 1903, M. L. Rénon annonçait qu'il avait expérimenté le bleu de méthylène chez bon nombre de phtisiques atteints de diarrhée incoercible, et que les quatre cinquièmes des cas il en avait obtenu des résultats très favorables. Les selles diminuèrent très rapidement de fréquence, leur nombre tombant de quinze ou vingt à cinq ou six dès le premier jour; au bout de trois jours, on observait souvent un arrêt complet des matières, la constipation pouvant même remplacer la diarrhée.

La diarrhée des tuberculeux, celle qui dépend d'ulcérations intestinales, est particulièrement belle, nul ne l'ignore, aux efforts de la thérapeutique; le nombre des agents médicaux, à effets topiques, astringents, anosmotiques, que le médecin a à sa disposition contre cette diarrhée est considérable; et cependant le praticien, dans certaines diarrhées interminables, en arrive parfois à épuiser toutes les armes de son arsenal thérapeutique sans parvenir à en triompher. Fallait-il voir dans le bleu de méthylène, que signalait ainsi M. Rhénon à l'attention des praticiens, un médicament, sans plus, à ajouter à cette liste déjà longue! ou bien le bleu de méthylène méritait-il une place d'honneur dans le traitement de l'entérite tuberculeuse?

M. Rhénon, en s'efforçant d'expliquer ces effets du bleu de méthylène par son action antiseptique, émettait déjà une idée éminemment suggestive. Dans la dysenterie et dans l'entérite muco-membraneuse, en effet, les lavages de bleu de méthylène n'ont-ils pas donné des succès? M. Rhénon n'affirme-t-il pas, d'autre part, qu'il a vu dans la dothiéntérie des doses de bleu de méthylène de 10 centigrammes abaisser la température de quelques dixièmes de degré? Rapprochant ces points de ce fait, qu'aux autopsies des tuberculeux à qui le bleu avait été donné, les ulcérations intestinales apparaissaient non point cicatrisées, mais moins tomenteuses toutefois et moins irrégulières que d'habitude, la conclusion ne pouvait être que ce médicament tarit la diarrhée tuberculeuse, parce qu'il s'oppose au développement des agents d'infection secondaire?

Telles sont les questions que M. Combemale se pose au début de son article.

Comme M. Rhénon, il a donné le bleu de méthylène par la bouche en cachets, suivant la formule:

Bleu de méthylène..... 0. 15gram.
Lactose..... 0. 60 ..

Dans deux cas d'entérite tuberculeuse chez deux addisoniens, chez un tuberculeux au début avec hémoptygies et diarrhée, chez un dothiéntérique au dixième jour, M. Combemale a obtenu des exemples d'arrêt de la diarrhée, absolument typiques.

Non moins intéressant est le fait suivant que M. Combemale rapporte sans essai d'explication, en le plaçant ici simplement parce qu'il s'occupe du bleu de méthylène :

"Un jeune typographe de dix-sept ans présente une paralysie du muscle droit supérieur de l'oeil gauche et un tremblement des deux membres supérieurs; comme on se demande si ces symptômes doivent être attribués à l'hystérie ou à la dégénérescence mentale, on lui donne du bleu de méthylène, à titre de sédatif nerveux. Tremblement et paralysie oculaire ne sont point modifiés, mais il survient une constipation telle qu'on est obligé, quelques jours après, d'administrer un purgatif.

Que conclure? ajoute M. Combemale. Ne concluons pas que le bleu de méthylène vaut pour toutes les diarrhées, mais souvenons-nous que les diarrhées infectueuses par microbes banaux peuvent être améliorées par ce moyen et laissons au temps et à l'expérience clinique le soin de préciser les conditions particulières favorables pour obtenir de ce médicament, dont les avatars sont nombreux, l'effet qu'on lui soupçonne aujourd'hui.

Les légers inconviénients du bleu de méthylène, saveur styptique, coloration des urines, etc., connus de tous les praticiens, ne sont pas contre-indications valables; aussi nous ne les signalons que pour mémoire."

(Gaz. des Hôp.)

PEDIATRIE

LA GELATINE DANS LE TRAITEMENT DES DIARRHEES INFANTILES.

Lorsqu'en face d'une diarrhée infantile on a mis le petit malade à la diète hydrique ou autre, qu'on l'a purgé et qu'on a réglé son alimentation, on aimerait bien avoir à sa disposition un médicament approprié aux circonstances et destiné à compléter l'oeuvre thérapeutique. Il fut un temps où l'on avait une foi absolue dans les antiseptiques intestinaux. Aujourd'hui on y croit moins, et c'est plutôt par acquit de conscience qu'on les prescrit encore, de pair avec l'acide lactique.

Quoi qu'il en soit, il est certain que l'arsenal pharmaceutique dans lequel nous puisons pour combattre la diarrhée infantile n'est pas bien riche. A ce titre, il est donc intéressant de signaler ici un médicament,—qui n'en est pas un,— la gélatine, sur laquelle MM. Weill, Lumière et Péhu ont attiré l'attention de la Société des sciences médicales de Lyon.

Voilà bien un an que la gélatine est expérimentée dans le service du professeur Weill (de Lyon), et, d'après les faits qui ont été observés, on peut dire que cette substance est certainement destinée à rendre des services très appréciables dans le traitement de certaines diarrhées infantiles.

Avec une dose de 6 à 8 grammes de gélatine par jour,—nous verrons dans un instant comment on l'administre,—le premier fait qu'on observe, c'est une diminution de la fréquence des selles. Assez rapidement, le nombre de selles qui était de huit, dix et douze par jour tombe à trois, puis à deux. En même temps, elles deviennent plus consistantes, mieux liées, ne contiennent plus de grumeaux et reprennent leur aspect normal. La couleur change aussi. La teinte verdâtre s'atténue peu à peu et est remplacée au bout de quelques temps par une coloration jaune foncé d'abord, jaune clair ensuite. De même encore disparaît la fétidité, et la réaction nettement acide d'abord, tend manifestement à devenir alcaline. Ces modifications sont déjà des plus nettes vers la fin de la première journée.

Souvent, sinon toujours, ces modifications du côté des selles s'accompagnent d'une amélioration de l'état général. La température, s'il existait de la fièvre décroît, l'aspect de l'enfant devient meilleur et les phénomènes généraux s'amendent. Cette amélioration peut n'être que temporaire, mais il suffit alors de reprendre le traitement par la gélatine si on l'avait abandonné, ou le corser, pour voir les heureux effets de la médication reparaitre et se maintenir définitivement.

Toutefois, la gélatine n'agit pas distinctement dans toutes les formes des diarrhées infantiles. Elle ne réussit bien régulièrement et d'une façon constante que dans les gastro-entérites simples, dans celles où les troubles sont localisés à l'intestin, où, malgré l'existence de la diarrhée et même des vomissements, on ne trouve pas de retentissements notable sur l'état général. Au contraire, dans les cas dans lesquels il s'agit moins de gastro-entérite que d'infections digestives avec fièvre, manifestations broncho-pulmonaires et hépatiques, dans ces cas la gélatine, tout en modifiant les selles, n'exerce aucune influence sur les phénomènes infectieux eux-mêmes. Et plus ceux-ci sont accentués, moins les effets de la gélatine se font sentir, si bien que dans la cholérine infantile, l'action de celle-ci est nulle même sur les selles.

Ainsi donc, c'est dans les diarrhées infantiles simples que l'action de la gélatine est manifeste. Quel est le mécanisme de cette action?

Evidemment il ne saurait être question d'une action bactéricide, la gélatine étant le milieu de culture par excellence pour la plupart des microbes. Est-il possible de faire entrer en ligne de compte la façon dont se fait la coagulation en présence de gélatine? Les expériences *in vitro* ont bien montré agulait sous forme de flocons fins. Mais dans l'estomac du nourrisson, quand même il a pris de la gélatine, les choses se passent autrement que dans une éprouvette, et le lait de vache s'y coagule en gros flocons.

Reste l'action de la gélatine sur les sécrétions intestinales.

Des expériences très curieuses, faites sur des animaux ont montré à MM. Weill, Lumière et Péhu que la gélatine donnée en même temps qu'un purgatif (sulfate de soude, calomel, eau-de-vie allemande, sirop de nerprun) neutralise l'action de ce-

lui-ci; l'effet purgatif est encore annihilé quand calomel ou sulfate de soude sont donnés une heure après la gélatine. Par contre, quand la gélatine est donnée après le purgatif, celui-ci exerce toute son action. Il semble donc—c'est l'opinion de nos trois auteurs—que la gélatine agit mécaniquement sur les ferments aussi bien que sur les acides et les sels, qu'elle les neutralise probablement en les isolant par un procédé purement physique. On peut donc concevoir que l'efficacité de la gélatine dans la gastro-entérite ressortit à une neutralisation analogue des produits toxiques qui se forment dans le tube digestif du nourrisson atteint de diarrhée.

Voilà l'explication. Mais je m'empresse de dire que MM. Weill, Lumière et Péhu n'y tiennent pas beaucoup et retiennent seulement le fait clinique qu'ils résument en disant que les diarrhées des nourrissons exception faite pour le choléra infantile, sont modifiées rapidement, parfois en quelques heures, par l'addition au lait de gélatine pure.

Deux mots sur la façon d'administrer la gélatine.

Il va de soi que la gélatine doit être aussi pure que possible. On formule donc une solution au dixième de gélatine (variété jaune ou blanche) dans l'eau bouillie (500 grammes ou un litre par exemple). On filtre soigneusement cette solution, on la laisse pendant une demi-heure dans un autoclave à 1200 et sans la laisser se refroidir complètement, on la verse dans des tubes à essai d'une contenance de 10 centimètres cubes. Le contenu de ces tubes (renfermant 1 gramme de gélatine chacun) est ensuite versé dans le biberon et donné à l'enfant avec du lait. Il va de soi qu'avant d'être versé dans le biberon, le tube doit être chauffé préalablement au bain-marie.

De cette sorte on donne à l'enfant 1 gramme de gélatine avec chaque biberon, soit 6 à 8 grammes de gélatine par jour. On peut même aller plus loin et donner 12 à 14 grammes de gélatine par jour, jusqu'à la cessation de la diarrhée. En tout cas la gélatine est bien acceptée par les enfants et n'exerce, même à haute dose, aucune action toxique. Toutefois, en pratique, M. Weill conseille de commencer par trois tubes (3 grammes) par jour et d'augmenter progressivement la dose à raison de 1 gramme par jour.

(La Presse Méd.)

GYNECOLOGIE.

LES PERILS ET LES COMPLICATIONS DES FIBROMES APRES LA MENOPAUSE.

Par M. le Dr J. Bland Sutton.

Les troubles dus à la présence des fibromes utérins après la ménopause sont des troubles de présence, ou des troubles dégénératifs. Parmi les premiers on peut placer les hémorragies utérines et l'accrois-

sement en volume, même après la cessation des règles, fait exceptionnel, mais pouvant se produire. Dans d'autres cas, le fibrome, d'abord très volumineux, diminue et tombe dans le petit bassin, où il s'incarcère: c'est ainsi que Sutton rapporte l'observation d'une femme à laquelle il dut faire une hystérectomie à cinquante-cinq ans pour rétention d'urine due à un fibrome qui, de temps en temps, tombait dans le petit bassin et empêchait la malade d'uriner. Arnott rapporte un cas plus exceptionnel encore: une femme de soixante-douze ans fit une chute sans importance et mourut en trente-six heures: à l'autopsie, on trouva une perforation d'une anse d'intestin placée entre la paroi du ventre et un gros fibrome calcifié.

Les troubles dégénératifs des fibromes sont nécrotiques ou septiques. La nécrose est due à l'insuffisance de l'irrigation sanguine de ces masses fibreuses, et les agents septiques trouvent alors un terrain tout préparé pour leur évolution. Il est difficile de savoir par où ces agents de la suppuration pénètrent dans le fibrome, mais il est probable qu'assez souvent ils pénètrent par le col utérin dilaté, comme le montre l'observation de ces cas, où parfois même le fibrome fait saillie par le col, ceci peut se produire à tous les âges. Une des conséquences les plus graves est la dégénérescence cancéreuse de l'utérus, ou de la trompe, et il n'y a pas de fait plus triste que celui d'une femme qui s'est résignée à être invalide pendant vingt-cinq ans, dans l'espoir d'être enfin bien portante après sa ménopause, et qui se trouve alors atteinte d'une des complications des fibromes dont nous venons de parler.

(La Méd. Orientale.)

—:o o—

SYPHILIGRAPHIE

TRAITEMENT DU CHANCRE SYPHILITIQUE.

M. T. Barthélemy indique ainsi, dans sa nouvelle et intéressante revue, *La Syphilis, le traitement du chancre syphilitique*:

"Le traitement du chancre génital, pénien, ou balano-prénutial, comprend le traitement externe ou local, le traitement interne ou général et le traitement moral.

1. Traitement Externe.—Si le chancre date seulement de quelques jours, s'il siège au bord libre du prépuce (comme aussi chez la femme au bord libre d'une lèvre), on peut conseiller l'excision suivie d'une suture aseptique. On a ainsi vu la guérison remarquablement hâtée. L'excision n'atténue pas assez sensiblement l'infection pour contrebalancer les inconvénients d'un tel procédé quand le chancre siège dans des régions moins propices à l'intervention.

Si le chancre est ulcéreux ou végétant, s'il a une durée anormalement prolongée, de deux mois par exemple, et que l'excision ne soit pas possible, on pratiquera tout autour et au-dessous de la plaie, une série d'injections, de quelques gouttes chacune,

d'une préparation mercurielle soluble (oxycyanure, benzoate, biiodure d'hydrargyre ou sublimé).

Après avoir lotionné la plaie avec une solution de nitrate d'argent du trentième au cinquantième, on la pansera par une couche d'onguent napolitain ou de la pommade suivante:

Vaseline.....	15 grammes.
Lanoline.....	5 —
Résorcine.....	0g50
Précipité blanc.....	1 gramme

C'est avec cette dernière préparation ou encore par la poudre de calomel que l'on traitera le chancre syphilitique dans sa forme normale, après un bain local de cinq minutes et après une lotion, soit à l'oxycyanure d'hydrargyre, soit au permanganate de chaux, à la dose de 0,25 par litre d'eau stérilisée.

2. Traitement Interne.—Le mercure devra être prescrit aussitôt que le diagnostic de syphilis sera certain. Tant que cette certitude n'est pas formelle, on ne doit faire que le traitement local. Si le malade réside dans un endroit où il soit possible que les injections intra-musculaires soient bien faites, il n'y a pas à hésiter à prescrire immédiatement, soit les injections hebdomadaires d'huile grise, soit les injections quotidiennes de la solution aqueuse de biiodure d'hydrargyre ou d'une autre préparation mercurielle soluble. Si le malade n'est pas dans les conditions mentionnées plus haut, on prescrira les pilules de proto-iodure, ou la liqueur de Van Swieten, ou les frictions mercurielles, celles-ci ne pouvant aussi donner des résultats assurés que dans des conditions spéciales.

Ces frictions sont parfois utiles dans le traitement local des adénopathies inguinales, parfois considérables, qui accompagnent le chancre.

3. Le traitement Moral comporte deux points: le premier consiste dans les conseils que le médecin devra donner sur les précautions que le malade doit prendre pour ne pas propager la syphilis, et sur la nécessité du traitement méthodique et prolongé pour se préserver, lui et ses descendants futurs, des accidents tardifs de la syphilis. Le second point a été signalé récemment par Fournier, qui a pu réunir dix-huit cas de suicides à la suite du désespoir causé par l'annonce brusque ou inattendue de la syphilis (*Acad. de méd. de Paris, mai 1903*). Fournier conseille de ne faire cette déclaration qu'avec douceur et précaution, après avoir préparé le malade auquel on ne laissera pas de doute sur la guérison de son mal s'il fait un traitement suffisant, actif et prolongé."

(Gaz. des Hôp.)

—o o—

LES MALADIES VENERIENNES.

D'une statistique officielle, il résulte que, dans le royaume de Prusse, sur 10,000 adultes des deux sexes, on compte 28 hommes et 9 femmes atteints de maladies vénériennes.

A Berlin, la proportion est bien plus élevée: elle est de 142 hommes et de 46 femmes malades pour 10,000.

Ces chiffres ne peuvent être tenus que pour fort approximatifs. On peut même se demander s'ils ont la moindre valeur. Sur 14,000 médecins enquêtés, 9,000 seulement ont répondu aux questions posées. En supposant même qu'ils eussent tous répondu, ils n'auraient pu indiquer que le nombre des malades traités par chacun d'eux. Et combien de syphilitiques et de blennorrhagiques ne réclament pas les charlatans, guérisseurs de toute sorte autres que le soins du médecin ou s'adressent aux pharmaciens, médecin?

(La Méd. Orientale.)

— o o: —

VOIES URINAIRES

DILATATION ELECTROLYTIQUE DE L'URETHRE.

D'après M. le Dr Desnos, dans les Annales des maladies des organes génito-urinaires, la dilatation électrolytique constitue un traitement inoffensif et n'entraîne aucune complication qui puisse lui être imputée.

Seize des cas ainsi traités concernent des sujets qui avaient suivi de nombreux traitements, très prolongés et pour la plupart rationnels, lesquels avaient donné des résultats nuls ou médiocres, le rétrécissement se reproduisant avec des caractères d'induration et l'étendue de plus en plus grands et en général comportant un pronostic de plus en plus mauvais. Chez tous ces malades, la dilatation électrolytique a permis d'atteindre un calibre variable, mais suffisant pour que la miction se fasse librement; la surface de l'urètre est redevenue lisse, exempte de bosselure et telle qu'un explorateur à boucle la parcourt sans éprouver d'arrêt ni de res-saut.

Presque tous ces cas étaient compliqués de péri-urétrite caractérisée par des noyaux indurés et des bosselures plus ou moins prononcées et appréciables à travers les téguments de la verge et une urétrite chronique accompagnait ces lésions. Le traitement électrolytique a toujours diminué ces lésions et les a fait disparaître dans les deux tiers des cas.

Enfin et surtout, ce traitement semble assurer non pas une guérison radicale et définitive, mais un maintien de la dilatation acquise beaucoup plus prolongé que dans la plupart des traitements employés aujourd'hui. Des malades traités il y a plus de 10 ans ont pu conserver le calibre considérable obtenu alors, même ceux qui n'ont pris aucun soin de leur urètre et qui dans l'intervalle ne se sont pas fait dilater. Beaucoup de ceux dont le traitement est plus récent gardent le calibre obtenu, alors vu d'au-paravant la récurrence se produisait en quelques mois.

La dilatation électrolytique ne semble destinée à remplacer ni la dilatation progressive, ni les urétrotomies interne ou externe, mais elle pourra souvent être employée comme traitement complémen-

taire de ces opérations et dans quelques cas se substituer à elles.

D'autre part, M. le Dr Rafin, de Lyon, a fait d'intéressantes recherches sur le résultats de l'électrolyse dans les rétrécissements de l'urètre, en particulier de l'électrolyse linéaire. Voici en quelques lignes ses conclusions: 1. l'électrolyse dilate les rétrécissements, mais ce n'est pas un procédé de cure radicale; 2. c'est une méthode qui n'est pas supérieure à l'uréthrotomie interne, mais qui est peut-être moins dangereuse; 3. il existe des rétrécissements qui ne laissent pas passer l'électrolyseur et seule, l'uréthrotomie est possible.

4. En dehors du cas ci-dessus mentionné, elle n'est pas applicable à tous les rétrécissements, et notamment de l'uréthrotomie externe avec libération de l'urètre périméal, s'il y a lieu.

5. et 6. Dans les cas où elle a été exécutée sans difficulté spéciale, elle ne dispensera généralement pas du cathétérisme pour compléter la dilatation, et surtout du cathétérisme pour la maintenir.

(Le Concours Médical.)

— : o : —

BIBLIOGRAPHIE

H. J. Garrigues, de New-York, "A Text-Book of the Science and Art of Obstetrics." Chez J. B. Lippincott Co., Philadelphie. Prix \$5.00.

C'est un traité d'accouchements écrit par un maître et pour le praticien. Le texte est très lucide et à la hauteur de nos dernières connaissances; les gravures sont nombreuses, au-delà de cinq-cents, très belles et choisies pour donner une netteté toute vivante à chaque sujet. A chaque page de ce superbe ouvrage du professeur Garrigues, le médecin bénéficie de la grande expérience et de la lucidité d'exposition de l'auteur. Celui-ci étant un gynécologue de renommée, bien connu d'ailleurs par son beau traité, "A Text-Book of Diseases of Women," sait davantage faire ressortir les points pratiques importants de l'art obstétrical. C'est un livre à posséder, à lire et à relire; c'est le fidèle consultant journalier de l'accoucheur.

S'adresser à M... Roberts, rue Ontario, l'agent Canadien de Lippincott & Co.

— : o : —

FORMULAIRE

CURE NON SANGLANTE DU PHIMOSIS CON- GENITAL.

Par M. le Dr Rojansky.

Distendre deux fois par jour le prépuce au moyen d'eau boriquée et d'eau blanche (s'il y a des phénomènes inflammatoires dus à l'accumulation de sebum) par l'orifice préputial, au moyen d'une poire en caoutchouc; injecter 15 gr. environ. Après

quelques jours, on décolle les adhérences avec une sonde mousse, et l'on fait des essais de décollotement jusqu'à pouvoir le faire complètement.

(Lyon Méd.)

— : o : —

CONSTIPATION.

Première enfance.—Mettre l'enfant au sein, s'il y est déjà, prescrire à la nourrice de l'eau de Vichy lui interdire le vin, les légumes farineux, les viandes noires; lui faire prendre de la bière, des viandes blanches des légumes herbacés, des fruits.

Suppositoires au savon, au beurre de cacao, queue de persil hachée. Lavements avec glycérine.

Lavements froids (2 à 5 par jour).

Huile de foie de morue, 1 à 2 cuillerées à café par jour.

Sirop de chicorée, 1 cuillerée à café.

Glycérine, 1 à 2 cuillerées à café par jour.

Sirop de mauve, 1 cuillerée à café.

Calomel, 5 à 10 cent. (6 mois à 1 an).

Magnésie calcinée, 1 cuillerée dans de l'eau bien sucrée.

(Jour. de Méd. de Bordeaux.)

— : o —

POTION CALMANTE CONTRE L'INSOMNIE.

Extrait de belladone..... 25 cent.

Bromure de sodium..... 10 gr.

Eau de laurier-cerise..... 10 gr.

Glycérine..... 15 gr.

Solut. huile de trional à 5 p. 100... 60 gr.

Mucilage de Carragaen à 5 p. 100. 70 gr.

Faire une émulsion par simple mélange en agitant vivement la bouteille.

Chaque cuillerée à soupe renferme 0 gr. 025 d'extrait de belladone, 1 gramme de bromure, 1 gramme d'eau de laurier-cerise et 0 gr. 30 de trional.

(Jour. de Méd. de Bordeaux.)

— : o —

CONTRE LES DYSPEPSIES AVEC HYPOPEPSIE.

Pepsine extractive (Codex titre 50)..... 20 gr.

Diastase pure (Codex titre 50) 5 gr.

Pancréatine (Codex titre 50) 20 gr.

Eau distillée 100 gr.

Sirop simple 400 gr.

Alcool à 80 degrés 6 60 gr.

Vin de Malaga q. s. pour 1 litre.

1 c. à soupe après chaque repas.

(D'après P. Breuil, Art de formuler.)

— : o : —

CONTRE L'OZENE.

Acide phénique..... 20 gr.

Résorcine cristallisée..... 3

Glycérine pure..... 50

Eau..... 300

pour pulvérisations tièdes dans les fosses nasales.

— o o : —

FORMULAIRE DU COLLARGOLUM.

(Argent colloïdal. — Collargol.)

1. Onguent de Crédé.

Collargolum..... 5 grammes.

Eau distillée..... 2 —

Cire blanche..... 3 —

Axonge benzoïnée..... 24 —

2. Pommade de Collargolum.

Collargolum..... 1 gr. 50

Eau distillée..... 9 gr. 50

Lanoline.....

à 4 gr.

Axonge benzoïnée.....

Ces deux préparations s'emploient en frictions à la dose de 3 grammes chez les adultes, 2 grammes chez les adolescents, 1 gramme chez les enfants.

Elles sont conseillées dans toutes les maladies infectieuses.

— : o : —

NOUVELLES.

Mariage.

—Mercredi, le 28 octobre, dans la chapelle privée de l'église Saint-Jean-Baptiste, a eu lieu le mariage de M. le Dr William Ouimet, d'Oka, à Mlle Alice Hénaut, de Montréal. M. l'abbé Vitalien Villeneuve, supérieur di collège de L'Assomption, cousin de la mariée, officiait.

Nécrologie.

—A sa résidence, No. 341 Avenue Mont Royal, Montréal, est décédé à l'âge de 71 ans et 10 mois, le Dr Gédéon LaRoque, ancien sergent d'arme à l'Assemblée Législative.

— : o : —

L'HOPITAL, NOTRE-DAME.

Le bureau médical a fait ses élections. Le docteur E. P. Lachapelle est nommé de nouveau surintendant de l'hôpital. Les représentants du bureau médical au bureau d'administration sont les docteurs Rottot, Lachapelle, Foucher. Le nouveau conseil médical est aussi constitué: Drs Rottot, Lachapelle, Foucher, Cormier et Brennan.

SUPPLEMENT

L'AMYGDALITE.

Par M. le Dr Charles J. Drucek, Chicago, Ill.

L'amygdalite est une affection que tout médecin est appelé à traiter et le symptôme principal qui amène le malade, est la douleur qu'il éprouve en avalant. Une étude superficielle de la physiologie de l'amygdale rend manifeste la cause de cette douleur.

L'amygdale se compose de tissu lymphadénoïde, lequel est recouvert d'épithélium stratifié. A la surface, se trouve douze à quinze ouvertures (Cryptes), recouvertes par une membrane muqueuse, et qui se prolongent dans l'amygdale. Ce sont les follicules des glandes muqueuses, qui sont excessivement nombreuses dans les cryptes. Dans le tissu connectif qui entoure ces cryptes, il y a un nombre considérable de petites glandes lymphatiques qui concourent à former le corps de l'amygdale.

L'amygdale est tout particulièrement intéressée dans la déglutition. Par l'action des constricteurs du pharynx et de la langue, le bol alimentaire est lancé dans l'œsophage, et dans son passage, il effleure les côtés de l'amygdale. Les cryptes ainsi comprimées laissent échapper le mucus qu'il contiennent et par ce fait facilitent le passage du bol alimentaire, en le lubrifiant.

Supposons pour un instant que ces ouvertures folliculaires deviennent infectées. L'infection pénètre immédiatement jusque dans le fond des cryptes et par conséquent se trouve à une grande profondeur dans l'amygdale. Les nombreuses glandes lymphatiques cherchent à l'absorber, un gonflement s'en suit et le tissu amygdalien devient congestionné. Le point de départ de cette inflammation est un engorgement veineux, qui empêche le fonctionnement de follicules. Le surplus du mucus n'est pas excrété et par conséquent se trouve enmagasiné. La surface des amygdales devient alors sèche et rouge, et il y a friction à chaque mouvement de déglutition avec l'effet bien connu: une douleur aiguë, lancinante. L'intensité de la douleur est en rapport avec l'état de congestion qui produit la sécheresse et les aspérités de l'amygdale.

Traitement.

Dans le traitement de l'amygdalite, il faut se rappeler que cette maladie est d'abord locale et qu'un traitement prompt et efficace en empêche la généralisation. Les symptômes fonctionnels: fièvre, mal de tête, etc., apparaissent seulement quand l'infection est devenue considérable. C'est pourquoi il faut utiliser le traitement suivant le plus tôt possible. La première indication est d'augmenter la circulation locale, et le meilleur agent thérapeutique est la chaleur. Il faudra autant que possible empêcher le malade de sortir. Les enfants devront être mis au lit. En gardant la maison, le malade ne respire que de l'air chaud, ordinairement exempt de

poussières et d'autres substances irritantes. Les applications externes de sacs d'eau chaude, augmentent considérablement la circulation veineuse et provoquent la décongestion. L'absorption d'eau chaude, agit aussi de la même manière. L'ingurgitation d'eau chaude beigne les parties malades, augmente considérablement la quantité de liquide dans les intestins, favorisant ainsi la circulation intestinale et la diérèse. Le lavage favorise l'élimination des toxines à mesure que se fait leur absorption. Par ce fait même la tension artérielle augmente et prévient la stase sanguine.

(A Suivre.)

— o o: —

LA RARETE DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

Il est douteux que la condition faite par la grande rareté actuelle d'huile de foie de morue, trouve un parallèle dans l'histoire de la médecine. Qu'un article aussi populaire et d'utilité aussi générale que l'huile de foie de morue, devienne si rare et d'un prix si élevé, est un incident qui prête à de sérieuses considérations. Jamais dans le passé, peut-être, la grande et constante demande de ce produit n'a été aussi clairement démontrée. De toutes les coins du pays arrivent des demandes urgentes sur ce que l'avenir réserve et dans certaines localités il est presque impossible de se procurer de l'huile à aucun prix. Cette disette de l'huile de foie de morue, pour peu qu'elle se continue, peut-être la cause de résultats désastreux. Des milliers d'individus, jeunes et vieux font usage de cette huile, et leur santé en dépend. Les priver d'huile de foie de morue, même pour peu de temps, les priverait d'un aliment vital, et comme rien ne peut remplacer l'huile de foie de morue, les conséquences fâcheuses d'une famine prolongée peuvent mieux s'imaginer que se décrire.

C'est une source de satisfaction de savoir que l'Emulsion de Scott peut suppléer à la rareté temporaire de l'huile pure et conserver cet article de prix, à la portée de tous ceux qui en ont besoin. Non seulement est-il dangereux mais même inutile d'employer les nombreux substituts à bon marché, d'huile de foie de morue. L'Emulsion de Scott étant reconnue comme l'émulsion d'huile de foie de morue, par excellence, contenant les ingrédients les plus purs et les meilleurs, il ne peut y avoir aucune excuse pour l'usage de substituts à bon marché et sans mérite.

— o o: —

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRME

(Suite.)

—Pourrais-je jamais aimer?

—C'est toujours la même histoire, on croit que la douleur est éternelle. Mais le Tout-Puissant, celui qui a créé toutes choses, a voulu que l'intensité des douleurs diminue avec le temps. Ce qui semble aujourd'hui une terrible catastrophe ne sera plus demain qu'un souvenir.

—Si vous saviez ce que je souffre, M. Barnes...et la pauvre enfant se prit à pleurer.

—Je sais que tu souffres, Nelly, je sais qu'une douleur intime te ronge, mais en grâce je t'en prie, pour ta mère, essaye d'oublier.

—Pour ma mère, je vous promets d'essayer M. Barnes, et vous, qui êtes ministre du Seigneur, priez que je réussisse.

—Je prierai mon enfant et maintenant, bonsoir, voici venir la nuit et je dois, sans tarder, rejoindre Stratford. Au fait, j'ai laissé pour toi sur le piano, quelques journaux de Londres dont les illustrations te distrairont. Encore une fois Nelly, bonsoir et souviens-toi de mes paroles.

XIII

Lorsque M. Barnes fut parti, Nelly rejoignit sa mère et l'aida dans quelques travaux de ménage qui restaient à terminer. Enfin, quand tout fut en ordre, les deux femmes se rendirent au salon. Mrs Brown prenant son panier à ouvrages et Nelly se dirigeant vers le piano.

La jeune fille ayant aperçu les magazines que lui avait apportés le ministre, elle en prit quelques uns et s'assit sur un canapé, tout près de la lampe.

Mrs Brown jetait à la dérobée, un coup d'œil sur son enfant, analysait avec douleur, les altérations que le chagrin avait apportées sur ce visage, jadis si rose et si souriant.

Nelly, regardait les gravures et, rêveusement, feuilletait les pages, lorsque soudain, à l'une d'elles, sa main se crispa, et, un cri sortant de sa poitrine oppressée, la jeune fille semblait comme fascinée par une apparition.

Mrs Brown, étonnée, laissa choir son ouvrage et observa sa fille avec un redoublement d'attention.

Nelly, devenue soudainement pâle, jeta le livre loin d'elle et, essayant de se lever, elle tomba évanouie sur le sofa.

Mrs Brown, d'un bond, fut près d'elle, mais elle ne put que constater l'évanouissement de sa fille. Alors, se dirigeant vers la porte, elle appela Jimmy qui accourut aussitôt.

—Vite, chez le docteur Smyth, dit-elle, qu'il vienne de suite, Miss Nelly étant malade.

Le gamin disparut, courant vers Stratford.

La pauvre femme, à moitié affolée, saisit au hasard un carafon et, humectant son mouchoir, elle épongea le front de Nelly. La réaction ne se fit pas attendre, la jeune fille se souleva, puis, pour un instant, promena les yeux autour d'elle, puis, prenant la main de sa mère:

—Quel rêve étrange je viens de faire, dit-elle, figurez-vous mère, que...

A cet instant, ses yeux se portèrent sur le livre qui gisait à terre.

—Mais non, ce n'est pas un rêve, c'est une épouvantable réalité. Ah! ma mère, ma mère! si vous saviez!

Et la malheureuse enfant se mit à sangloter.

—Enfin Nelly, ma chérie, mon enfant aimée, me diras-tu?

Nelly, se baissant et saisissant le journal, et montrant une gravure.

—Voyez-vous ce portrait, c'est celui de cet homme qui nous a lâchement trompées, nous donnant un faux nom, une fausse profession, en un mot, c'est Donald.

—Donald Lington! s'écria Mrs Brown, en saisissant à son tour le journal.

—Non, pas Donald Lington, mère, mais Lord Clarence Dallshire et demain, il en épouse une autre.

Le misérable, dit la fermière de Garry-Fen, un homme de son rang, un gentleman, tromper ainsi une famille respectable, se servir du plus noble des sentiments, abuser de notre bonne foi.

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII

MERCREDI, 11 NOVEMBRE, 1903.

No. 20

EDITORIAL

PREMIER CONGRES INTERNATIONAL D'HYGIENE SCOLAIRE, DEVANT ETRE TENU A NUREMBERG EN 1904.

Nous ne pouvons consciencieusement laisser passer sous silence cette occasion de manifester bien ouvertement notre manière de penser en ce qui regarde les devoirs du Canada, de la Province de Québec, touchant ce premier Congrès International d'Hygiène Scolaire.

"Un comité international, dans lequel la France se trouve représentée par les professeurs Proust et Brissaud et les docteurs Le Gendre et Alb. Mathieu, médecins des hôpitaux de Paris, se propose de fonder des Congrès triennaux spécialement consacrés aux questions d'hygiène scolaire. Le 1er Congrès se tiendra à Nuremberg, du 4 au 9 avril 1904, et comportera les sections suivantes:

"1. Hygiène des bâtiments et du mobilier scolaires; 2. Hygiène des internats; 3. Méthodes de recherches de l'hygiène scolaire; 4. Programmes scolaires; 5. Enseignement de l'hygiène aux maîtres et aux élèves; 6. Education corporelle des enfants et des jeunes gens; 7. Etat sanitaire, maladies scolaires et inspection médicale des écoles; 8. Ecoles pour les enfants faibles d'esprit ou arriérés, cours parallèles et de répétition, cours pour les bégues, les aveugles, les sourds-muets et les estropiés; 9. Hygiène de la jeunesse en dehors de l'école, colonies de vacances, réunions de propagande et d'enseignement de l'hygiène scolaire; 10. Hygiène des professeurs."

"Pour tous renseignements, s'adresser à MM. les docteurs Le Gendre, président, et Alb. Mathieu, secrétaire de la Ligue des Médecins et des Familles pour l'amélioration de l'hygiène physique et intellectuelle dans les écoles."

(Marseille Médical.)

Voilà un congrès où de toute nécessité le Canada doit être représenté par deux députés, l'un français et l'autre anglais. Le triste

état—le néant, devrions nous dire—de notre hygiène scolaire, l'exige absolument, et si notre gouvernement n'a pas la saine notion de son devoir en cette matière, il mérite la censure de tous. Ce serait une honte pour nous que de ne pas prendre une part ACTIVE à ce congrès international. Il y faudrait diriger deux hommes TOUT A FAIT COMPETENTS: ici la chose est trop sérieuse pour qu'il puisse UN SEUL INSTANT, être question de protection, de politique. Notre hygiène scolaire—comme système fait radicalement défaut; il devient urgent de la créer, et de la créer de suite sur une base solide, en profitant de l'expérience des autres pays. Pour atteindre ce but, il est du devoir rigoureux du gouvernement, sur les avis du Conseil de l'Instruction publique, de nommer, dès MAINTENANT, car le temps qui reste est court,—ses deux représentants officiels, afin que ceux-ci puissent étudier à fond les questions voulues et être prêts à mettre à profit les connaissances qu'ils acquerront à ce congrès.

Nous ferons remarquer ici—ET LE POINT EST CAPITAL—QU'IL N'EST PAS DU TOUT QUESTION D'HYGIENE ORDINAIRE PUBLIQUE OU PRIVEE, MAIS BEL ET BIEN D'UNE HYGIENE TOUT A FAIT SPECIALE; hygiène qui exige de la part du représentant des connaissances profondes PRATIQUES, et NON THEORIQUES ACQUISES DANS LES LIVRES—connaissances appuyées sur la pratique de l'enseignement—connaissances non seulement hygiéniques SCOLAIRES, MAIS AUSSI PROFONDEMENT PEDAGOGIQUES. Il y a lieu d'insister et de réinsister sur ces deux réquisitions majeures: les représentants doivent posséder à fond et l'hygiène scolaire et la pratique de

l'enseignement, sans cela le résultat obtenu sera un avorton.

Nous sommes assurés que les membres de nos Conseils de l'Instruction Publique et de notre gouvernement, se saisissant bien de l'importance vitale de ce sujet agiront en gens éclairés, qui désirent l'amélioration de notre système scolaire, la protection hygiénique de l'enfance. Nous osons espérer ainsi qu'ils nommeront LES HOMMES QU'IL FAUT—THE RIGHT MEN IN THE RIGHT PLACE—et cela au plus tôt.

M. T. B.

—:o o—

Travaux Originaux

LE CHLORURE DE CHAUX DANS LES INFECTIONS PUERPERALES.

Par M. le Dr A. Ethier.

Ancien interne de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, de l'Hôpital St-Michel de Paris, Chirurgien à l'Hôpital Notre-Dame, membre de la Société de prophylaxie sanitaire et moral contre la Syphilis—Membre correspondant des Congrès de Chirugiens Français et d'Unologie de Paris

(Suite et Fin.)

Nous insistons auprès de la patiente pour la faire transporter à l'hôpital Saint-Michel, mais elle s'y refuse.

Le lendemain matin, qui était un dimanche, la patiente accuse une violente douleur à la région inférieure et postérieure du poumon droit. De plus elle commence à toussoter. Le jour suivant à l'auscultation on constate de la congestion à la base du poumon droit et tout l'organe lui-même est envahi assez rapidement. En plus, du côté de son utérus les symptômes ne s'étant pas améliorés, un curage utérin est pratiqué le jour même et la curette mousse, à placenta, ramène 3 ou 4 débris placentaires assez volumineux qu'elle détache de la corne utérine gauche. La toi-

lette de toute la cavité utérine est faite très minutieusement—peu d'hémorragie—puis tamponnement avec gaze stérilisée simple.

L'intervention a été faite sans l'aide d'aucun anesthésique et la patiente l'a courageusement supportée.

Comme traitement interne la quinine a été employée par le premier médecin appelé lors de sa première visite et continuée depuis. Et contre la pneumonie, un traitement, ad hoc a aussi été prescrit et suivi bien fidèlement. Deux jours après l'intervention, la patiente, ne voyant pas d'amélioration notable, consent à être transportée à l'hôpital St-Michel dans un pavillon d'isolement. Confiant alors toutes mes autres malades non infectées à mon collègue d'internat, je me consacre entièrement à cette patiente.

C'est alors que je commence à faire usage du chlorure de chaux. Trois fois durant la journée, à 7 hrs. a.m., à midi et à 6 hrs. p.m., je fais passer dans cette cavité utérine pendant environ 30 minutes plusieurs litres d'une solution de chlorure de chaux dont voici la formule:

Chlorure de chaux (sec, bien pulvérisé et bien conservé) 100 grammes. Eau bouillie, 1200 grammes.

Laisser reposer pendant une heure et filtrer.

On prend un grand verre de cette solution mère que l'on jette dans 9 grands verres d'eau bouillie et chaude à 45 degrés.

Ce lavage est fait lentement, la patiente ayant le siège légèrement relevé, avec la grande sonde dilatatrice à double courant et doit durer de une demi à une heure. L'irrigation terminée, une languette de gaze iodoformée est introduite dans la cavité utérine pour faciliter le drainage.

Dès la 6ème injection la température baisse, l'écoulement devint moins abondant. L'utérus revint graduellement sur lui-même et dès la 5ème journée de ce traitement il était déjà presque à son état normal. La 4ème journée les symptômes locaux et généraux s'étant considérablement améliorés, on ne fit plus que

deux lavages par jour et toujours avec la même solution chlorurée.

Inutile de vous dire que ces irrigations étaient précédées et suivies d'une asepsie rigoureuse des parties génitales externes et de la cavité utérine elle-même.

Douze jours après son entrée ici la patiente étant complètement guérie de sa métrite infectueuse et désirant retourner chez elle, on la remet entre les mains du confrère qui continue à la suivre pour sa pneumonie dont l'évolution se fait normalement mais lentement. Un mois plus tard, la patiente était en convalescence.

Le succès obtenu chez cette patiente doit être attribué en premier lieu à l'intervention par la curette, car autrement il eut été peu facile de faire expulser de l'utérus ces restes placentaires qui y étaient si fortement adhérents. Mais nous n'avons aucun scrupule à reconnaître en second lieu l'action efficace du chlorure de chaux dans le traitement des métrites puerpérales. Quelques semaines plus tard, nous avons l'occasion de faire, dans le même pavillon, deux autres expériences probantes pour deux cas semblables envoyés encore par des confrères. Nous avons procédé exactement de la même manière et en moins de 10 jours ces deux patientes, dont l'infection n'était pas compliquée de pneumonie, étaient complètement rétablies.

Cet emploi du chlorure de chaux, m'avait été conseillé dès mon entrée dans le serpice, par le Dr Paul Petit chargé de la consultation de gynécologie à Saint-Michel. Lui-même l'employait depuis longtemps en clientèle privée et au service de la consultation et se disait très satisfait des résultats obtenus.

Dans les cas de métrite simple à écoulement glaireux visqueux, nous avons remarqué que cette préparation agit comme dissolvant de ces viscosités qu'elle liquéfie et qu'elle fait se détacher plus facilement. Elle n'est pas irritante, ne cause aucune douleur, n'offre pas les dangers du bichlorure de mercure que l'on ne peut employer qu'à une faible proportion, et

dont l'usage ne peut être prolongé longtemps.

Pendant assez longtemps nous avons fait une série d'expériences avec cette solution d'eau chlorurée et sincèrement nous n'avons pas eu un seul ennui. Nous l'avons couramment employée pour les néoplasmes ulcérés et inopérables du vagin avec écoulement fétide. L'odeur disparaissait rapidement, les eschares faites par le thermo-cautère, se détachaient plus facilement et étaient entraînés sans occasionner d'hémorrhagie.

Seulement ici je ferai une petite observation très importante dans l'emploi du chlorure de chaux en lavages dans un vagin où l'on aura fait usage du carbure de calcium, comme cautérisant, ce que l'on pratique beaucoup actuellement en France, pour les épithéliomes utérins inopérables. Ces deux médicaments en présence l'un de l'autre, surtout dans une cavité, produisant un mélange détonnant et combustible. Il faudra d'abord bien laver avec de l'eau bouillie tout simplement afin de débarrasser la cavité vaginale et utérine de tout fragment de carbure et éviter ainsi de graves ennuis. De même aussi si l'on veut employer de nouveau du carbure après un lavage avec l'eau chlorurée.

Le chlorure de chaux a encore son indication dans toute plaie suppurante et sans tendance à la guérison, comme les ulcères, etc. Je me rappelle avoir employé cette préparation en 1891 et 1894 à l'hôpital Notre-Dame pour deux cas d'éléphantiasis des Arabes chez deux sujets qui étaient incommodés par un suintement abondant et fétide. En peu de temps l'écoulement diminuait considérablement et l'odeur disparaissait entièrement. L'un de ces cas vit encore aujourd'hui et dit se bien porter. Quant à l'autre, je l'ai perdu de vue depuis quelques années. Une autre classe d'infection dans laquelle le ce sont les cas d'abcès du sein ou mastite. Une autre classe d'infection dans laquelle le ce sont les cas d'abcès du sein ou mastite. Une fois la suppuration établie il n'y a qu'à

ouvrir largement, drainer et après avoir irrigué avec une solution chlorurée, en imbiber des compresses de tarlatane que l'on laisse en place comme un pansement humide ordinaire.

Enfin chaque fois que nous avons eu l'occasion de nous servir de ce médicament, comme antiseptique, antiphlogistique et déodorisant, nous n'avons eu qu'à nous en louer et nous ne pouvons faire autrement que de vous encourager à l'employer les circonstances se présentant.

Montréal, novembre 1903.

— o o —

Revue des journaux

MEDECINE

SUR L'ETIOLOGIE DU TABES.

Nous savons aujourd'hui que le plus souvent cette affection peut être considérée comme parasymphilitique. Néanmoins, d'autres causes ont été reconnues au tabes; c'est à savoir: le traumatisme, le surmenage, le refroidissement.

Parmi les traumatismes, il faut retenir en premier lieu les conditions et les contusions: le tabes serait consécutif à une lésion contuse du système nerveux. Un cas, cité par Leyden dès 1863, se rapportait à un ouvrier qui eut le pied écrasé par une barre de fer; quelques mois plus tard il devenait tabétique. Depuis lors, cette étiologie a été reprise par de nombreux auteurs (Schulze, Lamers, Spillmann et Parisot, Strauss, etc.); mais, de nos jours cette question est encore discutée.

Malgré l'opinion adverse d'Oppenheim et Remak, Leyden (Bert. klin. Woch., 1903) pense que le tabes peut être consécutif au traumatisme. A l'appui de sa théorie, il rapporte quelques observations cliniques, et quelques faits expérimentaux.

D'ailleurs, la commotion peut encore déterminer chez l'homme, d'autres affections de la moelle; celles-ci présentent avec la précédente ce point commun qu'elles ne sont pas dues à un foyer délimité mais à des lésions progressives, semblables à la dégénérescence des cordons poliomyélite chronique, post-traumatique): le traumatisme, la commotion ont pu quelquefois causer la syringomyélie (Eulenburg Westphal).

Cette étiologie spéciale du tabes est importante à connaître pour le médecin d'assurances; on a sou-

vent à un accident, pouvait tout d'abord paraître bénigne, et même disparaître sans conséquence apparente; alors que plus tard apparaissaient des symptômes médullaires qui traduisaient finalement une dégénérescence des cordons. Au point de vue théorique, d'ailleurs, cette étiologie peut s'expliquer.

Un rôle important était autrefois attribué au refroidissement, surtout au refroidissement des pieds. Si l'on admet avec Kohnstamm l'existence dans les cordons postérieurs de fibres "conductrices du froid" qui gagnent les ganglions cérébraux, il n'est pas invraisemblable qu'un traumatisme de froid parti de la périphérie puisse, lui aussi, amener des altérations nerveuses.

Quant au surmenage, il constitue un facteur étiologique mieux connu; c'est là une variété de traumatisme déjà admise autrefois par Romberg, Kron cite l'observation de couturières qui furent atteintes de tabes, sans présenter aucune trace de syphilis; l'une d'elles avait durant 20 ans travaillé à la machine à coudre pendant 10 heures par jour; chez d'autres malades, on retrouve encore la même cause. La patiente de Loewenfeld avait manié pendant de longues années une machine à couper le papier; un sujet de Leyden avait passé toutes les nuits à écrire, durant sept années. Jamais on ne relevait de syphilis dans ces cas.

La possibilité du tabes par surmenage est démontrée par les expériences que Fursten fit sur les chiens (1886), et par celles d'Edinger et Helbing.

(Le Concours Médical.)

— o o —

LES PSEUDO-RHUMATISME TUBERCULEUX.

M. Ferret à l'Académie de Médecine critique très finement l'abus nosologique des pseudo-maladies. Il ne s'agit en réalité que d'affections déjà connues, de lésions osseuses, alors qu'on parle de "pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire" et de "rhumatisme tuberculeux.

Il n'y a pas de "pseudo-maladie", il n'y a que des "pseudo-cliniciens," quand, en présence d'un malade, on ne peut déterminer à quelle affection on a affaire.

L'expression de "rhumatisme tuberculeux" est encore pire, car elle prête à confusion. Il s'agit de tuberculose et rien que de tuberculose. Il y a dans les cas visés, une ressemblance curieuse avec le rhumatisme, mais s'agit d'une affection différente. Il n'y a pas de méti.

En somme, il s'agit de tuberculoses articulaires et abarticulaires. Toute autre dénomination prêterait à une erreur nosologique.

(Le Progrès Médicale.)

— o o —

VALEUR SEMEIOLOGIQUE DE L'ETAT DE LA
LANGUE DANS LES MALADIES DU
TUBE DIGESTIF, (1),

Par MM. les Drs Albert Mathieu et J.-Ch. Roux.

II. La Dermite Linguale.—Avec cette notion que le prétendu enduit saburral de la langue est en réalité dû à une prolifération intensive du revêtement épithélial des papilles filiformes et à leur longueur excessive, et que cette irritation peut aller jusqu'à un certain degré de dermite, la séméiologie de la langue s'éclaire d'une vive lumière.

Il semble tout d'abord qu'il faille tenir compte de certaines particularités anatomiques individuelles. Il est probable que certaines personnes ont normalement des papilles filiformes beaucoup plus longues et plus denses que les autres. Leur gazon papillaire présente normalement une épaisseur anormale; leur langue est à demeure une langue pileuse.

Faut-il voir, avec J. Muller, dans la longueur et l'épaisseur des productions épithéliales papillaires, la conséquence d'une vitalité plus grande ou seulement d'une irritation locale? Est-il vrai que, chez les individus épuisés, d'une vitalité restreinte, tels que les tuberculeux et les vieillards, les papilles filiformes tendent à s'atrophier et la langue à devenir chauve? N'y aurait-il pas plutôt, dans ces cas, une desquamation excessive qui dépouille la langue comme cela se voit au cours de certaines stomatites?

Quoi qu'il en soit, on peut dire que certaines personnes présentent pendant un temps extrêmement prolongé, pendant des mois et des années, une langue blanche en permanence, cette coloration étant due à l'épaisseur du gazon papillaire. Comme assez souvent, ainsi que nous l'avons fait remarquer déjà, on trouve chez eux les bords de la langue rouges, avec une muqueuse granitée, évidemment enflammée et desquamée par suite du frottement de la langue contre les dents, on peut penser qu'il existe véritablement un léger degré de dermite linguale superficielle.

La dermite linguale, une fois constituée, se comporte en somme vis-à-vis de certaines causes morbides, en particulier des intoxications hétérogènes et des auto-intoxications, surtout des auto-intoxications d'origine intestinale, à la façon de la dermite cutanée.

Les dermatologistes savent très bien que les lésions chroniques de la peau, telles que l'eczéma, le psoriasis, subissent des poussées sous l'influence de certaines causes. La connaissance de l'influence irritante de certaines alimentations, la charcuterie, les coquillages, le poisson de fraîcheur douteuse, est du domaine commun. On sait très bien que les excès alcooliques peuvent donner une poussée à la dermite eczémateuse ou psoriasique. Ces poussées, dans le psoriasis surtout, sont suivies d'une desquamation plus abondante. Il en est de même du pityriasis capitis, qui augmente souvent après l'usage de mets ou de boissons toxiques, après quelques dîners en ville, par exemple.

Eh bien, en somme, la langue ne se comporte pas autrement. Sous l'influence de certaines intoxications et certaines infections, elle subit des pous-

sées de dermite superficielle, remarquables surtout par l'abondance de la production épithéliale papillaire. Souvent, du reste, à la phase proliférative succède la phase desquamative. La langue a besoin de guérir sa lésion, il faut qu'il se reproduise un autre épithélium après la chute de l'épithélium malade desquamé. Cela s'observe très fréquemment à la suite de maladies aiguës de courte durée, à la suite, par exemple, d'une atteinte d'embarras gastrique fébrile, quelle que soit du reste la nature intime du syndrome décrit sous ce nom.

Une première conséquence de cette notion de la dermite linguale desquamative, c'est que la langue ne doit jamais être considérée comme un véritable miroir dans lequel des images successives se reflètent en quelque sorte instantanément. Il faut un certain temps pour que le processus desquamatif évolue et l'état de la langue retarde toujours sur la cause qui lui a donné naissance.

Cette notion est, en certains cas, d'une importance capitale pour la conduite à tenir. Voici une jeune fille quelque peu nerveuse, qui a eu des phénomènes plus ou moins vagues d'embarras gastrique ou encore qui a présenté un léger degré d'anorexie névropathique, à la suite de contrariétés, elle n'a pas d'appétit et sa langue reste blanche. Sa famille et elle concèdent qu'elle ne doit pas encore se réalimenter. Hypnotisé par le miroir de l'estomac, le médecin abonde dans le même sens. Cela dure des semaines, des mois même; la langue s'obstine à rester blanchâtre. En effet cet état est entretenu par l'anition et il eût suffi de rétablir la ration alimentaire à son taux normal pour voir la langue se nettoyer, les fonctions digestives se régulariser et la malade cesser de maigrir et se rétablir.

Il faut aussi connaître la desquamation consécutive aux dermatites linguales avec production excessive d'épithélium papillaire. Voici un malade qui a eu une poussée d'appendicite pour laquelle on l'a mise à la diète hydrique: elle était enceinte de sept mois, il se fait un accouchement prématuré. La malade accusant des malaises gastriques, un état nauséux, la langue restant blanche avec des aires inégales de desquamation, on n'ose la réalimenter. Au bout de trois semaines environ, la faiblesse est très grande, il y a des lypothymies, le pouls est faible, rapide. Par la palpation du creux épigastrique on provoque une sensation d'étouffement rétro-sternal. La piqûre d'une épingle révèle une anesthésie cutanée légère dans cette même région. Pas de doute, il s'agit d'une forme légère d'anorexie nerveuse consécutive à une appendicite; malgré le mauvais état de la langue, il faut réalimenter la malade. En effet, sous l'influence d'une réalimentation prudente mais progressive l'amélioration ne tarde pas à se produire. La langue se dépouille rapidement de son épithélium, elle devient rouge, lisse, avec saillie légère des papilles fungiformes. Peu à peu, on voit l'épithélium se reproduire sous forme d'un mince vernis blanchâtre.

Voici donc encore un cas dans lequel il était très important de savoir que le mauvais état de la langue ne contre-indiquait nullement la réalimentation, qu'elle ne se nettoierait que par le retour à un régime suffisant et que ce nettoyage amènerait une large desquamation susceptible de dénuder la langue

dans toute son étendue et de lui donner momentanément un aspect rouge et irrité.

Certaines causes locales peuvent influencer le processus de dermite linguale et en dénaturer la signification. C'est ainsi, par exemple, que la sécheresse de la bouche va permettre à la langue de se recouvrir d'une couche d'enduit sabural. L'absence de salive, l'absence des mouvements de la langue dans l'état typhoïde, la respiration la bouche ouverte sont la cause de ces langues sèches qu'on observe plus particulièrement dans les pneumonies graves et chez les urinaires.

Souvent aussi, il se produit une stomatite générale plus ou moins intense; la langue y participe. Son état ne donne plus alors aucune indication au point de vue de l'existence d'une intoxication et d'une infection. Dans la scarlatine, la langue est le siège d'une éruption desquamative analogue à l'éruption cutanée. Dans tous ces cas, il s'agit d'un processus local tellement intense que les phénomènes d'auto-intoxication linguale. Le miroir lingual n'existe plus.

Ainsi donc, pour nous résumer, nous pouvons dire que la langue, dans certains états morbides, donne des indications analogues à celles que pourraient fournir des plaques de dermite, d'eczéma ou de psoriasis. Toutefois, cette dermite linguale est d'une sensibilité plus grande, en vertu de la riche innervation de la langue, de son abondante vascularisation, de son mode particulier de desquamation papillaire. Elle représente un instrument de précision relativement à la dermite desquamative cutanée.

(Gaz. des Hôp.)

—: o :—

LES DYSPEPSIES HEPATOGENES.

Dans les affections hépatiques les plus diverses, on relève toujours, à titre de manifestations secondaires, des signes subjectifs ou objectifs de troubles digestifs. Jusqu'à présent, on estima généralement qu'ils étaient la cause des altérations du foie; mais depuis quelques années, certains auteurs ont tendance à considérer les troubles hépatiques comme affection primordiale.

L'ictère catarrhal reconnaissait pour origine l'inflammation gastro-intestinale, dont il est toujours accompagné: le catarrhe, parti du duodenum, gagnait les canaux biliaires; il obstruait le canal cholédoque, empêchait par suite le déversement intestinal de la bile, qui finalement était résorbée au niveau du foie. Cependant, Minkowski, Heidelmann, Chauffard, etc., eurent l'occasion d'autopsier des sujets morts d'une cause intercurrente au cours d'un ictère catarrhal: dans tous les cas, la quantité de catarrhe qu'ils trouvèrent dans le canal cholédoque était trop faible pour empêcher l'écoulement de la bile, parfois même il n'y avait dans les canaux biliaires aucune trace d'inflammation catarrhale; la lésion hépatique ne semblait donc nullement due

à une altération gastro-intestinale. — Cette question pathogénique est difficile à résoudre; toutefois, si l'ictère catarrhal se trouve parfois sous l'influence directe d'un catarrhe gastro-intestinal parfois aussi ces deux affections sont indépendantes l'une de l'autre. Toujours est-il que, dans cette variété de dyspepsie hépatogène, la résorption intestinale des graisses se trouve diminuée; elles constituent les fèces dans une proportion de 55 à 78 pour 100, au lieu du chiffre normal, qui est de 7 à 10 pour 100. La digestion est l'absorption des albumines, surtout d'origine animale, sont également troublées; celles-ci se putréfient dans les parties inférieures de l'intestin d'où l'odeur nausébonde, dégagée par les selles ictériques. L'anorexie purement hépatique (sans catarrhe gastrique primitif) s'explique par ce fait que les éléments de la bile, en excès dans le sang, imprègnent les terminaisons des nerfs, du goût. Les résultats donnés par l'examen du suc gastrique sont variables: dans un assez grand nombre d'ictères, les sécrétions stomacales restent normales, quelquefois il y a de l'hypoacidité, ou de l'hyperacidité.

Très souvent dans l'ictère catarrhal, mais non d'une manière constante, existent des phénomènes dyspeptiques, parfois même quand le suc gastrique est reconnu normal. Le malade a la langue saburrale, de l'anorexie, quelquefois une sensibilité à la pression et même des douleurs dans la région de l'estomac, surtout à l'épigastre. Après les repas, il éprouve des sensations de pesanteur et de plénitude, des nausées, des vomissements. Généralement, la viande est mal supportée; il en est de même des graisses.

Le lait semble être l'aliment, voire même le traitement de choix; dès que la tolérance de l'estomac s'améliore, on permet les farineux, les légumes, les compotes de fruits.

Tant que le sang renferme des éléments de la bile, il faut proscrire la viande, la graisse, l'alcool.

Dans le cours de la cholélithiase, peuvent apparaître différents troubles gastriques. Il s'agit le plus souvent d'hyperchlorhydrie; parfois, les douleurs occasionnées par ce trouble fonctionnel atteignent une intensité telle qu'il devient difficile de les distinguer de la colique vraie. Ces douleurs gastriques sont calmées assez rapidement par l'administration systématique des alcalins à forte dose; de telle sorte que dans ces conditions les phénomènes douloureux, qui se produisent d'une manière irrégulière, indépendante des repas, sont dus aux véritables coliques hépatiques. Le foie peut aussi réagir sur l'estomac, grâce aux rapports nerveux et circulateurs entre ces deux organes. L'insuffisance ou l'hyposthénie, à la solidarité fonctionnelle qui existe entre le foie et l'estomac est toujours liée à l'atonie et à la torpeur du foie; au contraire, l'hypersthénie se rencontre dans l'hyperactivité fonctionnelle du foie. Robin trouve dans 1600 cas d'hypersthénie avec hyperchlorhydrie des troubles hépatiques notamment l'hypertrophie dans une proportion de 87,5 pour cent.

La plupart des autres altérations anatomiques du foie s'accompagnent aussi de dyspepsie. C'est ainsi que dans l'hyperémie hépatique active, ayant

1) Voir La Revue Médicale No. 19, Page 256.

pour causes l'excès d'alimentation, l'alcoolisme, le climat tropical, un traumatisme local, on observe les symptômes suivants, qui se rapportent principalement à un excès de toxines intestinales: sensation de pression et de plénitude dans l'hypocondre droit et l'épigastre, sensation qui augmente par les mouvements, la respiration, le décubitus latéral. Ces symptômes sont particulièrement intenses au moment de la digestion.

Dans l'abcès du foie, on note une anorexie rebelle ou même parfois de la boulimie, des vomissements, etc.

Chez les buveurs, les prodromes de la cirrhose se traduisent fréquemment par des signes de catarrhe gastro-intestinal: anorexie, vomissement matutinal, etc., parfois diarrhée.

Toutes ces manifestations morbides secondaires, ou mieux toutes ces dyspepsies hépatogènes reçoivent naissance pour cause une diminution de la quantité de bile introduite dans l'intestin. Par suite de ce phénomène pathologique, la digestion pancréatique devient plus lente et plus difficile; une partie des albuminoïdes ne se peptonise pas et se putrifie dans le gros intestin. Les ferments pancréatiques ne sont pas soutenus par la bile dans leur action digestive, et leurs propriétés amylolytiques sont entravées par la persistance de la réaction acide et de la pepsine; les graisses ne se combinent pas aux sels biliaires, et deviennent rances; enfin le bol stomacal pénètre très lentement dans le duodenum; son séjour prolongé dans la poche gastrique devient l'origine de réactions et de fermentations anormales. Ainsi s'explique l'action remarquablement efficace des antifermentatifs (menthol) dans la dyspepsie des ictériques.

(Le Concours Médical.)

— : o : —

CHIRURGIE

PRATIQUE MEDICO-CHIRURGICALE.

Le Lusoforme dans les Maladies des Voies Urinaires

Par M. le Dr A. Guépin.

Le lusoforme est un produit antiseptique nouveau contenant de la formaldéhyde incorporée à du savon. Grâce à cette combinaison chimique, les inconvénients du formol, tels que ses vapeurs irritantes, son pouvoir de coaguler l'albumine, sont en majeure partie supprimés, tout en n'altérant pas son pouvoir bactéricide.

Le lusoforme a été l'objet de nombreux travaux cliniques et bactériologiques en Allemagne, en Angleterre, en Italie, où il est connu sous le nom de lysoform ou lisoformo. Ces études ont montré que cette substance répondait aux desiderata suivants:

1. Pouvoir antiseptique au moins égal, sinon su-

périeur, à celui des autres substances employées d'ordinaire (permanganate de potasse, acide phénique, sublimé); 2. innocuité; 3. ne pas tacher le linge et être inodore.

Ces propriétés nous ont engagé à essayer l'emploi de cet agent thérapeutique dans le traitement des affections des voies urinaires, et les résultats auxquels nous sommes arrivés sont tels que nous ne nous priverons point désormais de cette précieuse ressource.

10 Blennorrhagie urétrale chez l'homme.—Nous avons pratiqué les lavages de l'urètre au moyen des solutions à 1/2 p. c. et à 1 p. c. préparées de la façon suivante, au moment même de les utiliser: un litre d'eau bouillie est versée dans le laveur; on attend que sa température tombe à 39 ou 38; on ajoute alors, en ayant soin de brasser le liquide, 5 centimètres cubes ou 10 centimètres de lusoforme; et l'injection se prend suivant les règles usuelles, au nombre de deux et trois dans les vingt-quatre heures. Au début, le malade n'éprouve aucune sensation anormale; après quelques instants, il ressent une légère brûlure dans le canal, qui s'atténue très rapidement. La réaction sérieuse est comparable à celle qui suit tout lavage antiseptique.

20 Cystite chronique. — La vessie tolère très bien les irrigations avec le lusoforme à 1/2 p. c. et 1 p. c. De même que l'urètre, mais toutefois moins que, lui elle réagit par une sensation désagréable et un vif besoin d'uriner qui ne se manifestent qu'après quelques instants et se calment avec une grande rapidité. Le décapage, si l'on peut employer ce mot, de la cavité vésicale, remplie de pus et de mucosités adhérentes, est très rapide et fort complet; car le lavage d'eau bouillie qui suit et qui doit suivre le lusoforme revient absolument clair, tout à fait inodore et les urines reprennent consécutivement l'apparence normale plus vite, paraît-il, qu'avec les antiseptiques moins diffusibles et surtout moins actifs, à la dose que le réservoir urinaire veut bien accepter sans révolte.

Le lavage vésical lusoformé a donc remplacé dans notre pratique, partiellement du moins, le lavage au nitrate, au permanganate de potasse, parce qu'il est moins pénible, moins facilement nocif, plus détersif et mieux désinfectant.

30 Quant aux sondes, je les nettoie, après usage dans une solution de lusoforme à 5 p. c.; même toilette avant de s'en servir. Les bougies et sondes en gomme, en caoutchouc, supportent on ne peut plus facilement le lusoforme qui les savonne, les dégraisse et les désinfecte sans altérer leur substance d'une manière appréciable, sans les ramollir comme l'ébullition.

En résumé, le lusoforme est un des meilleurs antiseptiques dont nous pouvons nous servir: efficace (l'expérience pratique seule le prouve), pas toxique, peu douloureux, désodorisant, détergeant, il réunit les qualités requises pour la généralisation de son emploi.

— : o : —

INDICATIONS GÉNÉRALES DU TRAITEMENT
DANS LE PIED BOT VARUS ÉQUIN
CONGÉNITAL,

M. A. Broca, rapporteur.

(Congrès de Madrid, 1903.) (Extrait.)

Sayre a proclamé un jour qu'un accoucheur, ayant mis au monde un enfant atteint de pied bot, ne doit pas quitter la maison avant d'avoir donné les premiers soins à la difformité. Tous les chirurgiens d'enfants sont à peu près de cet avis, avec cette restriction que, trouvant exagérée cette bonté faite pour frapper l'esprit, la plupart attendent huit à quinze jours, de façon à être sûrs, avant de commencer, que l'enfant soit viable et s'éleve dans de bonnes conditions.

Pourquoi ce retard ? Pour ne pas risquer, en cas de dépérissement, qu'on en accuse les souffrances imposées au "pauvre petit" ? En principe, je n'aime pas à être complice de ces raisonnements de grand mère ou de nourrice, et, dans ce cas particulier, je crois que la rapidité d'action est un des principaux facteurs de succès ; quinze jours de retard me paraissent déjà préjudiciables, et, quand je suis appelé dès la naissance, je fais séance tenante le premier redressement. En opérant ainsi, on est surpris de voir combien de fois on réussit, en deux ou trois mois, sans aucune opération, sans même une ténotomie. On objecte parfois que les cas à succès rapides sont de simples attitudes vicieuses ; or, primitivement, presque tous les pieds bots en sont là, et notre but doit être précisément d'empêcher le plus souvent possible cette attitude de devenir un pied bot invétéré ; la cure facile et rapide ne signifie nullement que la lésion non traitée ne serait pas devenue et même assez vite, rebelle aux moyens simples.

C'est donc dès le premier jour que l'on commencera les manipulations, et, selon le précepte déjà ancien d'Adams, on s'occupera d'abord du varus seulement ; inutile d'insister sur cette pratique, tout à fait classique. On prend l'avant-pied d'une main, l'arrière-pied de l'autre, les deux pouces appuient par leur extrémité sur la convexité dorso-externe du pied ; avec eux on refoule cette "bosse" en dedans, tandis que l'effort des deux mains fait ouvrir l'angle du varus. Tout de suite après, on détord la supination, sur laquelle je m'expliquerai plus loin.

Toutes les fois que c'est possible, on fait une séance par jour ; il en faut au moins trois par semaine. Entre les séances, j'ai coutume de ne pas faire porter d'appareil, mais de maintenir seulement le pied dans une bande de flanelle, roulée en étrier dans le sens voulu pour porter le pied en vulgus. Quand parents ou nourrice sont intelligents, on leur recommande de tenir le pied le plus souvent possible en bonne position ; mais les manipulations proprement dites, exécutées par les profanes, m'ont toujours paru inefficaces.

Au bout de quinze jours à un mois, selon la gravité du cas, le varus et la supination sont corrigés, suffisamment au moins pour que l'on puisse

s'occuper utilement de l'équinisme. Il faut alors avoir soin de ne pas se leurrer d'une correction apparente, en imprimant à l'articulation médio-tarsienne un mouvement d'hyper-extension ; c'est dans la tibio-tarsienne qu'il faut corriger l'équinisme, en agissant directement sur l'arrière-pied, comme pour le redressement modelant en une séance.

Chez certains sujets, ces manipulations suffisent mais tandis que c'est la règle pour le talus valgus congénital, pour le varus équin c'est l'exception ; presque toujours, au bout de cinq à six semaines, on se rend compte, même dans les cas en apparence assez légers, que la rétraction du tendon d'Achille s'oppose à la suppression complète de l'équinisme, avec abaissement du talon ; mais cela se juge au résultat, et non à l'intensité de la déviation au moment de la naissance.

Le moment est alors venu de pratiquer la section du tendon d'Achille. Je suis partisan de la ténotomie à ciel ouvert : non pas comme le sternomastoïdien, à cause de voisinages dangereux, mais pour être en mesure de couper à fond, en avant du tendon, les fibres ligamenteuses tibio-calcaneennes, dont Bessel Hagen a bien montré l'importance pour la persistance de l'équinisme.

Cette petite opération se fait avec chloroformisation, ce qui n'a aucune importance, et j'en profite, même dans les cas légers, pour la faire précéder par une courte séance de redressement modelant. Ce n'est pas indispensable, mais cela rend le résultat plus certain et abrège la cure de plusieurs semaines.

Le traitement consécutif à l'opération va être indiqué après l'étude du redressement modelant.

Les manœuvres que je viens d'étudier chez le nouveau-né constituent sûrement un redressement modelant. Mais le nom est réservé, depuis Lorenz, à une véritable opération réglée, par laquelle, en une séance, sous le chloroforme, on corrige la difformité.

Le redressement brusque, manuel, n'est certes pas une méthode nouvelle. Il y a déjà de longues années que Dolore (de Lyon) s'en est fait le promoteur. Mais ce traitement n'a fait fortune que depuis peu de temps, et cela me paraît tenir à la précision avec laquelle Lorenz en a réglé la technique.

L'idée directrice de ce traitement est que la correction doit en une séance être complète, de façon que l'on ait dans la main un pied souple et mou, se laissant maintenir sans aucune résistance en talus valgus ; il faut que l'on ait absolument annihilé ce que Lorenz appelle la "force de retour" du pied, de façon que l'appareil n'ait plus qu'à maintenir et non à corriger ; de façon que cet appareil puisse, au besoin, n'être appliqué que six ou huit jours après la séance de redressement. Pour y parvenir, il faut attaquer l'un après l'autre, dans un ordre méthodique, les éléments de la difformité : l'abduction et inflexion de l'avant-pied ; supination. La section du tendon d'Achille est indispensable.

Lorenz a coutume d'immobiliser pendant assez longtemps le pied redressé dans un appareil plâtré, dont la plante est disposée de façon à permettre la marche ; et s'est excellent, en effet, pour les enfants dont on ne peut pas s'occuper quotidiennement. Mais toutes les fois que c'est matérielle-

ment possible, je préfère ne laisser l'appareil inamovible que pendant quinze jours à trois semaines, temps au bout duquel je reprends, pour maintenir le résultat, les séances manuelles de redressement et le massage des muscles du mollet. Entre les séances, le pied est maintenu par une bande de flanelle et par un soulier dont la semelle est élevée en dehors. La nuit, sauf pour les cas rebelles, j'ai coutume de ne laisser que la bande de flanelle. Lorsque les manipulations ne peuvent pas être aussi fréquentes et surtout quand l'enfant va commencer à marcher, un appareil très pratique consiste à appliquer, avec des tours de bandes en étrier, débordant bien le pied, une cuirasse en diachylon.

Car le début de la marche est le moment critique: la marche, en effet, est l'agent le plus puissant pour modeler le pied; si la plante est bien à la marche pour achever la cure, alors que ce même poids va tout remettre en question si on le laisse plat sur le sol, rien ne vaut le poids du corps dans agir en mauvaise direction.

Aussi lorsque l'enfant n'a pas encore marché, est-il bon de le mettre d'abord pieds nus sur le sol, debout devant une chaise sur laquelle il appuie les bras, et la mère détord le pied de dedans en dehors, de façon à appliquer la plante à plat, en repoussant de dehors en dedans, avec le pouce, la face dorsale du pied; un pied bien corrigé doit être plat, et ne point conserver, pour le début au moins, de cambrure au bord interne. Lorsque l'appui à plat est obtenu, on fait commencer la marche proprement dite avec un soulier lacé, bien moulé, à contreforts latéraux, dont la semelle est surélevée d'un bon centimètre sur toute la hauteur du bord externe. C'est une éducation assez lente, où il faut corriger très attentivement la tendance de l'enfant à marcher la pointe du pied en dedans, il faut compter qu'en général le résultat ne sera obtenu que vers dix-huit mois ou deux ans. Mais souvent, alors il sera parfait, l'enfant pouvant marcher avec de petits souliers découverts, ou même pieds nus, sans que personne s'aperçoive d'un reste de difformité.

(Concours Méd.)

— : o —

Thérapeutique et Mat. Médicale

TRAITEMENT DE LA GASTRO-ENTERITE PAR LE LAIT ECREME ACIDE.

Par M. le Dr Henri de Rothschild.

On sait que la gastro-entérite des nouveaux-nés est un des principaux facteurs de la mortalité infantile. Ses ravages se font surtout sentir pendant les mois d'été. A Paris, on enregistre annuellement une moyenne de 6,000 décès par gastro-entérite

chez les enfants de 0 à un an. En province, pour les nouveau-nés mis en nourrice, cette mortalité est encore plus importante. Dans certains centres du Pas-de-Calais, sur 1,000 décès de 0 à un an, il y en a 520 par gastro-entérite.

Cette maladie contagieuse, dont l'élément pathogène est encore discuté, cède très difficilement au traitement. On sait que le lait stérilisé et la surveillance des nourrissons permettent souvent d'éviter l'infection gastro-intestinale; néanmoins, un grand nombre d'enfants en sont encore atteints puisque, cette année, qui a été particulièrement favorable au point de vue de sa température, on a enregistré pour les mois d'été, 90 à 100 décès par semaine par gastro-entérite.

Depuis 1897, nous nous occupons de la gastro-entérite et avons mis à profit les méthodes thérapeutiques habituellement employées; lavages de l'intestin, diète hydrique, balnéation, astringents, etc. Malgré nos efforts et les soins les plus dévoués, la mortalité des enfants hospitalisés a été de 50 o/o jusqu'au mois de mai dernier. A cette époque, intéressé par les travaux de MM. Metchnikoff et Henri Tissier sur la fermentation du lait et sur les microorganismes de l'intestin, nous avons eu l'idée d'administrer à nos malades du lait privé de sa matière grasse par la centrifugation et acidifié par des cultures pures de ferment lactique.

Les enfants que nous avons traités étaient atteints de gastro-entérite grave, caractérisée par une diarrhée très profuse, un amaigrissement rapide, un état général mauvais et de la fièvre qui atteignait dans certains cas 39 et 40 degrés. Les doses administrées aux enfants variaient entre 30 et 60 c. c. de lait écrémé acidifié par des cultures de ferment lactique. Du fait de ce traitement, en très peu de temps la température est tombée, les vomissements ont cessé, la diarrhée a diminué d'intensité et, en 48 heures, les garde-robes sont redevenues normales et le poids de l'enfant a augmenté, alors que dans les cas analogues, avec les traitements habituels sous l'influence des purgatifs et de la diète hydrique, le poids diminuait considérablement.

Chez les malades traités, nous avons obtenu une chute de température rapide dès les premiers jours, suivie par une augmentation de poids constante. La guérison a été obtenue en moins d'une semaine chez certains malades et les enfants étaient rendus à leur famille pesant de trois à six cents grammes de plus qu'à leur arrivée dans le service. Sur 14 cas graves observés depuis le 1er juillet, nous avons eu la chance de constater 13 guérisons complètes et 1 récidive, actuellement en voie de guérison. Un certain nombre de ces cas étaient d'une gravité telle que le premier jour du traitement, nous escomptions une mort prochaine. Avec la thérapeutique habituelle, nous eussions eu une mortalité de 40 à 50 o/o des cas traités.

La méthode de traitement par le lait écrémé acide a porté sur un nombre insuffisant de cas pour permettre de dire que la guérison peut être certaine, mais il n'y a un point qui ne peut être discuté, c'est que même dans les cas graves des succès peuvent être obtenus.

Nous recherchons dans notre service, avec le concours de MM. Henri Tissier et Lanzenberg, préparateurs à l'Institut Pasteur, les meilleurs méthodes de préparation du produit ainsi que son mode d'action. Dans nos premiers essais, nous avons fait usage d'une préparation faite dans le laboratoire de MM. Carrion et Hallion, chimistes.

(Le Progrès Médical.)

PEDIATRIE

TRAITEMENT DE LA MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NE.

Instruments et objets nécessaires.

Tube laryngien de Chaussier ou de Ribemont,
Eau chaude et eau froide.
Deux bassins pour immerger l'enfant.
Farine de moutarde,
Alcool ou vinaigre,
Petite table, solide, haute, placée à bon éclairage, recouverte d'un oreiller de crin ou d'une couverture pliée,
Serviettes chauffées, compresses.
Ballon d'oxygène avec tube muni d'un entonnoir.
Disposer ces préparatifs au cours de l'accouchement, si l'on reconnaît que l'enfant souffre ou est exposé à souffrir du fait d'une extraction artificielle.

Technique.

Conduite à tenir préalable.—1. A la naissance le cordon bat: attendre deux ou trois minutes avant de sectionner le cordon (forme asphyxique); 2. le cordon ne bat pas: section immédiate du cordon. Emporter l'enfant, entouré de linges chauds, et l'étendre sur la table à plat sur le dos.

Si le cœur bat, essayer d'abord de l'excitation périphérique: nettoyer au préalable les premières voies aériennes, soit par suspension tête en bas, les doigts faisant l'expression des mucosités par pression de la trachée vers la bouche, soit par nettoyage direct à l'aide du doigt introduit dans l'arrière-bouche. Appliquer avec méthode et sans précipitation: flagellation, frictions à l'alcool ou au vinaigre baignés sinapisés alternativement chauds et froids.

Si le cœur ne bat pas, recourir d'emblée à la respiration artificielle dont le meilleur mode est l'insufflation.

A. Insufflation de bouche à bouche.—Les premières voies étant déblayées, l'enfant étendu sur le dos, est rapproché du bord de la table, de façon que sa bouche soit aisément accessible à celle de l'opérateur, placé à côté. Porter la tête en hyper-extension à l'aide d'une serviette roulée placée en billot sur la nuque. Interposer un linge fin entre les deux bouches. D'une main fermer les narines, de l'autre empaumer le thorax. Insuffler douce-

ment et lentement; faire l'expiration par pression thoracique. Ne pas dépasser quinze à dix-huit expirations par minute.

B. Insufflation à l'aide du tube.—Même attitude de l'enfant, sauf l'extension forcée de la tête. Avant tout et surtout, se servir de l'insufflateur pour nettoyer aussi profondément que possible les voies aériennes: commencer avec le doigt et aspirer ensuite avec autant de reprises d'introduction qu'il faudra, jusqu'à ce que le tube ressorte à sec. Se débarrasser à chaque reprise des mucosités aspirées en les soufflant sur une compresse.

Introduction du tube.—Glisser l'index gauche sur la base de la langue. Aller très en arrière à la recherche des cartilages aryténoïdes, le doigt non raidi, de façon à bien sentir la double saillie, petite et acuminée. Fixer l'index sur ce repère. L'insufflateur est saisi près de son pavillon comme une plume à écrire; il pénètre en glissant au long du doigt; la pulpe de l'index dirige son extrémité dans la glotte. S'assurer de la bonne mise en place en imprimant au tube de petits mouvements de latéralité qui déplacent le larynx sous les téguments. la bouche au pavillon du tube, soit en adaptant ce-

Insufflation comme ci-dessus, soit en appliquant lui-ci à la poire en caoutchouc de Ribemont.

Durée de l'insufflation.—A. Arrêt absolu du cœur (mort probable).—Insuffler pendant une demi-heure au moins et ne cesser au bout de ce temps qu'avec la certitude qu'aucun battement cardiaque n'a été éveillé.

B. Le cœur bat.—Insuffler pendant deux ou trois heures jusqu'à ce que l'arrêt du cœur date d'une demi-heure au moins ou jusqu'à ce que l'enfant soit absolument revivifié. On cessera lorsqu'il criera énergiquement, s'agitiera, sera bien coloré et ne respirera plus son ventre (disparition du sillon péripneumonique).

Au cours de l'insufflation, si le cœur ne mollit pas, on pourra faire quelques pauses pour recourir à la stimulation périphérique (frictions alcooliques, bains chauds sinapisés et froids alternants, etc.).

Traitement consécutif.—Maintenir l'enfant revivifié en couveuse (25 à 30 dégr.) ou en chambre chaude (22 à 25 dégr.). Inhalations d'oxygène. Se tenir prêt à reprendre l'insufflation en cas d'apnée récidivante, de cyanose, de collapsus avec refroidissement.

Difficultés et accidents.

Insufflation de bouche à bouche.—Danger pour l'opérateur de contamination syphilitique; à rejeter dans les cas suspects.

Insufflation du tube digestif.—On l'évite par l'extension forcée de la tête.

Contamination tuberculeuse de l'enfant, par l'opérateur infecté et inconscient. Le meilleur argument en faveur de l'emploi de la poire en caoutchouc.

L'insufflation de bouche à bouche n'est qu'un procédé de pis aller, en raison de la répugnance qu'il comporte.

Insufflation à l'aide du tube.—Difficulté d'introduction chez le prématuré.—L'étroitesse de l'arrière-bouche la rend inaccessible à l'index,—introduire

l'auriculaire.—La courbure du tube ne s'adapte pas à celle de l'arrière-bouche;—préférer le tube de Chaussier peu incurvé.

Accidents.—On insuffle le tube digestif (issue trop facile et bruyante de l'air insufflé ou gonflement de l'abdomen); recommencer l'introduction.

Emphysème sous-cutané.—On a déchiré les replis épiglottiques; faute à éviter en procédant toujours avec la douceur du cathétérisme.

Emphysème pulmonaire.—Résultat d'une insufflation trop brusque ou trop profonde. Faute à éviter en insufflant doucement, lentement et sans saccades.

Obstruction profonde des voies respiratoires.—Le nettoyage préalable à l'insufflation a été omis ou insuffisants. On la reconnaît à ce que l'air ne pénètre qu'en faible quantité et à ce que le thorax ne se dilate pas. Se garder d'insuffler davantage; essayer de réparer le mal en aspirant avec force pour appeler le bouchon bronchique dans le tube laryngien.

(Jour. de Méd. de Paris.)

—:o o—

OBSTETRIQUE

DU TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE PUERPERALE PAR LA DECAPSULISATION RENALE, D'APRES EDEBOLHS (DE NEW-YORK.)

Par MM. les Drs P. Cavaillon et P. Trillat, interne des hôpitaux de Lyon.

Le traitement chirurgical des néphrites médicamenteuses aiguës ou chroniques par la décapsulisation est une acquisition de date récente. Tandis qu'à l'étranger une foule de chirurgiens opèrent couramment des néphrites chroniques, en France on n'est pas encore gagné à cette cause nouvelle. C'est Israël, c'est Rossing, c'est Ferguson, c'est enfin Edebolhs, le père de la méthode, qui apportent chaque jour des faits probants de nature à engendrer des convictions. Deux thèses récentes ont étudié la question, celle de Bassam faite sous l'inspiration de notre maître le professeur Jaboulay, celle de Le Nouenne qui contient quelques faits nouveaux, mais où il est établi une confusion regrettable entre les néphrites aiguës, et les pyélonéphrites. L'auteur donne au mot néphrite un sens très extensif, qui va de la pyonéphrose au mal de Bright. L'un de nous a rassemblé dans un mémoire tout un groupe de faits établissant la parfaite légitimité de l'intervention chirurgicale dans les néphrites médicamenteuses.

Mais chaque jour les indications de la décapsulisation paraissent s'étendre. Edebolhs, dans un mémoire récent, rapporte un fait remarquable de guérison d'une éclampsie puerpérale par son opération. Nous croyons devoir publier d'après cet auteur son observation, avec le résumé des quelques considérations dont il la fait suivre.

Il faut actuellement accumuler des faits de ce genre, de façon à triompher des préventions souvent plus solides que justifiées qui accueillent toute idée nouvelle.

C'est Edebolhs qui le premier proposa en 1899 la décapsulisation rénale comme traitement systématique des néphrites chroniques. Les bons résultats qu'il a obtenus l'ont encouragé à étendre les indications de cette intervention. C'est ainsi qu'il l'a pratiquée pour d'autres affections rénales telles que néphrite aiguë hémorragique, pyélonéphrite aiguë avec abcès miliars et dégénérescence polykystique des reins. Il fallait une occasion pour pratiquer la décapsulisation du rein dans un cas d'éclampsie puerpérale d'origine rénale.

Cette occasion se présenta dernièrement à l'auteur; c'est l'objet de ce mémoire de montrer que la décapsulisation du rein doit être considérée comme une des dernières ressources que nous ayons à notre disposition pour combattre l'éclampsie puerpérale d'origine rénale. Pour pratiquer l'intervention, il faut évidemment se trouver en présence d'une éclampsie d'origine rénale; on ne saurait songer à cela dans les cas où le rein n'est pas en cause.

Observation.—Primipare, âgée de vingt-trois ans. Les dernières règles datent du 22 juin 1902. Une fièvre typhoïde grave la maintient au lit tout le mois d'octobre 1902. Elle parut bien s'en remettre. En janvier 1903, œdème léger des membres inférieurs et albumine. Le 11 février le visage devient bouffi, la malade présente des symptômes d'urémie marquée, et à la chaleur, on trouvait un gros disque d'albumine. A l'examen microscopique de l'urine on trouve de très nombreux cylindres hyalins et granuleux, avec quelques cylindres épithéliaux.

Pendant les deux jours qui suivirent, apparurent des manifestations urémiques, grands maux de tête, nausées, vomissements et enfin coma complet. La première convulsion se produisit le 13 février, elle nécessita l'emploi du chloroforme; elle fut suivie de deux autres crises convulsives le lendemain. C'est alors qu'Edebolhs vit la malade. Tous les moyens médicaux ayant été mis en œuvre, et la malade ayant repris une quatrième convulsion, comme l'enfant était vivant, et qu'il n'y avait pas de début de travail, l'accouchement provoqué fut décidé. Il fallut pratiquer deux incisions latérales sur toute la longueur du col utérin qui était long, dur et complètement fermé. Une application de forceps sur la tête terminera l'accouchement. La délivrance se fit une heure après environ. Tamponnement intra-utérin à la gaze. L'enfant né vivant mourut quelques instants après sa naissance. L'hémorragie due à la plaie cervicale fût insignifiante.

Le jour suivant, pas de crises nouvelles, la malade est toujours dans le demi-coma; on suture les deux incisions cervicales par neuf points au catgut chromique de chaque côté.

Le 16 février, quarante-six heures après l'accouchement, sixième convulsion suivie bientôt de quatre autres de la plus grande intensité; les urines sont toujours très albumineuses, le demi-coma persiste.

Le 17, nouvelle crise aussi violente. On propose alors à la famille de pratiquer la décapsulisation du rein; l'opération fut acceptée.

Le même jour, soixante-douze heures après l'intervention, la malade est à nouveau endormie.

L'opération fut bilatérale.

La décapsulisation des deux reins demanda exactement vingt-trois minutes. Les deux reins présentèrent des lésions d'inflammations aiguës, ils étaient peu augmentés de volume. La capsule propre fut aisément détachée de la surface externe de chaque rein et réséquée dans sa totalité.

Il n'y eut pas de nouvelles crises après l'intervention, et tous les symptômes graves de l'urémie disparurent si bien que deux jours après la malade retrouva sa connaissance. La malade se comporta dans la suite comme après un accouchement normal. Les plaies lombaires et les plaies du col utérin se fermèrent par première intention. La malade dut garder le lit trois semaines, comme après toute décapsulisation rénale. Au bout de ce temps la malade put se lever avec un excellent état de santé.

L'examen chimique et microscopique des urines fait journellement pendant deux semaines après l'opération montra une guérison rapide des lésions rénales. Le 28 février, on retrouva encore quelques cristaux hyalins et granuleux et une quantité véritablement infime d'albumine.

Un mois après, on ne retrouva plus dans l'urine que des traces d'albumine et quelques rares cristaux hyalins. Actuellement (6 juin 1903), cinquante-trois jours et demi après l'opération, l'urine est normale et la santé parfaite.

L'observation précédente est certainement le premier cas dans lequel on ait fait une intervention chirurgicale sur le rein en vue de traiter l'éclampsie puerpérale. Le fait de pratiquer la décapsulisation des reins dans l'éclampsie est la conséquence logique des succès obtenus par l'auteur, au moyen de cette opération, dans les néphrites chroniques et aiguës. En outre, tout le monde est d'accord pour admettre les bons effets de la saignée contre les troubles urémiques; or, si la perte de sang par saignée générale est utile, combien plus efficace est la saignée locale pratiquée sur le rein lui-même, comme cela arrive nécessairement dans la décapsulisation.

La décapsulisation du rein fut faite dans ce cas pour des convulsions commençant seize heures avant l'accouchement et persistant trois jours après la délivrance complète. On peut admettre que la maladie aurait pu guérir sans décapsulisation, mais le coma toujours persistant, les crises convulsives augmentant d'intensité et de fréquence après l'accouchement et malgré le traitement ordinaire n'étaient guère en faveur de cette terminaison.

"Les conclusions pratiques qu'il faut tirer de ce cas, dit en terminant le chirurgien de New-York, c'est que nous possédons, dans la décapsulisation rénale, un moyen puissant pour traiter l'éclampsie puerpérale grave. Bien plus, on devrait même proposer la décapsulisation dans les crises éclamptiques d'origine rénale survenant avant le commencement du travail. La mère serait certainement améliorée et en outre on pourrait ainsi éviter l'accouchement prématuré."

(Gaz. des Hôp.)

BIBLIOGRAPHIE

La Médication surrénale, par les Drs Oppenheim et M. Loeper, anciens internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-16 de 80 pages, cartonné: 30 cents. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19 rue Hautefeuille, à Paris.

Lorsque Brown-Séquard et après lui Abelous, Langlois, Thiroloix, etc., mirent en évidence les troubles déterminés par l'ablation ou la destruction des glandes surrénales, ils démontrèrent du même coup le rôle essentiel joué dans l'organisme animal par les capsules et l'existence certaine d'une sécrétion capsulaire.

Mais, comme pour toutes les glandes vasculaires, la sécrétion surrénale n'entra dans la phase véritablement physiologique que le jour où l'on étudia les effets de l'introduction dans l'organisme du suc extrait des capsules surrénales.

Dans un nouveau volume de la collection des Actualités médicales, MM. Oppenheim et Loeper étudient successivement:

Les extraits capsulaires dans la médecine expérimentale.

La posologie (glande fraîche, extraits surrénaux, adrénaline).

La Médication cardio-tonique.

La Médication hémostatique et antiphlogistique.

La Médication anesthésique.

La Médication surrénale dans les maladies nerveuses et les maladies de la nutrition.

La Médication surrénale dans les maladies infectieuses et dans les intoxications.

La Médication surrénale dans la maladie d'Addison.

—o o—

A. Jacobi.—"Therapeutics of Infancy and Childhood." 3 édition.—Lippincott Co., Philadelphie, 1903.

Il suffit de mentionner, ce nous semble, le nom et l'ouvrage de Jacobi, pour être assuré d'un travail consciencieux, et à la hauteur de la science actuelle. Jacobi, reconnu comme une des plus grandes autorités en pédiatrie par le monde entier, vient de publier une troisième édition de son admirable traité. Le praticien, le spécialiste, y trouveraient ce qu'il y a de mieux, de plus pratique, de plus scientifique sur le sujet. Le style en est facile, et chaque sujet est traité à point sans verbiage. Ces qualités font de ce volume le précieux compagnon journalier du médecin dans le traitement des maladies infantiles.

J. B. Cooke.—"A Manual of Obstetrical Technique.

—J. B. Lippincott Co., Philadelphie, 1 vol. 12 No. \$1.25.

Voici un manuel très pratique dans lequel la technique obstétricale aseptique est douée d'une façon très succincte et très claire. Les photogravures, dont il y en a une vingtaine, sont très bien; elles, avec les autres illustrations dans le texte, rendent celui-ci des plus intelligibles. Nous conseillons beaucoup ce petit volume aux praticiens et surtout aux gardes-malades.

M. Charles Roberts, 1524, rue Ontario, Montréal est l'agent canadien de la maison Lippincott. Téléphone Bell, est 2404.

SUPPLEMENT

L'AMYGDALITE.

Par M. le Dr Charles J. Drucek, Chicago, Ill.

(Suite.)

Traitement Local.

Le médicament à employer localement, doit remplir deux conditions. Il doit être antiseptique, détergeant et agir d'une manière permanente. Beaucoup de remèdes sont antiseptiques, mais ils n'ont pas de propriétés exosmotiques pour augmenter la circulation, ou encore leurs effets sont trop passagers et leur emploi fatigue le malade. Localement j'ai adopté un seul remède et c'est la Glyco-Thymoline. Je prescris le Glyco-Thymoline et l'eau à parties égales pour être employées en vaporisations. Ceci me donne de meilleurs résultats que tout autre médicament. Je l'emploie toujours avec un vaporisateur douloureux, tandis que les vaporisations ne le sont pas. Le Glyco-Thymoline, soulage promptement la sensation de sécheresse, et en adhérant à l'amygdale, la protège contre les irritations externes. Ses effets anodins sont immédiats et durables. Je conseille à mes patients de l'employer souvent, et à cause de son emploi facile et de ses prompts résultats, je trouve qu'ils n'ont besoin d'aucune autre recommandation que de l'employer largement. Comme la Glyco-Thymoline est non toxique, il n'y a pas d'inconvénient à ce que le malade en avale une certaine quantité car il ne dérange pas l'estomac, mais au contraire elle aide à la destruction des morceaux de mucus qui auraient pu être avalés.

Par ce mode de traitement, je constate que mes malades sont généralement tous guéris dans les 24 à 36 heures. Je n'emploie pas d'autres médicaments vu que le sujet n'est pas intoxiqué.

Voici deux observations qui n'ont rien d'intéressant par elles-mêmes si ce n'est qu'elles mettent en relief, les cas que le médecin rencontre tous les jours en clientèle.

Bébé J..., enfant de six ans, est malade depuis deux jours. Le premier jour, la mère s'est aperçu qu'il avait un mal de gorge et l'a traité avec du sel et du vinaigre, etc., traitement que l'enfant a

finalement refusé. A ma première visite, je mis l'enfant aux vaporisations à parties égales de Glyco-Thymoline et d'eau chaude et lui permis de prendre des liquides et des soupes chaudes, je conseillai les vaporisations toutes les 1-2 heures ou toutes les heures. Le matin suivant, la mère me téléphonait de ne pas y retourner, parce que l'enfant était complètement rétabli.

Mr. H. K., sujet à des attaques fréquentes d'amygdalite, mais refuse de se les laisser enlever, parce qu'il craint pour sa voix—il est chanteur—Il y a plusieurs mois, je lui conseillai des vaporisations dans la gorge de la Glyco-Thymoline au tiers, deux fois par jour, et dès qu'il aurait mal à la gorge de les répéter très souvent. Cet hiver il n'a pas eu une seule attaque de mal de gorge.

—:o o—

COQUELUCHE.

Quelque soit l'agent infectueux de la coqueluche, il n'y a aucun doute que l'infection est surtout localisée dans la muqueuse du larynx et de la trachée et répandue par les sécrétions. Le principal but du traitement est donc de détruire l'infection sur place, d'en empêcher la généralisation et de stériliser les sécrétions de manière à ne pas transmettre la maladie. Nulle doute un antiseptique mis en contact direct avec les parties malades, remplirait toutes ces indications. De toutes les manières d'employer ces médicaments, une seule est recommandable chez les enfants et c'est sous la forme de vapeur.

Les insufflation et les vaporisations sont difficiles d'application et douteuses dans leurs résultats, parce les remèdes ainsi appliqués n'atteignent pas toujours les parties malades. D'un autre côté l'inhalation d'une vapeur antiseptique telle que le VAPO-CRESOLENE remplit toutes les indications. D'après plusieurs médecins ce médicament agit comme un véritable spécifique dans la coqueluche. L'inhalation peut en être faite avec l'air, sans danger, d'une manière continue; elle agit directement sur l'enduit affecté, détruisant les germes, et grâce à ses effets sédatifs elle arrête les paroxysmes de la toux et la dyspnée.

Si on y a recourt de bonheure, VAPO-CRESOLENE enrayera la pneumonie et les autres complications dangereuses de la coqueluche.

—:o o—

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRME

(Suite.)

—Vous voyez, mère, que j'avais raison d'être inquiète et que mon désespoir n'était pas vain.

—Ton désespoir, s'écria Mrs Brown avec rage; mais, il n'en faut plus de désespoir, ce monstre ne mérite pas qu'une larme coule pour lui. C'est une épreuve, une grande leçon que le Ciel nous a envoyée, mais aujourd'hui, effaçons, même jusqu'au souvenir de cet infâme.

—Vous croyez que je puis ainsi me désabuser, dit Nelly avec exaltation.

—Me calmer, oublier, ah! si vous saviez,

—Calme-toi, ma fille, tout ceci s'oubliera. si vous pouviez seulement comprendre ce qui se passe en moi. Si ce n'était qu'une illusion que je perds, je pourrais encore espérer, mais, tout est anéanti, mon bonheur,, ma vie toute entière.

—Nelly, tu exagères!

—Exagérer, vous allez voir, ma mée, que c'est bien le contraire. Aujourd'hui, je n'ai plus que deux alternatives, mourir, ou me cacher au plus profond d'un bois. Je ne suis plus qu'un être misérable dont la honte et le mépris seront le partage.

—Ne suis-je pas là, ma Nelly, ne trouveras-tu pas, dans l'amour de ta mère, la consolation de tous tes chagrins?

—Je ne suis plus digne de vous, chassez-moi car je dois quitter ce toit qui a abrité mon enfance, je ne dois pas apporter le déshonneur où la probité seule a régné jusqu'ici.

La jeune fille, les cheveux épars, le regard perdu, repoussait sa mère qui essayait de l'étreindre dans ses bras.

—Mais enfin, s'écria Mrs Brown, tout ceci est folie, tu trouveras un autre homme qui t'aimera et un nouvel amour te rendra la clef des Paradis Perdus.

—Un autre homme, répéta Nelly en écla-

tant d'un rire nerveux, qui maintenant voudra de moi pour sa femme, personne vous dis-je, celui qui consentirait à me prendre pour maîtresse n'aurait même plus pour moi la considération que l'on a pour une fille perdue.

—Il me semble que je deviens folle, dit Mrs Brown en portant ses mains vers son front. Puis soudain saisissant la main de Nelly. Est-ce que?

—Hélas oui, et ce matin pour la première fois j'ai senti en mon être les tressaillements d'une vie nouvelle.

—Horrible, s'écria la fermière; puis son visage prenant une fixité extraordinaire, sans un cri, sans un soupir elle tomba comme une masse sur le tapis.

A ce moment le docteur Smyth et Jimmy entrèrent.

Le médecin souleva la main de Mrs Brown, mais cette main retomba inerte. Le médecin colla son oëille sur le cœur de la fermière, mais ce cœur était muet.

Le docteur se leva et tout bas:

—Apoplexie foudroyante.

Puis se tournant vers Jimmy:

—Va, dit-il, va trouver le révérend Barnes et dis-lui de venir rendre les derniers devoirs à sa vieille amie.

Nelly était là, regardant le cadavre de sa mère.

—Bonsoir docteur, dit-elle avec un sourire, vous venez voir ma mère, elle est bien fatiguée depuis mon mariage. Elle a tant travaillé, il est vrai que Donald...vous connaissez Donald, mon mari. Elle porta la main à son front et se mit à chanter:

Dans la forêt de Rosehale

Les sentiers sont bien beaux.

L'oiseau y fait son nid,

L'amoureux sa chanson.

Le docteur Smyth regarda la jeune fille et recula d'un pas comme si la foudre était tombée à ses pieds.

Elle était folle!

XIV

Environ un mois après les tragiques événements dont nous venons d'être témoins, un cavalier arrêta son cheval à la grille de Garry Fen.

C'était un grand jeune homme d'environ trente à trente-deux, la figure fortement halée par le soleil et d'une allure militaire.

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII

MERCREDI, 18 NOVEMBRE, 1903.

NO. 21

EDITORIAL

LE II. CONGRÈS DE MÉDECINE DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE.

Voilà le Congrès bien en marche. Il est temps pour tous et chacun, s'ils ne l'ont pas commencé déjà, de songer à apporter les miettes scientifiques, les fruits de l'expérience. Nous faisons un appel à nos confrères de la campagne, à nos sociétés médicales rurales. Il faut qu'ils se montrent, qu'ils participent activement à ce congrès, qu'ils se préparent dès aujourd'hui, car le temps qui reste est assez court.

Ce qu'il faut de tous c'est de l'original, du soi, ne fut-ce que quelques lignes, qu'une unique idée, c'est de l'émettre. Nulle pensée, nulle expérience, soulignée du trait de l'originalité, n'est trop humble pour trouver honorablement sa place dans un congrès. Mille fois mieux ce simple exposé du travail personnel que les belles pages et les ronflantes phrases du compilateur.

Il faut montrer au monde médical que dans notre pays, non-seulement nous suivons le mouvement scientifique du monde, mais que chacun a du sien, propre. Ces travaux seront publiés — ceux du dernier congrès sont à s'imprimer ; plusieurs des communications du congrès de Québec ont eu l'honneur d'être citées à l'étranger. Il faut qu'il en soit encore ainsi cette fois, et que l'impression de notre existence médicale se fasse sentir davantage, par ce II Congrès, chez nous et au dehors.

A l'œuvre donc, jeunes et vieux, dès demain.

Nous avons dans notre rapport de l'assemblée de mardi, donné les adresses des secrétaires de sections, afin que les médecins puissent communiquer avec eux pour tous renseignements et leur envoyer leurs travaux.

Encore une fois, à l'œuvre, au plus tôt, car il faut que le succès, un grand succès scientifique couronne ce II Congrès des médecins de langue française, qui sera tenu à Montréal en juin 1902.

CORRESPONDANCES

Montréal, Novembre, 1903.

M. le Dr Jos. Bournival, Saint-Barnabé, P.Q.

Mon cher docteur,

La maladie a retardé la courte réponse que j'avais à faire à votre lettre parue dans le numéro 14, (30 septembre, 1903) de La Revue.

Je ne puis qu'énoncer dans cette lettre, bien succinctement, mon expérience et mes appréciations toutes personnelles, surtout cliniques.

Il ne s'agit pas de faire ici une étude sur le sublimé corrosif comme agent d'antisepsie chirurgicale — étude, basée sur des compilations de celui-ci ou de celui-là, qui, bien souvent, n'y a pas mis seul un seul iota d'expérience personnelle, et s'est contenté de répéter, sans vérification scientifique, ce que ses devanciers ont dit ou répété avant lui. C'est malheureusement ainsi qu'une foule de notions fausses sont propagées de génération en génération, faute d'expériences de contrôle.

Depuis bien des années, ma croyance dans l'efficacité du bichlorure de mercure, tel que nous l'employons habituellement — et dans beaucoup de nos soi-disants antiseptiques par trop pronés — a été désagréablement ébranlée. A la suite de mes lectures,

de la constatation d'opinion si contradictoires par des hommes dignes de foi; à la suite de certains travaux, peut être un peu boiteux, entrepris il y a une douzaine d'années, et me ralliait aux résultats qui m'a donnés mon expérience clinique, je suis devenu, peu à peu, un peu—un grand peu—sceptique. J'en suis arrivé presque à l'athéisme en la matière.

Le sublimé, tous le savent, coagule les albuminoïdes des tissus et des microbes, Laplace, de Philadelphie, alors de la Nouvelle-Orléans, a signalé le fait que pour mitiger cette coagulation et obtenir le summum d'action de bichlorure, il fallait se servir d'une solution acide.

J'ai déjà dit ailleurs que ces solutions acides étaient connues bien des années avant que le distingué chirurgien de Philadelphie, ne les eût mentionnées. (La Revue, pol. III, note à la p. 41.)

Pour avoir un semblant d'efficacité antiseptique il faut adjoindre au sublimé, un acide, ordinairement l'acide tartrique.

Cette solution devint plus active; mais il est, je crois admis aujourd'hui par le plus grand nombre des expérimentateurs et des cliniciens que la solution requise pour anéantir sur place les microbes, a bien avant de produire cet effet si désirable, amplement le temps d'intoxiquer les malades.

En ce qui regarde le titre de la solution, il faut au 1 pour 250 ou 1 pour 500, afin d'obtenir l'effet microbicide. Ces solutions ne peuvent être tolérées sur une muqueuse ou sur un épiderme dénudé. Il faut, en outre, pour que ces solutions agissent, au contact assez prolongé—10 à 20 minutes au moins—avec les tissus, qui devront y baigner. Ce n'est nullement pratique, sans risque d'intoxication dangereuse.

Nos simagrées qui consistent, pour nous stériliser les mains, à barboter pendant trois ou quatre minutes dans une solution de bichlorure au 10000, souvent au 20000, sont drôles, et de voir avec quel sérieux on se croit si pur est encore plus risible. Cette sécurité aliatoire n'existe certainement pas, et elle devient dangereuse, faisant négliger d'autres précautions plus sûres. Mieux vaut assurément se laver et se brosser une dizaine de minutes avec du bon vieux savon du pays.

Le sublimé ne s'emploie plus jamais pour les plaies chirurgicales; il empêche l'union et la réparation, en agissant sur les filaments nerveux, la circulation et les substances anatomiques fondamentales albuminoïdes des tissus.

Quant à son emploi en obstétrique et en gynécologie, il est presque nul. Très rares aujourd'hui en injections intrautérines. Personnellement, je crois cet usage absolument condamnable.

D'après ma propre expérience dans le traitement

des métrites septiques puerpérales ou autres, je dois dire carrément—et je me base sur de nombreux cas dans mon service hospitalier et dans ma clientèle privée—que je n'ai jamais observé de bons résultats attribuables directement à son emploi, au contraire j'ai été témoins à maintes reprises, d'intoxications mercurielle à la suite de l'usage de cette drogue dangereuse.

Quant au bien que l'on en dit, je suis fermement convaincu, que si l'on avait usé, dans les mêmes circonstances, d'agents moins meurtriers, les résultats auraient été tout aussi bons, probablement meilleurs.

Dans tous les cas, m'appuyant sur mon expérience personnelle, je ne puis le conseiller dans l'utérus; je ne le permets jamais dans mon service hospitalier; je me croirais criminel de m'en servir moi-même.

Tout au plus pourra-t-on permettre des irrigations vaginales au sublimé, à condition que le vagin soit sain et que l'on voie à ce qu'il n'y ait pas de rétention de la solution. Quant à la valeur antiseptique de ces solutions, dans mon estime, il y en a pire.

Si l'on s'amuse de faire des irrigations au bichlorure dans une cavité (utérus vagin, plaie profonde, etc.) il ne faut jamais oublier de les faire suivre d'une irrigation abondante d'eau pure, de sérum artificiel, etc., afin d'éviter à tout prix, la rétention de la solution hydrargyrique et par suite, le danger d'intoxication.

En résumé, le bichlorure de mercure comme agent d'antisepsie chirurgicale est un agent dangereux à manier. Pour être peut-être efficace, il demande un contact proloagé avec les tissus et à être peut-être efficace, il demande un contact prolongé avec les tissus et à être employé en solution acide assez concentrée; il agit lentement et n'est pas toujours sûr.

L'usage habituel que l'on en fait pour la stérilisation des mains et de la peau est quasi une petite farce chirurgicale.

Son utilité se retrouverait pour le pansement des plaies ou des lésions superficielles infectées qui peuvent être détergées facilement, alors sans forme d'irrigations ou de compresses. Mais encore ici faut il en surveiller l'effet thérapeutique et tonique.

En terminant, je crois que la profession serait des plus heureuses de voir quelques uns de nos jeunes savants attachés aux laboratoires, entreprendre des travaux qui tenteraient à élucider scientifiquement méritoires qui rendrait d'immenses services à la médecine tous ces points. Ce serait une étude des plus décine pratique.

Je suis tenté, avant de finir, de m'écrier comme

notre excellent collaborateur "Nire," dans ses Coq-à-l'Ane, lorsqu'il parle des expériences faites dernièrement au sujet de la valeur antiseptique de l'alcool—que nous regardions comme le AI des antiseptiques—expériences qui nous font ouvrir tout grands nos yeux crédules... Ohé! les ballons!

Votre tout dévoué,

M. T. BRENNAN.

— : o : —

LE II CONGRES DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMERIQUE DU NORD.

Mardi soir, dans une des salles de l'Université Laval, les médecins du district de Montréal et le comité d'organisation du Congrès ont tenu une assemblée relative au congrès.

Le nombre de médecins présents était relativement petit, vu que l'annonce dans les journaux les convoquant, n'avait parue que la veille et le matin même, et n'était pas placée, dans les journaux en un endroit de nature à attirer l'attention.

Le docteur A. A. Foucher, le président du congrès, au fauteuil, explique que ce congrès correspondra avec le 25ème anniversaire de la fondation de l'Université Laval à Montréal. Pour faire coïncider et marier ces deux événements, une entente a eu lieu entre les organisateurs, et les fêtes se feront dans la première semaine de juin qui suivra la fermeture des cours universitaires. Le président insiste pour que tous se donnent la main, afin de procéder sans délai. Le but de l'assemblée de ce soir est de choisir les officiers du congrès dans chaque section, afin de mettre toute l'organisation en marche dès maintenant.

Le docteur Lesage, le secrétaire général, donne lecture des noms des officiers suggérés dans les diverses sections, et soumet cette liste à la considération de l'assemblée. Il en résulte les nominations suivantes:—

Il y a trois grands comités généraux: celui de la Finance, celui des Travaux, avec ses sous-comités, et le comité d'Organisation générale, comprend les sous-comités du Programme et de Réception.

OFFICIERS GENERAUX DU CONGRES.

Dr. A. A. Foucher, président général, 96, rue Saint-Denis, Montréal; Dr. Séraphin Boucher, trésorier général, 1133, rue Ontario, Montréal; Dr. Albert Lesage, secrétaire général, 268, rue Saint-Denis, Montréal.

COMITE DE FINANCE.

Dr L. P. Lachapelle, président, Dr S. Boucher, secrétaire, Dr E. G. Asselin, Dr G. E. Baril, Théo. Cyphiot, Dr E. G. Dagenais, Dr L. E. Fortier.

SECTION DE MEDECINE.

Président honoraire, J. P. Rottot, Montréal; Président, (sera nommé par Québec.) Vice-présidents, H. Hervieux, Montréal; E. F. Panneton, Trois-Rivières. Secrétaire, Alphonse Mercier, 164 rue Berri, Montréal.

SECTION DE CHIRURGIE.

Président Honoraire, sir William Hingston, Montréal; Président, Oscar Mercier, Montréal; Vice-président (nommé par Québec) J. O. Camirand, Sherbrooke; secrétaire, Eug. Saint-Jacques, 573, rue Sherbrooke, Montréal.

GYNECOLOGIE.

Président Honoraire, Coyteux-Prévost, Ottawa. Président, M. T. Brennan, Montréal; Vice-présidents (nommé par les Etats-Unis), J. E. Turcotte, Saint Hyacinthe; Secrétaire, W. J. Dérome, 372, rue Sherbrooke, Montréal.

OBSTETRIQUE ET PEDIATRIE.

Président Honoraire, J. B. A. Lamarche, Montréal. Président (nommé par Québec), Vice-président, E. A. R. de Cotret, Montréal; I. Cormier, Montréal; Secrétaire, E. G. Asselin, 481, rue Saint-Antoine, Montréal.

MEDECIN LEGALE MALADIE MENTALES ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Président Honoraire, E. J. Bourque, Longue-Pointe; Président, Geo. Villeneuve, Montréal; Vice-Présidents (nommé par Québec), E. M. Provost, Sorel; Secrétaire, E. P. Chagnon, 119a, Avenue Laval, Montréal.

OPHTALMOLOGIE OTOLOGIE RHINOLOGIE

Président Honoraire, L. Édouard Desjardins, Montréal; Président, Rod. Boulet, Montréal; Vice-président (nommé par Québec); (nommé par les Etats-Unis); Secrétaire, Henri Masson-Duhamel, 266, rue Saint-Denis, Montréal.

HYGIENE ET INTERETS PROFESSIONNELS.

Président Honoraire, E. P. Lachapelle, Montréal; Président, C. N. Valin, Montréal; Vice-Président, Elz. Pelletier, Montréal; L. J. Sirois, Saint-

Ferdinand d'Halifax; Secrétaire Jean P. Décarie, 676, rue Sherbrooke, Montréal.

Le comité général d'organisation est composé du président, du secrétaire et du trésorier généraux, des présidents et secrétaires du Comité de Finance et de tous les comités des travaux. Ce comité à sa première assemblée choisira les membres des comités de réception et du programme, et organisera la marche de tous les comités. Le président général assistera à la première réunion de chacun des comités afin de mettre tout le monde bien au courant.

L'Université Laval a gracieusement mis entièrement à la disposition des organisateurs du congrès pour leur délibérations la salle de médecine légale. On voit qu'il reste à nommer à Québec, le président de la section de médecine, un vice-président dans la section de chirurgie, un président dans la section d'obstétrique et de pédiatrie et un vice-président.

M. le président suggère, afin de donner plus de temps à la discussion. 1. Que chaque section produise un travail de longue haleine sur un sujet d'actualité; 2. Que les membres qui ont l'intention de présenter des travaux, de les préparer au plus tôt; 3. Que tous ces travaux soient imprimés d'avance; 4. Que lors du congrès, l'orateur ne lise qu'un résumé succinct et les conclusions de sa communication.

Cette manière de procéder, mettra tout le monde au courant des travaux au préalable et permettra une discussion plus intéressante et plus serrée, d'où rejailliront des idées pratiques et originales.

Il est dans l'intérêt du congrès et des membres que tous ceux qui ont des travaux à présenter en avertissent les secrétaires au plus tôt, donnant le titre de leur communication.

— o o —

Revue des journaux

MEDECINE

VALEUR SEMEIOLOGIQUE DE L'ETAT DE LA LANGUE DANS LES MALADIES DU TUBE DIGESTIF. (1)

Par MM. Albert Mathieu et J.-Ch. Roux.

III. La Langue dans les maladies de l'Estomac et de l'Intestin.—Nous avons cherché à établir que

(1). Voir La Revue Médicale No. 19, page 256 — No. 20, page 271.

la muqueuse linguale est en réalité une fausse muqueuse dont la structure et les réactions se rapprochent plus de celles de la peau que de celles de la muqueuse gastro-intestinale; nous avons montré que sa blancheur et son état saburral s'expliquent principalement par la longueur et l'abondance du revêtement épithélial des papilles filiformes et par leur desquamation plus ou moins rapide, sous l'influence de poussées de dermite linguale superficielle. Nous devons nous demander maintenant comment se comporte la langue dans les maladies de l'estomac et de l'intestin.

Son état a-t-il une valeur séméiologique positive dans le diagnostic des états dyspeptiques et gastropathiques? Les auteurs, dont l'opinion fait autorité en fait de pathologie digestive, sont loin d'être d'accord sur ce point de séméiologie en apparence si facile à trancher.

Prenons les traités les plus récemment publiés en France sur les maladies de l'estomac, nous trouverons sur ce point les opinions les plus variées. D'après Bouveret, les malades atteints de catarrhe ou de dyspepsie nerveuse gardent toujours une langue plus ou moins chargée, quelque soin qu'ils mettent à se nettoyer la bouche. Par contre, les affections gastriques avec excès de sécrétion, telles que l'hyperchlorhydrie, l'hypersecretion et l'ulcère, ne provoquent point l'état saburral.

Albert Robin soutient à peu de chose près la même opinion. La langue, nette et rouge dans la dyspepsie hypersthénique, c'est-à-dire dans l'hyperchlorhydrie, est couverte d'un enduit plus ou moins épais, plus ou moins étendu dans la dyspepsie hyposthénique. La langue n'est normale que dans 15 p. 100 de ces cas, dans la dyspepsie hyposthénique latente. Lorsqu'il existe des fermentations gastriques, la langue est toujours saburrale, sous forme d'enduit uniformément réparti ou de plaques allongées irrégulières.

Au contraire, dans l'article du Traité de médecine de Brouardel et Gilbert consacré aux maladies de l'estomac, MM. Hayem et Lion ne signalent presque jamais l'état de la langue et ne paraissent lui accorder aucune importance.

Les auteurs étrangers sont, eux aussi, très loin d'avoir des opinions concordantes sur la valeur séméiologique de l'état de la langue.

Voici résumée, d'après J. Müller, l'opinion d'un certain nombre d'entre eux.

Riegel déclare que l'éclat de la langue ne reflète nullement l'état de la muqueuse gastrique. Il ajoute cependant que la langue est beaucoup moins souvent chargée dans les cas où il y a une hypersecretion chlorhydrique que dans ceux dans lesquels la sécrétion de cet acide est diminuée.

Boas admet également qu'il n'y a aucun parallélisme entre les maladies de l'estomac et l'enduit lingual. Il attribue surtout cet enduit à des irritations locales de la salive, etc. Il considère donc l'enduit saburral de la langue comme la conséquence d'une inflammation superficielle. Rosenheim, dans le même sens, va même jusqu'à parler de glossite. On voit que l'idée de ces deux auteurs ne s'éloigne pas sensiblement de celle que nous avons soutenue et développée antérieurement et de l'opinion

que l'un de nous expose couramment dans son service d'hôpital depuis près de dix ans.

Pour Henschl encore, l'enduit morbide de la langue est la conséquence d'un catarrhe buccal qui peut tout aussi bien résulter d'irritation locales que succéder à des lésions de la muqueuse gastro-intestinale.

Leube déclare lui aussi qu'on ne peut pas déduire l'état de l'estomac de l'état de la langue; il admet cependant que les maladies de l'estomac peuvent par voie réflexe agir sur la production et l'évolution de l'enduit saburral de la langue.

Ewald pense, comme Leube, que les affections gastro-intestinales peuvent amener par voie réflexe des modifications de la langue. Fleischer, bien qu'il reconnaisse une relation entre les maladies gastriques et l'enduit lingual, déclare qu'à son avis ces relations sont encore mal déterminées. Il lui semble difficile d'admettre une propagation ascendante du catarrhe stomacal. L'hypothèse d'une action réflexe ne le satisfait guère mieux.

Beaucoup de médecins seront sans doute surpris de cette divergence d'opinions et plus peut-être encore de voir des auteurs, d'une compétence reconnue, nier délibérément qu'on puisse tirer de l'examen de la langue des inductions de quelque valeur pour le diagnostic des maladies de l'estomac et de l'intestin.

Nous pensons également que l'examen de la langue ne sert en aucune façon pour le diagnostic des lésions ou du chimisme.

Recherchons en clinique quels sont les cas dans lesquels on trouve au maximum l'état saburral de la langue.

C'est tout d'abord, dans des cas où il existe une inflammation de la bouche, une stomatite généralisée, ou de la gorge, comme dans l'amygdalite, et dans tous ceux où il y a des phénomènes d'embarras gastrique.

L'embarras gastrique n'est certainement pas une maladie définie; c'est un état général et local qui paraît résulter surtout soit d'une infection, soit d'une intoxication, et plus particulièrement encore d'une infection ou d'une intoxication à détermination gastro-intestinale prédominante. Dans l'amygdalite, se superposent l'état infectieux et l'inflammation locale, de là l'intensité de l'état saburral.

L'état saburral de la langue chez les urinaires est aussi souvent des plus marqués; chez eux, non seulement la stomatite linguale produit l'épais enduit crémeux de la langue, mais la langue incrustée de détritons jaunâtres est sèche et fendillée. La dénudation par desquamation au moment des phases linguales.

L'amélioration témoigne de la réalité de la dermite. En somme, en faisant la part des causes locales d'irritation, l'état saburral de la langue paraît témoigner surtout de l'existence d'une intoxication d'origine digestive ou d'une infection à localisation gastro-intestinale prédominante.

On ne peut bien apprécier la valeur du phénomène qu'en connaissant bien sa nature intime. On comprend que la dermite demande un certain temps pour évoluer et qu'elle survive à la cause qui lui a donné naissance.

Si l'on veut apprécier convenablement sa signification, il faut savoir aussi que l'état saburral de dermite linguale superficielle est entretenu par certaines conditions, entre autres l'inanition ou l'alimentation insuffisante.

Nous l'avons indiqué déjà, mais nous ne saurions trop insister. L'état saburral de la langue chez des malades insuffisamment nourris les amène souvent et amène leurs médecins eux-mêmes à restreindre encore la ration alimentaire. Or, il suffirait, au contraire, de ramener l'alimentation à son taux normal pour voir la langue se nettoyer en quelques jours et reprendre son aspect physiologique, non quelquefois sans subir une desquamation marquée, qui la dépouille momentanément de tout le gazon de ses papilles filiformes.

Il existe, nous l'avons dit aussi, des langues pileuses blanches tout à fait analogues à la langue pileuse noire.

Ces notions sont indispensables pour juger convenablement la signification séméiologique de la langue blanche et de la dermite saburrale.

Grâce à elles, il sera peut-être possible, dans l'avenir, d'aller plus loin que ne l'ont fait nos prédécesseurs et de faire servir la constatation de l'existence, de la marche, de l'évolution de la dermite linguale à la connaissance, à la détermination des états infectieux et des intoxications qui, le plus souvent, en amènent la production et en provoquent les poussées.

(Gaz. des Hôp.)

— : o : —

LA MÉDICATION HYPOTENSIVE.

Par M. le Dr H. Hucard.

La médication hypotensive tend à combattre isolément trois hypertensions: artérielle, pulmonaire, portale. Nous ne parlons pas de l'hypertension veineuse qui fait partie du grand syndrome asystolique, et pour aujourd'hui nous nous occuperons surtout du traitement de l'hypertension artérielle dans la présclérose et les cardiopathies artérielles.

"L'étude de la tension artérielle dans les maladies et surtout dans les affections du cœur présente un intérêt pratique de haute valeur. Elle est la clef de la pathologie cardiaque, la source féconde d'indications et de succès thérapeutiques, puisque l'action du cœur est souvent liée à la pression sanguine."

Telle est la déclaration qui ouvre la première page de notre Traité des maladies du cœur et de l'aorte, et pour bien démontrer l'importance de recherches interrompues depuis vingt années sur ce sujet, l'étude de ces affections a été précédée de notre part par de longues considérations physiologiques et cliniques sur la tension artérielle. Il me semble utile aujourd'hui d'en tracer toutes les déductions thérapeutiques, d'exposer dans une vue d'ensemble les bienfaits de la médication hypotensive avec

les moyens dont nous disposons pour la remplir, et cela d'autant plus que, jusqu'ici, les traités de thérapeutique n'ont pas consacré un chapitre important et spécial à ce sujet.

Premises Physiologiques.

Dans un groupe important des cardiopathies, l'hypertension artérielle ou aortique constitue un danger que les anciens avaient pressenti, quand ils parlaient de "pléthore sanguine", de "violence de l'impétus du sang", et quand Valsalva imaginait son traitement des anévrismes par une diète rigoureuse, des saignées si répétées et si copieuses que les malades devaient arriver à l'impossibilité de lever les bras hors du lit.

Autrefois, règne de la pléthore, la thérapeutique, s'appuyant sur une physiologie élémentaire, visait la masse sanguine. Double erreur: d'abord, parce que d'autres éléments, autrement puissants, agissent pour augmenter la tension artérielle; ensuite, parce qu'il a été démontré par de nombreuses expériences, en particulier par celles de Frédéricq (de Liège), qu'après une saignée, l'abaissement de la tension artérielle est un phénomène transitoire, inconstant, et que pour le rendre plus sensible et durable, il faudrait enlever chez l'homme plus de 2 litres de sang, ce qui serait dangereux et impraticable. D'après Arloing, il faudrait extraire environ un tiers de la masse sanguine pour obtenir une chute plus ou moins durable de la pression artérielle; d'autres part, il résulte d'expériences de Dastre et Loye que l'on ne voit survenir une élévation appréciable de la tension artérielle que si la masse du sang est augmentée d'un huitième. D'autre part, l'élévation et l'abaissement de la pression ne sont pas exactement proportionnels à l'augmentation et à la diminution de la masse sanguine, et il est démontré que les vaisseaux, par leurs muscles, ont la faculté d'adapter, dans des limites assez étendues, leur calibre au contenu, et que la transsudation rapide de la partie liquide du sang dans les tissus contribue à maintenir la pression constante. C'est ainsi que Worm-Müller a pu constater une élévation de pression après de faibles émissions sanguines.

L'augmentation de la tension artérielle sous l'influence de l'impulsion cardiaque est certes démontrée deux fois: par la physiologie, au moyen de l'excitation des nerfs accélérateurs du cœur, de la paralysie des nerfs ou des centres modérateurs, par la clinique qui la mesure d'après l'importance du débit ventriculaire. Mais, le cœur réglant sa force et son travail sur les résistances périphériques qu'il trouve devant lui, c'est-à-dire sur l'augmentation de la contractilité artérielle et sur la diminution ou la perte de l'élasticité vasculaire qui économise plus ce travail, ce n'est pas encore au moteur central de la circulation que revient le rôle prépondérant.

La tonicité des artères, effet immédiat de leur élasticité et surtout de leur contractilité, doit être principalement invoquée et incriminée. Les physio-

logistes sont tous d'accord sur ce point, et cette vérité a été nettement démontrée et exprimée par Marey: "La tension artérielle est en général réglée par l'état de contraction ou de relâchement des vaisseaux capillaires; cette tension s'élève quand les petits vaisseaux sont contractés, elle s'abaisse quand les vaisseaux se relâchent." La physiologie trace donc à la thérapeutique la marche à suivre pour abaisser la tension artérielle surélevée; elle lui montre que si les vaisseaux sont à l'état normal les auxiliaires du cœur, ils peuvent à l'état pathologique en devenir les plus grands ennemis, lorsque le frein vasculaire est trop serrée; elle lui montre encore qu'il faut moins s'adresser au myocarde qu'aux vaisseaux, au cœur central qu'au cœur périphérique. La médication doit être vasculaire, non cardiaque.

L'élévation de la tension artérielle par le fait de l'augmentation du tonus vasculaire et des résistances situées à la périphérie du système circulatoire est démontrée expérimentalement par la ligature de l'aorte, par l'excitation des nerfs vaso-constricteurs et des centres vaso-moteurs, par l'excitation directe des parois artérielles, par l'accumulation de substances toxiques et principalement de l'acide carbonique dans le sang, par l'excitation réflexe des nerfs sensitifs du sympathique ou du système rachidien. Les résistances périphériques, sorte de frein vasculaire, sont même nécessaires pour une bonne circulation, comme l'a démontré Claude Bernard: "Dans une artère, la pression qui vient du centre trouve un obstacle dans la pression qui vient de la périphérie; si ces deux pressions étaient égales, le sang ne circulerait pas, mais il n'en est pas ainsi." A son tour, Vulpian s'exprime ainsi: "Le sang est nécessairement soumis dans les artères à une certaine pression qui fait effort contre les parois du vaisseau et la réaction plastique ou musculaire de ces parois augmente à son tour cette pression."

On me permettra de reproduire quelques paragraphes du chapitre où j'ai étudié, au point de vue des applications cliniques, les conséquences de l'hypotension et de l'hypertension artérielles.

"En réfléchissant aux résultats produits par les ligatures ou compressions de l'aorte, on peut émettre cet axiome: Toutes choses égales d'ailleurs, et la masse sanguine ainsi que l'impulsion cardiaque restant normales ou invariables, la seule augmentation des résistances périphériques est capable d'élever la pression vasculaire. Bien plus, ces résistances périphériques agissent sur le moteur central dont elles renforcent la puissance systolique, et aussi sur la masse sanguine dont elles augmentent le volume dans la partie située au-dessus de l'obstacle. Par conséquent, l'intervention du seul facteur, augmentation des résistances circulatoires périphériques, met en jeu deux autres, et c'est ainsi que la plus grande part, dans la production de l'hypertension vasculaire, revient à l'état de la circulation artérielle."

C'est en s'appuyant sur l'importance attribuée au système artériel, et déjà sur la physiologie, qu'a l'avant-dernier siècle (1749), Sénac disait que "la circulation se soutient surtout par l'action des vaisseaux", et qu'il regardait les artères comme des "cœurs continus dans toute l'étendue du corps" que de Haller affirmait déjà l'utilité de la contrac-

tion artérielle "pour faire avancer la sang", que Hunter et Henle ont admis, même pour la circulation normale, un état permanent de contraction de ces vaisseaux, état désigné sous le nom de "tonus vasculaire", et que Claude-Bernard a pu dire : "Un double appareil préside au mouvement du sang : l'un placé à la périphérie, régulateur des résistances ; l'autre au centre, créateur et régulateur de l'impulsion sanguine".

Dans les développements qui vont suivre, nous voudrions toujours nous inspirer de la physiologie, parce que nous sommes convaincus que la médecine doit être définie : la physiologie de la maladie, du malade, du médicament.

II. — Conséquences Cliniques ; Déductions Thérapeutiques.

En s'inspirant de la physiologie, la clinique est alors intervenue. Elle a vu l'importance du cœur périphérique, sans méconnaître toutefois celle du cœur central ; elle a vu souvent celui-ci est "plus entraîné qu'entraîneur", comme le disait Lorain, et à côté des cardiopathies valvulaires ou des myocardites chroniques qui commencent par le cœur pour finir aux vaisseaux et dans lesquelles les troubles hydrauliques prennent une place prépondérante avec leurs nombreuses stases sanguines, elle a fondé par nos recherches, il y a déjà près de vingt ans, le groupe considérable des cardiopathies artérielles qui commencent par les artères pour finir au cœur gauche et dans lesquelles prédominent l'ischémie des organes avec les nombreux accidents toxiques dus à l'insuffisance précoce du foie et du rein.

Pour les premières cardiopathies, marche continue, quoique souvent accidentée, vers l'hypotension artérielle et vers l'asystolie, avec les conséquences bien connues ; pour les secondes, longue phase d'hypertension avec tendance presque fatale vers l'intoxication. Là, indication toni-cardiaque, toni vasculaire, hypertensive ; ici, indication éliminatrice, antitoxique, hypotensive.

Voilà ce qui explique pourquoi, dans les affections du cœur, la thérapie a dû changer son orientation et son outillage. Elle n'est plus seulement basée sur la présence, sur l'intensité ou l'affaiblissement d'un souffle valvulaire, que recherchent trop exclusivement quelques médecins, sans doute par "révérence de l'antiquaille" ; elle ne se contente point de voir un cœur à fortifier, elle voit un cœur à soulager ; elle ne considère pas seulement le cœur central, elle vise le cœur périphérique, et s'il est malheureusement vrai que nous ne parvenons pas à guérir les valvulites chroniques et les scléroses vasculaires définitivement constituées, nous pouvons au début, par un changement de tactique médicamenteuse, en arrêter l'évolution progressive, et obtenir, sinon des guérisons anatomiques, au moins des guérisons fonctionnelles. A ce sujet, qu'il me soit permis de reproduire encore les passages suivants où j'exposais, dès 1889, certains principes de cardiologie :

"Quand un obstacle siège dans une machine, l'ouvrier, s'il ne le trouve pas dans le jeu des soupapes, dans le piston ou le corps de pompe, s'empresse de le chercher dans les tubes de conduite ou

de canalisation. Jusqu'ici, le médecin n'avait, dans les maladies du cœur, qu'une préoccupation presque constante : la recherche des lésions orificielles et la localisation des souffles valvulaires.

"Dans les cardiopathies artérielles, l'obstacle n'est pas au cœur central, mais au cœur périphérique, aux confins du courant circulatoire. C'est là qu'il faut le chercher pour le vaincre de bonne heure... A cette période, vouloir tonifier le cœur par la digitale serait aussi illogique que si l'ouvrier pour triompher d'un obstacle situé à la périphérie, voulait exercer une forte pression sur le piston de sa machine. Pour être de bons ouvriers en cardiologie, nous ne devons pas nous contenter de constater un obstacle ; il faut aussi en discerner la nature et surtout le siège. Or, au début de la maladie et dans tout son cours, le cœur central, dont l'aptitude fonctionnelle est déjà diminuée par insuffisance nutritive due à l'endartérite coronarienne, va être obligé d'augmenter son travail pour vaincre les obstacles périphériques caractérisés par la vasoconstriction et l'hypertension artérielle consécutive. C'est là un cercle vicieux d'où l'on ne peut sortir qu'en agissant directement sur le cœur périphérique, représentée par les vaisseaux. Par là, on soutient déjà, on fortifie indirectement le cœur central, parce qu'on facilite son travail en desserrant le frein vasculaire."

On le voit, cette question prend de l'ampleur au point qu'elle devient un chapitre de thérapie générale, comme une introduction à l'étude d'un grand nombre de maladies, des maladies du système circulatoire en particulier.

(A Suivre.)

— : o o —

LE BOTULISME.

Par le professeur F. Combemale, de Lille.

Un homme mange à un repas de la viande de veau livré mort à la consommation ou abattu déjà malade, du gibier par trop faisandé ou forcé à la course et insuffisamment cuit, du pâté de viande avancé, du poisson conservé dans la glace ou des moules à l'époque du frai. Quelques heures après il se met à vomir, puis est en proie à une diarrhée profuse et fétide ; il s'alite avec des douleurs articulaires, des crampes, de la céphalée, de l'adynamie et de l'hypothermie ; on pense à une attaque de choléra, à un catarrhe gastro-intestinal. S'il s'agit de plusieurs personnes ayant pris le même repas, le diagnostic n'est pas aussi hésitant. Du reste en quelques heures on est détrompé, car tout peut alors être rentré dans l'ordre. Il s'agissait d'une intoxication alimentaire d'origine carnée.

—De quinze à dix-huit heures après un repas où il a été consommé du jambon avarié, des viandes trop longtemps conservées, des conserves alimentaires mal bouchées, des crèmes faites avec des jaunes d'œufs altérés, plusieurs personnes présentent simultanément une indigestion qui, commencée quelques heures plus tôt, va s'aggravant ou s'annoncer seulement alors. Cette indigestion est constituée par des nausées, des douleurs abdominales in-

tenses, des vomissements verdâtres et acides, mais ne comporte pas de diarrhée profuse; s'il y a eu une ou plusieurs selles, elles sont noires et gluantes. Ces personnes ont conservé leur appétit, mais elles n'ont pas soif.

De trente-six heures à deux jours après ce même repas, nausées et vomissements persistent; une soif ardente est survenue, que le malade ne peut satisfaire en raison d'une dysphagie considérable et de spasmes de la gorge; l'haleine est fétide, la langue saburrale, la muqueuse buccale très sèche, rouge ulcérée, plaquée d'exsudats; on constate de la dyspnée et de l'angoisse précordiale, de l'aphonie, des accès de toux parfois; le pouls, mou et lent, bat de 50 à 60; les bruits du cœur sont affaiblis; la peau est pâle et sèche, on note de l'hypothermie, de l'anurie, mais il n'existe que rarement de l'albuminurie, alors que l'indican est très abondant.

Les yeux mi-clos, le regard brillant et fixe, la pupille agrandie et immobile, le patient reste dans une apathie soporeuse, d'où on ne le tire que difficilement, pour l'entendre se plaindre de fatigue extrême, de diplopie, d'amaurose, de vertiges, de céphalée s'il se met sur son séant, d'engourdissement des doigts, de fourmillement dans les orteils. Il s'agit de l'intoxication alimentaire dite botulisme.

Cet état durera de quelques jours à plusieurs semaines. La fin de la première semaine est critique, et la mort, si elle doit survenir, viendra avant le huitième jour, dans le subdélire, une faiblesse extrême, peut-être avec des convulsions. Dans le cas contraire, la convalescence sera longue, les troubles digestifs cédant les premières, la dyspnée ne s'effaçant qu'ensuite, les troubles oculaires disparaissant les derniers en même temps que l'abattement et l'amaigrissement qu'ont causés les troubles de la déglutition.

Indications pathogéniques et cliniques. — L'intoxication alimentaire par les viandes variées est généralement l'association d'une intoxication vraie par des substances toxiques préformées à une intoxication microbienne, qui résulte du développement dans le milieu alcalin de l'intestin des cultures bactériennes ingérées avec l'aliment. Les deux cas distincts d'intoxication vraie et d'intoxication microbienne peuvent cependant se rencontrer isolément.

Les accidents gastro-intestinaux qui témoignent de cette intoxication exigent, comme dans tout empoisonnement, que le séjour dans l'économie de ces substances toxiques ne se prolonge pas: d'où l'indication de parer à leur évacuation aussi rapide que possible. Quant aux accidents nerveux, hypothermie, adynamie, troubles oculaires, dyspnée, dysphagie, qui traduisent l'influence des toxines ingérées ou produites dans l'intestin, comme on ne peut les prévenir autrement qu'en contrecarrant la pullulation des bactéries qui les forment, ou s'emploiera d'abord par une sorte d'antisepsie interne, à enrayer ces fermentations intestinales; ou en atténuera d'autre part l'expression clinique, dangereuse pour les organes qu'elle menace et pour la vie des patients.

Traitement. — Cliniquement, ce qui sépare l'intoxication alimentaire accidentelle bénigne d'avec le botulisme, c'est la persistance des troubles digestifs,

leur aggravation, puis l'apparition de phénomènes graves. Dans les deux cas, la thérapeutique doit donc être univoque au début, pour évacuer les substances causes de la gastroentérite constatée; lorsque la gastroentérite s'aggrave et se complique de réactions nerveuses, la thérapeutique, tout en visant en principe toujours à l'évacuation des poisons devient aussi et surtout symptomatique.

Traitement d'urgence. — Quelle que soit la nature de l'aliment altéré, la conduite à tenir est la suivante:

a) L'ingestion des aliments suspectés est récente. — Lorsque le laps de temps qui s'est écoulé depuis le repas suspect est court, et qu'on suppose que l'estomac contient encore tout ou partie des aliments, il faut tout faire pour l'évacuer.

1. Si par hasard les vomissements n'ont point apparu, procédez sans retard à un lavage d'estomac introduisez la sonde de Faucher, amorcez-la avec un peu d'eau tiède et soutirez au besoin avec la pompe, tout ce que vous pourrez du contenu de l'estomac. Préférez le lavage de l'estomac au vomitif, brutal et d'effet incomplet.

2. Si de la diarrhée ne s'est point produite, obtenez une ou plusieurs évacuations avec un purgatif, le sulfate de soude ou le sulfate de magnésie de 25 à 30 grammes, ou encore l'huile de ricin. Pourvu qu'il entraîne, tout purgatif sera bon.

3. Si ni vomissements ni diarrhée n'ont manqué respectez-les, à moins qu'ils ne soient excessifs; s'ils sont par trop fréquents, modérez-les par la glace, une limonade acidulée, la potion de Rivière, quelques XXX gouttes de laudanum. Réchauffez d'autre part le patient avec des boules d'eau chaude, faites frictionner et masser les muscles qui sont le siège de crampes, relevez le tonus général avec une piqûre d'huile camphrée au dixième. Vous pourrez, ces premiers soins donnés, attendre quelques heures avant d'avoir recours à la thérapeutique symptomatique.

b) L'ingestion des aliments suspects date de plus de quinze heures. — Lorsque la survenue des accidents est tardive, c'est qu'à l'intoxication vraie s'est substituée une infection microbienne. Plus n'est nécessaire de tenter l'évacuation stomacale.

Période de gastro-entérite. — Qu'ils aient apparu tardivement ou qu'ils soient la continuation d'accidents précocement survenus, les symptômes intestinaux vont dominer jusqu'à la fin du second jour.

Commencez le traitement, ou continuez-le par un purgatif, car la diarrhée sera très modérée ou même il y aura constipation; donnez 30 grammes de sulfate de soude, ou 20 grammes de crème de tartre soluble pour faire une chaise; mieux, administrez un gramme de calomel en plusieurs prises. Donnez à boire à votre malade du lait, mais privez-le des aliments solides qu'il réclamera. Calmez les douleurs abdominales s'il en est, par de larges applications chaudes.

(A Suivre.)

Therapeutique et Mat. Medicale

TRAITEMENT DU CANCER INOPERABLE

Par Alfred Cooper,

Président du West London Medico-Chirurgical Society.

Il me semble inutile de dire que dans les cas où le chirurgien se trouvera en présence d'une tumeur qui peut être enlevée en totalité avec les glandes lymphatiques entreprises, et sans grand risque pour la vie du malade, on le fera sans retard et d'une pièce sans perdre un temps précieux à essayer l'un ou l'autre traitement. C'est dans les cas inopérables qu'il est logique et sage d'essayer les médications nouvelles, car le patient porteur d'un néoplasme inopérable ne sera que trop heureux de courir quelque risque, ou de supporter quelques douleurs, s'il a la moindre chance de soulagement. Durant ces dix dernières années, plusieurs chirurgiens éminents ont attiré l'attention sur différents modes de traitement que je me propose de vous exposer :

- 1 Inoculation du streptocoque de l'érysipèle ;
- 2 Injections de toxines de Coley ;
- 3 Injection sous-cutanée de sérum anticancéreux ;
- 4 Ovariectomie ;
- 5 Traitement thyroïdien ;
- 6 Extraits de glandes lymphatiques ;
- 7 Traitement par les rayons de Roentgen et la lumière de Finson ;
- 8 Injections de diverses substances irritantes et production de suppuration aseptique ;
- 9 Electricité ;
- 10 Médicaments.

Lorsque l'on considère les résultats de chaque méthode particulière de traitement, il ne faut pas perdre de vue que les différentes formes de tumeurs malignes ont une marche clinique particulière, et que certaines formes atrophiques de cancer du sein peuvent diminuer et même disparaître spontanément.

Inoculation du Streptocoque de l'Erysipèle.

Depuis 200 ans déjà on a observé qu'un certain nombre de tumeurs malignes disparaissaient après une atteinte d'érysipèle, et récemment Fehleisen et Billroth ont attiré l'attention sur ce sujet ; ils ont relaté des cas de sarcome inopérable guéris par une atteinte d'érysipèle. Après la découverte du streptocoque, Fehleisen émit l'idée que l'inoculation d'une culture de ce micro-organisme pourrait produire le même résultat ; il réussit cinq fois à provoquer l'érysipèle par inoculations de cultures pures de streptocoques chez des malades porteurs de tumeurs malignes. Il réussit à guérir un cas de cancer du sein ; dans quatre autres cas il obtint une atrophie temporaire de la tumeur.

Cependant, l'on n'avait point préparé de pro-
Injection de Toxines de Coley.

duit satisfaisant jusqu'au jour où Coley de New-York eut préparé son mélange de toxines du streptocoque de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus. La préparation de ce produit résultait d'une découverte du professeur Roger, de Paris, qui avait remarqué que l'addition d'un microorganisme non pathogène — le bacillus prodigiosus — aux cultures de certains microorganismes pathogènes, augmentait considérablement leur virulence, et parmi ceux-ci se trouvait le streptocoque de l'érysipèle. Au début, Coley mélangeait les cultures de streptocoques les plus virulentes qu'il pouvait obtenir à celles du bacillus prodigiosus dans la proportion de quatre parties des premières et une des dernières ; il stérilisait le mélange par filtration, et le conservait en l'additionnant d'un peu de thymol. Le produit était préparé en ensemençant du bouillon peptonisé au moyen de colonies obtenues en faisant passer les microorganismes d'un cas fatal d'érysipèle par l'oreille d'un lapin. Le développement de la culture est obtenu en la maintenant pendant trois semaines à une température de 30. à 35. C., après quoi, le flacon est ensemenché au moyen du bacillus prodigiosus. Cela fait, le bouillon est exposé pendant 10 jours à la température de l'appartement ; puis, après avoir été bien secouées, les cultures sont versées dans de petits flacons de verre stérilisés, bouchés à l'émeri ; pour obtenir la stérilisation du liquide, on expose ces flacons pendant une heure à une température de 60. C. Les injections se font dans la tumeur même : il est de règle de commencer par une très petite dose et d'augmenter graduellement chaque jour, jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'action désirée. Les toxines provenant de cultures très virulentes, mélangées et non filtrées, s'eront injectées à une dose qui au début ne dépassera jamais 3 centigrammes ; on la diluera au moyen d'eau bouillie. Chaque jour on augmentera la dose de 3 centigrammes, jusqu'à ce que la réaction fébrile atteigne 38.8 ou 39.4. La quantité nécessaire pour produire une sensation de fièvre, et une température de 38.8, varie pour chaque cas ; cependant une dose de 12 centigrammes suffit généralement. Les effets de l'injection sont assez désagréables ; des nausées et des vomissements surviennent fréquemment après de fortes réactions ; les réactions plus légères sont suivies de maux de tête, de douleurs musculaires, particulièrement dans le dos, et d'une sensation de malaise général. Si l'on ne remarque aucun résultat avantageux après 3 semaines de traitement, Coley pense qu'il est inutile de continuer les injections, car dans la plupart des cas couronnés de succès, une amélioration notable se manifestait une semaine après la première injection. Lorsque le traitement est suivi d'une réelle amélioration et qu'il n'existe aucune contre-indication ; il peut être continué pendant 4 mois, avec quelques intervalles de repos. Coley a employé ses toxines dans 148 cas, parmi lesquels 24, soit 15 pour cent, furent traités avec succès. Six de ces cas récidivèrent dans la suite, mais les autres, soit 12 pour cent restèrent guéris d'une manière permanente ;

plusieurs de ces cas étaient toujours indemnes de récidence après 6 ans. Coley a également relaté 35 cas traités par d'autres chirurgiens ; dans 26 de ces cas la tumeur disparut complètement. Dans la plupart de ces cas, les examens clinique et microscopique ont conduit au diagnostic de sarcome. Moul-lin a signalé 2 cas où la mort fut la conséquence des injections. Dans le premier cas, le patient était un homme d'environ 70 ans, porteur d'une énorme tumeur vasculaire du fémur ; l'autre mourut de pyémie. On a remarqué que c'était les sarcomes à cellules fusiformes ou à cellules mixtes qui offraient les plus grandes chances de guérison. Coley lui-même considère les résultats obtenus dans le carci-nome, comme n'étant pas satisfaisants.

Injection sous-cutanée de Serum Anti-cancéreux.

L'année dernière Wlaeff a expérimenté à Paris

une méthode de traitement des tumeurs malignes par l'injection d'un sérum anti-cancéreux spécial. Il fit connaître qu'il avait découvert dans des tumeurs malignes, certaines cellules parasitaires, appelées blastomycètes, lesquelles, injectées dans le péritoine d'un cobaye, avaient le pouvoir de produire un cancer abdominal. Il s'efforça ensuite d'immuniser différents animaux, mais il ne réussit à obtenir un sérum actif que chez les pigeons, la volaille et les oies. Ce dernier sérum inoculé aux rats, prévenait le développement du cancer après l'inoculation consécutives au moyen des blastomycètes. Chez l'homme il inocule 10 centimètres cubes de sérum provenant de l'oie, et cette dose, bien qu'elle soit considérée comme absolument inoffensive, produit une réaction locale et générale considérable. Wlaeff assure qu'il a traité 60 cas de cancer humain par cette méthode. Lorsque le sérum est employé de bonne heure, avant l'ulcération et l'envahissement glandulaire, il serait capable d'exercer un effet curatif.

(Gaz. de Gyn.)

(A Suivre.)

— o o : —

DERMATOLOGIE

NOUVEAU CAS DE CURE DE LA TUBERCULOSE CUTANÉE PAR LA SOLUTION DE PERMANGANATE DE POTASSE

Par MM. les Drs. Hallepeau et Laffite.

Voici quatre malades qui sont très notablement améliorés par ce traitement. Nous signalerons tout particulièrement cette petite fille entrée le 10 mai, pour une ulcération qui occupait presque toute l'étendue du dos de la main ainsi que les premières phalanges du médius et de l'annulaire ; en six semaines, cette vaste perte de substance s'est presque complètement cicatrisée ; nous ne croyons pas qu'aucune autre méthode eût pu donner des résultats

aussi satisfaisants dans un aussi court laps de temps. Chez les trois autres malades, des lupus de la face ont presque entièrement disparu ou peu s'en faut, après un traitement qui a été commencé chez l'un, il y a 11 mois, chez un autre il y a six mois, chez le dernier il y a six semaines. Nous ferons remarquer qu'il s'agit de lupus étendus sur lesquels la phothothérapie n'aurait pu, au moins pour les deux derniers, exercer son action que lentement.

(Soc. de dermatol. et de syph.)

TRAITEMENT DU LUPUS PAR LE PERMANGANATE DE POTASSIUM.

Par M. le Dr. Butte.

J. Hall Edwards, a obtenu d'excellents résultats par le procédé suivant : dans les cas non ulcérés, il lave l'endroit avec du savon phéniqué ou ichthyolé, essuie avec un tampon d'ouate teempé d'alcool, puis, applique avec un pinceau une solution saturée (4 grammes pour 30 grammes) de permanganate dans l'eau. Quand il y a des croûtes, la surface est lavée aussi bien que possible sans enlever les croûtes et traitée de la même façon. Les applications sont répétées tous les jours ou tous les deux jours. Dans les cas favorables, l'amélioration est très rapide.

(Brit. med. Journal méd. de Bruxelles, 1er octobre 1903.)

C'est avec un grand plaisir que j'insère, toutes les fois que l'occasion s'en présente, les soi-disants nouveaux traitements du lupus par le permanganate de potassium. Ce traitement préconisé par moi en 1897, employé avec succès en 1899 par un médecin russe, le Dr. Kacanowski, expérimenté par le Dr. Hallepeau qui en a fait, en 1901, un rapport favorable à l'Académie de médecine, vient encore une fois d'être découvert par un confrère anglais. Je commence à espérer que cette médication du lupus prendra en France la place à laquelle elle a droit et que les dermatologistes de notre pays, convaincus de son efficacité, voudront bien consentir à l'expérimenter, bien qu'elle ne vienne pas de l'étranger.

— : o : —

TRAITEMENT DE LA FISSURE ANALE PAR LE PERMANGANATE DE POTASSE

D'après l'expérience d'un médecin américain, M. le docteur S. Lewis (de Brooklin), les applications d'une solution saturée de permanganate de potasse, associées à l'emploi de suppositoires au sulfé-ichtyolate de bismuth, constitueraient un excellent moyen de traitement de la fissure à l'anus. Voici quelle est la manière de procéder adoptée par notre confrère : le patient étant couché sur le côté, on écarte les fesses et on étale soigneusement les plis qui existent au niveau de la jonction de la muqueuse avec la peau. Au besoin, on insensibilise la région à l'aide d'un tampon d'ouate imbibé d'une solution de cocaïne à 6 pour 100, afin de faciliter l'examen. En cas de spasme du sphincter, on passe une grosse bougie flexible et on la laisse en place pendant

quelques minutes. Le siège de la fissure une fois découvert, on pratique un lavage à l'eau chaude et on applique, au moyen d'une petite éponge, la solution de permanganate de potasse sur la fissure, ainsi que sur tout son pourtour. On introduit ensuite dans le rectum, deux fois par jour, un suppositoire et l'on a soin d'instituer un régime alimentaire propre à faire éviter la constipation.

Une seule application suffirait parfois pour amener la guérison. Dans le cas où on ne constaterait pas de soulagement immédiat, il y aurait lieu de soupçonner l'existence d'autres fissures et de procéder à leur recherche; si l'on n'en trouvait point, on cocaïniserait toute la région et on appliquerait le permanganate de potasse à l'aveuglette.

Les bons effets de cette médication — de beaucoup supérieure aux remèdes usuels — seraient dus à la destruction des terminaisons nerveuses exposées au niveau de la fissure, ainsi qu'à la désinfection et à la stimulation des tissus de la surface ulcérée.

(Sem. méd.,)

FORMULAIRE

DU PANSEMENT DES ULCERATIONS TUBERCULEUSES PAR LA SOLUTION DE KOLISCHER.

Cette solution a été proposée pour le pansement des ulcérations tuberculeuses. En voici la formule:

Phosphate de chaux..... 50 gr.
Eau distillée..... 500 gr.

Ajouter acide phosphorique dilué q. s. jusqu'à solution parfaite et filtrer. Finalement, on additionne à la colature avec:

Acide phosphorique dilué..... 60 gr.
F. s. a.

Le pansement des ulcérations tuberculeuses avec ce topique est le suivant:

1. Irrigations des plaies et des fistules avec ce liquide;

2. Dans l'intervalle, recouvrir les plaies avec de la gaze imbibée de ce liquide et continuer le traitement pendant plusieurs mois.

(Jour. de Méd. de Bordeaux.)

L'ERGOTINE DANS LA GONORRHEE.

Roicki considère l'ergotine comme un excellent moyen de guérir rapidement la gonorrhée chronique.

Il l'administre simultanément à l'intérieur en pilules et en injections urétrales, suivant la formule suivante:

Ergotine..... 30 cent.
Eau distillée..... 300 gr.

Faire plusieurs injections par jour.

Ces injections sont très bien supportées. Le traitement est applicable dans les hémorragies de l'urètre.

(Jour. de Méd. de Bordeaux.)

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE SELS D'ARGENT DANS LE TRAITEMENT DU TABES.

Il y a déjà dix-sept ans que Jacoby se servait pour injections sous-cutanées de l'hyposulfite d'argent sodique de la formule suivante:

Chlorure d'argent récemment précipité..... 60 gr.
Hyposulfite de soude..... 0,03.
Eau distillée..... 10 gr.

M.—Filtrer et conserver dans un flacon noir.

On peut aussi employer pour le même but les solutions suivantes:

I. Phosphate d'argent..... 0 gr. 01
Acide phosphorique..... 0,06
Eau distillée..... 10 gr.

ou:
II. Pyrophosphate d'argent..... 0 gr. 01
Acide phosphorique..... 0,036
Eau distillée..... 10 gr.

(Jour. de Méd. de Bordeaux.)

LOTION CONTRE LA SYPHILIS.

Tréves préconise la formule suivante pour le traitement général de la syphilis par les lotions au sublimé:

Sublimé corrosif..... 1 gr.
Alcool officinal..... 100 gr.
Eau..... 10 gr.

Au moyen d'un gros pinceau de coton faisant office d'éponge, le malade se lotionne avec ce liquide toute la surface du corps, en évitant les muqueuses et les plis profonds de la peau, et il attend pour se rhabiller que l'évaporation de l'alcool se soit effectuée complètement. Ces lotions sont répétées

tous les deux jours.

On a dans la formule ci-dessus mentionnée ajouté 10 grammes d'eau à la solution alcoolique de sublimé en tenant compte de ce fait, établi par les recherches de MM. Krocnig et Paul, que le bichlorure de mercure est mieux absorbé par la peau en solution hydratée que s'il est dissous dans l'alcool absolu.

(Jour. de Méd. de Bordeaux.)

— o o —

LA BENZINE CONTRE L'ERYTHEME FUGACE DU NEZ.

Bruck recommande une compresse de gaz hydrophile pliée en plusieurs doubles, imbibée de benzine, maintenue quelques secondes. Ne pas frictionner. La surface érythémateuse pâlit, luit moins. Le traitement est même préventif.

(Jour. de Méd. de Bordeaux.)

— : o —

CONJONCTIVITE DIPHTERIQUE ET DIPHTERIQUE &

Sérum antidiphthérique.

Abadie.—Cautériser fréquemment environ toutes les 5 heures, et cela nuit et jour pendant période menaçante, avec jus de citron. Espacer ensuite toutes les 8 heures, puis toutes les 12 heures.

Employer exclusivement le jus de citron depuis le début de la maladie jusqu'à la fin.

Cas diphtéroïdes, id. Tandis que nitrate d'argent exaspère maladie.

(Jour. de Méd. de Bordeaux.)

— : o —

CORYZA DIPHTERIQUE.

Sérum antidiphthérique.

J. Simon.—Irrigations dans les fosses nasales avec de l'eau de feuilles de noyer ou de l'eau boriquée. Appliquer ensuite la pommade suivante:

Soufre sublimé et lavé..... 4 gr.
Axonge..... 30 gr.
M.

Boucher.—Insuffler dans les fosses nasales, plusieurs fois par jour, la poudre suivante:

Acide borique..... 1 p.
Poudre d'eucalyptus... 10 p.
M.

avec:

Auburn.—Injection nasale toutes les 1-2 heures
Perchlorure de fer..... X gr.
Eau..... 100 gouttes
M.

'D'Espine et Picot. Injections avec:

Acide salicylique..... 2 gr.
Eau..... 1000 gr.
M.

Cholewa.—Introduction dans les narines d'un tampon d'ouate imbibé du liquide suivant:

Menthol..... 20 gr.
Huile d'amandes douces..... 100 gr.
M.

J. Simon.—Légères cautérisations au crayon de nitrate d'argent (lèvres). Iodoforme finement pulvérisé (joues).

(Jour. de Méd. de Bordeaux.)

— o o —

LA PENSEE SAUVAGE CONTRE L'ACNE (Behrmann)

Il s'agit d'infusion ou de décoction au dixième; on peut la préparer avec du lait chaud. La plante renferme de l'acide salicylique. La diaphorèse favorise l'évacuation du contenu acnéique; l'action kératolytique de l'acide salicylique agit dans le même sens; si l'on admet une intoxication, une indication dépurative, la "belle-mère" des allemands est purgative, grâce au tartrate de magnésie qu'elle renferme; l'acide salicylique est, d'ailleurs, antizymotique.

(Ann. de thérap.)

— : o —

NOUVELLES

Naissances.

— A Drummonville, le 16 de ce mois, l'épouse de M. le Dr. A. M. Lassonde, une fille.
Nécrologie.

—A Saint-Telesphore, Co. de Soulange, le 10 courant, est décédé à l'âge de 29 ans, le Dr J. N. Saint-Denis.

—A Saint-Edwidge de Clifton, le 9 de ce mois, est décédé subitement le Dr Jean Bergeron.

—A New-York, le 14 de ce mois, est décédé le Dr Charles Marshall, de Huntingdon. Le docteur était en voyage de plaisir.

Nos sympathies aux familles si cruellement éprouvés.

SUPPLEMENT

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DU SULFHYDRAL CHEZ CERTAINS INTOXIQUES PAR LES SELS METALLIQUES.

Par M. le Dr. Pigeau.

J'ai pensé, il y a plusieurs années, à administrer les granules de sulfhydryal à certains malades intoxiqués par les sels de plomb. J'en ai obtenu de bons résultats. Mon attention avait été portée de ce côté par la thèse de mon ami le Dr Peyrou, docteur es-sciences naturelles. Par de nombreuses expériences sur des chiens, le Dr Peyrou avait montré que les sels de mercure se trouvaient en plus grande quantité dans les urines lorsqu'il faisait absorber des sulfures. Il traitait ainsi les chiens qu'il avait préalablement intoxiqués par des lavements contenant du sublimé.

Voici d'abord deux observations sur des saturnins.

1^{re} observation. — J'ai été appelé chez M. B..., peintre en voitures, demeurant rue Daveau, dans un moment où il présentait des coliques très violentes, de la céphalalgie, des vomissements, etc... Mon diagnostic fait, je l'ai purgé énergiquement et lui ai fait prendre vingt granules de sulfhydryal, le deuxième jour ses colivues étaient moindres, je lui ai encore fait prendre vingt granules, de même le troisième jour. La période aiguë terminée, je lui ai conseillé de prendre, quatre jours par semaine, huit granules. Avant ce traitement, surtout en hiver, où les fenêtres de son atelier restaient fermées, il avait souvent des coliques. Depuis cinq ans, qu'il le suit, il n'a eu aucun autre accident.

2^e observation. — Je suis appelé, il y a quinze mois, chez le sieur M..., lithographe, rue de Laromiguière, qui présentait les mêmes symptômes, mais qui ne voulait pas admettre son intoxication par les sels de plomb, étant donné qu'en exerçant sa profession il n'en touchait jamais. L'intoxication cependant était manifeste; rien n'y manquait, ni le liseré gingival, ni le ventre rétracté au bateau, ni les atrophies musculaires sur lesquelles je reviendrai. J'instituai donc le même traitement qui donna les mêmes résultats. Ce malade qui avait lui aussi quelquefois des coliques auparavant n'en a pas eu depuis.

Chez les peintres saturnins on rencontre fréquemment des atrophies des muscles de l'avant-bras, surtout du long supinateur du côté droit qui a toujours à travailler; chez ce lithographe, au contraire, qui n'avait pas à faire les mêmes mouvements, il y avait atrophie des muscles scapulo-huméraux postérieurs qui fatiguent beaucoup dans sa profession. A mon avis, dans cette observation, il y a un autre point intéressant.

Comment l'intoxication a-t-elle pu se produire? Ne doit-on pas penser à certains sels de plomb qui se trouveraient dans l'encre ou dans les liquides dont les lithographes se servent ou même dans les poussières du milieu ambiant.

drargyrisme. J'en citerai deux: un homme suivant un traitement mercuriel institué contre la syphilis, une femme après des injections répétées au sublimé à la suite d'un accouchement.

1^{re} observation. — Ce malade est venu me trouver en consultation pour des abcès multiples du poignet et de l'avant-bras. Ces abcès, lorsqu'on les pressait, laissaient échapper de la sérosité roussâtre. C'étaient des gommés ulcérées. Interrogé sur ses antécédents, ce malade me déclara nettement qu'il avait eu un chancre, de la roséole et que depuis trois semaines, il s'était mis à absorber presque journellement, dans du lait, plusieurs cuillerées d'une solution de sublimé. Il avait depuis plusieurs jours une sensation de brûlure dans la bouche, ses dents lui faisaient mal, commençaient à se déchausser. Il avait de la salivation et son halène était fétide.

Devant l'urgence qu'il y avait à débarrasser son organisme de l'excès de mercure qu'il contenait, je n'hésitai pas à lui ordonner de prendre pendant cinq jours vingt granules de sulfhydryal tout en lui recommandant de faire des pansements sur ces ulcérations et de prendre à l'intérieur plusieurs cuillerées par jour d'eau saturée au chlorate de potasse en ne négligeant pas de s'en servir pour se gargariser fréquemment. Au bout de ce temps la stomatite touchait à sa fin et les ulcérations étaient en voie de guérison. Après une suspension du traitement mercuriel, pendant l'intervalle duquel il ne prenait que huit granules de sulfhydryal, quatre jours par semaine, je lui fis suivre pendant trois mois un traitement mixte composé de deux granules de protoiodure d'hydrargyre et de huit granules de sulfhydryal pris alternativement un jour sur deux.

Depuis il n'a eu aucun accident.

2^e observation. — C'est une femme, Mme B..., âgée de 28 ans, qui, pendant sa dernière grossesse, avait eu des varices volumineuses aux membres inférieurs et qui accouchait en mai dernier d'un troisième enfant.

L'accouchement s'était bien passé, mais de peur d'une phlébite à cause des varices, la sage-femme avait cru bon de faire après la délivrance des injections intra-utérines avec la solution ordinaire de sublimé et chaque jour deux injections vaginales avec cette même solution.

Au sixième jour, je fus appelé chez cette femme qui se sentait malade et fiévreuse. Elle avait une stomatite intense avec salivation, etc...

Vingt granules de sulfhydryal pendant trois jours et des gargarismes à l'eau saturée au chlorate de potasse en sont venus à bout. J'ai remplacé également les injections vaginales au sublimé par des injections d'eau bouillie.

—Devant l'action manifeste du sulfhydryal à éliminer les sels métalliques, je continuerai non seulement à en faire bénéficier les saturnins et les intoxiqués par les sels de mercure, mais je me propose de l'employer dans le traitement de la syphilis comme régulateur en quelque sorte du traitement mercuriel.

(La Docimétrie).

Après ces résultats, j'ai étendu les applications du sulfhydryal. Depuis deux ans, je l'ai administré à diverses reprises à des malades présentant de l'hy-

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRME

(Suite.)

Il examina la maison et le jardin et aperçut le vieux Paterson qui cerclait méthodiquement les plates-bandes.

Eh?! Paterson ! cria-t-il, venez ici et envoyez Jimmy pour qu'il prenne soins de ma monture.

Le vieillard leva la tête et apercevant le nouveau venu il laissa choir sa bêche.

Monsieur Dick, est-il possible que ce soit déjà vous ? s'écria le brave Paterson en accourant vers le Capitaine Dick Brown.

Mais oui, c'est moi, Paterson, j'ai reçu ta lettre au Caire, où j'étais en garnison, et demandant un congé immédiat, je suis accouru aussitôt. Mais dis moi ; que signifie tout ce mystère, ma tante, ma pauvre tante Brown est donc morte, rien pourtant ne faisait pressager une fin aussi rapide ?

Oui monsieur Dick, elle est morte subitement.

Subitement ! voyons Pat, expliques moi, il me tarde de tout savoir ?

Je vais tout vous dire, M. Dick, mais avant entrez dans le cottage et je vais prévenir Jimmy de venir prendre soin de votre cheval.

L'officier gravit le seuil de Garry Fen et le fermier venait le rejoindre au bout de quelques minutes. Tous deux pénétrèrent dans le salon.

Maintenant Pat, tu peux parler, je t'écoute.

Paterson lui conta au long les événements qui se déroulèrent depuis l'arrivée de Donald Lington jusqu'à la mort de Mrs. Brown et la folie de Nelly. Cependant pour le fermier comme pour tous restait un point mystérieux, la raison de cette mort, la cause de cette folie.

Et Nelly ; questionna Dick Brown ; qu'est-elle devenue ?

Morte ! M. Dick.

Morte ! s'écria l'officier en se levant, Nelly Brown est morte, est-ce Dieu possible ?

Oui, répondit Paterson, en essuyant une larme, elle est morte huit jours après sa mère, sans qu'il fut possible de rappeler un instant sa raison éteinte.

Mais tout ceci est atroce, c'est un cauchemar que ces deux êtres que j'ai tant aimé

fussent ainsi brutalement rayés du nombre de ceux qui vivent ?

Hélas, M. Dick, c'est la triste réalité.

Et ce Lington, cet infâme drôle, qu'est-il devenu ?

Personne n'en a plus entendu parler, le Docteur Smith, M. Barnes et jusqu'à Mr. Gould le sherif de Stratford se sont informés, mais sans obtenir le moindre résultat.

Le Capitaine Brown arpentait fiévreusement le salon, en proie à une émotion dont il pouvait à grand peine contenir le débordement.

Alors, continua Paterson, comme vous êtes le seul héritier des biens de votre tante, et de Miss Nelly, je vous ai écrit pour que vous veniez en prendre possession.

Écoutez, Pat, il ne sera pas dit que j'aurai laissé ainsi mourir ces deux femmes, sans au moins avoir essayé d'en éclaircir la cause. Je vais à l'instant chez le Rev. Barnes et chez le docteur.

Dick Brown sortit et se dirigea vers Stratford. Il eut un long entretien avec les ministres puis avec le médecin, mais sans pouvoir en connaître plus long qu'il n'en savait. Il revint à Garry Fen plus perplexe que jamais, mais tout aussi résolu d'approfondir le mystère de Donald Lington.

Dick était réellement frappé dans ses affections les plus chères. Mrs Brown avait été pour lui une mère, elle avait veillé sur son enfance comme elle eut pu le faire pour son propre enfant. Quant à Nelly, il avait depuis longtemps caressé le projet d'en faire sa femme. Jamais il n'avait parlé de son amour à la jeune fille, désirant par là, conserver vierge de tout amour ce cœur qu'il voulait tout à lui. Un jour je lui dévoilerai tout, pensait-il, et alors je pourrai jouir de mon bonheur en éveillant en elle des horizons jusqu'alors inconnus. Et voila que tout d'un coup le rêve et l'espérance s'effondrent laissant dans son cœur une plaie profonde.

Cet homme, ce Lington : murmurait-il dans des accès de rages et de larmes ; qui peut-il être ?

Très perspicace, Brown, comprit que le misérable avait dû prendre un nom qui n'était pas le sien. Mais ce nom qui cachait-il, dans quelle classe de la société devait-il pousser ses recherches. Sans doute, d'après ce qu'on lui avait dit, ce Lington devait être un homme du monde, mais chercher un homme dans une fourmière comme la Grande Bretagne valait autant chercher une aiguille dans une botte de paille.

Enfin peut-être le hasard me favorisera-t-il, et pourrais-je mettre la main sur un indice quelconque.

(A Suivre.)

— : o : —

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII

MERCREDI, 25 NOVEMBRE, 1903.

No. 22

EDITORIAL

UN CONGRÈS DE TUBERCULOSE.

Un congrès de tuberculose sera tenu, paraît-il, à Saint-Louis, Missouri, les 3, 4 et 5 d'octobre 1904, pendant l'Exposition Universelle.

Le professeur Benedieks, de Vienne en aurait accepté la présidence. Voici textuellement sa lettre:—

Vienna, 12/10, 1903.

Professor Dr. Benedikt.

I, Franciskaner Platz 5.

My dear sir:—

I am very happy to be elected as Honorary President of the American Congress of Tuberculosis and I accept this dignity with the greatest pleasure. I am willing to make a short address at the opening ceremonies, I am delighted in advance to make the personal acquaintance of the excellent members of the lay and of the medical branch of the United States and shake hands after so long a time with you. As it seems you will not invite the European Governments to send delegates in every way I will invite our Government to charge me as its delegate. When I shall be isolated I will inaugurate this my official charge.

Accept the expression of his greatest esteem and sympathy for you and the officers of the Congress

From yours very faithfully,
Pf. Benedikt.

Le docteur Adami, professeur de pathologie au McGill, aurait refusé cette présidence, nous ne pouvons dire actuellement pourquoi.

L'organisateur de ce congrès est surtout M. Charles Bell, de New-York.

Nous n'avons pas encore le programme préliminaire de ce congrès, qui aurait reçu l'appui du gouvernement américain. Nous ne savons pas non plus si ce congrès est une organisation qui reçoit l'appui officiel de toute

la profession. Nous l'espérons. On nous dit que le congrès officiel de tuberculose ne siégera qu'en 1905, sous la présidence de.....

-----:o:-----

Travaux Originaux

LES POUX DU PUBIS,

(Causerie gynécologique.)

Par M. le Dr. M. T. Brennan.

Professeur de gynécologie à l'université Laval
Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame.

(Afin de présenter aux lecteurs de la Revue une petite étude plus complète du sujet et tout en la rendant plus acceptable, nous avons cru devoir porter à la causerie telle que donnée aux élèves, quelques modifications, mais le fond pratique est resté le même.)

Voici, messieurs, une femme dans les trente-cinq ans, qui se présente pour de la démangeaison au pubis et à la vulve, disant que son mari, ivrogne et débauché, lui a donné, entre autres choses, des morpions.

En l'examinant, vous notez que le poil qui recouvre le pubis est court, châtain et clair-semé. L'élève qui examine, lorsque je lui dit de me montrer les insectes, me répond qu'il n'y en a pas, et de suite la femme reprend qu'elle est certaine de leur présence, car elle en a arraché encore ce matin avec ses ongles. Et elle a raison.

En y regardant de plus près, vers la périphérie de la région velue, vous notez, sur la peau, près des poils, ces petites taches, grosses comme une petite tête d'épingle, au centre

insister, car elle résiste obstinément. Placez la sur cette feuille de papier blanc et regardez avec vos yeux ou encore mieux avec cette loupe que je vous donne : la croûte est vivante. Elle a des pattes qui remuent lourdement, à la tortue, mais sans que l'insecte se déplace. Vous voyez une bête hideuse, repoussante : le *pediculus inguinalis*—le morpion.

Retournons à la femme et voyez, maintenant que vous vous habituez à les reconnaître ces nombreuses taches correspondant chacune à un *pediculus*. Vous ne trouvez pas un seul insecte, même à la loupe, libre sur un poil.

Mais sur les poils que voyez-vous surtout près de leur base ? Un petit amas noirâtre jaunâtre, accolée au poil ; et ils sont nombreux, les poils ainsi chargés. Vous avez là les œufs de l'insecte : les lentes. Ecrasez-en une avec la pince à dissection et jouissez du petit bruit clair et sec qui accompagne sa destruction. Arrachez avec la pince un des poils portant une ou plusieurs lentes.

Observez, maintenant, au travers des poils et au pourtour du mont de Vénus, ces petites papules, à tête érodée, sur beaucoup desquelles il y a une croûte de sang desséché. Cette lésion résulte de la piqûre de l'insecte et du grattage par le patient. Les papules, sont dans ce cas-ci, disposées sans ordre, quelquefois on les trouve par traînées parallèles à l'aîne, indiquant ainsi la direction du grattage.

Le parasite produit aussi des taches bleuâtres, mais malgré un examen attentif, on n'en trouve aucune trace chez cette personne. Elle serait réfractaire.

Le diagnostic s'impose : *pediculus pubis*, l'insecte, et phthiriose du pubis, le nom de la maladie produite par ce pou.

Allons au laboratoire, maintenant, et examinons au microscope vos deux "prises".

Le pou du pubis appartient à l'ordre des hémiptères sans ailes, conséquemment au sous ordre des aptères. Les poux en général, sont des insectes suceurs, vivant du sang de leurs

victimes ; et ce sont des ectoparasites, ne pénétrant jamais, donc, à l'intérieur du sujet qui les porte. Dans cette famille des pédiculés, ou pédiculines, il y a deux genres : le *pediculus capitis*, pou de tête, pou ordinaire, et le *pediculus vestimenti*, le pou des vêtements, le vulbaire pou de corps ; en ce qui nous concerne, notre individu est seul de son genre et de son espèce : c'est le *phthirius inguinalis*.

S'il est hideux à voir, il est cependant riche en noms, dont quelques uns fort poétiques ; ainsi on le qualifie scientifiquement de *phthirius inguinalis*, de *phthirius pubis*, de *pediculus inguinalis*, de *pediculus pubis*, de pou du pubis. Dans le langage ordinaire, il est baptisé du doux nom de "morpion", que l'on dit vouloir signifier "pou mordant". Le terme anglais est bien approprié à sa forme : crab, crablouse. Les Allemands l'appellent *filzlaus* et les Italiens, *piattola*.

Examinons un moment notre animal privilégié, car l'immense majorité de ses semblables meurent sans avoir eu les honneurs du microscope.

Comme il est laid à première vue, (Fig. 1.) mais aussi comme la na-

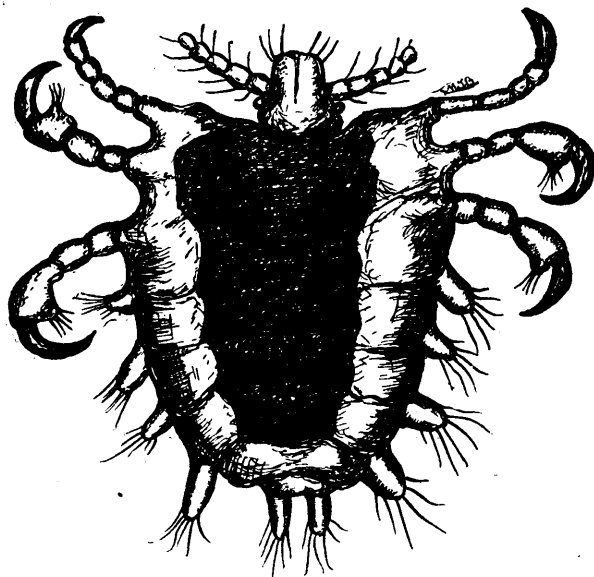


Figure 1.

ture lui a donné, ainsi qu'à toutes ses créatures, une organisation parfaite pour remplir son œuvre ! En ce qui regarde sa forme, le morpion ne ressemble guère aux

poux de tête ou de corps. Il est beaucoup plus petit et plus trappu, presque aussi large que long. Le mâle est plus long, la femelle plus large. Notre prisonnier est une prisonnière, car le pénis dorsal fait défaut et la vulve existe. Chez les poux, le dernier segment de l'abdomen du mâle est arrondi et porte sur sa surface dorsale le pénis; ce segment, chez la femelle, est bilobé et constitue la vulve ventrale. Cette disposition particulière des organes copulateurs exige l'accouplement, la femelle sur le dos du mâle; elle favorise probablement la rapidité dans le coït et la facilité dans la ponte.

un peu brun et au pourtour plus jaunâtre, plus clair. Elles sont comme de fines croûtes collées sur la peau. Avec une pince à dissection, soulevez une croûte et détachez-la. Il faut

La couleur de notre spécimen est grisâtre, blanchâtre surtout au pourtour, réfringent, avec un centre plus foncé. On dit que la coloration varie un peu suivant la peau de la personne. On sait que pour les autres poux, chez le nègre ils sont noirâtres, et on dit que chez les Groenlandais ils sont rougeâtres. Quant aux *pediculi pubis*, je n'ai jamais eu l'occasion d'examiner des morpions de nègres ni d'Esquimaux.

Comme chez les autres poux, nous trouvons à notre morpion, six pattes, situées à la moitié antérieure du corps. Chacune porte à son extrémité un ongle crochu; les deux membres postérieurs, qui sont très vigoureux sont munis de puissants crochets bruns et recourbés. Ces crochets expliquent la ténacité avec laquelle l'insecte s'accroche à la peau et aux poils de son hôte.

Sur la tête conique, remarquez de chaque côté, une antenne sur laquelle vous pouvez distinctement compter cinq articles. C'est avec ces antennes qu'il tâte, qu'il palpe; le terme anglais "feelers" est juste et expressif. Notez les petits poils sur ces organes et constatez que notre demoiselle, ou plutôt notre dame, a aussi du poil aux pattes et qu'elle possède une moustache.

Notre dame n'a pas de taille, son thorax

se confondant avec son abdomen, sur lequel on peut apercevoir nettement six segments ou divisions; il paraît qu'il y en a neuf.

La tête de notre spécimen se prête mal à l'examen. C'est sur elle que l'on retrouve les yeux simples, n'ayant pas de facettes, et le suçoir, formé d'un aiguillon creux, renfermé dans une gaine rétractile.

(A Suivre.)

— :o o —

Revue des journaux

MEDECINE

LA MEDICATION HYPOTENSIVE.

Par M. le Dr H. Hucard.

(Suite.)

I. Présclobose.— Depuis plus de quinze ans, des observations nombreuses m'ont démontré que les lésions de l'artério-sclérose sont précédées pendant des semaines ou des années par une phase de troubles fonctionnels (présclobose), consistant dans un état plus ou moins accusé d'hypertension vasculaire due à des causes diverses. A cette période, le rôle de la clinique consiste à prévoir, et celui de la thérapeutique à prévenir, avant qu'elles deviennent irréversibles, les altérations anatomiques consécutives à cette sorte de surmenage artériel. Sans doute, cette opinion n'est pas généralement admise, et on objecte, sans jamais en fournir la preuve, que l'hypertension sanguine est l'œuvre et l'indice de lésions vasculaires déjà constituées et latentes. Nous vivons dans un temps où l'on ne peut concevoir une maladie sans lésion, et l'objection est bien naturelle, puisqu'elle traduit un état habituel d'opinion. Et cependant, comme le rappelait et le démontrait, il y a quelques années, à cette tribune, notre collègue Alb. Robin, rien n'est plus vrai que cette parole de Claude-Bernard: Si la fonction fait l'organe, la maladie de la fonction fait souvent la maladie de l'organe. Cette doctrine qui n'attend point les lésions pour les combattre avec l'insuccès que l'on sait, mais qui cherche à les prévenir en s'appuyant sur la pathogénie, devient la base de la thérapeutique préventive de l'artério-sclérose en général, des cardiopathies artérielles en particulier; et cette thérapeutique préventive puise sa principale indication dans la médication hypotensive.

2. Maladies d'hypertension artérielle. — L'importance de cette médication est démontrée par la

simple énumération des nombreux états morbides où l'hypertension artérielle, constituant un danger, doit être combattue sans retard et sans relâche : dans la présclérose, comme il vient d'être dit; dans une forme de pseudo-anémie angiospastique décrite dernièrement par Vermehren et qui reproduit en grande partie la symptomologie de notre présclérose; dans l'angine de poitrine coronarienne et dans une catégorie de douleurs cardiaques dues à la distension du cœur par angiospasme périphérique; dans l'uricémie, l'acide urique étant un agent puissant de vaso-constriction périphérique, ce qui explique la fréquence des congestions viscérales; dans la goutte, qui est aux artères ce que le rhumatisme est au cœur; dans l'aortisme héréditaire, qui peut apparaître dès le plus tendre âge comme prédisposition précoce aux maladies artérielles; dans le tabagisme, comme pour toutes les causes de vaso-constriction et d'artério-hypertension consécutive; dans la néphrite interstitielle, l'une des maladies qui élèvent au plus haut degré la tension artérielle, d'où la fréquence des ruptures vasculaires, des hémorragies cérébrales; dans la syncope locale des extrémités, la maladie de Stokes-Adams, les anévrismes; enfin à la suite de l'alimentation carnée intensive, l'une des causes les plus fréquentes de l'artério-sclérose et des cardiopathies artérielles. Riche en toxines vaso-constrictives, le régime alimentaire de nos jours est plutôt un empoisonnement alimentaire continu ou répété; cela, je ne cesse de le dire, de le redire encore, et j'espère le prouver bientôt dans une communication ultérieure, relative aux causes de l'artério-sclérose et basée sur une imposante statistique de plus de 10.000 observations.

La médication hypotensive est surtout applicable aux cardiopathies artérielles qui commencent par une intoxication, continuent et finissent le plus souvent par l'intoxication, celle-ci aboutissant à un état presque permanent de vaso-constriction. Donc, l'indication thérapeutique consiste, non pas à s'adresser au cœur central, déjà plus ou moins atteint dans sa force contractile, mais à tout le cœur périphérique, au système artériel, dont il importe de combattre sans cesse la contraction exagérée pour soulager et faciliter le travail du cœur central.

Pour les anévrismes, je n'ai qu'à reproduire ce que j'écrivais il y a deux ans au sujet de leur traitement: "Sans doute, la coagulation intra-anévrismale par les injections gélatineuses ou par tout autre moyen, est le but vers lequel doivent tendre les efforts de la thérapeutique médicale, et de tout temps on a voulu la réaliser par des procédés divers. Mais il faut chercher en même temps à écarter toutes les causes capables de retarder, d'empêcher même cette coagulation, et parmi elles il n'en est pas de plus active et de plus dangereuse en même temps, que l'hypertension artérielle dont sont atteints quelques anévrismmatiques. Un anévrisme n'est jamais si près de se rompre que lorsqu'il existe en même temps de l'artério-sclérose généralisée, ou accidentellement une néphrite interstitielle, *mammum*". Il en résulte que le pronostic d'une ladic où l'hypertension artérielle est à son maximum ne dépend pas toujours de son volume, mais de l'état de l'hypertension vasculaire, et que chez les scléreux et athéromateux, par exemple, la

gravité est toujours plus grande, le danger de rupture plus imminent, que dans les cas où la dilatation partielle de l'artère constitue un simple accident local et sans complication de sclérose artérielle plus ou moins généralisée. De nombreuses et décisives observations le démontrent.

Les malades atteints d'angine de poitrine coronarienne présentent souvent, au moment des accès douloureux, comme l'a démontré Lauder-Brunton et comme je l'ai maintes fois constaté, une augmentation subite de la tension artérielle, et c'est ainsi que depuis longtemps les inhalations de nitrite d'amyle font disparaître en quelques instants les crises les plus sévères et les plgs menaçantes. Mais souvent aussi, l'hypertension artérielle persiste en dehors des accès, de sorte que ces malades sont presque toujours en imminence d'accès sténocardiques. Alors, s'impose la médication hypotensive dans toute sa rigueur, par l'alimentation lacto-végétarienne, par les iodures, la trinitrine, le nitrite de soude, le tétranitrate d'érythrol.

Certaines palpitations et intermittences cardiaques liées à l'angiospasme et à l'hypertension artérielle ne peuvent être combattus avec chance de succès que par la médication hypotensive.

Enfin, dans les maladies infectieuses, on a cru souvent voir une myocardite là où elle n'est pas, et la dilatation aiguë du cœur peut être due à l'action d'une forte hypertension sanguine. C'est ainsi que Federn (de Vienne), en 1889, a constaté une élévation de la tension artérielle dans la scarlatine par suite de l'action vaso-constrictive de certaines toxines, d'où augmentation des résistances périphériques, tachycardie et cardiectasie aiguë. Il en est de même pour certaines cardiectasies aiguës de diverses maladies infectieuses, cardiectasies bien étudiées par Henschen (de Stockholm). Alors, dans ces cas, comme dans d'autres maladies infectieuses où l'on abuse du diagnostic de myocardite, la médication doit être vasculaire le plus souvent, et non cardiaque.

(A Suivre.)

— : o : —

LE BOTULISME.

(Suite.)

Période des troubles nerveux. — Passé quarante-huit heures, les phénomènes nerveux vont surgir, pour durer un temps plus ou moins long, suivant que les reins, les intestins et le foie, chargés d'éliminer les toxines, fonctionneront bien ou mal, suivant aussi que la production de ces toxines continuera dans l'intestin ou sera empêchée. C'est maintenant qu'à la thérapeutique, qui vise à éliminer les poisons et à en empêcher la formation, comme c'était le but jusqu'à ce moment, se joindra la thérapeutique des symptômes.

a) L'antisepsie intestinale sera tentée avec le salol, le benzonaphtol ou tout autre antiseptique associé au charbon, qui fixe les substances de putréfaction; vous donnerez par exemple toutes les trois heures un cachet de :

Salol..... 0 gr. 25
Poudre de charbon lavé.....0 gr. 75

dermique au moins bi-quotidienne d'un milligramme de sulfate d'atropine, suivant la formule :

Sulfate d'atropine... 1 centigramme.
Eau bouillie 10 grammes.

Lors de dilatation pupillaire, avec sécheresse de la peau et du pharynx, l'emploi de la pilocarpine, à raison d'un centimètre cube deux fois par jour sous la peau de la solution :

Nitrate de pilocarpine 15 centigrammes.
Eau... 15 grammes.

ramène l'accélération du pouls, le rétrécissement pupillaire, l'exagération des sécrétions. Quant à l'angoisse respiratoire, quelques bouffées d'éther ou l'inhalation de quelques litres d'oxygène les calment mieux que les antispasmodiques, bromures ou valériane.

La perte des forces est habituellement telle que le malade garde le lit pendant plusieurs semaines. L'alimentation se fera pendant tout ce temps exclusivement par le régime lacté; comme tonique, on adoptera la décoction de quinquina, que l'on mélangera par moitié à l'une des tasses de lait prises dans la journée, et l'on s'abstiendra, pour ne pas faire succéder une intoxication à une autre, des autres toniques, arsenicaux et lécithines.

(Echo méd. du Nord.)

— : 0 0 —

LA TUBERCULOSE HUMAINE ET CELLE DES ANIMAUX SONT-ELLES DUES A LA MEME ESPECE MICROBIENNE: LE BACILLE DE KOCH.

XIe. Congrès International d'Hygiène et de Démographie (Bruxelles, sept. 1903.)

M. Fibiger (Copenhague), rapporteur, conclut comme suit:

1. La tuberculose bovine est transmissible à l'homme; la tuberculose humaine est transmissible au bétail;

2. Les bacilles de la tuberculose bovine sont souvent plus virulents pour le bétail que les bacilles tuberculeux de l'homme;

3. Les bacilles tuberculeux de l'homme peuvent posséder une virulence aussi grande pour le bétail que des bacilles tuberculeux bovins très virulents;

4. Le bacille de la tuberculose humaine et celui de la tuberculose bovine ne doivent pas être considérés comme des formes différentes, en ce qui concerne leur virulence, leur morphologie ou leur mode de croissance. Les variations qu'ils présentent doivent être considérées — pour autant qu'on puisse en juger actuellement — comme des variations de race dues au parasitisme du bacille, tantôt chez l'homme, tantôt chez le bétail;

5. On ne peut nier que la tuberculose bovine soit transmissible à l'homme par le tube digestif. Des observations (celles entre autres qui sont rap-

b) La diurèse, si utile pour enlever tout ou partie des toxines, sera favorisée par le lait pur ou lactose, boissons abondantes. Dans chaque litre de lait ou de tisane aromatisée, on fera dissoudre;

Lactose..... 50 grammes.

en un paquet. Faire quatre paquets semblables.

Au besoin, si la dysphagie est telle que le malade refuse de boire, on prendra la voie rectale pour apporter dans l'organisme les livides, qui ont une action si efficace sur les émonctoires; le lavement de lait sera ainsi donné quatre fois par jour d'un demi-litre chaque fois. Pour la même raison, on aura même recours aux bains tièdes, renouvelés deux ou trois fois par jour, à la fois afin de stimuler les fonctions cutanées et afin de pousser à l'urination.

c) Pour exiter la sécrétion biliaire, antiseptique intestinal naturel, le calomel en petites prises quotidiennes de 40 centigrammes sera très utile: il enrayera en même temps les processus putréfactifs de l'intestin

La fonction glycogénique du foie peut, lorsque l'intoxication se prolonge ou est dès l'abord grave, avoir besoin d'être activée. Une injection d'éther est dans ces cas très utile, répétée deux fois par jour, pendant quelques jours consécutifs.

d) Pour solliciter au maximum l'élimination des substances toxiques par tous les émonctoires de l'économie, il conviendra, même sans attendre que le pronostic s'aggrave, de faire des injections massives de sérum salé physiologique; un litre chaque jour est une dose moyenne que dans certains cas on pourrait sans danger dépasser.

Traitement symptomatique. — Une fois que l'intoxication alimentaire se prolonge, l'adynamie générale, l'hypothermie, l'asthénie cardiaque, la dyspnée, la dysphagie, deviennent les symptômes dominants, font place parfois au subdélire terminal. Ce sont ces symptômes qui traduisent toute l'atteinte portée sur le système nerveux qu'il faut combattre.

Les boissons données dans le but d'éliminer les poisons auront d'autre part, leur retentissement direct sur l'adynamie générale. On aromatisera la tisane choisie avec une cuillerée d'eau-de-vie vieille, on présentera de temps à autre une tasse de café, une tasse de thé au patient; du champagne étendu d'eau prendra la place d'une tasse de tisane.

L'injection sous-cutanée d'éther aura aussi sa répercussion sur l'état de dépression; l'hypothermie enfin bénéficiera de ces divers moyens.

Seule l'asthénie cardiaque devra être combattue par un moyen spécial; l'huile camphrée au dixième est le moyen de choix; deux fois par jour matin et soir, vous ferez une injection hypodermique d'un centimètre cube, pour soutenir le cœur dans sa tâche, et cela tout le temps que la dyspnée n'aura pas disparu.

Pour prévenir l'arrêt du cœur, ce qu'il faut craindre quand on constate que l'iris est contracté, il faut à l'huile camphrée ajouter l'injection hypo-

portées dans ce travail) démontrent que la tuberculose intestinale primaire n'est pas partout une affection rare. Il est probable que la tuberculose est transmise par le tube digestif plus souvent qu'on ne le croit d'après les autopsies. On a pu, il y a quelque temps déjà, et récemment encore (Fibiger et Jensen), démontrer des cas de tuberculose intestinale primaire, dans lesquels l'infection avait probablement pour cause l'ingestion de lait tuberculeux;

6. Le contrôle de la viande et du lait constituent des mesures prophylactiques absolument indispensables pour empêcher la contamination de l'homme par les aliments tuberculeux.

M. Dejong (Leyde) rappelle qu'en 1882 Koch a décrit la bacille de la tuberculose, et qu'en 1900 il a affirmé que la tuberculose humaine est différente de la tuberculose bovine.

M. Dejong est d'avis que le bacille humain est moins virulent que celui du bœuf: mais ces deux bacilles sont identiques. Les expériences de Koch et Schütz ne sont pas confirmées par la plupart des auteurs. Quelquefois on peut isoler de l'homme un bacille aussi virulent que celui du bœuf: c'est une nouvelle preuve en faveur de l'identité. Il n'est pas possible de différencier les deux bacilles par inoculation chez de grands mammifères. Les cultures non plus ne parviennent pas à établir une distinction. Mais la virulence peut varier; les tuberculines provenant de tous les bacilles sont les mêmes.

La tuberculose aviaire paraît différente: l'action pathogène du bacille aviaire est différente de celle du bacille des mammifères; les bacilles du type aviaire sont assez constants dans leurs caractères. Actuellement, il n'est pas possible de conclure à l'identité de ces deux bacilles.

L'orateur termine en faisant remarquer que la thèse de Koch n'est pas justifiée; il faut donc maintenir que la tuberculose des mammifères constitue un danger réel pour l'homme.

M. Gratia (Bruxelles), rapporteur, conclut à l'identité de la tuberculose dans toutes les espèces animales, même des oiseaux.

Les différences qu'on a voulu établir ne sont pas absolues, ne sont pas permanentes. Il faut attribuer toutes les modifications à l'influence du milieu vivant. Nous ne devons pas faire des séparations d'espèces. La thèse de la dualité, plutôt de la pluralité doit être abandonnée.

L'orateur distingue seulement des races, des variétés plus ou moins fixées.

L'identité des bacilles est surtout prouvée par leur réversibilité, ainsi que par leurs caractères biochimiques; Behring a montré qu'il n'y a qu'un seul poison commun qu'il a appelé tuberculose. Les pseudo-tuberculoses ne réagissent à aucune tuberculine, ce qui nous amène à distinguer nettement les bacilles tuberculeux des bacilles pseudo-tuberculeux, et à rapprocher ceux de l'homme des autres.

M. Gratia énumère longement les propriétés sur lesquelles on s'est basé pour faire la séparation.

Il rapporte ensuite qu'il a transporté la tuberculose humaine sur le porc et sur d'autres animaux; il a obtenu des résultats positifs, mais aussi des résultats négatifs; seulement ces derniers ne suffisent pas pour nier l'identité; pour arriver à ce résultat, il faudrait établir des statistiques démonstratives.

Les faits expérimentaux manquent pour montrer que le bœuf peut infecter l'homme; on connaît cependant des infections cutanées de l'homme provenant d'un contact fréquent avec la chair des animaux tuberculeux. C'est sur le fait de cette bénignité qu'on s'est basé pour déclarer que la tuberculose bovine ne donne que des lésions insignifiantes, locales; mais l'orateur fait remarquer qu'il y a quelquefois infection de ganglions. Ce virus appliqué au bœuf de la même façon n'est pas plus offensif, la peau étant une porte peu propice à l'infection.

En ce qui concerne les lésions intestinales, dont M. Gratia a observé un grand nombre, il n'en conclut pas encore qu'elles sont d'origine bovine, mais elles sont certainement d'origine alimentaire.

En résumé, la tuberculose de l'homme et celle des mammifères appartiennent à une même espèce déterminée par le bacille de Koch.

M. Arloing (Lyon), rapporteur. — En posant la question que nous discutons, les organisateurs du Congrès ont parfaitement compris que le conflit soulevé par MM. Koch et Schütz sur le terrain de l'hygiène pratique ne peut s'apaiser que par la solution du problème scientifique qu'elle comporte. M. Arloing s'efforcera donc, dit-il, de rester sur le terrain expérimental.

MM. Koch et Schütz proposent la suppression des mesures sanitaires à l'égard des produits fournis par les animaux tuberculeux, la tuberculose bovine, pensent-ils, n'étant pas la même que la tuberculose humaine. En effet, après les expériences de transmission qu'ils ont faites, la tuberculose humaine est incapable d'infecter le bœuf; et, d'après un examen critique auquel ils se sont livrés, il ne serait pas démontré que la tuberculose bovine puisse se communiquer à l'homme.

Depuis que l'identité des deux tuberculoses a été soulevé par Villemin et établie par M. Chauveau, un grand nombre d'expériences ont prouvé avant comme après la conférence de M. Koch, à Londres, que la tuberculose de l'homme est généralement moins infectante que celle du bœuf, mais qu'elle parvient, néanmoins, à infecter expérimentalement le bétail dans la proportion de 67 cas sur 100 (infection régionale et infection généralisée), et que la tuberculose bovine peut échouer sur le bétail dans 60/0 des cas.

Aux faits de transmission de la tuberculose humaine au bétail, habituellement contestés par MM. Koch et Schütz, M. Arloing ajoute des exemples de contamination du porc par l'usage des restes alimentaires des malades du sanatorium d'Hauteville (Ain), d'après les observations de M. le docteur Dumarest.

Malgré un nombre de faits contradictoires écrasant, malgré leurs propres expériences, dont les résultats n'ont pas toujours été négatifs, malgré les expériences publiées à ce jour par l'Office sanitaire impérial allemand, malgré le bien petit nombre de personnes qui citent des faits à l'appui d'une différenciation, les partisans de la dualité persistent dans leur opinion.

La discussion mérite donc d'être serrée de plus près.

Dans tous les cas, M. Arloing estime qu'on n'avancera pas, tant que l'on ne s'entendra pas sur un

certain nombre de points qui sont, en quelque sorte, autant de questions de principes.

Tels sont :

1. L'utilité d'une critique expérimentale rigoureuse;
2. La valeur des soins d'inoculation et l'importance des doses;
3. Les caractères d'une inoculation positive;
4. La recherche des résultats de l'inoculation;
5. La valeur des caractères histologiques et anatomiques des lésions;
6. La variabilité du bacille de Koch.

(A Suivre.)

— o o —

CHIRURGIE

LES FRACTURES DE LA CUISSE ET LEUR TRAITEMENT.

Par M. le Prof. Tillaux.

Le 14 mai dernier, nous recevions dans le service un homme de 64 ans, victime d'un accident du travail. Occupé, en qualité d'ouvrier plombier, aux réparations de la Bourse de Paris, il venait de faire une chute d'échafaudage de plus de 4 mètres de hauteur. Nous constatâmes, chez lui, à son entrée, une première fracture siégeant à la partie moyenne du fémur gauche, accompagnée d'épanchement sanguin énorme, et une seconde fracture au niveau du corps de l'omoplate.

De cette dernière je ne vous dirai rien, son importance étant médiocre : elle guérit seule, en effet, par le simple repos et l'immobilisation du bras. Je désire, par contre, m'étendre assez longuement sur l'histoire symptomatologique et thérapeutique de la fracture de cuisse. Je veux surtout vous expliquer l'appareil dont je me sers depuis nombre d'années et grâce auquel, dans une affection difficile à soigner, vous pourrez obtenir d'excellents résultats.

A quels signes avons-nous reconnu, chez notre blessé, la fracture de cuisse ? D'une manière générale, sachez-le, si vous voulez faire une symptomatologie exacte des fractures, il faut vous représenter nettement la disposition respective des fragments; c'est d'elle que dépendent les principaux signes cliniques. Cette notion de pathologie s'applique plus encore, au corps du fémur qu'aux autres os. Elle va donc nous servir de guide.

Premier point intéressant à noter: la fracture de la cuisse, dans le jeune âge, ne s'accompagne souvent d'aucune espèce de déplacement. Jusqu'à 2, 3 et même 4 ans, effectivement, le périoste fémoral est si épais qu'il résiste au traumatisme et forme à l'os sous-jacent brisé une gaine complète, une sorte de fourreau protecteur qui maintient les fragments bout à bout. Aussi, dans cette fraction sous-périostée infantile, la symptomatologie est-elle très réduite. Il existe bien un peu d'impotence fonctionnelle et de douleur, mais leur appréciation est diffi-

cile chez ces petits malades. Le seul signe, précis, réellement constatable, est la mobilité anormale. Mobilisez les deux fragments et vous verrez se produire une inflexion de l'os, à l'endroit de la cassure.

Plus tard au contraire, et dans l'âge adulte en particulier, la fracture du fémur présente un déplacement toujours notable, quelquefois même considérable. Vous vous en rendrez compte en examinant les pièces anatomo-pathologiques que j'ai fait apporter ici du musée Dupuytren. Certaines d'entre elles sont des types du genre. Constatez d'abord un premier mode de déplacement, suivant la longueur. Les deux parties osseuses chevauchent l'une sur l'autre et il en résulte un raccourcissement du membre qui s'aggrave parfois avec le temps et varie de 2 à 3, 4, 8, 10 centimètres, 14 centimètres dans un exemple personnel. On comprend aisément le mécanisme de ce phénomène si l'on songe à la masse puissante des muscles qui entourent le fémur, prenant point d'appui sur ce dernier et sur le bassin qu'ils tendent à rapprocher par leurs contractions. Cliniquement, la cuisse est raccourcie et tassée.

A côté de ce premier déplacement, suivant la longueur, il en existe un second, très commun également, suivant la direction. Les fragments ne restent plus ni dans le même axe, ni parallèles; ils forment un angle saillant, presque constamment dirigé en dehors, dû probablement à la corde que constituent les muscles adducteurs, à la partie interne. Une telle déviation, particulière aux fractures du corps du fémur, donne à la cuisse l'aspect d'une crosse.

Lorsque la lésion siège au-dessous du petit trochanter, à peu de distance de celui-ci, — fracture sous-trochantérienne, — le fragment supérieur subit généralement un mouvement de bascule en avant, à l'angle droit, sans doute du fait de la contraction du muscle psoas. Chez un sujet jeune, à tissu adipeux modérément abondant, le palper permet de constater la présence de ce fragment sous la peau, à la région antéto-supérieure de la cuisse.

Dans la fracture voisine des condyles, dite sus-condylienne, le déplacement suivant la direction n'existe pas. Il y a seulement chevauchement, le fragment inférieur passant habituellement derrière le supérieur et venant faire saillie au creux du jarret où il est susceptible de blesser les vaisseaux poplités. Ce fait est tellement accusé que, pour y porter remède, quelques chirurgiens ont sectionné le tendon d'Achille.

En se rappelant la disposition des fragments, il devient facile, qu'il s'agisse d'enfant ou d'adulte, de l'une ou l'autre des 3 variétés dont je viens de parler (sous-trochantérienne, sus-condylienne, moyenne ou du corps du fémur, la plus commune), il devient facile, dis-je, de déduire les principaux signes de la fracture de la cuisse.

Le principal est la mobilité anormale. Recherchez-la de la façon suivante: mettez la main à plat sous le membre malade, soulevez doucement celui-ci et vous le voyez s'infléchir au niveau du trait de fracture.

La crépitation n'est pas constance et je vous conseille de ne pas trop insister pour la découvrir,

J'ouvre, à ce propos, une parenthèse. Certains auteurs et parmi eux, je crois, M. Rieffel, veulent que l'on recherche constamment la crépitation. C'est un phénomène précieux, disent-ils; s'il manque, c'est l'indice probable qu'un faisceau musculaire s'est interposé entre les deux fragments, accident qui provoque, nous le savons, la pseudarthrose. Certes, il est bon de prévoir une telle complication pour ne pas être accusé, en clientèle, d'avoir mal soigné le blessé. Mais à mon avis, l'absence de crépitation ne signifie pas interposition d'un faisceau musculaire et ne doit pas faire craindre la pseudarthrose. Comment voulez-vous qu'il y ait crépitation avec des fragments qui chevauchent l'un sur l'autre autant que vous le voyez sur ces pièces du musée Dupuytren?

(A Suivre.)

— o o —

LA THERAPEUTIQUE IN EXTREMIS.

Par M. le Dr. Lejars.

Elle se résume presque aujourd'hui, pour le médecin sinon pour le chirurgien, en la sérothérapie hypodermique abondante, répétée, voire intraveineuse. La solution doit être à 0,9 ou 0,92 de chlorure de sodium: 100, c'est-à-dire isotonique; stérilisée, tiède, abondante, prolongée, jusqu'au retour des fonctions cardiaque et urinaire, même en cas d'urémie (l'auteur oublie de mettre en garde contre l'œdème pulmonaire si l'on recourt à l'injection intraveineuse).

Contre le shock des grands traumatismes, le cœur fournit les meilleures indications. Le hoquet, dans les traumatismes abdominaux, est de gravité majeure. Lorsqu'il s'agit de blessés, il faut se garder des interventions rapides, ne pas précipiter transports, pansements. L'immobilité, pendant un certain temps doit être plutôt la règle. L'arrêt de l'hémorragie est la seule intervention urgente. L'intervention rapide pour prévenir l'infection est une erreur; la résorption des poisons septiques est suspendue dans l'état du shock.

Lejars recommande d'opérer sans anesthésie, surtout sans chloroforme, une action fâcheuse sur le cœur devant être redoutée, surtout s'il s'agit d'opérations intra-abdominales et tout particulièrement à ce point de vue, dans les péritonites diffuses les grands lavages ne doivent être employés qu'avec discrétion; le liquide doit être chaud.

L'auteur ne croit pas à une action fâcheuse du sérum sur le rein; si chez le sérothéropié la diurèse ne se rétablit pas, c'est que le poison morbide s'est fixé sur l'élément rénal. Aussi Lejars n'admet-il pas qu'il ne s'agisse ici que d'un relèvement de la tension sanguine, d'une augmentation de la pression intracardiaque favorisant le rétablissement de la fonction cardiaque, en même temps que reparait le tonus vasculaire; pour lui, la sérothérapie artificielle active l'élimination des poisons et des toxines. Même dans l'anurie, la sérothérapie peut être utile

en combattant l'anurie, c'est-à-dire en agissant sur ce qui peut rester de rein sain pour en augmenter le fonctionnement sans l'irriter morbidelement.

(Sm. méd.)

— : o o —

Thérapeutique et Mat. Médicale

TRAITEMENT DU CANCER INOPERABLE

Par Alfred Cooper,

Président du West London Medico-Chirurgical Society.

(Suite.)

Ovariectomie.

Le traitement du cancer inopérable du sein par l'ovariectomie est une des questions les plus intéressantes qui aient été mises en avant durant ces dernières années. Nous devons beaucoup de nos connaissances sur ce sujet à Stanley Boyd, et j'ai puisé largement dans son article du *British Medical Journal* pour les remarques suivantes. La première opération de l'espèce fut pratiquée par le Dr. G. T. Beatson, de Glasgow, en 1896, et, bien que la patiente souffrit d'une vaste tumeur du sein récidivée et inopérable, huit mois après l'intervention opératoire, toute trace de l'affection avait disparu. Elle mourut cependant d'une récidive, environ 4 ans plus tard. Au dire de Boyd, le Dr. Beatson fut amené à considérer que l'ovariectomie pourrait être utile dans le traitement du cancer inopérable du sein par le raisonnement suivant: "Pendant la lactation il se forme une multiplication rapide de l'épithélium mammaire; les cellules aussitôt formées, subissent la dégénérescence graisseuse, se rompent, tombent dans la lumière des acini glandulaires, et se répandent dans le lait. Beatson rapporte que certains fermiers châtrent les vaches laitières pour les maintenir d'une façon permanente ou longtemps prolongée dans cet état physiologique qui engendre la sécrétion du lait. Dans le cancer également, l'épithélium mammaire se multiplie rapidement, mais, au lieu de subir la dégénérescence graisseuse et d'être éliminé, il distend les acini, pénètre dans les conduits lymphatiques du sein, et là, baignant dans un liquide nutritif, il continue à se multiplier et à se créer un chemin jusqu'aux glandes lymphatiques.

Si l'ovariectomie pratiquée sur la vache maintient la dégénérescence graisseuse de l'épithélium de la mamelle en lactation, Beatson pensa que cette opération pourrait provoquer la dégénérescence graisseuse de l'épithélium du sein cancéreux. Considérant que la menstruation est le résultat de l'activité ovarienne, Beatson fut porté à croire que la cessation de la lactation était due au rétablissement de l'influence des ovaires; influence qui avait été suspendue pendant la grossesse; et ainsi l'ablation

des ovaires devait provoquer la continuation indéfinie de la lactation.

En outre, il lui paraissait possible que le cancer du sein pourrait bien être dû à certaine "irritation ovarienne", ou à "un vice quelconque de la physiologie ovarienne", et que l'ablation des ovaires pourrait arrêter la prolifération des cellules cancéreuses, ou déterminer une dégénérescence graisseuse des cellules comme dans la lactation." Vers la même époque où le Dr. Beatson relata son premier cas, Pearce Gould montrait une femme qui, six mois auparavant, avait été vraiment moribonde, atteinte d'un cancer récidivé du sein, des glandes sus-claviculaires, du poumon droit et du fémur et chez laquelle, sans aucun traitement, le cancer commença à disparaître, la ménopause étant venue un an auparavant. Trois ans plus tard, elle était en bonne santé, débarrassée de sa maladie. Boyd a réuni l'an passé 54 cas d'ovariotomie pour cancer; ces cas qui n'étaient certes pas choisis, constituaient l'expérience totale de divers chirurgiens. Comme conclusion, il considère qu'en moyenne, la vie était prolongée de 6 mois par l'opération. Parmi les 54 cas, 19, soit 35 pour cent, retirèrent de l'opération un bénéfice plus ou moins remarquable, un seul mourut. Boyd pense que l'ovariotomie devrait être proposée dans tous les cas pas trop aigus de cancer inopérable du sein chez les femmes de plus de 40 ans, ne portant aucune lésion viscérale ou osseuse, et n'ayant point encore atteint la ménopause. Le cancer des autres parties du corps, même de l'utérus n'est nullement influencé par l'ovariotomie.

Traitement Thyroïdien.

Le traitement du cancer inopérable par le corps thyroïde est dû aussi au docteur Beatson, qui croit que les soi-disant Sporozoaires du cancer ne sont pas des parasites, mais des cellules subissant une dégénérescence muqueuse, et pour cela il pensa que l'administration d'extrait thyroïdien pourrait avoir une influence bienfaisante et même opérer la guérison. Le docteur Beatson employa ce traitement dans trois cas; mais dans deux de ces cas, conjointement avec l'ovariotomie, de manière que l'amélioration obtenue était probablement due à cette dernière intervention. Dans le seul cas où l'extrait thyroïdien fut employé seul, aucune amélioration ne fut obtenue.

Peu de temps après, le docteur Frederick Page, de Newcastle, relata le cas d'une femme à laquelle il avait enlevé une tumeur du sein, tumeur qui récidiva, et, au bout de peu de mois, fut très grosse et inopérable. Le traitement thyroïdien fut employé à la dose de 15 centigr.; les doses furent augmentées jusqu'à 75 centigrammes d'extrait trois fois par jour. Au bout de 18 mois, la tumeur avait disparu. Il est intéressant d'observer qu'un nouveau nodule néoplastique se montra durant le traitement. Un rapport ultérieur du cas constate que six mois après, le néoplasme s'accrut, et ne subit aucune influence à la suite de l'administration du corps thyroïde.

Un autre médecin, le docteur R. Bell, de Glasgow, essaya le traitement dans deux cas d'épithélioma du col et dit avoir obtenu des résultats satisfaisants. H. T. Butlin, d'autre part, l'essaya dans un bon nombre de cas, mais n'obtint d'amélioration, même temporaire, dans aucun. Il est utile de remarquer que les cas favorables ont été ceux de carcinome du sein; il n'y a pas de preuve que le traitement puisse être d'aucune utilité dans un carcinome d'une autre partie du corps.

Extrait de Glandes Lymphatiques.

Le traitement par les glandes lymphatiques fraîchement préparées est quelque peu analogue au précédent; ce traitement fut recommandé par le docteur H. Snow. Vingt centigrammes d'extrait sont donnés en capsules, une après chaque repas. Le docteur Snow dit avoir employé ce traitement dans plusieurs cas de cancer mammaire et qu'il en résulta une amélioration considérable.

Traitement par les Rayons Roentgen et par la Lumière de Finsen.

Plusieurs cas d'ulcus rodens ont été traités dans le West London Hospital par l'exposition aux rayons X. Bien qu'on ne puisse que difficilement les classer dans la catégorie des cancers inopérables, ils ont cependant avec ceux-ci un rapport réel. Dans l'application du traitement, les parties environnantes de la face, surtout les yeux, sont protégés par un masque en plomb. L'ampoule est placée à environ cinq pouces de l'ulcère, et une exposition de 10 à 15 minutes est faite journellement. L'ulcère est généralement guéri après environ un mois à six semaines.

Il y a quelques mois, M. Andrew Clark rapportait le cas d'un cancer chronique du sein traité par les rayons X. Le sujet était une femme, âgée de 60 ans, qui s'était aperçue de l'existence d'une tumeur dans le sein depuis à peu près sept ans. Elle avait refusé l'opération, et la tumeur s'était accrue et ulcérée, de manière que la poitrine n'était plus qu'un vaste ulcère. Il y avait des glandes entraînées aux aisselles. Les rayons X furent appliqués cinq jours par semaine, et, au bout de deux mois, l'état général s'était amélioré; la douleur avait diminué, l'ulcère s'était détergé et rétréci et les glandes des aisselles diminuaient. Pour autant que je sache, c'est là le seul cas de cancer du sein traité par les rayons X; il faut noter que le cas était très chronique; son apparence était plutôt celle d'un ulcus rodens que d'un squirre. L'action des rayons X est presque semblable à celle de la lumière de Finsen, et plusieurs cas d'ulcus rodens ont été traités par cette dernière méthode; le traitement est cependant plus douloureux que celui par les rayons X et ne présente aucun avantage. Trop peu de cas ont été traités par chaque méthode pour pouvoir formuler une conclusion définitive.

(A Suivre.)

PERMANGANATE DE POTASSE ET PANSEMENTS DE PLAIES ;

Par le Dr Jacques Carles.

Depuis l'apparition de l'antisepsie, il semble que l'on soit sans cesse à la recherche du microbicide idéal. A l'un on reproche sa causticité ou son pouvoir irritant, à l'autre sa mauvaise odeur, à un troisième son faible pouvoir bactéricide. Aucun n'est exempt de gros inconvénients, si bien qu'à l'heure actuelle le chirurgien tend à s'en passer dans la mesure du possible et substitue de plus en plus les procédés aseptiques à l'usage de l'antisepsie. Néanmoins, celle-ci ne saurait être abandonnée, et pour le lavage des mains, pour le traitement des plaies contuses et infectées ou seulement douteuses, force est bien d'avoir recours à elle. A cet égard, l'usage du cyanure de mercure à 1/1000 additionné de 3/1000 de borax nous a toujours paru ce qu'il y a encore de moins mauvais.

Sa substitution définitive, dans les hôpitaux de Bordeaux, au sublimé et à l'acide phénique montre bien que c'est là l'opinion générale. Mais plusieurs cas particulièrement rebelles d'éruptions médicamenteuses consécutives à son application nous firent voir, il y a quelques mois, que son action irritative, bien qu'inférieure à celle des antiseptiques usuels, reste considérable. De plus, son usage est parfois douloureux: nous avons rencontré des malades chez lesquels il déterminait des sensations de brûlure des plus désagréables.

Pour ces diverses raisons nous avons cherché à utiliser dans la pratique courante un autre antiseptique.

Nous avons eu recours dans cette intention au permanganate de potasse, avec lequel nous avons obtenu déjà passagèrement de bons résultats.

Son emploi systématique, durant plusieurs mois, au service des pansements externes nous a permis d'établir sa valeur clinique et le peu d'importance de ses inconvénients.

Sur plus de sept cents malades qui ont reçu nos soins, un très grand nombre, la majorité, pourrions-nous dire, ont été soumis, à un moment ou à l'autre de leur traitement, à l'action du permanganate de potasse. D'autres fois, quand la nature des affections traitées s'y prêtait, nous y avons eu recours d'une façon exclusive.

La solution dont nous avons fait usage était tirée à 1 gramme de permanganate de potasse pour 1000 d'eau distillée.

Nous l'avons utilisée pour le simple lavage des plaies infectées ou non infectées, pour les pansements humides recouvertes immédiatement de coton sans aucun imperméable.

L'emploi de ces divers procédés, variables selon les cas, nous a permis de nous faire une idée complète de l'utilité du permanganate comme antiseptique et de son innocuité absolue.

En application sur les vieilles plaies, sur les ulcères chroniques de jambe, variqueux ou consécutifs à des brûlures, sur des plaies liées à l'existence d'une tuberculose osseuse ou ganglionnaire, il nous a rendu le précieux service.

Il nous a permis de désinfecter rapidement de vieux clapiers, d'énormes ulcères qui nous arrivaient souvent recouverts de paille, de journaux ou de chiffons sales. Grâce à deux ou trois applications nous obtenions une plaie de bon aspect, bien rouge, sans avoir, comme avec d'autres antiseptiques, des éruptions médicamenteuses ou des phénomènes douloureux. Associé ou alternant ensuite avec l'application d'une bande élastique ou des plaques de zinc, il nous a permis d'arriver à bout de certains ulcères vieux de plusieurs mois, et que leurs porteurs avaient pris l'habitude de considérer comme incurables.

Mais c'est surtout pour le traitement des foyers purulents et des plaies contuses et infectées qu'il nous a rendu les plus précieux services.

Nous y avons eu recours pour le pansement de nombreux panaris, d'abcès de siège divers; nous l'avons employé pour des écrasements de doigts, des plaies par des armes à feu, etc. Dans plusieurs de ces cas où nous avions dû faire des injections préventives de sérum antitétanique, il nous a paru remplacer avec avantage l'eau oxygénée, utilisée largement et fort onéreusement en pareille circonstance.

Chez tous ces malades nous avons observé une rétrocession des phénomènes inflammatoires aussi rapide qu'avec tout autre antiseptique.

Nous en avons fait encore usage pour le traitement des furoncles, des anthrax, des abcès du sein, des adénophlegmons du cou.

D'une façon générale nous l'avons employé systématiquement, même au niveau des plaies récentes. Nous avons évité, croyons-nous, de la sorte bien des suppurations. Dans un service où l'on vit, en quelque sorte, au milieu du pus, où plaies aseptiques se coudoient sans cesse, nous avons obtenu, grâce au permanganate de potasse, un nombre respectable de réunions par première intention.

Nous ne saurions relater ici en détail les résultats qu'il nous a fournis. Cela sortirait du cadre de cette note, dont le seul but est d'attirer l'attention sur un agent, non pas nouveau assurément, mais laissé jusqu'ici dans l'ombre pour le traitement des plaies en général. Les résultats des plus avantageux qu'il nous a donnés durant près d'une année nous engagent à conseiller vivement son emploi.

Sans parler de son absence totale de pouvoir irritant en solution à 1/1000, et de tout danger d'intoxication, il semble posséder, à un titre plus élevé un certain pouvoir analgésique, que Goldstein (1) avait déjà noté en le préconisant pour le traitement des brûlures. Il possède peut-être aussi une action spéciale sur les tissus tuberculeux. Elle nous a paru des plus nettes dans deux cas de tuberculose verruqueuse, et nous nous rencontrons ici avec Soubeyran (2), qui préconise fortement les injections de solutions à 1/50 dans les abcès froids et tous les foyers tuberculeux.

Kaczanowski le conseille de même pour le traitement du lupus, mais sa méthode repose beaucoup

(1) Goldstein. *Mouvement scientifique*, 23 août 1902.

(2) Soubeyran. *Bull. gén. de thérap.*, 15 mai 1903.

plus sur l'action caustique du permanganate en poudre que sur son pouvoir bactéricide.

On objectera sans doute qu'il tache le linge et les doigts. Mais c'est là un bien petit inconvénient, puisqu'il suffit d'une solution de bisulfite de soude à 50 centicubes de sol saturée p. 10000, de sel d'oseille à 3 p. 100 ou d'acide tartrique concentré pour tout faire disparaître. Ce n'est pas là ce qui augmente beaucoup son prix de revient, très peu considérable, et c'est un moyen d'obtenir une désinfection plus complète. Plusieurs chirurgiens ont recours d'ailleurs, depuis quelques années, à ce procédé pour s'aseptiser les mains avant leurs séances opératoires.

Quant au mode d'action du permanganate de potasse, il est connu. Oxydant des plus énergiques, il constitue, selon le mot de Jeannel, "de l'oxygène condensé" qui, peu à peu, se dégage au contact des matières organiques. De là sa valeur antiseptique, que Davaine, Miquel, Tarnier et Vignal tiennent pour considérable.

Mais il est un point par lequel le permanganate de potasse constitue, à notre avis, un agent à action peut-être unique: c'est en fournissant aux tissus du manganèse, reconnu aujourd'hui comme un facteur important des fermentations cellulaires

Un mot d'explication.

On sait le rôle de premier ordre que les biologistes tendent aujourd'hui à accorder aux ferments solubles. Sans parler des ferments digestifs anciennement connus, de la sécrétine (Bayliss et Starling) et de l'entérokinase (Pawlow et Schepowalnikow), de date plus récente, on a établi l'existence dans le sang de nombreuses diastases: la plasmase (Arthus), la lipase (Hanriot), l'amylase (Bial, Cavazzani), les oxydases (Portier), de bien d'autres encore qui interviennent sans cesse au cours des phénomènes biologiques.

Au niveau des tissus en voie de réparation ou enflammés, il en est certainement de même, et partie des phénomènes de cicatrisation ressortent de leur action. Clerc (1) faisait remarquer dernièrement, à cet égard, qu'il existe, au cours des infections graves et subaiguës, staphylococciques et tuberculeuses, une diminution de l'activité de certains de ces ferments. Ses recherches portaient sur la lipase et l'amylase.

On a encore étudié la thrombase (Delezenne), la cytase (Metchnikoff et Bordet), qui interviendraient dans la destruction des microbes et des cellules usées.

Mais à côté de ces diastases, aidant et complétant leur action, existent dans les tissus et les humeurs des corps oxydants. D'après Enriquez et Sicard (2), ce rôle appartiendrait au fer, au manganèse et au calcium, que l'on retrouve tous trois, mais en proportions diverses, dans les cendres du sang humain. Ces trois éléments "jouent un rôle comme excitateurs, accélérateurs des oxydases, décuplant l'activité des ferments cellulaires".

Il semble bien, dès lors, qu'il ne soit pas indifférent de mettre en contact des tissus malades une substance telle que le permanganate de potasse, qui leur fournit d'une part de l'oxygène à l'état naissant, d'autre part de l'oxyde de manganèse, dont nous venons de dire les propriétés. Absorbé même à dose infinitésimale, il peut alors intervenir en décuplant les actions cellulaires diastatiques qui président à la défense et à la régénération des tissus altérés.

Ce serait là, à notre avis, la raison des effets si favorables que fournit le permanganate de potasse dans le traitement des plaies de natures les plus diverses.

— o o —

GYNECOLOGIE

TRAITEMENT DE LA MENSTRUATION DOULOUREUSE PAR L'EXTRAIT THYROÏDIEN.

Par M. le Dr. Stimson.

On sait que la thérapeutique est peu armée contre la dysménorrhée et la névralgie ovarienne: l'emploi des opiacés n'est pas sans inconvénient; le repos, le décubitus dorsal, les applications chaudes opposent, il est vrai, quelque soulagement, mais bien des sujets sont dans l'impossibilité de garder le lit pendant plusieurs jours à chaque époque menstruelle.

L'extrait de la glande thyroïde constitue, d'après l'auteur, un remède de grande valeur dans de pareils cas; des doses moyennes suffisent à produire des effets marqués. Une malade qui souffrait à chaque période au point d'être complètement impotente pendant plusieurs jours, venait consulter l'auteur celui-ci employa successivement et sans résultat tous les remèdes usuels. L'examen de l'abdomen et du bassin ne montrait rien d'anormal du côté de l'utérus et des annexes. La dilatation du col donna une légère amélioration pendant quelque temps. Comme la malade était atteinte d'obésité, on la mit au traitement thyroïdien et tous les troubles de la menstruation disparurent.

Le même moyen fut employé depuis à chaque période menstruelle avec le même succès. L'auteur ayant appliqué la même méthode à un grand nombre d'autres malades, a obtenu d'excellents résultats dans presque tous les cas. Naturellement, quand il existe des lésions utérines ou annexielles, c'est au traitement chirurgical qu'on devra recourir.

(Gaz. des Hôp.)

— : o o —

(1) Clerc. Soc. de Biol. 21 décembre 1902, et thèse Paris 1902.

(2) Enriquez et Sicard. Les Oxydations de l'organisme. Paris, chez Baillière, 1902.

FORMULAIRE

TISANE CONTRE L'ECZEMA.

Bardane	3 gr.
Gentiane	3 gr.
Pensée sauvage... ..	3 gr.
Saponaire... ..	3 gr.
Séné épuisé par l'alcool	3 gr.
Bicarbonate de soude... ..	2 gr.

A faire bouillir pendant un quart d'heure dans un litre d'eau.

En prendre une tasse le matin.

Cette tisane est également utile pour combattre la constipation chez les femmes enceintes.

(LUTAUD).

COMMOTION CEREBRALE.

Applications de glace sur la tête. Parfois sang-sues aux apophyses mastoïdes.

Sinapismes sur les jambes. Pédiluves chauds sinapisés. Frictions stimulantes. Laxatifs.

Boissons toniques et stimulantes.

BLEPHARITE CILIAIRE.

Poussées aiguës. — Lotions émollientes avec : infusion de camomille, infusion de guimauve, etc., eau de sureau boriquée, etc.

A l'état chronique. — Faire tomber les croûtes avec des cataplasmes tièdes, puis enduire les bords des paupières avec gros comme une lentille d'une des pommades suivantes :

Oxyde de zinc... ..	5 cent.
Sous-acétate de plomb... ..	5 cent.
Huile d'amandes douces	50 cent.
Vaseline... ..	5 gr.

M. S. A.

Axonge très fraîche... ..	4 gr.
Précipité jaune... ..	40 cent.
Teinture de benjoin... ..	VIII gouttes.

M. S. A.

Précipité blanc... ..	10 cent.
Oxyde de zinc... ..	20 cent.
Huile de bouleau... ..	XII gouttes.
Vaseline... ..	10 gr.

M. S. A.

Précipité rouge... ..	10 cent.
Acétate de plomb cristallisé	005 cent.

Huile de noisettes... .. V gouttes.

Axonge benzoïnée... .. 5 gr.

M. S. A.

Encore pommade de Régent, pommade de Desault.

S'il se produit des ulcérations, les cautériser avec sulfate de cuivre, crayon de nitrate d'argent mitigé ou la solution suivante :

Nitrate d'argent... .. 10 cent.

Eau distillée... .. 10 gr.

F. S. A.

Ouvrir les petits abcès avec la pointe fine du thermo-cautère.

Traitement général antiscrofuleux : huile de foie de morue, etc.

(Revue de Thérap. inf.)

DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'EAU OXYGÉNÉE

Par le Docteur Léon Capon,

Médecin stagiaire au Val-de-Grâce. — Thèse de Lyon, décembre 1902

L'auteur de cette intéressante thèse formule les conclusions suivantes :

A la suite de recherches expérimentales que nous avons poursuivies dans le laboratoire de M. le Prof. Poncet, sous la direction de M. le Dr. Dor, nous concluons que :

1. Les injections sous-cutanées d'eau oxygénée peuvent, dans certaines conditions que nous avons précisées, déterminer la mort brusque.

2. La mort survient par embolie gazeuse.

a) En employant des solutions de titre faible.

b) En faisant les injections lentement ou de préférence en plusieurs fois et en plusieurs endroits.

c) En opérant loin des gros vaisseaux et du cœur.

4. Les injections sous-cutanées d'eau oxygénée ont été employées, avec succès, dans le traitement du tétanos chez le cheval.

5. Nous pensons que les conditions dans lesquelles survient la mort par embolie gazeuse sont suffisamment constantes pour que l'on puisse avoir une sécurité suffisante et se mettre à l'abri de tout accident possible en évitant de se placer dans les conditions dangereuses que nous avons signalées.

6. La dose d'eau oxygénée à 12 volumes pouvant être injectée à un cheval sans déterminer la mort, n'est pas inférieure à 900 centimètres cubes.

Il ne faut pas avoir peur de laver des plaies en surface avec de l'eau oxygénée ou d'en injecter quelques centimètres cubes sous la peau; mais nous déconseillons les lavages de la plèvre, les injections intrapéritonéales, etc.

(Lyon Méd.)

SUPPLEMENT

DES EFFETS DE LA CREOSOTE SUIVANT SES DOSES ET SON MODE D'EMPLOI.

Si la médecine en est encore à rechercher la substance capable d'entraver chez l'homme le développement et la multiplication du bacille de Koch, elle possède du moins certains agents qui exercent une action favorable sur l'évolution de la maladie. Au premier rang de ces agents est la créosote qui, malgré la vogue si justifiée du traitement hygiénique, a néanmoins conservé toute la faveur dont elle jouissait et constitue le plus utile adjuvant du repos, de l'aération et de la suralimentation.

Etudiée *in vitro*, mêlée à des cultures sur agar ou à du sérum gélatinisé, la créosote se manifeste comme un antiseptique qui contrarie notablement la prolifération des bacilles. Il serait téméraire de dire qu'elle agit de même, du moins à un égal degré, dans l'organisme. Néanmoins, depuis 1877, époque à laquelle Bouchard et Gimbert rappelèrent la créosote à l'attention du corps médical, divers médecins tels que Grancher, Sommerbrodt, Debove, Hérard et Cornil, Fraenzel, Daremberg, Bouchonnel, constatèrent que la créosote tarissait les sécrétions bronchiques anormales et produisait une sclérose limitante autour des foyers tuberculeux. Il n'est pas de praticien qui n'ait eu l'occasion d'observer des faits semblables, surtout lorsque la créosote a été administrée sous une forme et à des doses que tolère l'organisme.

L'observation clinique et l'expérimentation ont, en effet, démontré que le mode d'administration de la créosote avait sur son action la plus grande influence et que, d'autre part, les effets du médicament employé sous forme d'inhalations, pulvérisations, injections sous-cutanées, voir même trachéales, étaient incertains, pour ne pas dire dangereux. Aussi la pratique médicale a-t-elle adopté d'une façon presque universelle l'administration par la voie stomacale qui est, au dire des maîtres les plus compétents en la matière, la voie la plus recommandable.

Certes, en opérant ainsi, on ne peut introduire dans l'organisme de hautes doses de créosote, mais heureusement pour les malades; car "la créosote à haute dose est un médicament dangereux, quelle que soit la voie par laquelle on l'ait introduite dans l'organisme; elle peut alors provoquer des troubles digestifs, des hémoptysies mortelles, des poussées tuberculeuses nouvelles dans les poumons ou dans les organes éloignés comme le fait la lymphé de Koch".

La presque unanimité des médecins s'en tient donc aux doses que Bouchard et Gimbert indiquèrent dans leurs premières recherches et qui allaient de 30 à 60 centigrammes par jour. Daremberg, qui a une si grande habitude des tuberculeux, ne dépasse pas 50 centigrammes en moyenne; il ne s'élève à 1 gramme que chez les phtisiques qui ont un estomac d'une complaisance peu commune. Ces doses suffisent pour modifier favorablement les sécrétions

bronchiques et les lésions pulmonaires. Encore faut-il, dans un traitement de longue durée, les fractionner et les administrer sous la forme, préconisée par Bouchard et Gimbert, "de solution complète et fortement étendue".

Ces considérations nous amènent à signaler les excellents résultats que nous a donnés une préparation réalisant ces desiderata et connue sous le nom de Solution Pautauberge au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté. C'est en s'inspirant à la fois de l'observation clinique et de l'expérience de la médication créosotée, que son auteur est arrivé à constituer un produit qui n'a aucun des inconvénients de la créosote. Cette substance entre dans sa composition à raison de 10 centigrammes par cuillerée à potage. Grâce à sa redistillation et à sa solution dans un liquide susceptible d'être étendu d'eau à volonté, la créosote n'a aucune action caustique ni irritante sur les voies digestives, dont elle est, en l'espèce, l'antiseptique de choix. Avec le chlorhydrophosphate de chaux qu'on a eu l'excellente idée d'incorporer à la solution de créosote, la Solution Pautauberge fournit le maximum d'effet qu'on puisse attendre et de la créosote et du phosphate de chaux. Outre son action spéciale et antiseptique sur les lésions pulmonaires, elle relève l'appétit et facilite la digestion, elle augmente les forces et la vitalité des sujets, en leur restituant l'acide phosphorique qu'ils dépensent toujours en excès. Elle est, en somme, comme l'hygiène et ses divers moyens qu'elle seconde singulièrement, l'un des facteurs essentiels de traitement classique de la tuberculose.

(Presse Médicale de Paris)

L'ENFER DES MEDECINS.

Les récentes fouilles de Sousa viennent de mettre au jour un code dont la lecture forcera les médecins contemporains à rendre grâce au ciel de ne les avoir pas diplômés quatre mille ans avant Jésus Christ, dans la plus vieille Babylone! Le roi Hamourabis, qui régnait en ce temps-là, avait réglementé la question des honoraires d'une façon tout à fait spéciale.

Ainsi, le médecin qui guérissait une tumeur ou un mal d'yeux recevait 10 sekels; mais si l'opération ne réussissait pas, il avait les deux bras coupés. La punition était moins sévère s'il s'agissait d'un esclave; mais, en ce cas, le docteur maladroit devait en acheter un autre de ses deniers pour dédommager le maître.

Quant aux vétérinaires, ils recevaient le quart d'un sekel pour la guérison d'un bœuf ou d'un âne; en cas de non guérison, ils payaient le quart du prix de l'animal.

Molière, qui n'aimait pas les médecins, eût vécu volontiers à la cour du bon roi Hamourabis.

(La France.)

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRIME

(Suite.)

XV

Dès le lendemain, le Capitaine Dick Brown aidé du fidèle Paterson, se mit en frais de mettre en règle la succession de sa tante. La chose était relativement facile puisqu'il était le seul héritier, cependant voulant mettre les choses absolument en loi, il dû passer entre les mains du notaire. Enfin au bout de quelques jours il lui fut permis d'entrer en possession de Garry Fen et de ses dépendances.

L'officier n'en était pas moins embarrassé de savoir ce qu'il ferait de son nouveau domaine. Vendre Garry Fen, lui répugnait c'est là qu'il avait passé son enfance, c'était là enfin qu'avaient vécu et étaient mortes, celles qu'il avait tant aimées.

Un matin Paterson entra dans la chambre de Dick.

—Eh bien mon vieux Pat, lui dit le capitaine, que puis-je faire pour toi ?

—Je viens vous parler d'affaire M. Dick.

—D'affaire ! diable c'est sérieux ce que tu me dis là.

—En effet c'est bien sérieux M. Dick, si vous saviez ce que l'on dit dans les environs ?

—Voyons parles vieux Pat ?

—On dit que vous êtes pour vendre Garry Fen ?

—Non Pat, répondit le capitaine, je ne désire pas vendre Garry Fen, mais je t'avoue que j'en suis fortement embarrassé. Dans quelques jours je dois retourner rejoindre mon régiment, je ne puis quitter ma carrière pour me faire fermier ?

—C'est justement la raison pour laquelle je venais vous trouver. Si vous voulez, M. Dick, de fermier je deviendrai l'intendant de Garry Fen, comme par le passé, je cultiverai la terre et chaque année je vous enverrai les bénéfices du fermage.

—Tu ferais cela, vieux Pat ? dit Brown en serrant la main du brave fermier,

—Oui M. Dick et avec bonheur. Voyez-vous, il me semble que je mourrais si je devais quitter cette maison à laquelle se rattache tant de souvenirs qui me sont chers. A, ora

ce matin j'en ai parlé à ma vieille Annie et c'est ainsi que je me suis décidé à venir vous parler.

—Et tu as bien fait, Pat, aussi dès cette heure, tu peux te considérer l'intendant de Garry Fen.

—Merci M. Dick, fit Paterson en essuyant ses yeux humides de larmes, je vais faire pour vousvous, comme je l'aurais fait pour notre pauvre défunte.

Lorsque Paterson fut parti, Dick se dirigea vers la chambre de Nelly, tout était là comme du temps que la jeune fille y était.

—Chère Nelly, pardonne-moi si je viens violer tes secrets, mais avant de partir, il me faut visiter les moindres recoins de mon nouveau domaine.

C'est en hésitant que Dick ouvrit les tiroirs de Nelly, il y trouva une foule de ces mille riens charmants qu'aime à entasser les jeunes filles. Rubans, épinglettes, chiffons de toutes sortes, mais rien qui put particulièrement l'intéresser.

Soudain sa main rencontra dans le fond d'un tiroir une petite boîte, l'officier la prit, l'ouvrit et aperçut quelques épreuves photographiques. C'était le portrait d'un jeune homme, portrait qui avait été pris à Garry Fen, car Dick eut vite fait de reconnaître le jardin du Cottage.

Voici qui est singulier pensa le capitaine. Je vais un peu consulter Patterson et lui demander des éclaircissements.

Dick Brown s'en fut trouver le fermier et lui montra les épreuves.

—Mais c'est lui, s'écria Paterson, c'est Donald Lington, je le reconnais bien.

—En est tu certain Pat ?

—Je le jure sur ma part de Paradis, M. Dick, je ne puis me tromper car j'ai vu moi-même Miss Nelly prenant cette photographie.

Enfin s'écria Dick, je possède donc quelque chose, j'ai en main un des fils du drame. Ah ! Donald Lington trembles maintenant car c'est de ta vie que tu vas payer ton lâche abandon.

Puis se tournant vers le fermier.

—Pat., plus rien ne me retien ici, fais sceller mon cheval et dans une heure je partirai.

Une heure plus tard le capitaine Brown quittait Garry Fen.

Il rendit visite au Rév. Barnes et s'arrêta un instant chez le docteur Smith pour lui serrer la main. Puis il dirigea son cheval dans la direction du cimetière de Stratford.

Longtemps il pria sur la tombe de Nelly et de sa mère, enfin étendant son bras il prononça tout haut ces paroles.

—Je vous le jure, chères aimées, devrais-je y perdre ma vie, toutes deux, un jour vous serez vengées !

(A Suivre.)

: o :

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII

MERCREDI, 2 DECEMBRE, 1903.

No. 23

Travaux Originaux

LES POUX DU PUBIS,

(Causerie gynécologique.)

Par M. le Dr. M. T. Brennan.

Professeur de gynécologie à l'université Laval
Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame.

ERRATUM.

Dans le précédent numéro, à la page 296, en tête de la première colonne—Travail Original—notre typographe a interposé quatre lignes que nous devons d'abord lire à la page 297, après la quatorzième ligne de la première colonne: "un peu brun et au pourtour, etc., etc."

(Suite.)

Maintenant que nous en avons fini avec l'insecte, examinons le poil et la lente qu'il porte. Voyez comme l'œuf est réfringent, gris-jaunâtre; il est comme un tout petit œuf de poule dont le gros bout regarde la pointe du poil et le petit bout se loge dans une fine cupule qui fait partie d'une gaine qui entoure complètement le poil et y attache solidement la lente. Cette gaine est constituée par de la chitine, une glycoside, substance agglutinative venant de la mère.

La chitine est insoluble dans l'eau et les alcalis, mais se laisse dissoudre par les acides. Voyez près de la grosse extrémité de cet œuf pyriforme, ce cercle réfringent: c'est la limite d'un clapet fermant cette extrémité de l'œuf—trappe que le jeune pou soulèvera pour sortir.

Maintenant que nous connaissons le parasite et sa lente, renseignons-nous sur les habi-

tudes de l'animal, sur les désordres qu'il produit et sur les moyens de le détruire.

Il habite de nécessité les régions velues, car il lui faut un poil pour fixer son œuf. De préférence il se plaît sur le pudendum; les grandes lèvres; le scrotum, le périnée. Mais il peut de sédentaire devenir voyageur et à certains moments porter, par l'intermédiaire des poils, ses Pénates ailleurs. Je crois que par les ongles, pendant le grattage, le patient peut transporter l'insecte dans d'autres parties du corps. Il peut aller se promener sur le ventre, la poitrine, les cuisses, les jambes; fréquemment il habite l'aisselle, et assez souvent se loge dans les sourcils, les cils et la barbe; il tient moins aux cheveux, malgré qu'on l'y rencontre.

Il affectionne particulièrement la race blanche, contrairement aux autres poux, dit-on. Il ne s'introduit pas sous la peau, pas plus que les autres poux, malgré la tradition qui rapporte que chez les Irlandais; les poux s'y s'enfouissent, s'y reproduisent et en sortent après la mort de la personne.

Malgré que ce soit absolument contre ses habitudes, j'ai retrouvé le morpion égaré dans les vêtements.

Une femelle pond une quinzaine d'œufs, qu'elle attache solidement à la base des poils, ai-je dit. En une semaine à peu près, le petit sort de sa coque, et une quinzaine de jours après sa naissance, il a atteint sa virilité et commence la propagation active de sa race. Et, ça marche. Un couple, quand on les laisse jouir en paix de leur bonheur conjugal, ne perdent pas leur temps. On dit que deux poux de tête, en deux mois, peuvent donner origine à 18,000 autres. Le morpion est, je crois, un peu moins prolifique. Les œufs

éclosent moins vite que ceux du poux de tête — qui y met 5 à 6 jours, mais le petit pou de tête est un peu plus lambin à se reproduire, environ dix-huit jours, nous dit-on.

Le transport de notre parasite d'une personne à une autre se fait par contact — surtout pendant le coït. Cependant, cette contamination est souvent réalisée par les lits d'hôtels, les fauteuils, les sofas, les sièges des cabinets d'aisance ou des wagons de chemin-de-fer et par les vêtements.

Le parasite produit chez l'individu qui l'héberge, une maladie que j'ai mentionnée; la phthiriasse, la pédiculose, la maladie pédiculaire.



La plupart du temps, la personne contaminée ne s'aperçoit pas de suite de la présence du pou. C'est seulement au bout de quelques jours, lorsque le nombre des insectes s'est accru, que le prurit et la cuisson, souvent intenses, et plus particulièrement nocturnes, attirent l'attention du patient et le porte à s'examiner, ou encore en est-il convaincu lorsque, après s'être gratté, il enlève avec ses ongles, un des poux. Certaines personnes souffrent peu de la démangeaison, malgré une abondance de morpions; on attribue cette absence relative du prurit, à la présence d'une certaine substance que l'insecte dépose dans les taches bleues dont je vous ai parlées en examinant notre patiente. Cette substance serait douée de propriétés anesthésiantes. En second lieu, les morsures de l'insecte et le grattage donnent naissance à une dermatite, ordinairement peu prononcée; cependant, chez certains sujets strumeux et malpropres, qui ne se traitent guère, il peut se développer un eczéma intense, comme j'en ai observé un cas chez un homme: la démangeaison et la souffrance causée par les fissures scrotales étaient intolérables et portaient le sujet au suicide.

Habituellement les lésions se limitent à des petites excoriations ou à ces petites papules rosées, la plupart du temps décapitées par les ongles et alors pourvues de cette petite croûte hémorragique que nous avons remarquée chez notre patiente.

En troisième lieu, il se produit, comme signe presque pathognomonique de la présence du morpion, des taches bleues, quelquefois appelées taches ardoisées, phthiriasiques, ombreées, macules cyaniques, mélanodermie phthiriasique. Ces macules, l'épiderme intact, se rencontrent sur tout l'abdomen et la partie supérieure des cuisses et elles sont visibles, comme certaines macules syphilitiques, surtout à contre-jour, ou en regardant la peau de loin et de côté. Elles sont ovoïdes, arrondies, allongées, de la grosseur d'une lentille ou d'un petit pois et d'un bleu ardoisé.

Ces taches, d'après Mallet, seraient causées par l'inoculation par piqûre, d'un venin que contiendrait la salive du parasite. En intraduisant sous la peau le corps broyé du *Pediculus pubis*, Duguet et Mourson ont réussi à reproduire ces taches. Dès lors, leur valeur comme signe de la fièvre typhoïde était rayée.

Certaines personnes sont réfractaires au venin et ne présentent jamais de taches bleues.

Et le traitement maintenant.



Figure 3.—Fait voir la lente, le clapet enlevé, l'insecte sortant du poil, des irrégularités, restes de la charnière.

Comme ces petits êtres sont de nature à troubler la paix des ménages, à susciter des brouilleries d'amour et qu'ils sont très incommodants pour celui qui leur donne l'hospitalité, l'opinion d'en débarrasser le porteur au plus tôt, ne trouve nulle part de l'opposition.

Voici ma manière de procéder.

Qu'il n'y ait pas d'objection, on peut enlever tout le poil avec un dépilatoire ou avec un rasoir et stériliser la partie comme pour une opération.

Ordinairement on s'oppose à ce défrichage du mont de Vénus. Alors comme routine, je fais faire, soir et matin, un lavage avec du savon vert liquide, dont voici une formule:

Savon vert... ..	1500
Alcool... ..	700
Eau... ..	50
Acide crésylique	100
Acide phénique... ..	50
Essence de bergamote... ..	Q.S.

Et ces lavages, je les fais continuer, au moins quinze jours après qu'il n'y a plus de trace ni de poux ni de lentes. Changer souvent de hardes.

L'indication thérapeutique est double : tuer les poux et détruire les lentes.

Pour réussir rapidement, il vaut mieux que le médecin s'occupe activement de cette destruction. Tous les jours, ou deux jours, ou deux fois par jour, je fais venir, quand il se peut, le patient au cabinet de consultation, et je détruis, un à un, et les poux et les lentes. Je recherche soigneusement, d'abord les parasites, que j'enlève, et que j'écrase entre les mors d'une pince. Puis je m'attaque aux lentes, que je broie, sur place, avec une forte pince, dans le genre de la pince à épiler, mais dont les mors offrent une plus grande surface de contact intime. Le petit bruit sec et clair qui accompagne le broiement de l'œuf, doit être entendu pour qu'il y ait certitude de la destruction de la lente. Il ne faut pas oublier que la lente est fixée tout près de la base du poil et qu'à mesure que celui-ci pousse, elle s'éloigne de la peau et devient plus visible.

Se basant sur la solubilité de la chitine dans les acides, on a suggéré, pour détacher les lentes, de faire usage de ces agents. J'ai employé à cet effet, surtout l'acide acétique, le vinaigre, uni au sublimé. Les effets, même en se servant d'abondants lavages avec l'acide

seul et concentré, ne m'ont pas toujours semblé répondre entièrement au desideratum.

Vous connaissez les inconvénients et les dangers des préparations hydrargyriques (onguent napolitain, sublimé), employées pendant un certain temps. Il faut surveiller, y aller avec ménagement, même avec de longs gants gris, comme dit le vieux calembour. Je me suis bien trouvé en ne prescrivant, dans la plupart des cas, qu'une ou deux onctions d'onguent mercuriel par semaine.



Figure 4.—Le clapet en place; la charnière du côté du poil; sur le devant de l'œuf, le bord mince, tranchant de la marge antérieure du couvercle.

Comme les corps gras tuent le parasite, on a suggéré une association d'huile et de pétrole. Je n'ai jamais employé ce mélange, mais son effet devrait être bon.

Comme onguent de routine, j'ai été satisfait d'une préparation à base de lanoline, contenant de la résorcine, de l'acide salicylique, du baume du Pérou et du menthol.

Avec de la persévérance, ce traitement enrayera rapidement la maladie.

Je ne saurais trop, messieurs, vous recommander de surveiller attentivement l'action locale et générale des médicaments actifs que vous prescrirez. Les irritants mal suivis, appliqués sur les grandes lèvres de la femme, et surtout sur le scrotum, peuvent produire beaucoup d'irritation et causer d'inutiles souffrances aux patients.

En terminant, je puis vous rappeler que malgré sa laideur, le morpion n'a pas été oublié des poètes. Piron l'a chanté et un autre chéri des Muses, versifiant sur le compte d'un certain personnage qui était arrivé à de grands honneurs, termine ainsi :

"La mystique voix d'un phthirius pèlerin,
Dans un prurit dont la caresse le pénètre,
Monte, reconnaissante, et dit: "O mon
appui !

Te souvient-il des temps lointains où,
pauvres hères,

Nous gardions les pourceaux en traînant
nos misères,

Nous que le monde acclame et révere au-
jourd'hui?

Ah! celui-là sera plus qu'Hercule robuste
Qui me détachera de ta personne auguste!

—: o :—

Coq-a-l'Ane

LA GASLRO-ENTERITE DES ENFANTS

—Dans une communication à l'Académie de Médecine, le docteur Henri de Rothschild, rapporte 100 o/o de guérisons par l'emploi de l'acide lactique. Sur le conseil de MM. Roux et Metchnikoff, il a employé comme unique traitement, depuis le premier juin jusqu'au premier octobre, du lait pur non écrémé additionné de 10 o/o d'acide lactique.

LA POSITION DE FOWLER.—C'est la position du patient la tête élevée. Cette position à la suite de laparotomie, surtout lorsqu'il y a péritonite septique, favorise la chute des exsudats et des viscères vers le bassin et ainsi évite l'irritation sur les organes de la partie supérieure du ventre. Les patients sont plus à leur aise, les gaz sont passés facilement. La tête de la couchette est levée de 24 à 30 pouces, une élévation de 30 pouces donnant plus de résultats qu'une douzaine de pouces. Cette position n'a aucun mauvais effet sur les patients débilisés.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES EXTREMES.—Puis votre femme a été bien mal sur le vaisseau ?

Ah, pour ça oui ; elle n'a pu absolument rien garder sur l'estomac, seulement ses mains.

L'ACTION DES CHLORURES SUR L'OEDEME ET L'ALBUMINURIE A CERTAINES ETAPES DE LA NEPHRITE EPI-THÉLIALE.—D'après les travaux de Widal, Javal et Lemière, les chlorures auraient une action fâcheuse dans certains cas de néphrites, augmentant l'oedème et l'albuminurie. Le

lait doit son efficacité au peu de chlorures qu'il contient. La viande, de laquelle on a exclu le sel, peut être prise par les brightiques, car elle ne contient guère plus de 0.100/o de NaCl. Il ressort de cette étude que dans certaines néphrites et à certaines périodes, le meilleur traitement consiste à exclure le sel entièrement de la diète.

L'ERREUR DE LA GARDE-MALADE.

Le chef fait sa ronde des salles. Tiens, mon pauvre No. 1, vous êtes bien plus malade ce matin: vous avez le ventre terriblement ballonné; je crains l'hydropisie. Le No. 1 répond qu'il peut bien être gonflé à la suite des douze lavements que l'infirmier lui a donnés.

Allant aux renseignements, on apprend que la garde-malade a inscrit 12 lavements pour le No. 1 au lieu de 1 lavement pour le No. 12.

SELS DE POTASSIUM, DE SODIUM ET DE STRONTIUM.

— Les sels de potassium, à doses modérées, sont des irritants de l'estomac et des reins, en même temps que des déprimants du cœur. A fortes doses, se sont des poisons protoplasmiques et cardiaques, des paralysants musculaires, et ils ont de la tendance à détruire les propriétés ozonifiantes du sang. Ils favorisent l'élimination des détritiques en activant les oxidations et en suscitant des échanges de régression dans les tissus. A petites doses, ils stimulent la production du suc gastrique acide, et de cette façon aident la digestion; mais à doses plus fortes, il y a neutralisation des acides libres et dérangement des fonctions digestives.

Les sels de strontium et de sodium possèdent une action à peu près semblable à celles des sels de potassium; si ce n'est qu'ils sont bien moins déprimants, moins toxiques pour le cœur, moins activement alcalins et moins irritants pour l'estomac et les reins.

Le bromure de strontium, au lieu d'être un irritant gastrique, est un sédatif, agissant bien dans les vomissements de la grossesse, dans les fermentations lactiques et acétiques et dans la flatulence. Les résultats qu'il donne dans l'épilepsie, la migraine, l'insomnie et les états nerveux sont des plus encourageants.

L'iodure de strontium serait appelé à remplacer l'iodure de potassium pour les mêmes raisons, n'était-ce les impuretés du sel; pur, ce sel n'est nullement irritant pour

l'estomac et ses effets sur le cœur sont bien moins violentset moins abrupts que ceux du sel de potassium, que certaines personnes ne peuvent tolérer sans être atteintes d'une gastralgie prononcée. L'iodure de strontium a donné d'excellents résultats dans le rhumatisme musculaire et articulaire, la syphilis, l'asthme, la fièvre des foies. (Chs. Louy, de Toledo, O.)

— : o : —

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

(Séance du 20 novembre, 1903.)

LES INJECTIONS INTERSTITIELLES DE PARAFFINE, POUR LA CORRECTION DE CERTAINES DIFFORMITÉS, tel est le titre d'une communication faite par M. le Dr A. A. Foucher. Après avoir rappelé que l'opération est de date récente, quatre années à peine, le conférencier nous a fait connaître les différentes phases qu'a subi ce procédé depuis Gersuny, en 1899, jusqu'aujourd'hui, et les différentes difformités qui ont été traitées par ce moyen. On a appliqué la méthode à la prothèse oculaire, pour le soutien d'un œil artificiel; à la cure des cicatrices déprimées, quel que soit le siège qu'elles occupent; au coryza atrophique, à la cure des varices, des difformités nasales extérieures; pour produire une articulation mobile après resection, etc., etc.

Le produit injecté a d'abord été de la vaseline, mais son peu de consistance la faisait se diffuser facilement sous les tissus, et les examens histologiques ont démontré que la vaseline subissait un commencement d'absorption. D'ailleurs, quelques cas d'embolie pulmonaire ont enlevé un peu de vogue au procédé, et s'il a repris de la valeur c'est parce que la vaseline a cédé la place à un produit de la même classe, plus solide et plus réfractaire à l'absorption et la diffusion: la paraffine, d'après la formule de Eckstein, produit solide d'un blanc homogène, défil transparent et fondant vers 65 degrés centigrades. Cette paraffine est injectée solide, à l'aide d'une seringue à piston métallique. Si les précautions antiseptiques ordinaires sont observées et si l'injection n'est pas poussée au-delà des limites voulues, les résultats sont excellents, permanents, et la réaction n'offre aucun caractère sérieux, même elle fait à peu près défaut lorsque la masse injectée n'est pas considérable. Le Dr. Foucher rapporte l'observation de deux cas traités récemment par lui, se rapportant tous deux à une difformité nasale. Des photographies prises avant et après le traitement et agrandies à la lanterne magique ont démontré à l'audi-

toire les détails de la difformité et la correction parfaite obtenue par les injections de paraffine.

Le docteur François de Martigny présente avec l'histoire clinique la pièce anatomique d'un cas de grossesse ovarique. On voit parfaitement sur la pièce l'insertion placentaire qui s'est faite sur le corps de l'ovaire, et l'on voit aussi que la paroi de la poche kystique est en continuité parfaite avec l'albuginé.

C'est le septième cas de grossesse ovarique connu jusqu'à aujourd'hui. Les six autres sont ceux de Patenko, de Mouratoff, de Saenger, de Makeroat, de Larsen et de Chrobak.

L'histoire clinique est la suivante: Femme de 26 ans, ayant eu deux grossesses normales et pas de fausse couche. En octobre dernier, retard de dix jours dans l'apparition des règles, puis expulsion de caillots et d'une grande quantité de sang noirâtre. Après cette menstrue, elle accuse des douleurs dans la fosse iliaque droite, douleurs qui vont en augmentant jusqu'à l'opération qui a eu lieu le 17 novembre dernier.

Le Dr O. F. Mercier clôt la réunion par la lecture de l'observation d'un cas d'empyème ouvert spontanément dans l'estomac et à l'extérieur.

Après avoir ouvert la plèvre et resséqué deux pouces de côté, on fit un drainage au moyen de deux tubes en caoutchouc. Le lendemain on trouve que les aliments passent par l'ouverture du thorax et l'examen chimique révèle le passage du suc gastrique.

La fistule stomacale se referme lentement puisqu'il y a diminution dans le passage des aliments.

Dans la discussion le Dr Lecavalier pense plutôt qu'on a affaire ici à un cas d'infection pneumococcique.

— : o : —

Revue des journaux

MÉDECINE

LA MÉDICATION HYPOTENSIVE.

Par M. le Dr H. Hucard.

(Suite.)

30. Diagnostic de l'hypertension artérielle. — Avant d'entreprendre la médication hypotensive, avant de combattre l'hypertension artérielle, il s'agit d'abord de savoir à l'aide de quels signes prin-

cipaux on peut reconnaître celle-ci. J'ai hâte de dire qu'il ne s'agit pas ici de la symptomatologie très riche de cette surtension, symptomatologie que j'ai longuement exposée ailleurs, mais seulement de son diagnostic que l'on obtient par trois moyens :

a) La sphygmomanométrie à l'aide d'appareils spéciaux (de Basch, Potain, Verdin, Bloch, Hurthle, Rivarocci, Gartner, Bouloumié, etc.)—presque tous défectueux, il faut bien le dire—donne lieu souvent à des résultats incertains entre les mains de divers observateurs. En tout cas, il est toujours utile de contrôler les résultats sphygmomanométriques par les deux autres signes suivants, le premier faisant constater seulement l'hypertension, et le second permettant de la mesurer.

b) Le retentissement diastolique de l'aorte en coup de marteau à la base du cœur et à droite du sternum est l'un de ces signes. Quand ce retentissement est "clangoreux," comme disait N. Gueneau de Mussy, c'est-à-dire quand il est sonore, comme métallique et sous forme d'un écho lointain, il veut dire quelque chose de plus: aortite chronique et dilatation de l'aorte. Quand il existe au niveau de l'artère pulmonaire, à gauche du sternum, il signifie: hypertension dans la petite circulation.

c) Je passe sur les caractères du pouls et du tracé sphygmographique, sur les symptômes vasculaires ou vaso-moteurs dont la valeur est secondaire, et j'arrive à un autre signe dont j'ai établi l'importance et vérifié maintes fois l'exactitude: la stabilité du pouls et son type inverse. Voici en quoi il consiste :

A l'état normal, le chiffre des pulsations diminue de 6 à 8 lorsqu'on passe de la station verticale à la situation horizontale. Graves, qui autrefois avait fait cette remarque, n'en avait déduit aucune conséquence pratique. Or, des observations nombreuses m'ont appris que chez tous les hypertendus, cet écart de pulsations dans les deux positions tend à disparaître et même à être renversé. Si cet écart augmente, c'est signe d'hypotension artérielle. Exemple: Vous avez 88 pulsations dans la situation verticale comme dans le décubitus horizontal, à plus forte raison 88 dans la première attitude et 96 ou 100 dans la seconde (type inverse), et vous êtes en état d'hypertension artérielle. Vous avez 88 étant couché et 100 ou 110 étant debout: c'est de l'hypotension. Donc, l'instabilité du pouls est signe d'hypertension, et celle-ci est non seulement constatée, mais encore mesurée par le chiffre inverse des pulsations dans les deux stations verticale et horizontale.

III.—Traitement de l'hypertension artérielle.

La médication hypotensive est réalisée par des agents hygiéniques ou physiques, et des agents médicamenteux. Dans les premiers se placent le régime alimentaire, le massage et les exercices musculaires, la balnéation; dans les seconds, l'organothérapie et toute la série des remèdes appartenant à la classe des nitrites: nitrite d'amyle, nitro-glycérine ou trinitrine, tétranitrate d'érythrol ou tétranitrol, nitrite de soude, et même le nitrate de potasse.

I.—Agents hygiéniques ou physiques.—I. Tout d'abord, le régime alimentaire a une importance considérable. Depuis plus de quinze ans, des observations nombreuses et concluantes qui ont presque la valeur d'expériences faites sur l'homme m'ont appris que le régime carné intensif dont on abuse de nos jours, est une cause puissante d'hypertension artérielle en jetant dans la circulation des toxines dont l'action vaso-constrictive est pleinement démontrée; et c'est ainsi que les gros mangeurs, plus que les grands buveurs et les alcooliques, contrairement à l'opinion généralement admise, sont des hypertendus, donc des préscéreux, pour devenir tôt ou tard des artério-scléreux confirmés.

Nous avons vu la physiologie démontrer que l'hypertension dépend beaucoup moins du myocarde ou de la masse sanguine que de l'état vasculaire; donc, c'est surtout aux vaisseaux qu'il faut s'adresser pour abaisser la tension artérielle.

Dès que l'hypertension artérielle permanente a été constatée par les moyens cliniques dont j'ai donné la description, il faut donc instituer le régime lacto-végétarien, parfois même le régime lacté, sorte de diète des toxines alimentaires. Il faut éviter: les excès de table, l'abus de la viande et surtout de la viande peu cuite et faisandée, du gibier, des poissons et surtout des poissons de mer, des fromages faits, des salaisons, de la charcuterie, des conserves alimentaires et surtout des conserves de poissons riches en toxines, des bouillons et des potages gras que Sénac, dès 1749, assimilait déjà de véritables poisons. "Les bouillons trop forts ou les consommés sont des poisons, disait-il, ils surchargent les vaisseaux d'une matière dont la densité donne au cœur plus d'action. (Le tabac doit être absolument défendu aux préscéreux, en vertu de son action vaso-constrictive démontrée par les expériences de Cl. Bernard.)

Cependant, il faut s'entendre: ce sont des poisons parce qu'ils sont mal ou incomplètement éliminés par les reins devenus de bonne heure insuffisants, à la faveur de la vaso-constriction généralisée qui atteint aussi les vaisseaux émulgents, de sorte que l'on peut admettre comme règle générale, que tout hypertendu par vaso-constriction, même en l'absence de lésion appréciable, est un insuffisant rénal. La conclusion s'impose: la médication diurétique, par l'élimination des toxines vaso-constrictives, devient ainsi indirectement hypotensive, et voilà pourquoi nous avons tant insisté sur le traitement rénal de la préscérose et des cardiopathies artérielles. Donc, par l'alimentation et l'action diurétique, deux indications sont déjà remplies: la réduction et l'élimination des toxines vaso-constrictives.

2. La circulation périphérique est favorisée surtout par le massage et les mouvements musculaires provoqués. Pour comprendre l'importance de ce moyen thérapeutique, on n'a qu'à se rappeler l'action physiologique des contractions musculaires sur cette circulation. Elles font passer dans le muscle en travail une quantité de sang beaucoup plus considérable, cinq fois plus qu'à l'état de repos, et même neuf fois d'après divers expérimentateurs. En

favorisant la circulation sanguine vers la périphérie, elles dilatent les vaisseaux et diminuent la tension artérielle, comme Chauveau l'a démontrée dès 1857; elles soulagent ainsi le cœur central en facilitant son travail sans l'augmenter et produisent les effets d'une saignée déplétive sans en avoir les inconvénients, comme s'il s'agissait d'une saignée interne. Les vaisseaux sont les auxiliaires du cœur, et les muscles par leurs contractions sont les auxiliaires des vaisseaux.

D'autre part, le massage musculaire est antitoxique, puisqu'il favorise la disparition des nombreux déchets organiques qui intoxiquent le muscle, comme le démontre le fait suivant : Chez l'homme, un repos de quinze minutes après un travail fatigant réussit à peine à restaurer la force musculaire, tandis que le massage, pratiqué à temps égal, double la quantité de travail que peut fournir ce muscle. Il y a une part de vérité dans cette idée exprimée par le vulgaire au sujet de l'affaiblissement causé par un repos prolongé au lit. Les malades s'affaiblissent réellement, parce que leurs muscles ne se débarrassent pas suffisamment de leurs déchets de désassimilation, et le meilleur moyen de leur faire récupérer quelques forces, c'est de désintoxiquer leur système musculaire par des pratiques de massage. Donc, pour la médication hypotensive, la massothérapie remplit deux indications : vaso-dilatatrice et antitoxique.

Quant à la méthode d'Oertel par la cure de terrains ou marche ascensionnelle, elle a bien perdu de sa valeur ; promettant une hypertrophie ventriculaire thérapeutique, elle aboutit souvent à la dilatation du cœur, à l'hypertension pulmonaire; elle peut accroître l'hypertension artérielle, loin de la modérer : elle n'est indiquée que dans les affections purement fonctionnelles du cœur. Cette méthode exclusive est jugée, on n'en parle presque plus.

3. La balnéothérapie a donné lieu à des controverses nombreuses dans ces derniers temps, parce qu'un enthousiasme irréfléchi et parfois intéressé a enlevé à cette question la valeur d'une interprétation vraiment scientifique.

On a fait et on fait encore grand bruit des bains carbo-gazeux de Nauheim en Allemagne, comme si l'on en trouvait pas, et même de meilleurs en France, à Chatel-Guyon, Châteauneuf, Royat, Saint-Alban, Saint-Nectaire, Salins-de-Moutiers, et comme si l'on ne pouvait pas en créer d'artificiels. A la suite des bains gazeux de Royat dont la température est de 35 degrés, Laussedat a constaté en 1893 ses effets, consistant dans une égalité plus parfaite de la systole, dans le renforcement des contractions ventriculaires, dans le ralentissement du pouls "par suite de la dérivation du sang dans tout le système capillaire de la périphérie," ce que démontre avec une netteté suffisante de la rubéfaction de la surface cutanée. La dilatation des vaisseaux périphériques devrait donner une accélération du pouls, et convaincus d'un paradoxe physiologique, nos confrères étrangers ont imaginé, sans preuves du reste, une excitation de la périphérie nerveuse qui se transmet très intelligemment et très inopportunistement aux nerfs

vagues. Cette explication n'a d'autre valeur que celle d'une hypothèse.

(B. de l'Ac. de Méd.)

(A Suivre.)

—:o:—

LA TUBERCULOSE HUMAINE ET CELLE DES ANIMAUX SONT-ELLES DUES A LA MEME ESPECE MICROBIENNE: LE BACILLE DE KOCH.

(Suite et fin.)

M. Arloing examine chacun de ces points, s'appliquant à montrer qu'une discipline rigoureuse, puisée dans les considérations précédentes, peut seule amener la solution cherchée et mettre un terme aux négociations.

Chemin faisant, il indique les circonstances dans lesquelles les dualistes se sont écartés de cette discipline; il défend la valeur de l'inoculation intra-veineuse qui n'avait pas été comprise de certaines personnes; ainsi que celle des inoculations, suivies des lésions ganglionnaires, qu'il regarde comme positive; fait voir en collaboration avec Pajiot, que, dans les cas douteux, le succès d'une inoculation doit être cherché à l'aide de l'examen histologique des principaux viscères parenchymateux et des ganglions lymphatiques, et que la séparation des tuberculoses humaine et animale, quelle que soit l'espèce considérée, n'est pas légitimée par l'histologie.

M. Arloing insiste particulièrement sur la variabilité dont il a cité maintes fois toute l'importance. Faute de s'en faire une idée exacte ou suffisante, MM. Koch et Schütz se sont exposés à séparer des bacilles qui sont pourtant issus d'une souche commune. Il cite ces observations anciennes sur la tuberculose ganglionnaire et la tuberculose viscérale de l'homme, étendues aux tuberculoses osseuses et articulaires, au lupus et à des cas divers de tuberculose pulmonaire, démontrant l'existence d'un virus d'une inégale activité dans ces diverses formes de la maladie; puis ses études plus récentes sur les variations morphologiques et culturelles du bacille de l'homme et aussi du bacille du bœuf; variations considérables au point qu'elles ont pu un instant faire naître des doutes dans l'esprit de quelques bactériologistes. Il rappelle ces cultures en bouillon, d'aspect homogène, des deux bacilles, dont il est l'auteur, dans lesquelles ces agents retirés pourtant de cultures classiques sur milieu solide, ont acquis une modalité virulente particulière.

Entre deux bacilles de provenance humaine ou d'origine bovine, il peut exister autant de différence qu'entre tel bacille humain et tel bacille bovin pris comme types. Cependant, il ne saurait entrer dans l'esprit de personnes d'admettre plusieurs espèces de bacilles humains et de bacilles bovins.

L'étude impartiale des faits, à la lumière des principes de la méthode expérimentale, à la faveur de certaines notions de pathogénie générale, nous amène fatalement à conclure que la tuberculose humaine et celle des animaux relèvent d'une espèce microbienne: le bacille de Koch.

Pour terminer, M. Arloing fait remarquer qu'en raison de leur critérium expérimental, MM. Koch et Schütz reconnaissent que la tuberculose de l'homme produit parfois une infection généralisée sur le veau, et que, dans ce cas, elle est d'origine bovine.

La tuberculose de veau, inoculée au veau, s'arrêtant quelquefois au ganglion le plus proche, doit, d'après le même critérium, dériver de l'homme. Donc, ils sont forcés d'envisager la possibilité d'une infection rétrograde. Mais ils nous engagent à négliger ces cas, à raison de leur rareté. La déduction manque peut-être d'humanité. Elle a encore d'autres conséquences.

M. Arloing fait observer, comme Von Behring, que les cas de contamination par les produits alimentaires sont probablement plus fréquents chez les enfants. En outre, on peut craindre que les individus contaminés, quoique peu nombreux, finissent par créer des foyers autour d'eux.

Il conclut donc en disant qu'aucune raison scientifique ne peut empêcher de prendre des mesures contre le danger dérivant de la tuberculose animale; que le rôle de celle-ci est assurément moins grand que celui de la tuberculose humaine dans la propagation du mal sur notre espèce, mais qu'il serait illogique et souverainement imprudent de le méconnaître. Il faut s'en préoccuper en s'efforçant de faire une œuvre de préservation rationnelle et de concilier celle-ci avec tous les intérêts dans les limites tracées par la science.

DISCUSSION.

M. Kossel (Berlin) est d'avis que l'étude de cette question doit être continuée et qu'il faut donc attendre encore avant de prendre des conclusions définitives. Il se base sur les expériences qui sont faites au laboratoire de l'Office sanitaire, mais qui ne sont pas encore complètement terminées. Il est acquis que ceux qui croient que les aliments provenant d'animaux atteints de tuberculose sont dangereux n'ont pas été à même de citer d'autres exemples de tuberculose dans les organes digestifs, provenant de l'ingestion de pareils aliments, que ceux qui ont été combattus par M. Koch à la Conférence de la tuberculose, à Berlin, en 1902.

M. Bujwid (Cracovie) expose des expériences qu'il a faites sur des génisses; il montre à ses auditeurs des tubercules du mésentère. La tuberculose humaine, d'après cet expérimentateur, peut se propager par la voie intestinale, mais non par le mode des injections sous-cutanées.

M. Bordet (Bruxelles) pense que les microbes de la tuberculose humaine et aviaire appartiennent à la même espèce au point de vue de l'histoire naturelle; il s'appuie pour s'avancer sur les expériences qu'il a entreprises en collaboration avec M. Gengou.

M. Lignières (Buenos-Ayres) croit que le point capital de la question réside dans le fait que les caractères différentiels sont constants. Il faut examiner les microbes tels que nous les trouvons dans la nature et non après les avoir mutilés. On constate alors que les microbes tuberculeux de l'homme et des oiseaux présentent des caractères différentiels constants.

L'orateur distingue non seulement un degré, mais aussi une qualité dans la virulence. Il croit qu'il existe un type humain et un type bovin: l'inoculation le prouve; car, lorsqu'on inocule au bœuf de petites doses de microbes bovins, on obtient toujours des résultats positifs par la réaction à la tuberculine.

Si on fait la même expérience avec des bacilles humains, on obtient généralement des lésions locales; la réaction à la tuberculine est obtenue pendant des semaines, même des mois, mais elle n'est pas permanente.

Tous les microbes ont des caractères spécifiques bien fixes, et ils ont aussi des caractères variables.

Exceptionnellement, on trouve chez l'homme les microbes du type bovin, et peut-être trouvera-t-on un jour chez le bœuf des microbes du type humain.

Les bacilles de l'homme, du bœuf, des oiseaux sont des types dérivant certainement du même ancêtre; ce sont des types de la même espèce, mais qui ont des caractères différentiels constants.

Dans un cas, l'orateur a retiré, chez un jeune enfant, des ganglions intestinaux, un bacille qui s'est comporté comme le bacille de la tuberculose bovine.

Néanmoins, M. Lignières est d'avis qu'on doit conserver les mesures prophylactiques, parce que c'est un service qui existe; d'un autre côté, il rappelle la contagiosité de la tuberculose bovine pour les bovidés.

M. Perroncito (Turin) admet l'existence de types de tuberculose distincts, mais se prononce cependant pour les mesures prises contre la contagion possible par la bête bovine.

M. Preis (Buda-Pesth) estime que le bacille bovin est parfois dangereux pour l'homme; cependant les bacilles bovin et humain ne sont pas absolument identiques, le bacille humain étant peu dangereux pour le bœuf et certains caractères de culture sur pomme de terre (couleur, viscosité et pullulation) étant très différents.

M. Loeffler (Greifswald) revient sur la fréquence très grande du bacille bovin dans les aliments, tel que le beurre, sans qu'il y ait une fréquence correspondante de contamination par ce bacille. La contamination humaine est infiniment plus fréquente que celle d'origine bovine et c'est contre la première surtout qu'il faut lutter.

M. Perroncito pense qu'il y a dans l'espèce bovine une tuberculose identique de l'homme.

M. Montserrat (Lille) insiste sur la fréquence de la mammité tuberculeuse et sur les dangers pour l'espèce humaine.

M. V. Delporte demande si l'on admet la transmissibilité de la tuberculose par le vaccin?

M. Chauveau (France) répond négativement.

M. Kirchner fait remarquer que la transmission par les aliments a moins d'importance que la contagion d'homme à homme; c'est contre cette dernière qu'il convient particulièrement d'agir.

M. Czaplewski (Pologne) admet des races différentes de tuberculose et conclut à la dualité.

M. Pfeiffer (Koenigsberg) estime que le danger de contamination de l'homme par le bacille bovin est minime.

M. Chauveau rappelle ses expériences anciennes prouvant que le bœuf peut être infecté par le bacille humain.

M. Lœffler revient sur ses observations antérieures.

M. Fibiger insiste sur la fréquence de la tuberculose intestinale primaire et demande à M. Lœffler s'il considère l'infection par le lait comme peu importante.

M. Lœffler répond: Les cas d'infection par le lait sont extrêmement rares.

...M. de Jong constate que la thèse de M. Koch d'après laquelle la tuberculose humaine est toujours inoffensive pour le bœuf et réciproquement, ne pourrait plus être soutenue par personne aujourd'hui.

M. Arloing considère comme acquis le point que la tuberculose bovine peut parfois se transmettre à l'homme: cela suffit pour justifier toutes les mesures prophylactiques.

M. Woodhead constate les progrès réalisés par la question; les divergences tendent à s'effacer; l'accord n'est pas réalisé sur les détails, mais on peut dès à présent, voter certaines résolutions.

Diverses propositions sont présentées. M. Gratia demande que l'on vote d'abord sur le point de savoir si l'on retranchera des problèmes scientifiques ou simplement des questions d'application pratique.

Pour lui, il faut s'en tenir uniquement à ces dernières, des questions purement scientifiques ne pouvant être résolues par un vote.

Le président soumet à l'assemblée un vœu appuyé notamment par trois des rapporteurs: MM. Arloing, Gratia et De Jong, et tendant à maintenir les mesures de prophylaxie contre le bacille bovin. Après quelques remaniements suggérés notamment par M. Kirchner (lequel demande qu'on fasse mention de ce fait que la tuberculose humaine se transmet d'homme à homme), par MM. Montserrat et Constant (qui demandent que le vœu soit très explicite sur le caractère obligatoire des mesures prophylactiques contre le bacille bovin,) par MM. Wassermann et Lœffler (d'après lesquels la tuberculose humaine d'origine bovine est possible sans être fréquente), la proposition des rapporteurs Arloing, Gratia et De Jong revêt définitivement la forme suivante:

"La tuberculose humaine est particulièrement transmise d'homme à homme; néanmoins, dans l'état actuel de nos connaissances, le Congrès estime qu'il y a lieu de prescrire des mesures contre la possibilité de l'infection de l'homme par les animaux."

Ce vœu est voté par 25 voix contre 5.

(La Tribune Médicale.)

CHIRURGIE

LES FRACTURES DE LA CUISSE ET LEUR TRAITEMENT.

Par M. le Prof. Tillaux.

(Suite.)

La pseudarthrose est relativement fréquente au fémur, ainsi qu'à l'humérus. Elle est due à des causes générales ou à des causes locales dont la principale est bien, effectivement, le passage d'une portion de muscle entre les deux fragments, les contractions incessantes de ce muscle mobilisant à chaque instant les extrémités osseuses. Malheureusement, nous n'avons aucun moyen d'empêcher cet accident et, en tous cas, la constatation ou la non-constatation de la crépitation n'a rien à voir à l'affaire.

Joignez à ces signes la déformation et le raccourcissement du membre, son impotence fonctionnelle, la douleur locale, et vous aurez l'ensemble des symptômes de la fracture de la cuisse.

J'arrive maintenant à l'objet principal de ma leçon d'aujourd'hui, c'est-à-dire au traitement.

Est-il facile de réduire une fracture du fémur? En général, oui. Pratiquez une extension assez forte et une contre-extension appropriée, vous ramèneriez aisément les surfaces de fracture bout à bout et restitueriez au membre sa longueur normale.

La réduction une fois obtenue est-elle facile à maintenir? Là, c'est autre chose: vous n'y arriveriez jamais à moins d'employer des moyens particuliers. En pareille circonstance, le déplacement se reproduit immédiatement et vous pouvez en juger par les pièces anatomo-pathologiques qui sont ici sous nos yeux. Regardez-les, ce sont des fractures consolidées, mais toutes avec un chevauchement de plusieurs centimètres. Je suis convaincu, d'ailleurs, que si vous cherchiez les pièces analogues dans tous les musées du monde, vous rencontreriez le même genre de consolidation, avec des déplacements aussi considérables des fragments, suivant la longueur et suivant la direction. Cette difficulté à maintenir la réduction s'explique si l'on songe à la puissance des groupes musculaires de la région. Les adducteurs, par exemple, insérés sur le bassin et sur l'extrémité inférieure du fémur, agissent constamment par leur tonicité de façon à rapprocher les deux fragments et à aggraver le déplacement. Aussi, avec les appareils de contention ordinaires, le Scultet en particulier, voyez-vous bientôt se montrer un raccourcissement de 3, 4 centimètres qui va en s'accusant durant la période de formation du cal.

Ce point du traitement des fractures de cuisse est tellement important que Gosselin, durant mon internat dans son service, se chargeait toujours lui-même de la réduction et de l'application du Scultet. Pour se mettre dans les meilleures conditions possibles, il endormait le blessé au chloroforme. Eh bien, malgré cela, les résultats étaient peu satisfaisants.

Pendant l'anesthésie, les deux fragments étaient mis soigneusement en contact, les membres ramenés à une longueur rigoureusement égale. Or, quelques jours après, nous regardions l'appareil: il fallait le resserrer; nous prenions le ruban et mesurions le membre atteint: il y avait déjà 2 centimètres de raccourcissement. Quinze jours après c'était 3 centimètres, puis 4, puis plus encore; je vous ai dit qu'une fois j'avais noté 14 centimètres. Chez ce malade la consolidation avait été longue à se produire et le raccourcissement avait eu le temps de s'aggraver. A cette époque il semblait qu'on ne pouvait pas faire mieux et chacun avait fini par en prendre son parti.

Si ce sont les muscles qui causent le déplacement — et il n'en saurait être autrement car on n'observe pas cette difficulté ailleurs — comment peut-on faire disparaître ou atténuer cette circonstance défavorable. C'est, il va sans dire, en combattant la contraction musculaire, en la neutralisant constamment au cours du traitement: l'extension continue réalise bien ce desideratum.

L'idée d'employer l'extension continue dans la thérapeutique des fractures de cuisse n'est pas nouvelle. Tous les chirurgiens qui, autrefois, ont étudié la question ont attribué les désastres du traitement à l'action musculaire et ils ont pensé à l'annihiler par l'extension. Le principe de celle-ci est simple, mais sa mise en œuvre extrêmement difficile. Au début de mes études médicales, nous employions, à l'hôpital de Caen, l'appareil de Desault et celui de Boyer, à extension continue. Ils étaient l'un et l'autre insupportables pour le patient et on fut obligé d'y renoncer. Le point de départ était bon, le but vrai, mais le résultat absolument médiocre: on manquait de surface d'appui suffisante.

C'est alors que M. Hennequin préconisa sa méthode d'extension continue, basée sur la flexion de la jambe sur la cuisse. Malheureusement son appareil est d'une application particulièrement délicate. Dans les services hospitaliers où on l'emploie, M. Hennequin vient lui-même le poser et c'est là, on le conçoit, un inconvénient sérieux qui empêche tout à fait la généralisation de ce procédé: si son usage est ainsi restreint à Paris, que sera-ce à la campagne! De sorte que, malgré ce perfectionnement, devant les difficultés d'application de l'appareil d'Hennequin, la plupart des chirurgiens étaient restés au Scultet jusqu'au jour où j'ai signalé et décrit mon appareil à extension continue, lequel me donne toujours entière satisfaction. Cet appareil doit, me semble-t-il assez justement, porter mon nom: certes je n'ai pas inventé l'extension, pas plus que la contre-extension, elles étaient connues depuis longtemps, Desault, Boyer et d'autres praticiens l'ont utilisée jadis, mais je crois avoir combiné ces deux procédés et leur avoir donné une forme pratique, ce qui jusque-là n'avait pas été fait. Vous verrez, chez notre blessé de la Bourse, le résultat de ce traitement et cependant il ne s'agit pas, il s'en faut, d'un cas favorable, cet homme étant âgé (64 ans) gros, gras, avec un épanchement énorme dans les tissus.

L'extension est toujours facile à obtenir. J'emploie, personnellement, des bandelettes longitudinales de diachylon, placées sur les parties latérales du

membre inférieur, que je maintiens par d'autres bandelettes circulaires. Les bandelettes longitudinales se réunissent au-dessous du pied pour former une anse, à laquelle je fixe une corde et des poids de 1, 3, 4, 5 kilogr. Chez les jeunes sujets, 1 kilogr. est suffisant, chez l'adulte, on peut se contenter de 4 à 5 kilogr.

Reste la contre-extension, pierre d'achoppement de tous ces appareils. C'est elle qui est défectueuse dans les méthodes de Desault et Boyer. C'est elle qui rend si difficile la pose du Hennequin.

L'extension n'est utile que si vous produisez une contre-extension équivalente, sinon le corps entier glisse et vous n'obtenez rien. Les anciens chirurgiens avaient tenté de passer des lacs dans le pli de l'aîne, les fixant ensuite au lit. Cela causait de vives douleurs au malade, sans empêcher le déplacement des fragments.

Je revendique mon procédé de contre-extension: je fais celle-ci au moyen du poids du corps en couchant le patient de telle manière que la moitié supérieure du corps se trouve plus basse que la moitié inférieure, le tronc et la tête demeurant sur un plan légèrement déclive. Il suffit pour cela de relever le pied du lit, par un moyen quelconque, avec des briques si vous voulez, comme nous le faisons dans le service.

Cette attitude n'est pas pénible. Peut-être entraîne-t-elle, pendant 24 heures, un peu de gêne pour l'alimentation. On y parera en soulevant la tête, au moment des repas. Le poids du corps fait ainsi, simplement, sans douleur, la contre-extension.

Reste la contention des fragments. Je vois bien, direz-vous, le mécanisme de cette méthode: vous tirez sur le pied, vous mettez la tête en bas, les fragments vont venir bout à bout... et ensuite? Eh bien! c'est assez. De contention, je n'en fais pas, ni appareil, ni bande, ni même une compresse, rien, le membre reste à l'air, tel que. Certains de mes collègues n'osent pas encore en arriver là, ils appliquent, avec mon procédé, un Scultet. C'est absolument inutile.

A-t-on espérance, avec ce traitement, d'arriver à maintenir au membre sa longueur primitive? Il n'y a pas de raison qui s'y oppose si l'extension est suffisante, et vous pouvez graduer celle-ci d'après la puissance musculaire du sujet. Théoriquement, on peut avoir un membre d'une longueur rigoureusement égale à celle de l'autre. Pratiquement, j'ai trouvé des raccourcissements insignifiants, 1, 2 centimètres, ce qui gêne nullement la marche. Souvent, les deux membres étaient d'apparence si semblables que j'ai jugé inutile de les mesurer.

Ma méthode de traitement des fractures de cuisse se résume donc ainsi: application d'une facilité extrême, d'une simplicité extrême, pouvant être faite immédiatement par tout praticien seul, isolé, en pleine campagne. Ce traitement ne manque jamais son but. Vous êtes certain, avec lui, d'obtenir une consolidation complète, un usage intégral du membre; avec de l'attention, vous restituerez à celui-ci sa longueur normale, surtout si le sujet est jeune encore.

A partir du moment où votre appareil est posé, le blessé ne souffre plus, la douleur disparaît instan-

tanément et vous pouvez partir tranquille.

Autre résultat auquel je ne voulais pas croire au début: avec cette manière de faire, sans contention, le membre en plein air, en pleine oxygène, la réparation se fait près d'un tiers plus vite. J'ai fait marcher un garçon de 18 ans, le 25e jour, et mon dernier malade, un vieux cocher, au 40e jour. J'estime même qu'il serait peut-être possible d'éviter ainsi dans une certaine mesure les pseudarthroses, la contre-extension dégagant les faisceaux musculaires logés entre les deux fragments. Pour ma part, depuis que j'utilise cette méthode, je n'ai jamais observé de pseudarthrose.

(Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.)

— : o o —

Therapeutique et Mat. Medicale

TRAITEMENT DU CANCER INOPERABLE

Par Alfred Cooper,

Président du West London Medico-Chirurgical Society.

(Suite et fin.)

Injections de différentes substances irritantes.

Sous ce titre sont comprises un certain nombre de méthodes plutôt différentes, dont l'action, pour la plupart, est de déterminer une inflammation dans la tumeur. Parmi celles-ci, citons: 1. L'injection parenchymateuse d'acide acétique; 2. L'injection parenchymateuse d'alcool; 3. L'injection parenchymateuse de violet de méthyle; 4. L'injection parenchymateuse de venin de cobra di Capello; 5. La suppuration produite artificiellement soit a) par l'essence de thérébentine; b) par l'acide arsénieux; c) par le carbure de calcium.

Injection parenchymateuse d'acide acétique.—Il y a plus de trente ans, en 1866, mon attention fut attirée par M. William Broadbent sur la manière de traiter le cancer inopérable par l'injection parenchymateuse d'acide acétique. L'injection doit être faite lentement, et M. Broadbent attache de l'importance à une grande quantité d'une faible solution, la valeur de 80 minims, c'est préférable à une petite quantité d'une forte solution. Il employa l'acide acétique fort de la Pharmacopée Britannique, dilué dans trois ou quatre parties d'eau. Un grand nombre d'injections doivent être faites et, dans certains cas, elles sont répétées journellement. On ne prétendait pas que cette méthode fût curative, mais elle prolongeait la vie et rendait la souffrance moins forte. M. William Broadbent traita quelques cas de cancer récidivé du sein avec des résultats très satisfaisants, la tumeur étant enlevée par grands fragments et les glandes axillaires diminuaient. — Il traita aussi un cancer du rectum provoquant de l'obstruction intestinale; la tumeur fut considérablement réduite et l'obstruction diminuée. Vers la

même époque, sous son inspiration, je traitai un cancer du rectum. Le malade mourut d'épuisement quelque temps après et à l'autopsie il fut constaté que la tumeur du rectum avait entièrement disparu, mais que le foie et d'autres organes abdominaux étaient envahis par le cancer. J'employai aussi cette méthode dans le cas d'un laboureur qui me fut envoyé de la campagne, souffrant d'un vaste épithélioma sur le dos d'une des mains. J'injectai de l'acide acétique (1 pour 7) dans la tumeur et répétais les injections une fois par semaine durant six mois. La tumeur disparut complètement durant le traitement, et le patient en fut si ravi qu'il se livra à plusieurs parties bacchiques; malheureusement, l'une de celles-ci eut lieu le jour où je voulais le présenter à la Société médicale de Londres, et durant son trajet vers la gare il tomba dans un étang et se noya. Ses amis refusèrent de me laisser prendre sa main.

Injection parenchymateuse d'alcool. — Ce traitement fut appliqué d'abord par Schwalbe et Hasse en 1872. Ce dernier chirurgien a traité 20 cas de cancer par cette méthode, mais n'a obtenu qu'un seul succès, dans un cancer naso-pharyngé, et même dans ce cas, il restait encore une glande volumineuse.

D'après un autre observateur, 15 cas de cancer du sein sur 18 furent guéris. On emploie pour commencer une solution d'alcool à 30 pour cent; la concentration est graduellement augmentée jusqu'à 40 ou 50 pour cent. La dose varie de 2 à 10 centimètres cubes, et l'injection se répète tous les 3 ou 4 jours.

(A Suivre.)

— o o —

OBSTETRIQUE

DIAGNOSTIC PRECOCE DE LA GROSSESSE ECTOPIQUE.

Par M. le Dr Eustache

L'auteur déduit de son travail les conclusions suivantes: La grossesse ectopique est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit aujourd'hui.

Quand elle existe, une intervention chirurgicale s'impose, qui sera d'autant plus avantageuse qu'elle aura été plus précoce.

Le diagnostic précoce de la grossesse ectopique est donc du plus grand intérêt.

Ce diagnostic est basé:

1. Sur les anamnétiques (suppression ou retard d'une ou deux périodes menstruelles, troubles sympathiques de la grossesse au début, maladies métriques ou paramétriques antérieures).
2. Sur la survenance de douleurs pelviennes le plus souvent aiguës paroxystiques, apparaissant dès la seconde semaine et se continuant jusqu'à la fin.
3. Sur l'apparition d'écoulements sanguins à marche essentiellement atypique, ne rappelant que peu ou point l'hémorrhagie cataméniale et n'ame-

nant à leur suite aucun amendement aux autres symptômes.

4. Enfin, sur les données de l'examen interne (toucher et palpation) qui fait constater l'existence d'une tuméfaction sur l'un des côtés de la matrice, d'abord distincte, plus tard confondue avec les autres organes pelviens.

La survenance brusque des signes d'une inondation péritonéale sera rapportée à l'existence d'une grossesse extopique.

La plupart des cas dits d'hématocèles, sinon tous, seront également supposés de même origine, et traités en conséquence.

— (Journal des Sc. méd. de Lille) —

— : o : —

SYPHILIGRAPHIE

TRAITEMENT DE LA SYPHILIDE PIGMENTAIRE

La syphilide pigmentaire est localisée surtout au pourtour du cou; il existe à ce niveau une pigmentation anormale de la peau, tachetée d'aréoles blanchâtres. Elle peut se présenter sous deux formes, suivant que les taches plus claires qui marquent les plaques de pigmentation, s'accompagnent d'atrophie de la peau et des papilles, ou bien recouvre un derme sain. Les Allemands insistent beaucoup sur la valeur de ces taches plus claires, qui ne sont jamais tout à fait blanches, comme l'a démontré M. le prof. Fournier, et recouvrent souvent un derme atrophie.

Elle apparaît dans la période secondaire et résiste au traitement antisiphilitique. C'est une affection très rebelle.

La thérapeutique doit être purement locale. D'après M. Darier, il faut s'abstenir de lotions de sublimé ou résorcinées. L'exfoliation produite ne serait suivie d'aucun résultat. Voici une formule de pommade qui pourra réussir en application tous les soirs :

Crème de vaseline	10 gr.
Lanoline	5 —
Eau oxygénée	20 —
Sublimé	0 gr. 20
Acide acétique	1 gr.
Kaolin (pour épaissir)	4 —

FORMULAIRE

ADMINISTRATION DE L'IODURE DE POTASSIUM.

Iodure de potassium	2 gr. 50
Eau distillée	30 gr. "
Sirop de sucre	40 gr. "
Curaçao blanc	80 gr. "

Une cuillerée à bouche — 0 gr. 25 d'iodure. Dose 1 à 4 cuillerées à bouche par jour.

— : o : —

TRAITEMENT DES GERÇURES DES MAINS.

Voici comment M. Brocq formule ce traitement:

1. Deux fois par jour, faire des lotions avec le mélange suivant :

Eau de laitue	200 gr.
Glycérine pure	50 —
Teinture de Pérou	15 —
Salicylate de soude	4 —

ou bien se frotter les mains, matin et soir, avec quelques gouttes de :

Eau de rose	100 gr.
Glycérine neutre à 30 degrés	50 —
Tannin	0 — 50

M. S. A.

2. Mettre, le soir en se couchant, sur les parties malades, soit de la lanoline pure, soit une des préparations suivantes:

Lanoline pure	50 gr.
Vanilline	0 gr. 50
Essence de roses	1 goutte.

ou bien:

Menthol	1 gr. 50
Salol	2 gr.
Huile d'olive	10 —
Lanoline	50 —

— o o : —

NOUVELLES

Naissances.

—A Franklin Falls, N.-H., le 27 novembre, l'épouse de M. le Dr Damase Caron, un fils.
Mariage.

—A Québec, le 17 de ce mois, l'épouse de M. le Dr. J. DeVarenes, une fille.

—A Sainte-Cécile de Masham, l'épouse de M. le Dr. J. A. Bélanger, une fille.

Mariages:

—A Montréal, le 25 courant, à la chapelle du Sacré-Cœur de Notre-Dame, M. le Dr. Chs. Leduc, de Saint-Henri, conduisait à l'autel madame veuve Alfred Lemay, née A. Dupont.

SUPPLEMENT

ADRENALINE

La maison Parke, Davis & Co., de Détroit, attire l'attention sur un extrait du "Marseille-Médical," sur le résultat obtenu par l'emploi de l'Adrenaline," que nous avons publié dans le numéro du 28 octobre dernier, de La Revue, à la page 248—extrait dans lequel les résultats désastreux de cette drogue sont signalés. La maison Parke, Davis & Co. croit que les échecs et les dangers que cet article signale sont de nature à nuire considérablement à l'emploi de l'adrénaline originale de Takamine, le chimiste Japonais qui a isolé ce principe. Parke, Davis & Co. disent: "Plusieurs imitations de l'adrénaline Takamine sont sur le marché européen, et le fait que ces préparations donnent des résultats défavorables n'est nullement surprenant. Les hémorragies secondaires seraient dues à l'emploi d'une solution trop concentrée. Braun, de Leipzig, a préconisé l'association de l'adrénaline et de la cocaïne, mettant en garde contre l'usage des doses trop fortes, (jamais plus de 5 gouttes équivalent à 1/6 mg. d'adrénaline) qui produisent tellement d'ischémie, que la ligature des vaisseaux devient impossible et que les dangers d'hémorragie sont plus à craindre. Gangitaud a employé ce mélange dans plus de 100 opérations et n'a jamais eu d'hémorragie secondaire: ablation de goître, du larynx, résection du maxillaire. Il aurait pratiqué deux Bassini et une hystérectomie chez des cardiaques. Il emploie 9 cc de la solution 0,5 p. 100 de cocaïne et 1 cc. de la solution 1: 1000 de chlorure d'adrénaline."

Il serait malheureux, nous l'avouons bien, que des solutions impures ou mal dosées, seraient cause que du discrédit non-mérité atteindrait un bon et utile produit.

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DU SULFHYDRAL CHEZ CERTAINS INTOXIQUES PAR LES SELS METALLIQUES. (I)

Par M. le Dr Pigeaud.

(Suite.)

A côté des intoxiqués à l'état aigu par les sels métalliques, il y a toute une catégorie d'individus, très nombreux, qui le sont à l'état chronique. Ce sont de ceux-là dont je veux m'occuper aujourd'hui pour constater les bons effets du Sulphydral.

Beaucoup de professions font des saturnins, qui ne présentent pas tous des accidents aigus, grâce à une bonne hygiène et à des soins méticuleux de propreté; mais tous sont dans un état particulier qui se traduit par une anémie plus ou moins profonde. Les peintres, les vitriers, les parfumeurs, certains verriers, les tisseurs de coton auquel on ajoute souvent de la céruse, les broyeurs de couleur, les imprimeurs, je citerai même les lithographes ont souvent

à la longue une teinte jaune, verdâtre de la peau caractéristique ainsi que le liseré gingival. Chez eux les globules rouges du sang sont en diminution.

En 1891, le docteur Peyrou en se servant du procédé indiqué par Gréhaut a mesuré la capacité respiratoire du sang chez des animaux intoxiqués par les sels de plomb et il a constaté que cette diminution était très grande. Tout en leur administrant des sulfureux pour la neutralisation des sels plombiques, il leur a donné du fer et il a vu que la capacité respiratoire du sang qui avant ses expériences était de 10 p. 100 et qui avait baissé sous l'influence de l'intoxication à 14 p. 100 remonter après vingt jours de traitement à 22 p. 100.

J'ai donc pensé à ajouter au Sulphydral qui neutralise d'une façon certaine les sels de plomb, des ferrugineux.

Voici deux observations:

1re observation. — Au mois d'avril dernier, je suis appelé rue Descartes, chez M. C. . . âgé de 45 ans, plombier. Il m'avait fait demander pour des douleurs articulaires du genou et du poignet droit. Je pensai tout d'abord à un rhumatisme polyarticulaire, mais je remarquai ensuite son état anémique, se traduisant par l'état jaune verdâtre de sa peau, au léger tremblement de la main droite et le liseré gingival. Depuis quelque temps, il sentait le soir une difficulté à continuer son travail, sa main droite fatiguait beaucoup, devenait inhabile. J'avais donc affaire à un saturnin chronique. Ayant expérimenté plusieurs fois déjà les bons effets de Sulphydral, je lui ordonnai d'en prendre huit granules par jour pendant quinze jours tous les mois, en lui recommandant de prendre en même temps de l'eau de Bussang et d'Orezza. Depuis cette époque, je l'ai revu plusieurs fois, sa santé ne laisse rien à désirer; son teint est plus clair, ses douleurs ont disparu et il a augmenté de poids.

2e observation. — Un an auparavant j'avais institué le même traitement chez un saturnin, doreur-bijoutier, demeurant rue Ticquetonne. Il était asthmatique et avait des troubles laryngés. Je lui avais prescrit du Sulphydral pour parer à ces divers états et je fus agréablement surpris de voir qu'en même temps que son asthme et ses troubles laryngés avaient diminué, sa fatigue le soir après son travail, son tremblement des mains et surtout ses douleurs articulaires avaient totalement disparu.

Les malades intoxiqués par les sels de mercure sont eux aussi souvent des anémiques. Le mercure absorbé n'est pas toujours en quantité suffisante pour produire l'hydrargyrisme aigu, mais l'est assez parfois pour produire des troubles généraux accentués. Ces malades sont nombreux parmi les ouvriers des mines où l'on extrait les minerais contenant du mercure, il s'en trouve aussi parmi les ztameurs de glace, les fabricants de thermomètres et de baromètres. Pour eux, le Sulphydral est un remède précieux, mais on devra leur donner en même temps des granules ferrugineux.

Voici l'observation d'un malade que j'ai observé depuis bientôt trois ans.

(A Suivre.)

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRIME

(Suite.)

SECONDE PARTIE.

I.

Au commencement du mois de juin de 1902, une voiture s'arrêtait devant une des luxueuses maisons du Warrington Crescent, à Londres. Un homme en sortit et gravit les quelques marches conduisant à la porte de l'habitation. A sa tournure on reconnaissait un militaire, mais il eut été très difficile de dire exactement son âge, vu qu'à des cheveux gris il joignait une figure jeune encore.

—Pourrais-je parler à Lady Clardy ? demanda-t-il, en donnant sa carte à la bonne qui vint lui ouvrir.

—Je vais m'informer si Milady peut recevoir, répondit la domestique, qui revint quelques instants après, disant au visiteur que Lady Clardy serait à lui à l'instant.

En effet, la bonne venait à peine de disparaître, qu'une dame d'un certain âge entra dans l'appartement dans lequel se trouvait le visiteur.

—Madame, dit-il en la saluant, je suis celui que vous attendez.

—Soyez le bienvenu, Sir Georges, je vous attendais avec impatience et douleur, car vous m'apportez de terribles nouvelles.

—Hélas madame, je suis un messenger de larmes et ma mission est bien douloureuse, je le sais.

—Alors vous étiez là ?

—Oui madame, j'étais là lorsque votre noble fils frappé d'une balle boere est tombé dans mes bras. Nous marchions tous deux à la tête du régiment, nous avançons à travers la campagne, lorsque soudain un commandement ennemi nous fut signalé. J'ordonnais alors à nos braves highlanders de charger et de rempoeter la position à la pointe de la bayonnette. Nous étions six cents, composés d'Ecosse, d'un bataillon d'Irlandais et de deux compagnies de coloniaux. La lutte fut terrible, car ces boers sont de fameux soldats. Nous dûmes lutter pieds à pieds, mais enfin nous tenions la victoire et l'ennemi malgré

sa courageuse résistance dû retirer abandonnant entre nos mains ses chariots et ses munitions. Je levais mon épée en signe de victoire, lorsque Charles, votre fils qui se trouvait à mon côté; chancela. J'eus le temps de le saisir dans mes bras; il poussa un soupir et me dit :

—'Dick..., ma mère..., ma sœur..., je te les confie.'"

—Puis ce fut tout madame, Charles Clardy ferma les yeux et rendit à Dieu son âme de héros.

—C'est horrible, dit la mère en pleurant; pauvre enfant, lui sur qui je reposais toutes mes espérances, nous être ainsi ravi...,...

—J'ai avec moi quelques souvenirs que je vous apporte. J'ai cru, madame, qu'ils vous seraient d'autant plus précieux, que votre fils les portaient sur lui au moment du fatal événement.

Sir Georges tira de sa poche une montre, une croix d'honneur et quelques petits objets. Lady Clardy les prit les uns après les autres et les porta à ses lèvres comme des reliques saintes. Ce qui se passait dans le cœur de cette mère était quelque chose de terrible, de ce fils, tout son orgueil, l'unique rejeton de sa race, le seul soutien de sa vieillesse, il ne lui revenait que quelques objets n'ayant en eux que la valeur du souvenir.

Sir Georges se tenait à l'écart contemplant cette douleur avec émotion.

Enfin Lady Clardy s'avança vers lui et lui tendant la main.

—Merci Sir Georges, mon fils m'avait souvent parlé de vous comme étant un noble et courageux gentilhomme. J'ai hélas, perdu mon enfant, mais dans ma douleur j'ai la suprême consolation de trouver un ami comme vous.

—Charles en mourant me l'a demandé, et vous n'avez qu'un mot à dire Madame et Sir Georges Brown sera toujours là pour obéir aveuglement à vos demandes.

Au moment où le gentilhomme terminait ces paroles une jeune femme entièrement vêtue de noir fit irruption dans le salon.

Mère !

Florence !

Lady Clardy reçut la jeune femme dans ses bras et après l'avoir longuement embrassée elle se tourna vers Sir Georges.

C'est ma fille, dit-elle, mon unique enfant, Lady Florence Dallshire, et se tournant vers sa fille. Florence je te présente le brave compagnon de ton frère : Sir Georges Brown.

Le Colonel Dick, dit Lady Dallshire en tendant la main à l'officier.

Oui Madame, c'est ainsi qu'on me nomme au régiment, et ceci fait que beaucoup ne me connaissent que sous le nom de Dick Brown. Maintenant Mesdames permettez moi de me

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII

MERCREDI, 9 DECEMBRE, 1903.

No. 24

EDITORIAL

LE CONGRES DE MONTREAL DE 1904.

Québec a nommé ses officiers:—1. En Médecine: Prés. hon., Dr Brochu; président, Dr Rousseau; co-secrétaire, Dr Jobin.

En CHIRURGIE: Prés. hon., Dr Ahern; vice-prés., Dr Art. Simard; co-secrétaire, Dr Daigneault.

EN GYNECOLOGIE: Prés. hon., Dr Yrondin; co-secrétaire, Dr Pettigrew.

En OBSTETRIQUE: Prés. hon., Dr Turcotte; président, Dr. Fortier; co-secrétaire, Dr Faucher.

En MEDECINE LEGALE ET MALADIES MENTALES: Prés. hon., Dr Marois; vice-prés., Dr Bélanger; co-secrétaire, Dr Mayrand.

En OPHTALMOLOGIE, etc.: Prés. hon., Dr Simard, sr.; vice-prés., Dr Dussault; co-secrétaire, Dr Fiset.

En HYGIENE ET INTERETS PROFESSIONNELS: Prés. hon., Dr Catellier; co-secrétaire, Dr F. X. Dorion.

Cette semaine tous les comités naissent à une vie active, s'occupant de choisir les grands sujets de discussion et les rapporteurs pour sujets, de solliciter et de grouper leurs travaux scientifiques respectifs. Tout est émulation et entrain, chacun voulant y prodiguer généreusement sa part de travail.

Afin d'obliger tous les congressistes à se mettre à l'œuvre au plus tôt et d'éviter des ennuis vers l'époque du congrès, il est décidé que la date ultime pour la réception du titre, du résumé ou des conclusions des communications sera la première semaine de mai, 1904.

Les rapporteurs devront présenter leurs études avant la dernière semaine d'avril.

Dans quinze jours, le comité général aura une assemblée pour recevoir les rapports des progrès accomplis par les différentes sections.

Les comités de Réception et du Programme ont été formés, afin de s'occuper au plus tôt de cette partie importante de l'organisation générale: les amusements, l'heure et l'ordre des séances, les invitations étrangères, etc.

La souscription sera probablement de \$5, ce qui donnera droit au banquet. Cette somme sera payable au trésorier général.

Les médecins aux États-Unis sont à s'organiser, et sous peu nous pourrions donner les noms des officiers choisis.

Il est urgent que les médecins ayant l'intention de présenter des travaux au Congrès de 1904 ne retardent pas à en faire part au secrétaire ou au président de la section à laquelle ils destinent ces travaux. Qu'ils envoient immédiatement les titres des communications, et plus tard, ils pourront fournir les conclusions ou les résumés. Tout médecin a intérêt à participer activement au Congrès; il ne doit pas attendre une invitation pour préparer son travail, mais bien prendre de suite l'initiative. Depuis au-de, à d'un an chacun a dû songer à ses devoirs envers le Congrès actuel; il a dû ébaucher sa communication. Il lui sera donc facile, sans retard, d'en faire connaître le titre.

Encore une fois, que chacun se réveille et mette la main à la roue. Nous sommes convaincus que les organisateurs recevront avec empressement toute suggestion qui pourrait être utile et contribuer à faciliter la marche, à rehausser la valeur et à assurer le succès du

Congrès. A chacun de faire part de ses idées pour le bien commun et pour le bien national.

Nous apprenons qu'à Québec l'on s'occupe actuellement de l'impression des travaux du premier congrès. Le premier janvier, 1904, sera la dernière époque à laquelle on recevra les communications devant figurer dans le rapport imprimé. Ceux qui ont présenté des travaux devront donc envoyer leurs manuscrits ou imprimés avant cette date si possible.

Coq-a-l'Ane

LE PEROXIDE D'HYDROGENE COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC DE L'ULCERE DE L'ESTOMAC.—Suivant un écrivain russe, on pourrait distinguer l'ulcère de l'estomac du cancer de cet organe par la douleur intense que produit l'ingestion d'une cuillerée à soupe de peroxide d'hydrogène à 3 o/o. Cette sensibilité de la muqueuse gastrique à une solution faible de peroxide semble invariablement exister dans l'ulcère. Cet auteur a remarqué, en sus, que la solution de peroxide avait un effet bienfaisant dans les cas de gastrite, arrêtait les vomissements et désinfectait les voies digestives. Comme traitement de la constipation habituelle atonique, les résultats ont été encourageants. Il le conseille dans la gastro-entérite des enfants.

LE CANCER.—Jaboulay, de Lyon, dans une étude fort intéressante, "Albuminoïdes et hydrocarbonés dans le cancer épithélial", publiée dans le Lyon-Médical, se résume ainsi : "Le cancer est dû à la pénétration dans l'épithélium d'une sorte de plasmodie qui devient sporifère, on dirait celle des myomycètes ; elle vit de sucre et coagule l'albumine. Son développement est indéfini parce que les matériaux de sa nutrition sont incessamment renouvelés par l'organisme qui les reproduit au fur et à mesure de leur destruction. Elle réalise une fermentation dans un milieu solide et vivant, qui refait la culture au fur et à mesure de son épuisement. Ce renouvellement est impossible dans un milieu artificiel, et par là échouent les cultures expérimentales. Le germe ne risque pas de périr d'inanition, il

zpuise l'organisme qui le nourrit; il l'intoxique et le tue par ses déchets."

CAS TERRIBLE. — On dit que Pismal à déjoué six médecins.

—C'est vrai? Ca dû être un terrible cas,

—Oui. Malgré qu'ils l'aient trainé en cour, ils n'ont pu collecter un seul cent!

TRAITEMENT DU CANCER. — Howitz congèle les végétations cancéreuses au moyen d'un jet de chlorure d'éthyle. Il y joint soit le curettage, soit le fer rouge. Lorsqu'il s'agit de cancer vagino-utérin, les points ne blanchissent pas, ou plutôt blanchissent moins rapidement que les parties saines. C'est là un moyen de reconnaître l'étendue du mal, et même un procédé de diagnostic d'avec une affection similaire.

LICENCE POT ... ETIQUÉ! — Un client souffrant d'une indisposition à laquelle les fruits et le melon ne sont pas étrangers, raconte son histoire à son médecin.

—Ce n'est rien, dit l'homme de l'art, vous savez que Boerhaave disait: "le tête et le ventre libres.

Le malade, avec élan:

—"Mais, docteur, ce n'est plus de la liberté, chez moi c'est de la licence! (Lyon Médical.)

NIRE.

RAISON VRAIE. — Je n'ai jamais compris, disait l'autre jour Boireau, comment les oculistes trouvent la possibilité de vivre.

—Eh bien, et les honoraires.?

—Mais ils opèrent toujours "à l'œil" (Marseille-Médical.)

LE SIEGE DES CONVULSIONS EPILEPTIFORMES TONIQUES ET CLONIQUES. — Chez l'homme le tronc ne présente, chez les décapités, aucune trace de convulsions le siège des convulsions toniques est donc exclusivement basilaire; celui des convulsions cloniques, corticale. (Nino Samaja, à l'Académie des Sciences.)

TRAITEMENT DES NEURALGIES PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE SERUM ARTIFICIEL. — Bernard, dans sa thèse de Paris, vante les effets du sérum dans les sciatiques, le lombago, les névralgies scapulaires et faciales. Il recommande chlorure de sodium 5, sulfate de soude 10, eau distillée 1000. Il importe, au moment de s'en servir,

de faire tiédir au bain-marie cette solution. On injecte 5 Cc. au niveau de chaque point douloureux. (Lyon Méd.)

L'ELECTROLYSE LINEAIRE DANS LES RETRECISSEMENTS DE L'URETRE.
Voici les conclusions du docteur Rafin, dans un travail présenté à la Société des Sciences Médicales : 1. L'électrolyse linéaire ne guérit pas radicalement le rétrécissement de l'urètre. 2. L'électrolyse est peut-être moins dangereuse que l'urétrotomie interne. 3. Elle n'est pas toujours possible et, échoue par fois; l'urétrotomie pourra être des plus aisées et donner de bons résultats. 4. Elle n'est pas applicable à tous les rétrécissements, et notamment ceux compliqués de lésions des tissus voisins, qui sont du ressort d'une autre méthode, surtout l'urétrotomie externe avec libération de l'urètre périnéal, s'il y a lieu. 5. Elle ne dispensera généralement pas du cathétérisme pour compléter la dilatation, et surtout pour la maintenir. (Lyon Méd.)

L'AUSCULTATION ABDOMINALE. — H. L. Shaw (Arch. Pediat.) attire l'attention sur l'utilité de l'auscultation de l'abdomen chez l'enfant. Chez l'enfant les bruits respiratoires sont transmis à l'abdomen et y sont distinctement entendus. Il en est ainsi des bruits nouveaux, surtout provenant des lobes inférieurs du poulmon, des portions inférieures et diaphragmatiques de la plèvre. Plus l'abdomen est distendu, plus les bruits sont nets.

SERUM PAR LE RECTUM. — Parkinson (B.M.J.) aurait obtenu de bons résultats en administrant le sérum anti-diphthérique par la voie rectale, évitant ainsi les dangers et les ennuis de la voie hypodermique.

L'APPENDICITE EN ALLEMAGNE. — On prétend que cette maladie ne sera jamais populaire en Allemagne, car le patient aura le temps de trépasser avant d'avoir prononcé le nom de la maladie: Wurmfortstatzenzuendung !

Revue des journaux

MEDICINE

LA MEDICATION HYPOTENSIVE.

Par M. le Dr H. Hucard.

(Suite.)

On a été jusqu'à admettre par l'action de ces bains carbo-gazeux, la "résorption des exsudats valvulaires", la guérison de sténocardies coronariennes, la guérison anatomique de cardiopathies, alors qu'en cardiothérapie on ne peut obtenir que des guérisons fonctionnelles, et qu'on ne fait pas disparaître une affection organique, "cicatrice d'une blessure", comme disait Stokes; enfin, on a insisté surtout par leur influence sur la réduction de la cardiectasie.

Pour la solution de ces questions, notre témoignage est confirmé par celui de médecins étrangers. Les bains carbo-gazeux peuvent être et sont dangereux dans certains cas, et Laache (de Christiana) s'exprime ainsi : "Il est important de noter la recommandation faite par Frantzel de ne pas employer les eaux minérales riches en acide carbonique; il rappelle qu'on a vu fréquemment la mort survenir par apoplexie pendant une saison passée à ces établissements". — Dans une communication écrite, Pawinski (de Varsovie) déplore "l'abus que l'on a fait de ces bains". — Pour ma part, cette année même, j'ai suivi trois malades atteints de cardiopathie artérielle, dont deux avec le concours de M. Biessinger, et qui considérablement aggravés par la cure de Nauheim, sont venus succomber à Paris à des accidents de vaso-constriction et d'hypertension artérielle, ou encore à une violente crise d'œdème aigu du poulmon.

Ces graves accidents sur lesquels depuis plusieurs années mon attention était appelée, et que je n'ai pas voulu divulguer sans preuves à l'appui, s'expliquent par l'action hypertensive des bains carbo-gazeux. Il ne s'agit pas ici d'un phénomène transitoire, se produisant immédiatement après la balnéation pour disparaître rapidement ensuite. Comme l'a remarqué L. Heftler, l'un des partisans les plus convaincus de cette méthode en France, l'élévation de la tension sanguine, persiste pendant une ou deux heures et même après le repos du malade; elle se traduit par une augmentation de 1 à 3 centimètres de mercure, et quelques auteurs ont pu enregistrer des élévations de 4, 5 et même 6 centimètres.

Cette action hypertensive peut, certes, trouver son indication dans quelques cardiopathies, et principalement dans les cardiopathies vulvulaires caractérisées par leur tendance à l'hypertension sanguine; mais, la présclérose, toutes les cardiopathies artérielles caractérisées par un état d'hypertension sanguine, sont des contre-indications formelles et trop souvent méconnues à l'emploi de cette cure

hydro-minérale qui a encore pour inconvénient d'être dénudée de toute action anti-toxique et éliminatrice. Ces contr-indications sont souvent méconnues parce qu'on ne tient pas suffisamment compte dans ses applications thérapeutiques cependant si précises, de la distinction capitale des cardiopathies, valvulaires hypotensives, et cardiopathies artérielles hypertensives, même lorsque ces dernières présentent un soufuffle orificiel, ce qui les fait ordinairement confondre avec les premières.

D'autres objections, certainement moins graves, ont été formulées en Angleterre par Albutt, Hyde, Samson, Burney Yeo, qui a sévèrement jugé "une méthode de traitement trop commercialement exploitée"; ils ont critiqué la prétention de prouver toujours la réduction du volume du cœur par les simples données de la percussion; et des expériences entreprises à Londres à King's Collège hospital, ont démontré que cette diminution de l'aire cardiaque est une simple illusion due à la modification du mode respiratoire qui tend à prendre le type costal supérieur. Quant à la radiographie destinée encore à démontrer cette réduction de volume, L. Williams et Herrengham lui dénie après nous la valeur qu'on serait tenté de lui accorder, parce que la plus légère variation de position du sujet modifie la portée de l'ombre. Enfin, les auteurs anglais disent que la prétendue spécialisation de cette eau minérale n'est pas soutenable, attendu que la gymnastique et les exercices musculaires jouent un rôle important que l'eau elle-même, d'où la conclusion que le traitement peut être institué partout où on le voudra, et que "toute eau thermale peut agir aussi bien que l'eau saline et gazeuse".

En nous appuyant sur nos observations et sur celles de l'un de nos collègues qui a observé deux cas de mort dans ces conditions, nous sommes en droit d'affirmer que la cure de Nauheim, par son action hypertensive, constitue un grand danger pour les cardiopathies artérielles caractérisées par un état d'hypertension plus ou moins accentuée. Cette cure ne serait indiquée que dans quelques affections valvulaires. En faisant connaître, en révélant les périls d'une médication irrationnelle, en ne gardant pas un coupable silence sur des faits malheureux, nous défendons les intérêts de la science et ceux des malades, trop souvent victimes d'affirmations non justifiées.

Notre opinion basée sur de nombreuses observations et sur une expérience de dix années, est que la thermalité joue un grand rôle sur le cœur central par son action congestive et vaso-dilatatrice intéressant le cœur périphérique; et c'est pour cette raison qu'en France, les eaux de Bourbon-Lancy conviennent et réussissent si bien aux cardiaques, aortiens ou valvulaires, par leur thermalité haute et variée, par l'action anti-uricémique et diurétique de la source de la Reine, par l'action de la "douche sous-marine", d'où leurs effets nettement dépresseurs sur la tension artérielle.

Enfin, toutes les eaux diurétiques (Evian, Martigny, Vittel, Contrexéville, Saint-Amând du Nord, Aulus, Capvern), peuvent encore être utilisées dans la période de présclérose. Nous avons donc en France, je tiens à le proclamer hautement, des ri-

chesses hydro-minérales qui nous dispensent d'aller chercher ailleurs ce que nous trouvons à profusion chez nous; et, puisque je parle devant l'Académie, gardienne des intérêts scientifiques du pays, je dois lui rappeler qu'en outre des stations énumérées plus haut, nous avons dans une belle région de la France, en Savoie, pour le traitement des diverses cardiopathies, toutes les eaux minérales nécessaires que l'on devrait davantage utiliser: à Evian pour les cardiopathies artérielles, à Brides pour l'obésité et l'adipose du cœur, à Salins de Moutiers où se trouvent des bains chlorurés carbo-gazeux à la température de 35 degrés; je prends encore la liberté d'indiquer à notre commission des eaux minérales, une grande œuvre à poursuivre, ou du moins à favoriser: la spécialisation exacte de ces eaux pour le traitement des diverses maladies, comme elle se fait avec succès à l'étranger.

Je rentre dans la question, et j'ajoute que l'action hypotensive pourrait être encore demandée à l'hydrothérapie; mais ici, l'hypotension s'obtient au prix d'une hypertension vaso-constrictive préalable.

II. Agents médicamenteux. — 1. Les iodures sont employés avec grande exagération à la période de présclérose dans le but d'abaisser la tension artérielle. Or s'il est vrai, comme le croyait Gubler autrefois, que les iodures agissent en partie en donnant plus de fluidité au liquide sanguin, si leur action hypotensive est réelle, comme l'ont prouvé dès 1876, Bogoloff et Sokolovskiy, ainsi que nos expériences avec Eloy (1885) suivies par celles de Prévost et Binet (de Genève) on doit conclure que cette action est peu accentuée, à ce point même que Corin et Henrijean ont pu admettre une vaso-constriction iodique. Donc, la médication iodurée dont on abuse singulièrement, je le répète, est plutôt indiquée à la période de sclérose confirmée où les propriétés résolutive des iodures sur les tissus scléreux s'expliquent par leur action sur la phagocytose, comme les expériences anciennes de Binz, Heinz et Schleich (1890), confirmées par les nôtres, semblent l'avoir démontré.

A la période de présclérose, la médication iodurée est inutile, donc nuisible, et il est préférable de s'adresser aux médicaments vaso-dilatateurs et hypotenseurs par excellence: nitrite d'amyle, trinitrine, tétranitrate d'érythrol, nitrite de soude.

2. Dans tous les cas, comme par exemple au moment d'un accès angineux, où il est urgent d'obtenir l'abaissement de la tension artérielle d'une manière rapide et presque instantanée les inhalations de nitrite d'amyle sont couramment employées. Mais, si leur action est rapide, elle est fugace, disparaissant après quelques minutes. Par conséquent, on ne doit pas songer à y avoir recours dans le traitement de l'hypertension permanente.

3. La trinitrine, ainsi appelée par Berthelot (nitrate ou trinitrate de glycérine, nitroglycérine, glonoïne des homœopathes), dont j'ai étudié en 1882 les applications au traitement de la sténocardie après Murrell (de Londres), a une action moins rapide et plus persistente. Cette action commence après quelques secondes, plus souvent après quelques minutes, elle se maintient pendant une

heure et demie au plus, et non pendant deux heures et demie, comme l'ont pensé quelques auteurs. Par conséquent, en prescrivant trois gouttes de la solution au centième toutes les deux heures, on peut espérer obtenir pendant sept à dix heures de la journée et de la nuit au plus, un certain abaissement de la tension artérielle. Malheureusement, si cette action hypotensive et vaso-dilatatrice persiste pendant une demie-heure, une heure ou une heure et demie, elle atteint en quelques minutes sa période d'acmé pour décroître ensuite d'une façon considérable.

4. Comme je le disais à cette tribune, il y a deux ans (1), le tétranitrate d'érythrol que j'ai proposé d'appeler tétranitrol par abréviation, est un médicament vaso-dilatateur et hypotenseur capable de maintenir d'une façon presque continue la tension artérielle à un taux voisin du chiffre physiologique. Depuis six ans, j'emploie ce médicament avec succès et mes observations ont confirmé en grande partie celles de Bradbury sur ce sujet. Son action se fait sentir seulement après un quart d'heure ou une demie-heure et peut durer trois à quatre heures, de sorte que si l'on prescrit 5 milligrammes ou 1 centigramme toutes les trois ou quatre heures et cinq ou six fois par jour, on a des chances pour maintenir d'une façon presque permanente l'abaissement de la tension artérielle, surtout si l'on a eu soin de faire précéder l'emploi du tétranitrol qui n'agit qu'après une demie-heure, de quelques inhalations de nitrite d'amyle et ensuite de l'administration de 3 ou 4 gouttes de la solution alcoolique de trinitrine au centième.

La posologie de ces deux médicaments prête à quelques considérations importantes. Chez les différents sujets, il existe une susceptibilité très variable pour leur action médicamenteuse : les uns ne peuvent supporter quelques gouttes de la solution de trinitrine ou quelques milligrammes de tétranitrol sans éprouver une violente céphalalgie frontale et pulsatile, tellement intolérable qu'on doit, sinon en supprimer l'emploi, au moins en diminuer promptement la dose; d'autres au contraire, peuvent supporter des doses relativement considérables, et c'est ainsi que j'ai connu un malade qui était arrivé à absorber 50 à 60 gouttes de trinitrine, et que j'en ai vu d'autres encore supporter sans douleur la dose quotidienne de 6 centigrammes de tétranitrol.

Il en résulterait que la posologie de ces remèdes serait difficile à établir. Or, il n'en est rien, et j'établis comme règle : que la solution de trinitrine doit être prescrite à dose progressive (2 ou 3 gouttes à la fois, répétées trois à six ou huit fois par jour jusqu'à production du mal de tête tolérable); que le tétranitrol, en raison de son insolubilité absolue, doit être prescrite sous forme de comprimés de 1, 2, ou 5 milligrammes, ou encore de 1 centigramme plusieurs fois par jour, également jusqu'à l'apparition d'une légère céphalalgie. A ce moment, on diminue un peu la dose, et l'on a ainsi la certitude d'obtenir une action vaso-dilatatrice suffisante, mes observations ayant démontré que cette action est presque nulle avec des doses trop faibles. J'ajoute que ces médicaments bien maniés n'exposent à aucun accident toxique, et que

leur emploi peut être continué longtemps sans inconvénients, pendant des semaines et des mois (à la condition de les suspendre pendant huit ou dix jours par mois).

A titre de vaso-dilatateurs, ces médicaments abaissent la tension artérielle, et en diminuant les résistances périphériques, ils facilitent et augmentent l'énergie de l'organe central de la circulation. Dans la néphrite interstitielle caractérisée par une hypertension sanguine considérable, la trinitrine active la diurèse, mais elle est sans influence directe sur le symptôme albuminurie, sans action sur la néphrite parenchymateuse, comme on le comprend aisément, puisque cette dernière maladie n'est pas hypertensive. Car, c'est comme médicament vasculaire que la trinitrine et tous les nitrites agissent indirectement sur le rein, c'est en vertu de son influence dépressive sur la tension artérielle toujours exagérée dans la néphro-sclérose qu'elle produit d'excellents effets. A ce titre, la trinitrine et le tétranitrol doivent être considérés comme les médicaments de choix dans la présclérose.

4. Il y a vingt ans, le nitrite de soude, dont Lauder-Brunton avait signalé dès 1869 l'action hypotensive, avait été utilisé dans le traitement de la sténocardie par Matthew Hay (d'Aberdeen), à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 40 par jour. A la même époque, et à la suite d'expériences entreprises avec Eloy sur l'action des nitrites de sodium, de potassium ou d'ammonium, j'avais déconseillé l'emploi de ces médicaments, parce que je les avais vus se comporter comme des poisons du sang par la transformation assez rapide de l'hémoglobine en méthémoglobine. Quelques années plus tard, d'autres essais ont été tentés par Collier et Schweinburg. Comme il a été démontré ensuite que tous les nitrites agissent sur le sang en produisant temporairement une réduction de l'oxyhémoglobine sans altération notable de celle-ci et des globules sanguins, ainsi que le fait se produit pour l'intoxication oxy-carbonée, on est arrivé dans ces derniers temps, à employer moins timidement le nitrite de soude, qui offre sur le tétranitrol l'avantage d'être soluble, et sur la nitroglycérine celui de posséder une action plus durable.

L'année dernière, au Congrès de l'Association médicale britannique, Lauder-Brunton avait remarqué que le nitrate de potasse n'agissait dans certains cas chez les goutteux et dans quelques hémorragies liées sans doute à l'hypertension artérielle, qu'à la condition d'être adouci par quelque traces de nitrite, cette dernière substance ayant une tendance à produire l'abaissement de la tension, et par conséquent une influence favorable sur le fonctionnement rénal des goutteux. C'est peut-être ce qui a fait penser que le nitrate de potasse agit surtout par sa transformation partielle en nitrite dans l'organisme, opinion qui n'est pas acceptée par tous les chimistes et qu'il y a lieu de soumettre à leur discussion. En tout cas, l'auteur anglais a donné quelques formules complexes avec association du nitrite de soude, du nitrate de potasse et du bicarbonate de potasse.

5. Le nitrite d'éthyle (ou éther nitreux) que la pharmacopée anglaise emploie et recommande sous la forme d'un mélange à parties égales d'éther nitreux et d'alcool, à la dose de 20 à 60 gouttes, et même davantage, possède une action hypotensive et diurétique très infidèle.

6. Chez les hypertendus ou préscéreux, on note souvent l'exagération d'un phénomène normal: la grande concentration des urines de la nuit, et leur richesse en urates. Par conséquent, même sans l'adjonction du nitrite de soude, on arrive à abaisser notablement et d'une façon indirecte la tension vasculaire, en leur prescrivant de prendre tous les soirs un grand verre d'eau d'Evian avec addition d'un paquet contenant 0 gr. 50 à 1 gramme de bicarbonate de soude et de nitrate de potasse. Par là, on provoque la diurèse et l'élimination de l'acide urique dont l'action vaso-constrictive et hypertensive est bien connue. On arrive au même résultat par l'administration de la théobromine à la dose de ogr. 25 à ogr. 40 le soir, ou encore par celle de cachets renfermant ogr. 20 de théobromine, de benzoate de soude et de carbonate de lithine. La diurétine (simple mélange de salicylate de soude et de théobromine) et d'autres associations théobromiques imaginées dans ces derniers temps doivent être condamnées, parce qu'elles irritent le rein des hypertendus, et qu'à la longue elles peuvent déterminer des accidents divers, comme Brouardel vient de le démontrer encore au Congrès de Madrid pour l'acide salicylique et les salicylates.

La théocine et la théophylline, médicaments diurétiques nouvellement introduits dans la thérapeutique, déterminent trop souvent des troubles gastriques (nausées et vomissements). Il résulte même d'expériences actuellement en cours par notre collègue Pouchet, que la théocine possède des propriétés irritantes très intenses et qu'elle égale au moins la caféine au point de vue de ses inconvénients, notamment la contracture musculaire avec retentissement sur les vaisseaux. La théobromine n'a pas ces inconvénients, elle est un diurétique agissant directement sur l'épithélium rénal, mais très peu sur le cœur et la contraction vasculaire.

7. Tels sont les divers moyens employés par nous pour abaisser la tension artérielle. Nous ne parlons pas du traitement par la d'Arsonvalisation signalé par A. Moutier et dont nous n'avons aucune expérience, ni de l'action hypotensive d'un sérum que R. Blgindel a retiré très ingénieusement du lait et qu'il vient de nous faire connaître. Nous avons déjà grâce à lui, expérimenté le lacto-sérum sur plusieurs de nos malades; mais nos observations ne sont pas encore assez nombreuses pour nous permettre de conclure d'une façon définitive. Cependant, chez l'une de nos malades atteinte de néphrite interstitielle avec hypertension artérielle et dyspnée très accusée, nous avons vu quatre injections sous-cutanées de lacto-sérum abaisser notablement la tension (de 19 à 13) et déterminer en même temps la sédation des phénomènes respiratoires. Si d'autres faits confirmatifs se produisent, la médication hypotensive sera enrichie d'une nouvelle et précieuse ressource.

Nous ne faisons pas mention d'autres médicaments, comme le veratrum viride, dont l'action hypotensive est infidèle et encore douteuse.

(B. de l'Ac. de Méd.)

(A Suivre.)

L'ANGINE DE POITRINE INFECTIEUSE.

Par M. Huchard, rapporteur.

Au mois de juillet dernier, M. le Dr. J. Pawinski (de Varsovie) a adressé à l'Académie une étude sur l'angine de poitrine infectieuse.

Il résulte des faits observés par lui, que les maladies infectieuses aiguës, parmi lesquelles il place en première ligne la grippe et l'amygdalite lacunaire d'origine microbienne, jouent un rôle étiologique des plus importants. Néanmoins, il admet l'influence prédisposante de "l'état névropathique, des excès alcooliques et vénériens, de l'abus du tabac, des émotions morales, des veilles, des efforts physiques exagérés, du surmenage, du refroidissement, etc."

Cette étiologie n'est pas celle de la sténocardie coronarienne telle que nous la comprenons, et les accidents précordialgiques des maladies infectieuses ne sont pas assimilés par l'auteur à la véritable angine de poitrine, puisqu'il prend soin d'en établir le diagnostic avec "la thrombose et l'embolie des artères coronaires," et qu'il ajoute: "Dans la grande majorité de nos observations, les toxines exerçaient leur influence, probablement sur les nerfs sensitifs du cœur, donnant lieu au syndrome pathologique connu sous le nom d'angine de poitrine."

Mais, dans les cas où les crises sténocardiques persistent après la guérison de l'infection, il suppose que, sous l'influence des toxines, la membrane interne des artères coronaires a subi certaines altérations; c'est-à-dire que probablement une sclérose s'est produite, aboutissant à la vraie angine de poitrine (coronarienne.)

La preuve anatomo-pathologique lui faisant défaut, l'auteur arrive à cette conclusion parce que, dit-il, dans les maladies infectieuses et principalement dans la variole, la diphtérie, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la scarlatine, on rencontre fréquemment l'endartérite coronarienne avec les lésions consécutives du muscle cardiaque.

L'auteur nous fait espérer qu'il continuera ses recherches dans le but de donner la preuve anatomo-pathologique et la preuve clinique à l'aide de nombreuses observations. Telle qu'elle est, cette étude présente un intérêt réel, et je serai, je l'espère, le fidèle interprète du sentiment de l'Académie en proposant: 1. d'adresser des remerciements à M. le Dr Pawinski (de Varsovie); 2. de joindre très honorablement ce travail à ceux qu'il a adressés à l'Académie à l'appui de sa candidature au titre de correspondant étranger.

—Les conclusions du présent rapport, mises aux voix, sont adoptées.

—(B. Aca. de Méd.)

CHIRURGIE

ESSAI SUR LES PARALYSIES INTESTINALES POST-LAPAROTOMIQUES.

Par M. le docteur Paul Batigne.

Dans cette très intéressante et consciencieuse étude, M. Batigne montre qu'il est du plus haut intérêt de combattre dès son début la paralysie intestinale, car les médications précoces chassent le contenu de l'intestin, s'opposent à la dialyse, arrêtent les fermentations, sont (s'il s'agit des purgatifs) un des éléments fondamentaux du diagnostic de la septicémie suraiguë, n'altèrent nullement les parois, et que vraiment, si elles ont des inconvénients, on ne saurait oser les mettre en parallèle avec les accidents péritonéaux qu'on est en droit de redouter!

"Combattons donc de parti pris, dit-il, la paralysie intestinale!

De parti pris, puisqu'elle existe toujours.

De parti pris, puisque, même atténuée, elle fatigue les malades et risque de subir une transformation aggravante.

De parti pris puisque, intense, elle tire sa gravité de deux sources: 1. de l'absorption intestinale des poisons; 2. d'un non-fonctionnement de l'émonctoïre intestinal.

Pour agir, deux méthodes nous appartiennent, l'une à action préventive, l'autre à action consécutive.

Dans la première, les soins à prendre seront toujours les mêmes, à peu de chose près.

Dans la seconde, ils varieront suivant que le traumatisme péritonéal aura été sérieux, ou bien qu'il se sera agi d'un cas simple.

Voyons d'abord les soins préventifs!

Tout malade devant être laparotomisé sera purgé, mais la purgation, contrairement à un usage trop répandu, ne sera pas administrée seulement la veille de l'opération. Au contraire, si la chose est possible, il sera bon de renouveler cette opération plusieurs fois pendant les quinze jours ou les trois semaines qui précèdent l'intervention.

Comme purgatif on emploiera le calomel, le sulfate de magnésie, préféablement à l'huile de ricin (Malcolm, L. Tait) qui a le tort d'être simplement évacuante.

Le matin même de l'opération, un lavement sera administré. Mais ici aussi, un seul n'est pas suffisant. Il est en effet très fréquent de constater au moment d'une intervention périnéale ou vaginale, que la malade une fois anesthésiée évacue des matières liquides sur les mains de l'aide chargé de la toilette immédiate pré-opératoire, matières dont l'abondance et la nature témoignent, jusqu'à l'évidence, de l'insuffisance du lavement unique.

Ces faits ne devraient pas se produire.

Il sera bon souvent, surtout dans les cas où l'on aura des motifs de croire l'opération laborieuse, de pratiquer aussi l'antisepsie intestinale.

Bouchard a dit quelque part: "Je voudrais qu'on fit l'antisepsie intestinale avant toute opération." Rien n'est plus juste, et il faut que cette pratique, d'ailleurs en usage quand il s'agit des interventions sur l'intestin lui-même, soit également généralisée à toute opération abdominale.

Vautrin recommande l'usage du naphtol "qui, par son défaut de solubilité, n'expose pas le malade à l'intoxication, et peut être donné pendant plusieurs jours à de fortes doses et à titre préventif" et qui, pour cette même raison, n'étant pas trop rapidement absorbé, n'agit pas seulement sur les premières portions de l'intestin, mais bien plutôt sur sa totalité.

Jeannel, de son côté, recommande le benzouaphthol à la dose de 2 à 4 grammes par jour.

Reste la question du régime, elle n'est pas la moins importante à régler.

En effet, d'une part, l'introduction d'aliments quelconques équivaut à annihiler en partie l'action purgative; d'autre part, cependant, on ne saurait condamner un sujet à l'inaction, sous prétexte de l'aseptiser.

Il faudra donc pratiquer l'alimentation, mais l'alimentation la plus facilement absorbable, celle qui donnera le minimum de résidus, celle, par conséquent, la moins apte aux fermentations.

Le régime lacté tendant à l'idéal d'asepsie intestinale (Gilbert et Dominici) sera largement employé, mais comme nous savons par expérience que le plus souvent on ne peut immobiliser le malade dans ce mode d'alimentation, il faudra songer au bouillon, au lait, aux œufs, aux purées qu'on administrera quelques jours avant l'intervention — avec de la veille qui, lui, devant débarrasser complètement l'intestin, n'admet que l'abstinence, ou, dans certains cas, une petite quantité de lait seulement.

Je serai bref, ajoute M. Batigne, au sujet des précautions à prendre pendant l'acte opératoire lui-même. Il y aurait cependant beaucoup à dire, mais quoi, qui ne soit répété et bien connu?

Il faut d'abord veiller à une température ambiante convenable, et se rappeler, au moment où l'on saisit le bistouri, que le temps étant un facteur de premier ordre, "le succès sera toujours au laparotomiste expéditif," car "dans des interventions lentes, des germes plus nombreux ont le temps de tomber dans la cavité péritonéale, l'intestin a l'occasion de se léser et de se refroidir, le graad splanchnique de s'irriter..." car les accidents de shock apparaissent alors plus facilement.

Gallard disait: "Je trouve que depuis qu'ils ont les anesthésiques à leur disposition, les chirurgiens en prennent beaucoup trop à leur aise pour pratiquer leurs opérations et les font durer outre mesure."

Le chirurgien ne devra pas non plus oublier que l'intestin doit être vu le moins possible et que pour cela plusieurs points doivent être présents à son esprit: nécessité aussi absolue que possible des petites incisions, importance pour l'aide de maintenir la plaie abdominale ouverte au minimum; manœuvres pratiquées hors du ventre dès que cela est pos-

sible ; intestin jamais à nu, toujours protégé contre sa tendance à faire issue au dehors, et par conséquent, traillé et manipulé le moins possible—avantages de la position de Trenckburg—avantages des lavages à l'eau chaude contre le collapsus, prudence dans l'application de ce procédé, etc.

Je n'insisterai pas davantage, désireux d'en arriver au point vraiment important de ce traitement: aux soins post-opératoires.

Après l'opération, une surveillance très minutieuse du malade est nécessaire pendant les vingt-quatre premières heures, et cela, pour dépister le ballonnement abdominal.

Il faut penser à ce ballonnement, il faut s'en fier, il faut l'attendre, tout en sachant fort bien cependant que, s'il s'agit d'un opéré ayant sérieusement subi le traitement pré-opératoire (ce qui n'a malheureusement pas été toujours possible), on doit avoir beaucoup moins de craintes.

Quoi qu'il en soit, dès l'apparition du tympanisme, il faudra introduire dans le rectum, un tube de caoutchouc, en prenant la précaution de l'enfoncer à une profondeur suffisante ou bien administrer un lavement huileux, ou bien encore, donner une injection d'eau salée.

Bien souvent, ces moyens, très simples, suffiront à eux tout seuls à ramener la tonicité des tuniques, par suite: le dégagement de gaz plus ou moins abondants et conséquemment le bien-être. Mais il faut bien savoir qu'il peut être nécessaire de les renouveler une ou plusieurs fois.

Et d'ailleurs, il n'est pas dit que toutes ces tentatives soient toujours couronnées de succès; le ballonnement peut s'accroître; avec lui: le malaise, l'oppression, l'inquiétude. N'hésitons pas alors, et cela dès le lendemain même de l'intervention, à faire administrer un purgatif, soit calomel, soit eaux minérales Janos, Rubinat, Carabana. D'ordinaire l'intestin ne résiste pas à ces sollicitations purgatives et l'on voit alors, grâce à elles, les symptômes alarmants se dissiper.

Il peut se faire encore que les évacuations ne se produisent pas, qu'aucun gaz ne soit émis, que la tension abdominale augmente, il faudra donc agir plus activement; cependant, il est bon de le dire: pour avoir le droit absolu de proclamer cette insuffisance du purgatif, il serait juste, il serait même nécessaire d'employer concurremment soit la sonde rectale, soit le lavement, de manière à soulager l'effort fait par l'intestin.

Ce lavement sera tout bonnement un lavement simple. Diverses mixtures ont été cependant préconisées, mais il est vrai, employées seules et systématiquement. C'est ainsi que Célos recommande l'usage d'un lavement composé de savon de Marseille (40 grammes) et de sel gris (une cuillerée), que les Américains emploient l'eau savonneuse et la glycérine, que Polaillon se servait avec succès de sulfate de quinine associé au chloral, que Pozzi use d'un lavement composé de 6 cuillerées de vin de Bordeaux et de 3 cuillerées de glycérine, etc.

Après avoir recouru à ces moyens d'action, si vraiment on éprouve encore un insuccès, il ne faut pas hésiter à mettre en usage le lavement électri-

que, car en effet, à ce moment, non seulement l'anus n'a rien évacué encore, mais même l'agitation du malade augmente, le purgatif a déjà été rendu par la bouche, et dans tous les cas, les vomissements qui existent maintenant ne sauraient être sous la dépendance d'une origine chloroformique.

Devant le résultat infructueux d'une seule application électrique, on ne devra pas reculer, dit Célos; on pourra être appelé à la renouveler quatre ou cinq fois, en n'oubliant pas, bien entendu, qu'ici, comme dans tous les cas de thérapeutique abdominale, plus grandes sont les chances de succès si l'application est hâtive.

Nous voici maintenant en présence d'un cas dans lequel ni les lavements, ni les purgatifs, ni l'électricité n'ont amené de résultats. Alors la situation relève de l'intervention chirurgicale directe. Il s'agit ici, en effet, ou d'occlusion intestinale vraie, ou de septicémie péritonéale suraiguë et la situation se présente avec une réelle gravité.

Ce qu'il faut faire alors en pareille occurrence a été dit ailleurs:

Enlever le pansement, faire sauter les sutures, examiner l'intestin;

Rechercher un obstacle, pratiquer une bouche, laver, établir un drainage... voilà tout autant de points autre part traités, et qui d'ailleurs ne s'adressent pas d'une façon toute directe à notre sujet, mais plutôt tiennent aux affections de l'intestin ou du péritoine.

Ce qui est parfaitement certain, c'est que :

Plus l'intestin sera aseptisé avant l'opération;
Plus il sera ménagé pendant l'opération;
Plus tôt la perméabilité de son calibre sera rétablie après l'opération;

Moins on aura à intervenir chirurgicalement, et plus le tableau des suites post-laparotomiques, déjà singulièrement éclairci, il est vrai, depuis l'avènement de l'antisepsie, verra les ombres disparaître de son fond, et avec elles bien des ennuis, bien des préoccupations, bien des émotions qui parfois le troublent encore."

(Gaz. des Hôp.)

LES INDICATIONS OPERATOIRES DANS L'APPENDICITE.

M. le Dr Gaudin résume ainsi la pratique de M. le Professeur Roux, de Lausanne :

Pour l'école de Roux, de Lausanne, il n'existe aucune indication hâtive formelle d'opérer l'appendicite à chaud de parti pris sous prétexte de sauvegarder la vie du malade.

Le diagnostic seul n'a aucune valeur d'intervention. La maxime "le plus tôt sera le mieux" est pernicieuse, l'expectation absolue est le meilleur traitement du début pendant deux ou trois jours au moins; en supposant que le médecin soit appelé au vrai début de la crise.

Si au bout de deux ou trois jours d'un traitement rationnel et prudentissime, on voit quand même la fièvre et l'exsudat augmenter, on peut lui donner une simple issue au dehors, une simple incision de décharge, par la région la plus déclive pour remplacer le drainage naturel.

Il existe un très petit nombre de cas où, soit que des crises antérieures aient permis de faire un diagnostic certain, soit que le malade placé dans des conditions spéciales favorables permette d'intervenir avant la formation de l'abcès (de cinq à vingt-quatre heures à partir de la première réaction péritonéale,) on peut se risquer d'intervenir à chaud dès la première heure. Mais on a alors les difficultés de l'opération à froid touchant les recherches de l'appendice, plus les risques de virulence d'un foyer qui commence à s'enflammer et à s'infecter. (Si on compte avec ces difficultés, il ne faudra pas s'étonner de quelques insuccès en plus que dans l'opération à froid typique.)

A chaud, l'incision doit se faire là où elle est la plus rationnelle, sans indication spéciale de région ou de procédé opératoire, même par le rectum ou le vagin, si c'est plus utile.

A chaud, l'appendice ne doit jamais être recherché, à moins qu'il ne se présente lui-même avec complaisance.

A chaud, l'appendicite opérée doit toujours être drainée, ce qui expose à une hernie consécutive si l'incision a été abdominale.

L'opération à froid est la meilleure et doit toujours être celle à laquelle il faut tendre. Elle est quelquefois très compliquée à cause des adhérences, perforations, recherches de l'appendice, etc., mais elle est radicale, sans drainage, sans crainte de retour. Dans des mains habiles elle est inoffensive.

Dans l'opération à froid, le procédé opératoire le meilleur est certainement l'incision étoilée par dissociation musculaire; elle doit être préférée parce qu'elle respecte les nerfs du grand droit. L'incision de Jalaguier qui coupe un rameau nerveux du grand droit peut être indiquée lorsque l'appendice est adhérent à la paroi antérieure. Quelquefois même, la laparotomie médiane est indiquée toutes les fois que les annexes doivent être revisées ou que le siège du dernier abcès était profondément pelvien.

Les appendicites sans pus, ni péritonite diagnostiquée dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures sont souvent des appendicites de complaisance qui ne sont pas à opérer, pas plus que les états chroniques de l'appendicite, dits appendicite chronique d'emblée, sans crise nette, qui sont une vue de l'esprit, mais sont si exceptionnels en clinique qu'ils sont pour ainsi dire à négliger. On ne les rencontre que dans les cas de tuberculose, actinomycose ou cancer primitif de l'appendice.

Ces cas sont si rares en clinique que, si on les admettait comme entités morbides, on serait poussé à faire des opérations exagérées, même pour de la ptose de l'appendice. Il ne faut pas accuser l'appendice de toutes les misères abdominales, ce que certains médecins ont déjà de la tendance à faire, sans cela on n'en finirait plus d'opérer.

En résumé, l'appendicite à chaud doit être respectée autant que possible. L'opération ne doit être

faite que sur indication précise de chirurgie générale. Qu'on nous comprenne bien, il ne s'agit pas là de temporisation à outrance, mais d'une intervention basée sur des indications précises.

La seule indication d'opérer à chaud de parti pris "earliest" qui peut exister est quand le diagnostic est exactement reconnu d'emblée par une ou plusieurs crises antérieures; on est sûr alors de trouver un appendice malade, déjà perforé, et abcès résorbé. Ces cas sont très rares et à comparer avec les cas où l'on se trouve présent pour opérer une grossesse extra-utérine rompue dans le péritoine. Qu'on se souvienne qu'on a alors les difficultés de l'opération à froid, plus les dangers d'infection dans un milieu en état de virulence.

Pour mettre son malade dans les meilleures conditions pour guérir, il faut opérer sans pus, ni péritonite. Or, comme à chaud il y a toujours péritonite d'abord et pus très peu d'heures ensuite, il vaut mieux s'abstenir en principe. Ce serait parfait de pouvoir opérer très vite "earliest" en risquant la chance d'arriver avant le pus et avant que les colibacilles ne se soient déjà extravasés dans le péritoine. Mais c'est trop exceptionnel pour en faire déjà une règle. La prudence commande donc d'attendre.

Telles sont les règles observées dans le service de M. Roux (de Lausanne,) où les cas de mort par appendicite sont extraordinairement rares. Pratiquée à froid, l'opération de l'appendicite n'est pas plus grave qu'une cure radicale de hernie, quoiqu'elle puisse être beaucoup plus compliquée.

— o o: —

Therapeutique et Mat. Medicales

TRAITEMENT DU CANCER INOPERABLE

Par Alfred Cooper,

Président du West London Medico-Chirurgical Society.

(Suite et fin)

Injection parenchymateuse de violet de méthyle.
— Von Maestig Moorhof s'occupa du traitement du cancer inopérable par injection dans la tumeur d'une solution de violet de méthyle. Une solution aqueuse (1 pour 500) fut employée et trois à six grammes en furent injectés à de courts intervalles. Dans plusieurs cas les tumeurs diminuèrent considérablement. Ce traitement a été essayé au "West London Hospital" sans produire aucun effet. Il n'est pas aussi douloureux que les injections d'alcool. Je n'ai pu trouver aucune preuve de guérison consécutive à ce traitement.

Injection parenchymateuse de venin de Cobra di Capello. — Le venin de Cobra di Capello sec fut employé par Répin à la dose de un quarantième de milligramme, par injections hypodermiques. Ces doses furent graduellement augmentées jusqu'à sept

milligrammes. Le poids du patient s'accrut mais il ne se manifesta pas de changement dans la tumeur: Les injections produisent des sensations douloureuses semblables à celles qui suivent les injections de toxines streptococciques. Il n'est pas probable que des expériences soient encore faites de ce remède douloureux et dangereux.

Suppuration artificielle produite par l'essence de thérébentine, par l'acide arsénieux ou par le carbure de calcium. — Crynski traita quelques cas de carcinome avancé en produisant une suppuration aseptique. Il employa l'essence de thérébentine en injections, et bien que le traitement produisit la nécrose et la suppuration, le progrès du mal ne fut nullement enrayé. De plus, les injections provoquaient une douleur considérable. — D'autre part, Wurth cite un cas de sarcome de la paroi abdominale traité par injections d'acide arsénieux. Après peu de temps, une abondante suppuration continua durant plusieurs semaines, puis cessa graduellement et la tumeur disparut. Dix années après, il n'y avait pas encore de récurrence.

Le carbure de calcium, en présence de l'eau, produit le gaz acétylène, et Etheridge de Chicago l'employa dans des cas de carcinome de l'utérus de la manière suivante. L'organe est d'abord parfaitement cureté; et l'hémorragie arrêtée par le caustère actuel. Après l'avoir séché autant que possible, un morceau de carbure de calcium, de la grosseur du ponce, est placé dans la cavité de l'utérus qui est alors fortement bouché de gaze iodoformée. Le gaz acétylène se dégage tout à coup et produit une grande quantité d'écume. La malade est tenue au lit pendant trois jours, puis le bandage est ôté et un nouveau morceau de carbure de calcium inséré. Après une série de telles opérations, il ne reste qu'un ulcère propre et petit. Dans deux cas, la guérison fut obtenue par cette méthode; mais jusqu'à présent son application a été trop peu fréquente pour permettre de formuler une opinion sur sa valeur.

Electricité

Il existe plusieurs méthodes différentes d'emploi de l'électricité dans le traitement du cancer. Inglis Pearsons a traité plusieurs cas par des courants d'une force électro-motrice puissante, le courant étant lancé un certain nombre de fois à travers la tumeur. Le patient est anesthésié et des fils isolés sont placés dans la tumeur à quelques pouces de distance. Le courant est fourni par 70 piles et possède une force électro-motrice de 105 volts. Il commence avec un courant de 10 milliampères et augmente jusqu'à 600 milliampères, l'application étant instantanée et répétée environ cinquante fois. Bien que quelques cas du docteur Parsons s'améliorent, ils appartiennent à une catégorie qui eût pu être traitée plus rapidement et plus sûrement par l'opération et un patient au moins mourut du choc d'un courant trop violent.

Reading de Philadelphie a cité trois cas de cancer avancé traités avec succès par des piqûres électriques fréquentes et longuement continuées, un courant de 15 à 20 milliampères étant employé durant environ dix minutes à chaque application. Les in-

convénients de ce traitement sont la douleur et la longue durée. Le terme "Kataphorèse" a été appliqué au traitement à fort courant dans lequel l'électrode formée par le zinc, fortement enduit de mercure, est placée dans la tumeur, tandis que l'électrode négative est en contact avec une autre partie du corps. Massey employa ce traitement et croit que l'oxychlorure de mercure exerce une action spécifique sur les cellules cancéreuses. Il observa que la cocaïne suffit pour calmer la douleur tant que le courant ne dépasse pas 150 milliampères, mais en d'autres cas, quand il se sert de courant de 500 milliampères, il recommande l'anesthésie générale. Dans les huit cas traités par cette méthode, il y eut chaque fois amélioration. L'objection contre la méthode, c'est la nécessité d'un traitement fréquent et long et son inutilité quand les glandes lymphatiques sont atteintes.

Médicaments.

Le *Chelidonium majus* (célandine) jouit d'une grande réputation pour le traitement du cancer dans les Indes Orientales et fut d'abord recommandé en Europe il y a trente ans. L'attention a été attirée sur ce remède par les publications de Dennisio et autres médecins russes; un excellent résumé de l'ouvrage de ces médecins a paru dans un article du *Thérapeutic Gazette* par Spirak. Dennisio donne 25 milligrammes de l'extrait dans de l'eau de menthe poivrée, augmentant la dose jusque 25 centigrammes en 24 heures. Pour l'application hypodermique, l'extrait est dilué dans l'eau distillée et l'on injecte un centimètre cube en fois par semaine; pas plus souvent. Spirak a recueilli 61 cas traités de cette manière par 14 chirurgiens différents; 33 d'entre eux ont présenté une amélioration, les 27 autres pas. Dans les cas désespérés, il y a grand profit à employer de fortes doses de morphine graduellement augmentées. Le médicament doit être administré sans aucun scrupule et il ne faut pas s'inquiéter de la grande quantité qu'on arrive à donner. Il est très ordinaire de donner plusieurs décigrammes de morphine chaque jour.

Comme résultat de cette revue des différents remèdes recommandés, nous pouvons, je pense, formuler les conclusions suivantes:

1. Que dans les cas de sarcome inopérable, plus spécialement de la variété à cellules fusiformes, le malade sera traité par les toxines de "Coley," puisque un certain nombre de cas ont été guéris par cette méthode.
2. Que dans les cas de cancer inopérable du sein chez les femmes d'environ 40 ans chez qui la ménopause n'a pas eu lieu, l'ovariotomie peut être proposée et ce traitement peut se combiner avec l'administration d'extrait thyroïdien.
3. Que dans le cas d'ulcère rodens inopérable et dans l'ulcération superficielle maligne d'autres régions les rayons Roentgen donnent bon espoir d'amélioration.
4. Que dans le cas où ces méthodes sont refusées ou inapplicables, l'administration interne de célandine mérite d'être essayée, et quand le cas paraît

totallement désespéré, la morphine devrait être employée sans hésitation.

5. Enfin, je serais d'avis que, avant d'essayer l'un de ces remèdes, le danger en fut pleinement exposé au malade, que le faible espoir qu'offrent la plupart d'entre eux ne fut pas exagéré, que le désagrément du traitement fut discuté sérieusement. En fait, le chirurgien ne devrait qu'offrir le traitement et laisser la personne libre de l'accepter ou de le refuser.

— (Gaz. de Gyn.)

: o :
VOIES URINAIRES

CATHETERISME CHEZ LES PROSTATIQUES.

De Rouville

Choix des instruments.

Le choix de l'instrument à employer est subordonné aux renseignements fournis principalement par l'exploration de l'urètre avec l'explorateur à boule, et aussi, par l'exploration métallique intravésicale, combinée au toucher rectal ;

a) L'explorateur à boule a facilement franchi tout l'urètre: employer la sonde en caoutchouc rouge de Nélaton (nos 16 ou 18) ;

b) Urètre antérieur libre, urètre postérieur déformé, mais facile à parcourir : essayer la sonde de Nélaton, et, en cas d'échec, employer la sonde en gomme à béquille faiblement coudée (nos 16 et 18) ;

c) Il existe un obstacle prostatique, mais la boule de l'explorateur le contourne assez facilement: employer la sonde-béquille (16-18) faiblement coudée et à bec assez long ;

d) L'explorateur à boule est arrêté dans l'urètre prostatique: employer une sonde-béquille à bec court (16-18,) et à coudure franchement accusée, bien émoussée, arrondie et non pas anguleuse sur sa convexité ;

e) Traversée urétrale (antérieure et postérieure) libre, mais parois urétrales un peu résistantes: employer les sondes coniques olivaires ;

f) Cas où les sondes à coudure simple ne passent pas: transformer à l'aide d'un madrin métallique coudé, les sondes-béquilles en sondes bicoudées ;

g) Cas où les sondes en gomme, montées sur madrin coudé, ne passent pas: employer les sondes en gomme montées sur madrin courbe, de préférence aux sondes métalliques à grande courbure, vu la nécessité probable de recourir, en pareil cas, à la sonde à demeure, qui, seule, modifiera l'urètre, et rendra facile le cathétérisme.

Règles du cathétérisme.

a) Propriété: Les règles d'antisepsie et d'asepsie restent les mêmes qu'en chirurgie générale ;

b) Patience: Introduire la sonde lentement, sans jamais forcer ;

c) Prudence: Ne vider la vessie que très lentement, en interrompant le jet de temps en temps ; s'arrêter dès qu'il y a colique vésicale; mise à sec (rétention chronique avec distention) en plusieurs séances, très progressivement, en retirant, à chaque séance, un peu plus d'urine qu'à la séance précédente; abandonner, dans la dernière séance d'évacuation 50 grammes d'eau boriquée, dans la vessie.

Technique du cathétérisme avec les diverses sondes

Principes posés par Guyon.

1. On doit faire le toucher à l'aide de l'instrument ;

2. On doit savoir toujours avec précision, dans quel e région du canal se trouve l'extrémité de l'instrument ;

3. On doit se servir simultanément et solidairement des deux mains, pendant toute la durée des manœuvres Grgnde importance de la main gauche qui tient la verge, la tend, l'incline dans la position voulue : dans le cathétérisme avec les instruments métalliques, dans la "manœuvre prépubienne," etc., etc.)

— o o : —

MALADIES VENERIENNES

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME.

Le but à atteindre est le suivant: détruire les gonocoques qui ont envahi les tissus, mais en ménageant, quand c'est possible, ceux-ci, et ramener les choses à l'état normal.

Urétrite blennorrhagique.—Topiques de choix: le sublimé en solution de 1/2 à 1 p. 1.000; le lysoforme à 1 p. 100. Les avantages du dernier médicament sont qu'il possède une action désinfectante considérable qu'il est peu irritant et peu douloureux.

Dans le stade subaigu une intervention active est indiquée. Il convient de faire des lavages abondants, de deux à six fois par jour, avec des solutions aqueuses désinfectantes: alunol à 2 p. 100; argonine à 1,5 p. 100 et surtout protargol de 0,25 à 1 p. 100. S'il ne survient pas de complications en général, 10 à 14 lavages suffisent pour faire disparaître entièrement les gonocoques.

Dans les cas chroniques, employer les crayons à l'iodoforme (10 à 20 p. 100,) au tannin (5 p. 100) au protargol (10-20 p. 100.) Dans les cas particulièrement rebelles, préférer les crayons au nitrate d'argent (1 à 2 p. 100) qui toutefois provoquent en général une réaction vive. La vessie est rarement envahie par le processus gonococcique. Le cas échéant, dans les états subaigus et chroniques, on utilisera pour les lavages vésicaux les solutions mercurielles, et surtout le protargol.

Vulvite blennorrhagique. — Chez les enfants, lavages de la vulve et irrigations vaginales avec une

solution de sublimé à 1 p. 2.000 ou de protargol à 1/4 p. 100. Le lavage fait, introduire une petite bougie au tannin (5 p. 100), à l'iodoforme (10 p. 100.) Quand la suppuration est à peu près tarie, employer les solutions de nitrate d'argent à 1/4 p. 100, ou de protargol (1-5 p. 100,) ce dernier de préférence parce qu'il cause moins de douleur.

Dans le stade subaiguë de la vaginite, mieux vaut substituer au sublimé les lavages au chlorure de zinc, à la dose d'une cuillerée, d'une solution à 50 p. 100, dans un litre d'eau. On peut encore se servir de solution glycinées de protargol à 10 p. 100. Au cas de catarrhe du col, protargol à 5 p. 100, argentine à 1 p. 100, nitrate d'argent à 1 p. 100, ou la teinture d'iode.

Métrite blennorrhagique. — La phase aiguë finie, appliquer un désinfectant caustique à action profonde, de préférence le protargol. Introduire une, deux, trois fois par semaine dans la cavité utérine, une solution de protargol à 10 p. 100. Dans les cas graves, qui réclament un traitement énergique, recourir à la teinture d'iode (on peut être appelé dans les cas rebelles, à faire alterner les attouchements à la teinture d'iode et au protargol.)

Dans les cas chroniques, lavages avec des solutions faibles, nitrate d'argent (0,5 à 1 p. 1.000,) protargol (2,5 à 10 p. 1.000.) Quand l'utérus est volumineux, résistant, dur, le tamponnement est plus efficace que les lavages. Dans les cas de métrites blennorrhagiques anciennes, il est indispensable de recourir à des caustiques énergiques (nitrate d'argent en nature, chlorure de zinc à 50 p. 100.)

Blennorrhagie rectale. — Solutions de protargol (50 centimètres cubes d'une solution à 1 ou 5 p. 100) introduites en lavements 2 à 3 fois par jour, lavements à garder quelques temps.

— (Ann. de Thérap.)

— o o —
FORMULAIRE

TRAITEMENT DES CREVASSES DU SEIN.

Un des meilleurs moyens et des plus simples pour panser les crevasses du sein est de les recouvrir de compresses d'eau boriquée. Celles-ci seront préparées à l'aide de quelques épaisseurs de gaze stérilisée imbibée d'eau boriquée à 40/1000. Recouvertes de taffetas gommé et de coton, maintenues par une bande de flanelle, elles resteront en permanence sur le sein. Avant la tétée, on nettoie le mamelon avec un tampon de ouate aseptique imbibée d'eau bouillie. Après la tétée, nettoyage du mamelon et de l'aréole, à l'aide de coton sec, puis application du pansement boriqué. De tous les traitements, c'est celui qui donne les meilleurs résultats.

Au lieu d'eau boriquée, on peut employer le sublimé (0,20 pour 1.000,) comme le faisait Tarnier. Des accidents d'hydrargyrisme, grâce à cette méthode, se peuvent produire chez la mère; l'eau boriquée est de maniement plus aisé.

Les crevasses sont-elles douloureuses, on les fait badigeonner cinq minutes avant les tétées avec un

pinceau imbibé d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 0,10 pour 20, puis on recouvre avec un petit disque de coton imbibé de la même solution. Au moment de mettre l'enfant au sein, lavage à l'eau bouillie, de façon à éviter l'intoxication du bébé par la cocaïne.

On peut encore employer la pommade suivante:

	Centigrammes.
Menthol	50
Chlorhydrate de cocaïne	50
Salol pulvérisé	2 grms.
Lanoline	25 —
Vaseline	25 —

A appliquer un quart d'heure avant les tétées. Au moment de la tétée, laver le mamelon avec soin à l'eau bouillie.

Le mélange suivant pourra aussi être employé:

Glycérine	30 grammes
Liqueur de Van Swieten	30 —
	(Lepage.)

Appliquer au niveau du mamelon et de l'aréole, un petit rond de linge aseptique imbibé de ce mélange. Mieux vaut encore ne l'appliquer que un quart d'heure avant les tétées, le reste du temps étant rempli par les applications d'eau boriquée.

Lavage naturellement indispensable avant les tétées.

La composition suivante nous a donné, employée de même, de nombreux succès :

Huile d'amandes douces	10 grammes
Teinture de benjoin	10 —
Gomme arabique	4 —

Stériliser et ajouter:

Acide phénique	0 gr. 25
-----------------------	----------

A la clinique Baudelocque, M. Pinard utilise la mixture:

Glysérine	500 grammes
Alcool	650 —
Eau stérilisée	450 —
Biiodure de mercure	0 gr. 10
Iodure de potassium	Q. S.

Ce dernier topique peut être considéré comme un bon prophylactique des lymphangites et des abcès du sein. Dans le même but, recommander également à la nourrice qu'elle ne touche pas son mamelon avant d'avoir pratiqué elle-même un nettoyage minutieux des mains et des ongles. Le mamelon saigne-t-il à chaque tétée? Il convient temporairement de recourir à un bout de sein artificiel lequel, dans l'intervalle des tétées, est maintenu en permanence dans de l'eau boriquée—ou dans de l'eau de Vichy.

— (Journal des Praticiens.)

SUPPLEMENT

LA GLYCO-HEROIN (SMITH), COMPAREE A LA CODEINE ET A LA MORPHINE.

Outre les inconvénients que produit la morphine, tels que : nausées, lassitude générale, vomissements et vertige, elle a aussi le désavantage d'habituer le malade qui, spécialement chez le neurasténique, entraîne à la morphinomanie.

La Codéine dans son action physiologique, ressemble aux narcotiques, bien que cette période ne soit pas aussi prononcée. Administrée en petites doses, elle provoque des mouvements péristaltiques de l'intestin, tandis qu'administrée à doses plus élevées, elle provoque de la diarrhée par relâchement complet des muscles de l'intestin, dû à la paralysie des centres nerveux, qui agissent sur les intestins.

L'action sédative de la Cocaine est incertaine.

L'expectoration n'est pas provoquée par la morphine et la codéine, tandis que la GLYCO-HEROINE (SMITH) agit comme stimulant des centres respiratoires et empêche la stagnation des sécrétions.

Des doses COMPARATIVES de Glyco-Heroïn (Smith) et de codéine démontrent que cette dernière donne des nausées, des vomissements et du vertige, tandis que ces symptômes n'existent pas dans l'administration de la GLYCO-HEROIN (SMITH).

Contrairement aux préparations de morphine, la Glyco-Heroïn (Smith) ne constipe pas.

La Glyco-Heroïn (Smith), comme sédatif de la respiration, est de beaucoup supérieure aux préparations d'opium, de morphine, de codéine et des autres narcotiques, dont elle n'a pas les effets toxiques et déprimants, qui caractérisent ces derniers quand ils sont donnés à doses suffisantes pour diminuer l'irritabilité réflexe des bronches, de la trachée et des membranes muqueuses du larynx.

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DU SULFHYDRAL CHEZ CERTAINS INTOXIQUES PAR LES SELS METALLIQUES. I

Par M. le Dr. Pigeaud.

(Suite.)

Je suis appelé pour la première fois au mois de décembre 1900 chez M. L... fabriquant de thermomètre, rue Saint-Jacques. Je trouve un malade au teint pâle, se plaignant de palpitations, de dyspepsie et de constipation. Je ne pensai aucunement à ce moment-là à une intoxication par les vapeurs mercurielles auxquelles sa profession le mettait cependant journellement en contact et je lui conseillai de prendre des cachets alcalins contre l'hyperchlorurie, des taxatifs contre sa constipation et des sédatifs de cœur contre ses palpitations. Après quelques jours de traitement ce malade allait mieux et repre-

(1) Voir La Revue Médicale, No. 21, Page 293 et No. 23, page 321.

nait son travail. J'attribue nécessairement ce mieux à mes prescriptions, mais mon illusion ne fut pas longue. Quinze jours après, M. L... présentait de nouveau les mêmes symptômes et ses dents déchaussées qu'il me montra me firent penser à sa profession. Je lui donnai alors huit granules de sulfhydryal et huit granules de ferro-cyanate de quinine à prendre alternativement un jour sur deux pendant les mois de son travail avec quelques jours de repos. Je l'ai revu souvent depuis, ses palpitations ont disparu, son teint est presque rosé. Il ne se plaint plus aujourd'hui que d'un peu d'hyperchlorurie que je combats avec quelques paquets de magnésie calcinée délayée dans de l'eau.

LE ROLE DE LA FRANCE DANS L'HISTOIRE DE L'APPENDICITE.

Par M. Marcel Beaudoin.

Un illustre opérateur américain, M. le Prof. Kelly, de John Hopkins Hospital, à Baltimore, est venu récemment en France; et, pour montrer en quelle estime il tient les chirurgiens de notre pays, il n'a pas hésité à faire, devant la Société de Chirurgie de Paris, une communication, en langue française, sur un point d'histoire de la médecine et de la chirurgie française. Peu de membres de notre savante société auraient pu en faire autant à l'Académie de Médecine de New-York; car, bien peu, en effet, parlent l'anglais et surtout sont aussi renseignés sur la bibliographie américaine que le Prof. Kelly sur la science de notre pays!

Certes, c'est là de la coquetterie; mais c'est ainsi que les vrais savants américains savent se venger des critiques que souvent on leur a décoché, tout simplement parce qu'on ne les connaissait pas, et les confondait avec quelques brebis, sinon galeuses, du moins un peu trop primitives, du Far-West.

Il faut ajouter, pour expliquer ce tour de force, qui sans doute étonnera quelques-uns de nos excellents confrères et amis, que l'Amérique est le pays désormais classique de la Bibliographie, qui vient de perdre droit de cité en France par la disparition de la "Bibliographia medica," que M. le Prof. Kelly opère dans le plus splendide des hôpitaux du monde, qu'il professe dans une merveilleuse Université, qu'il possède une bibliothèque privée presque aussi riche que celle de l'Institut de Bibliographie de Paris — ce qui n'est pas peu dire, soit souligné sans nous vanter! — et qu'il est un fervent de la Bibliographie, à l'encontre de nombre de chirurgiens français.

Il n'est pas moins piquant de voir un Américain, le type de l'homme actif et pratique, ne pas craindre de venir donner — sur un terrain exclusivement français — une leçon d'Histoire de France à nos pauvres cervelles surmenées, et se jouer — avec l'aisance d'un Roosevelt au sommet des montagnes Rocheuses —, en plein dix-huitième siècle, au milieu des vieux livres poudreux et des collections oubliées de nos premiers journaux scientifiques.

L'avenir est aux Etats-Unis. Je le sais depuis 1893; et je le redirai aussi longtemps que je vivrai. Les Latins sont morts; et c'est Panama qui leur donnera le coup de grâce!

(Gaz. Méd. de Paris.)

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INÉDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

retirer, car j'ai quelques visites importantes à faire encore aujourd'hui.

Vous reviendrez bientôt Sir Georges ? demanda Lady Clardy.

Oui Madame, je reviendrai vers la fin de la semaine, m'informer de votre santé et de celle de Lady Dallshire.

Le Colonel Brown salua les deux femmes et se retira.

C'est vraiment un charmant gentleman, dit Lady Dallshire à sa mère.

Quant à Dick Brown il se disait.

Cette femme, est une des femmes les plus belles que j'ai vu de ma vie.

II.

Lorsque la mère et la fille furent seules, Lady Clardy attira Florence près d'elle sur un canapé et lui prenant les mains :

—Toi ici Florence, tu as donc pu pour un instant tromper sa vigilance.

—Oui ma mère, il m'est si pénible de vivre loin de vous, nous qui avons toujours été si heureuses ensemble. Je n'ai pu résister au désir de vous embrasser et je suis venu malgré tout.

—Et lui, s'il savait, que tu es ici, tu aurais encore à braver sa cruauté.

—Que m'inporte maintenant, ne suis-je pas habituée à une vie d'éternels regrets, depuis que ma destinée a été unie à celle de cet homme.

—Oh! Florence, fit Lady Clardy, c'est moi qui suis la cause de notre malheur à toutes deux.

—Ma mère !

—Lord Dallshire était riche, beau garçon, occupant une position dans la société. Il te trouvait belle, il disait qu'il t'aimait et je vis dans ce mariage qu'un avenir brillant pour toi et aussi pour ton frère. Pardonne-moi chère enfant car je n'ai agi que dans l'intérêt de ton bonheur. Aujourd'hui, hélas, je vois combien je me suis trompée.

—Vous ne connaissez pas cet homme je le connais, répondit Florence, c'est un être égoïste et sans foi. Que lui importe le cha-

grin des autres si lui est heureux. Sa jalousie est terrible et la conséquence en est ma séquestration presque absolue, je ne puis me montrer, il ne veut même plus que j'assiste à aucune fête, ni à aucun théâtre, Lui si bon pour moi les premières semaines du mariage, est maintenant d'une dureté touchant à la brutalité. Je suis toujours seule, nuit et jour ma vie est une véritable thésaïde. Ses repas il les prend au club, ses soirées il les passe probablement avec d'autres femmes, pendant que la sienne gémit dans la solitude la plus grande. Enfin mère chérie, ne pousse-t-il pas l'infâmie jusqu'à me défendre de vous voir.

—Es-tu bien sur que cela soit tout Florence. A tes yeux, à l'énerverment qui t'agite, toute entière je vois, je sens que tu as quelque chose de terrible à m'annoncer ?

—Eh bien oui, ma mère, je suis accourue pour vous faire part de sa cruauté la plus atroce, la plus cinique.

—Que veux-tu dire ? s'écria Lady Clardy en s'approchant d'avantage de sa fille.

—Qu'il me retire son amour, qu'il me trompe enfin, dit Lady Dallshire se levant frémissante, tout cela est une croix que je supporterais avec courage. Mais après avoir voulu m'emlever la tendresse de ma mère, aujourd'hui il veut me ravir mon enfant.

—Ton enfant ? !

—Oui mère, il m'a annoncé aujourd'hui que le petit Clarence serait conduit demain dans un pensionnat connu de lui seul.

—Dans un pensionnat ! s'écria Lady Clardy.

—Oui il veut mettre dans un pensionnat un enfant à peine âgé de six ans, le ravir aux caresses de sa mère, pauvre petit ange, lui qui en a si fort besoin.

—Mais ne lui as-tu pas fait comprendre ?

—Je me suis jetée à ses pieds, je l'ai suppliée et rien n'a pu le fléchir. Demain ma mère pensez-y donc, des étrangers vont venir me prendre mon enfant et peut être que jamais plus je ne le reverrai.

Et la jeune femme se jetant en sanglotant dans les bras de sa mère, faillit s'évanouir.

—Voyons Florence mon enfant, du courage, il ne faut pas ainsi te laisser abattre. Il faut lutter pour ton enfant et pour cela tu as besoin de toute ton énergie.

—Je le sais, aussi c'est pourquoi je suis venue vous voir, sachant que je trouverais dans vos paroles la force dont j'ai besoin.

—Cherchons, ma fille, voyons par quel moyen nous pourrions empêcher ton mari de mettre à exécution son plan infâme.

—Oui, cherchez, mère chérie; quant à moi, j'ai perdu la tête, mes pensées s'entrechoquent avec violence; je n'ai plus la force de leur donner de suite.

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII

MERCREDI, 16 DECEMBRE, 1903

No. 25

EDITORIAL

LE COSTUME UNIVERSITAIRE.

Il semble exister dans le monde universitaire, surtout à la Faculté de Médecine, un peu de vague, d'incertitude, sur l'usage du costume universitaire: toge et toque.

On a ébruité que les professeurs agrégés n'avaient pas le droit de porter la toge à l'ermine!

Si cet avancé était vrai, ce serait une chose des plus regrettables; et dans les grandes assemblées de l'Université, où il faut pour rehausser l'éclat et inspirer la considération, que, de toute nécessité, le costume soit endossé par tous ceux qui y participent, il vaudrait peut-être mieux que les agrégés brillassent "par leur absence," plutôt que de nuire à l'impression de dignité que doit imposer ces grandes démonstrations.

Mais cette rumeur qui circule—et dont la messe du 8 décembre s'est ressentie des mauvais effets—est-elle vraie? De fait, les agrégés n'ont-ils pas le droit de porter la toge à l'ermine et la toque?

Nous croyons que cet avancé est absolument erroné. Tout docteur de l'université, —théologie, arts, droit, médecine—a, suivant nos souvenirs, le plein droit de porter, quand bon lui semblera, la toge de docteur, la toque et l'anneau, qu'il soit professeur titulaire, agrégé ou simple docteur n'ayant aucun titre au professorat. Le seul fait qu'il est docteur d'une des Facultés, lui donne ce privilège, il nous semble.

Les Facultés désireraient-elles faire une distinction entre les professeurs titulaires et

les agrégés, en imposant un costume différentiel, sans ermine, le pourraient-elles sans léser les droits des agrégés? Ne serait-ce pas obliger ceux-ci à une concession peut-être un peu humiliante?

Nous ne disons pas, loin de là, que les Facultés aient jamais eu ou manifesté aucune intention de ce genre. Nous croyons, au contraire, qu'il a toujours été du désir de chacune d'elles, que tous les professeurs sans exception, d'abord se fassent un devoir d'assister aux grandes réunions publiques de l'Université, et puis s'y présentassent revêtus du costume universitaire complet.

Ne serait-il pas d'urgence que les autorités universitaires se prononçassent une fois pour toutes sur cette question, si indécise dans l'esprit de quelques-uns, et cela surtout avant les fêtes universitaires et le grand congrès médical de juin, 1904?

Ne faudra-t-il pas, lors de ces fêtes, et encore, lors de la Saint-Jean-Baptiste, apporter aux assemblées publiques tout l'éclat et la dignité qu'elles méritent?

Nous serions heureux, ainsi que beaucoup de nos lecteurs, de voir trancher cette question dans le vif au plus tôt.

— : o : —

Coq-a-l'Ane

NOUVEL EMPLOI MEDICAL. — Un monsieur indigné à une petite mendiante :

—Tu n'as pas honte de mendier? N'as-tu pas ton père?

—Si, m'sieur.

—Et qu'est-ce qu'il fait, ton père?

—Il mendie.

—Et ta mère ?

—Mère aussi.

—Et ton frère ?

—Celui-là est à l'École de Médecine.

—Comment, ton frère est étudiant ?

—Non, m'sieur, il est dans un flacon. Il a deux têtes. Il fait le fœtus dans un musée d'anatomie.....!

L'INSUFFLATION DU COLON. — J. F. Baldwin, de Columbus, O., conseille beaucoup l'insufflation du colon pour faciliter le diagnostic dans les cas de tumeurs abdominales, surtout pour différencier celles de la rate, du pancréas, du rein et de la vésicule biliaire de celles du petit bassin, de l'intestin, ou du mésentère.

6

LES MEDICAMENTS CARDIAQUES. —

Ce travail est dû à O. T. Osborne (Med. News.) La "digitale" occupe la première place. Elle trouve son indication dans la faiblesse cardiaque chronique, à moins qu'elle ne soit due à de la myocardite ou de la dégénérescence graisseuse. Dans l'endocardite aiguë, complication du rhumatisme, il est parfois difficile de dire si elle est indiquée ou non, malgré que le ralentissement du cœur qu'elle produit puisse être à désirer ; il en est ainsi dans le cœur affaibli de la myocardite. Dans tous les cas, son action doit être attentivement surveillée. Elle est contreindiquée dans l'endartérite, l'athérome et l'anévrisme. C'est un bon soporifique dans l'insomnie de la neurasthénie. On ne peut donner de règle fixe pour son emploi dans les inflammations rénales. Elle est utile dans l'œdème anémique des membres inférieurs et dans celui ne compliquant pas un trouble rénal ; dans les maladies chroniques du foie, elle est toujours de service, comme adjuvant d'un autre traitement. Dans l'urémie et lorsque la tension artérielle est abaissée et le cœur affaibli, on doit essayer la digitale avec prudence. Si elle ne donne pas de bons résultats dans 24 à 48 heures, elle doit être abandonnée. Les contreindications de la digitale sont l'hypertension artérielle ; l'athérome, un muscle cardiaque affaibli et généralement toute lésion rénale sérieuse.

Le "strophantus" est le meilleur substitut de la digitale, surtout lorsque celle-ci produit de la nausée, ou chez les enfants, qui sont très sensibles à l'action de la digitale. Le "strophantus" est indiqué dans l'hypertension,

dans les cas où il faut un tonique cardiaque à action rapide, et quand il existe plutôt de l'irritabilité nerveuse et un affaiblissement du cœur que de l'insuffisance ou une lésion musculaire pures.

La "spartéine" est contreindiquée dans la dégénérescence musculaire ou graisseuse du cœur, l'hypotension, la dilatation cardiaque. Elle est utile dans l'irrégularité et l'irritabilité cardiaque nerveuses.

Le "cactus" ne stimule pas le cœur autant que le fait la digitale, mais il n'a pas d'effet cumulatif et son action est stable.

La "capsule surrénale" agit comme stimulant cardiaque et vaso-moteur seulement lorsqu'elle est absorbée par la muqueuse nasale ou buccale, et non par celle de l'estomac.

La "strychnine" est usée comme stimulant du cœur.

La "caféine" est hautement recommandable comme stimulant cardiaque, cérébral et musculaire, ainsi que comme diurétique et comme antidote dans les empoisonnements. Elle est contreindiquée dans les palpitations, l'irritabilité du cœur, l'hypertension, les inflammations et les irritations cérébrales ou médullaires, l'insomnie, la neurasthénie et les inflammations aiguës génito-urinaires.

La "nitroglycérine" donne de bons effets dans les fièvres sthéniques, à petites doses.

L'"alcool," à doses modérées, peut être utile par son action vaso-dilatatrice. Il sera donné concentré. Comme stimulant dans les asthénies cardiaques continues c'est le plus inefficace que nous ayons ; il exagère même la dépression. Dans les fièvres sthéniques, son action narcotique peut être utilisée.

A BON CHAT BON RAT. — Le docteur Malaga arrive très en retard chez des amis qui l'attendent à dîner.

—Je suis harassé, dit-il, mes malades me tuent...

—Sapristi, s'exclame-t-on en chœur, vous le leur rendez bien! — (J. de Santé.)

LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DE LA FIEVRE TYPHOÏDE ET DE LA TUBERCULOSE MILIAIRE. — Loeb, (Arch. of ophthal.) dit d'examiner le fond de l'œil, car dans 50 pour cent des cas de tuberculose miliaire, il existe des tubercules de la choroïde qui sont pathognomoniques de la maladie générale.

METHODE DE MULLER POUR DIFFERENCIER, DANS LES DOIGTS, LES DESORDRES ORGANIQUES SENSITIFS ET MOTEURS.—L'auteur fait joindre les mains, les doigts tournés en dehors, au devant du cou, afin que le patient ne puisse les voir. L'illusion du contact digital—référée à un autre doigt que celui touché—est constante dans les anesthésies psychopathiques, tandis que dans les lésions organiques, cette illusion n'existe pas.

UN MIRACLE MODERNE.—Un médecin rend visite à un ministre et cause miracles : —“Comment se fait-il, mon cher ami, que vous ne puissiez pas faire des miracles comme les apôtres? Ils étaient protégés contre les poisons et les périls de toutes sortes; comment se fait-il que vous autres ne soyez pas ainsi à l'abri?”

Le ministre de répondre: : “Je ne le sais pas, docteur; cependant je crois avoir une partie de ces grâces: j'ai absorbé une superbe quantité de remèdes forts venant de vous, docteur, et... je ne suis pas mort!”

FOLIE RAISONNANTE.—Un fervent de Bacchus zigzague. Un passant lui crie: “Hé, l'ami, y a des houles, hein?”

—Une voix avinée bredouille: “Oui, mais c'est pas toé qui rame!”

NOUVEAU TRAITEMENT DES NAUSEES ET DES VOMISSEMENTS SURTOUT DE LA GROSSESSE.—Le docteur Czarnowski (Orleans Parish Medical Society) est l'auteur de l'emploi de la position genu-pectorale pour combattre les vomissements de la grossesse. Il y place la patiente pendant de deux à cinq minutes, toutes les heures. Appliquable à tous les cas, même les plus rebelles. Ce traitement n'a fait défaut que dans un cas. Chez une femme albuminurique, qui vomissait de vingt à cinquante fois par vingt-quatre heures, ce traitement a réussi. Dans le cancer de l'estomac le vomissement cesse presque instantanément. Le docteur Watson a eu des succès avec ce mode de traitement. Le docteur rapporte vingt-et-un cas ainsi guéris. Czarnowski recommande de la bière en fût dans toutes les formes de nausées, une cuillerée à soupe, souvent répétée; chez les enfants, une quinzaine de gouttes.

(New Orleans Med. & Surg. J.)

SURMENAGE CEREBRAL.—Furst (Thérap. Monat.) a eu des résultats heureux par l'usage de la lécithine. Il croit que le bien retiré de l'emploi des œufs, du lait, de la cérébrine, de la spermie est dû à la grande proportion de lécithine que ces principes contiennent. (J. A. M. A.)

CANCER DE L'UTERUS TRAITÉ PAR LES RAYONS X.—Voici les conclusions d'un travail du Prof. J. G. Clark, de l'Université de Pennsylvanie: 1. Dans aucun cas opérable de cancer on ne doit temporiser en se servant de ce nouvel agent, car jusqu'à présent, les connaissances que nous avons de son efficacité, sont trop limitées pour nous permettre d'abandonner les mesures opératoires, qui, quoique loin d'être satisfaisantes, offrent un certain pourcentage de guérisons. 2. Jusqu'à aujourd'hui aucun agent thérapeutique local n'a réussi à améliorer les symptômes dans les cancers inopérables ou récidivés. 3. A ces cas, les rayons X peuvent assurément présenter une probabilité de soulagement de la douleur et d'autres symptômes désagréables, ainsi que la diminution de la sécrétion et peut-être l'espérance éloignée d'une guérison. 4. Actuellement il est impossible d'émettre une opinion positive sur la valeur prochaine de ce traitement du cancer de l'utérus, mais comme il offre quelque espérance, chose qu'aucun autre thérapeutique ne fait, il est du moins de notre devoir d'étudier à fond ses mérites et de déterminer ainsi sa valeur comme moyen curatif ou palliatif. (Un. Penns. Med. Bull.)

PARALLELE DU REDACTEUR ET DU DOCTEUR.—Si le R. se trompe, il lui faut faire une amende honorable; le D. enterre ses bévues. Le R. fait une erreur, il y a une poursuite judiciaire, des blasphèmes et une odeur de soufre; la méprise du D. est suivie de fleurs, d'un parfum de vernis et d'un enterrement. Le D. peut lancer un mot d'une verge de longueur, sans savoir ce qu'il signifie; mais si le R. s'en sert, il lui faut l'épeler. Lorsque le D. va voir la femme d'un autre, il charge sa visite; si le R. y va, il reçoit une charge de plomb. N'importe quel vieux collègue de médecine peut créer un D.; vous ne pouvez pas faire un R. Il doit naître R. Quand un D. se saoule, c'est “un coup de chaleur,” et s'il meurt c'est une maladie du cœur; quand le R. se saoule, c'est un cas de “trop de noces,”

et s'il "défuntise," c'est du délirium tremens,
—(Exchange.)

NIRE,

— o o: —

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL,

Séance du 15 Décembre 1903.)

M. le Dr. William Jas. Derome lut un travail intitulé "Perforations Viscérales Traumatiques et Spontanées" contenant plusieurs observations, dont trois se rapportent à des perforations intestinales et stomacales non opérées et suivies de mort, dont deux, l'une à trait à une perforation pathologique duodénale et l'autre à une rupture spontanée du canal cholédoque, toutes deux opérées et suivies de guérison.

La dernière observation est peut-être unique dans la littérature médicale.

Le diagnostic dans ces différents cas, a été fait avant l'opération ou avant l'autopsie.

DISCUSSION,

M. le Dr. O. F. Mercier qui a opéré le cas de rupture spontanée des voies biliaires, a admis avoir différé d'opinion sur le cas et l'avoir pris pour un cas d'appendicite ce qui explique la première incision faite.

Le Dr. Mercier discerta sur le mode opératoire et clot ses remarques en rappelant les suites opératoires bénignes de ce cas.

M. le Dr. Frs. de Martigny félicite le Dr Derome du diagnostic qu'il a fait, et d'avoir dirigé dans un service de chirurgie, cette malade qui serait certainement morte sans l'intervention. Cette observation est peut-être unique dans la littérature médicale, puisqu'il s'agit d'une ouverture spontanée des voies biliaires dans la cavité abdominale et de l'inondation consécutive de cette dernière par des flots de bile.

Le Dr. de Martigny rappelle ce qu'il a dit, dans une discussion antérieure, à propos d'abstention systématique ou armée et d'intervention immédiate, donnant à cette dernière la préférence. Cette observation démontre d'une manière frappante, l'avantage qu'il y a de faire un diagnostic précoce et positif en pareilles lésions, pour en donner tout le bénéfice au malheureux patient.

Il appartient au clinicien à l'hôpital, d'insister auprès des étudiants sur l'importance du diagnostic, et la nécessité de l'intervention du chirurgien qui doit appliquer les principes de la médecine, base de la chirurgie, car sans médecine raisonnée point de chirurgie efficace.

M. le Dr. Dubé présenta une communication très intéressante sur l'asystolie cardiaque et son traitement. Après avoir passé en revue les divers symptômes de cette affection, la question du traitement au triple point de vue hygiène, diète, et médicaments fut l'objet d'une attention toute spéciale, de la part du conférencier.

MM. les Drs. Alphonse Mercier, Le Sage, et Vallin furent très heureux dans leurs remarques et mentionnèrent l'importance de la déchloruration alimentaire dans la diète des asystoliques.

M. le Dr. A. A. Fouchet, fit part d'une observation reçue d'un médecin hors la ville, à propos d'un malade pour lequel il avait été consulté.

Le Dr. Fouchet imbu des idées émises par le Prof. Bouchard, au Congrès de Médecine du Caire, sur l'efficacité des injections médicamenteuses dans les régions affectées, conseilla dans le cas en question, un cas d'iritis rhumatismale, des injections de salicylate de soude dans la tempe. Ces injections coupèrent court à l'affection et la douleur disparut dès la première.

— o o: —

Revue des journaux

MÉDECINE

LA MÉDICATION HYPOTENSIVE.

Par M. le Dr H. Hucard.

(Suite et fin.)

Il est une autre médication importante, par l'organothérapie, sur laquelle il y a lieu d'entreprendre encore de nouvelles recherches; elle s'appuie sur l'action physiologique des glandes dont les unes seraient hypertensives (capsules surrénales, corps pituitaire, rate, parotides, rein), et les autres hypotensives (corps thyroïde, foie, thymus, pancréas, testicule, ovaire).

On a beaucoup disserté sur les causes de l'hypertension artérielle considérable et de l'hypertrophie ventriculaire consécutive dans la néphrite interstitielle ou la néphro-sclérose. Toutes les explications imaginées à cet égard sont sujettes à caution, parce qu'elles ne s'appuient pas toujours sur la physiologie. Or, celle-ci nous démontre, avec les premières expériences d'Olivier et Schafer en 1895, que l'action vaso-constrictive et hypertensive des glandes surrénales se produit par une action directe sur la musculature artérielle; elle démontre avec les expériences de Tigerstedt que les extraits aqueux ou glycerinés du rein possèdent une grande puissance vaso-constrictive par suite de leur action sur les

appareils nerveux périphériques des vaisseaux; elle démontre encore le rôle de la sécrétion interne du rein avec déversement de ses produits dans la circulation générale, puisque les expériences de Cybulski et Sczmonowicz, Langlois, Dreyer et Howell, surtout celles de Tigerstedt, ont prouvé que l'injection du sang défibriné de la veine rénale du lapin détermine chez les espèces animales semblables une élévation de pression égale à celle qui est obtenue par l'injection de l'extrait rénal. Il résulte de ces faits expérimentaux que les injections d'extrait rénal dans le cours de la néphrite interstitielle avec ou sans symptômes urémiques, que dans ces cas encore l'administration de l'adrénaline dont on commence à singulièrement abuser sans se préoccuper de l'état de la tension artérielle, peuvent avoir des conséquences funestes, quoique l'hypertension produite par ces diverses substances soit peu durable. Parmi les glandes hypertensives, mais à un moindre degré, on doit encore signaler l'hypophyse, la rate et les parotides.

Parmi les glandes hypotensives que l'on peut utiliser dans le traitement de l'hypertension artérielle, se placent le foie, le thymus, le pancréas, le testicule, l'ovaire et le corps thyroïde. Ce dernier organe a été rangé par Livon parmi les glandes à action vaso-constrictive; mais son action vaso-dilatatrice et hypotensive a été au contraire démontrée par les expériences d'Olivier et Schafer, de Haskovec, Cunningham, Cyon, Gley et Langlois, Guinard et Martin. On comprend ainsi comment et pourquoi les extraits thyroïdiens et principalement l'iodothyryne ont pu améliorer d'après Lancereaux et Paulesco des malades atteints de sclérodémie, de troubles vaso-moteurs des extrémités et d'artériosclérose; mais, leur action hypotensive est brusque et rapide, elle peut s'accompagner d'asthénie et même de collapsus cardiaque, ce qui est un grand inconvénient, la médication hypotensive ayant toujours pour but de soulager le cœur central sans l'affaiblir. Cette médication doit donc être très surveillée, comme il résulte de nos observations et d'un rapport très important présenté à l'Académie de médecine par notre collègue François-Franck.

Le thymus possède des propriétés vaso-dilatatrices indiscutables, bien démontrées par Karl Svehla qui a en même temps expliqué le fait par une paralysie des centres vaso-constricteurs. En administrant l'extrait de thymus, presque toujours inoffensif, j'ai réussi à abaisser la tension artérielle d'une façon notable et assez durable.

Au moment de la ménopause et chez certaines femmes on constate assez souvent l'évolution de l'aortite chronique et subaiguë, ainsi que Bucquoy l'a bien constaté autrefois. Mais, un fait relativement fréquent à cette période de l'existence, c'est le développement de l'artério-sclérose après une phase plus ou moins prolongée d'hypertension artérielle. On le comprend aisément, puisqu'alors la femme, privée d'un de ses freins hypotenseurs, a d'autant plus de chances de présenter l'hypertension qu'elle y est déjà prédisposée, soit par le régime alimentaire, soit par la diathèse arthritique ou plutôt par un état uricémique plus ou moins marqué. Alors, la médication ovarique trouve naturellement son emploi, et j'ai remarqué que, dans ces conditions spé-

ciales, elle répond beaucoup mieux par ses succès à l'indication thérapeutique, que les nombreux et divers médicaments hypotenseurs dont j'ai donné l'énumération.

Il résulte de tous ces faits que l'on peut trouver, que l'on doit chercher encore dans l'organothérapie une nouvelle ressource pour la médication hypotensive. Cependant nos observations nous ont démontré depuis longtemps qu'il est parfois plus facile par l'action médicamenteuse d'élever que d'abaisser la tension artérielle, et nous avons été heureux de voir ce fait clinique absolument corroboré par la physiologie. Par une injection d'extrait thyroïdien, Gley et Langlois n'ont pu réussir, non seulement à faire disparaître, mais même à atténuer l'effet d'une injection préalable d'extrait surrénal, et Gomez Ocana en injectant un mélange à parties égales de deux extraits a vu la pression s'élever, comme si l'extrait surrénal avait été seul injecté. Quoique Guinard et Martin soient arrivés à des résultats contraires, puisqu'ils ont pu relever par une injection de suc surrénal une tension artérielle abaissée par le suc thyroïdien, les faits précédents nous apprennent plusieurs choses: Au point de vue physiologique, ils démontrent que l'antagonisme des glandes vaso-constrictives réalise une action régulatrice sur la tension artérielle; au point de vue thérapeutique, ils démontrent que l'organothérapie ne peut faire à elle seule tous les frais de la médication hypotensive, et c'est pour cette raison que nous sommes entré dans ces longs développements. En effet, les médicaments hypotenseurs ne sont rien, si l'on n'institue pas en même temps la médication hypotensive, et celle-ci peut être réalisée — ne l'oublions pas — pendant de longs mois et même des années pour la présclérose au moyen de simples agents hygiéniques, parmi lesquels le régime alimentaire lacto-végétarien tient toujours la première place; car, tous les médicaments ne sont que des adjuvants à la médication hypotensive, et l'on ne doit y avoir recours que dans les cas où les agents hygiéniques et physiques sont reconnus insuffisants. Au point de vue physiologique encore, pour remplir les indications de cette médication, ces faits démontrent que le tonus vasculaire dépend non seulement du myocarde de la masse sanguine et surtout des vaisseaux, mais encore d'un autre facteur qui avait été passé sous silence, du fonctionnement glandulaire. C'est cette vérité qui a été bien exprimée par notre collègue Gley dont les importants travaux ont dirigé nos recherches thérapeutiques sur l'organothérapie appliquée au traitement de l'hypertension artérielle:

"Le tonus des musclés des vaisseaux, dit-il, en tant qu'il dépend d'une stimulation automatique directe ou indirecte, est entretenu non seulement par les excitations sensibles, par les variations des gaz du sang, par les produits de destruction des échanges nutritifs, mais aussi par des substances spécifiques formées normalement dans diverses glandes, capsules surrénales, thyroïde, reins, etc."

J'arrête ici cette étude un peu longue et malheureusement incomplète encore, me proposant de traiter bientôt deux autres hypertensions: pulmonaire et portale.

Comme on l'a vu, la médication hypotensive de la présclérose est riche en moyens hygiéniques et

médicamenteux; elle répond à des indications multiples et précises, elle s'adresse au traitement préventif d'un grand nombre d'états morbides. C'est en cela qu'elle présente un grand intérêt et une importance non moins grande. Car, prévenir les maladies, doit rester le but suprême de la médecine.

(Bul. de l'Acc. de Méd.)

-----: o :-----

LA MIGRAINE TARDIVEMENT AGGRAVÉE.

Par MM. Albert Mathieu et J.-Ch. Roux.

Il faut bien avouer que nous ne savons pas encore ce qu'est la migraine: nous ne savons rien de sa nature ni de sa pathogénie. L'entente n'est même pas complète sur les limites cliniques du syndrome. La plupart des auteurs qui l'ont étudiée étaient eux-mêmes des migraineux et ils considéraient leur migraine propre comme le type de la migraine franche, légitime, les autres types migraineux ne représentant que les fausses migraines.

Quoi qu'il en soit des frontières de la migraine et des fausses migraines, il est un type clinique qui débute de bonne heure pour disparaître vers quarante à quarante-cinq ans. A cet âge, les accès cessent. Dans ce type, les crises ne surviennent ni trop souvent ni trop rarement; une ou plusieurs fois par mois, jamais plus d'une fois par semaine, jamais moins de huit à dix fois par an. La douleur est unilatérale, elle débute le plus souvent autour d'un œil dans une étendue que le malade peut couvrir avec la main. Parfois cependant, elle se montre en arrière, vers la nuque; quoi qu'il en soit elle reste unilatérale: c'est l'hémicranie. La céphalée plus ou moins intense s'accompagne d'un état de malaise général, de nausée et de vomissements. Le malade ne peut supporter aucune alimentation; les vomissements sont assez souvent tardifs. La crise dure au moins vingt-quatre heures, souvent trente-six. Elle comorend une nuit pendant laquelle le sommeil est nul ou agité. Lorsque le malade peut manger, cela indique la fin de la crise; mais toutefois, disait Lasègue, dont nous venons de reproduire les idées et qui décrivait sa propre migraine, l'accès n'est véritablement terminé que lorsque le malade est allé à la selle.

Ces crises débutent dans l'enfance, vers dix ans assez souvent; elles durent ainsi jusqu'à quarante à quarante-cinq ans, plus ou moins fréquentes, plus ou moins influencées par des circonstances différentes: travail intellectuel, surmenage chagrin, soucis, écarts de régime. Vers quarante à quarante-cinq ans, les crises tendent à s'atténuer et à devenir plus rares; elles finissent par disparaître complètement.

A côté de ce type assez net par la durée de son évolution et le caractère de ses crises, il y a des types plus graves, comme la migraine ophthalmique, et des types atténués. Il y a des types dans lesquels la crise céphalalgique se confond insensiblement avec les crises paroxystiques de la céphalée des neurasthéniques. Parfois l'accès migraineux ne dure qu'une demie-journée et s'accompagne d'un

état nauséux qui ne va pas jusqu'au vomissement. D'autres fois encore, il se produit seulement au cours de la vie quelques très rares accès ayant cependant tous les caractères d'un accès migraineux franc. Où sont dans tout cela les limites cliniques et spécifiques de la migraine? Ces limites existent-elles même? Autant de points que nous ne voulons pas envisager pour le moment.

Nous voulons seulement attirer l'attention sur une série de faits que l'un de nous à observés six ou huit fois depuis quelques années: nous voulons parler de migraines tardivement aggravées.

Des personnes, des femmes presque toutes, ont eu depuis leur enfance ou le début de leur adolescence jusque vers la quarantaine, des crises de migraine correspondant assez exactement à la forme que nous avons plus haut prise comme type d'après Lasègue. A cette époque, les crises migraineuses, au lieu de s'atténuer et de disparaître, tendent au contraire à devenir plus fréquentes, plus intenses et plus longues. Elles ne durent plus seulement vingt-quatre ou trente-six heures comme auparavant, mais deux ou trois jours. La céphalalgie hémicranique acquiert une grande violence, elle devient intolérable, l'état nauséux est très accentué; parfois les vomissements deviennent véritablement incoercibles. Quelques malades sortent de ces crises absolument épuisés.

Nous serions tentés de rapprocher de ces migraines tardivement aggravées les migraines à début tardif dont nous avons observé plusieurs exemples. Il s'agit de personnes dont les premiers accès migraineux commencent au delà de trente et même quarante ans, en présentant du reste toutes les allures de la migraine franche, ou encore de la migraine tardivement aggravée dont nous venons de parler.

L'idée nous est venue que l'auto-intoxication d'origine intestinale et plus particulièrement encore l'auto-intoxication d'origine carnée pouvait jouer un rôle prépondérant dans la genèse pathogénique de ces accidents. Nous avons donc soumis au régime lacto-végétarien les malades atteints de migraine aggravée et, dans les quatre cas que nous avons pu suivre, nous avons eu la satisfaction de voir les crises douloureuses diminuer d'intensité, puis disparaître complètement. Nous avons revu récemment une de nos malades chez laquelle, après quatre ans, les crises migraineuses ne s'étaient pas reproduites.

Comme les malades étaient tous constipés, au moment où ils se sont présentés à notre observation, nous avons joint à l'alimentation lacto-végétarienne une médication laxative. Au début, nous avons fait faire à l'aide d'eau minérale, de purgatifs salins, une cure laxative de quinze à vingt jours. Cette cure a été, du reste, renouvelée de temps en temps.

Nous pensons en effet, de par l'observation clinique, que la meilleure façon de diminuer les putréfactions et fermentations intestinales est de restreindre l'auto-intoxication d'origine intestinale est de les soumettre au régime lacté et aux purgations répétées. L'expérimentation n'a fait que confirmer ici les résultats de l'observation clinique faite en particulier dans la petite urémie chronique.

Lorsque l'intoxication d'origine intestinale n'a pas la gravité qu'elle présente dans l'urémie grave, dyspnéique, comateuse ou convulsive, on peut se contenter de mettre les malades au régime lacto-végétarien, c'est-à-dire ne leur donner comme alimentation que du lait, des laitages variés, des pâtés, des farines, des légumes verts cuits et des fruits cuits. Souvent on peut sans inconvénients y ajouter quelques œufs.

On sait quels remarquables résultats a donnés à M. Huchazd l'emploi du régime lacto-végétarien dans le traitement des dyspepsies d'origine toxique. A côté du type dyspnéique de l'intoxication d'origine alimentaire, il en existe un certain nombre d'autres, neurasthéniques, céphalalgiques, convulsifs, etc. Les migraines aggravées nous paraissent devoir être rapprochées de ce groupe ; et, il faut bien le reconnaître, les résultats de la médication lacto-végétariennes et laxative semblent confirmer complètement l'exactitude de cette conception.

Pouvons-nous en tirer des indications sur la nature de la migraine elle-même? Pouvons-nous y voir un argument en faveur de l'origine toxique de l'hémicranie? Cela nous paraît des plus légitimes.

On peut, du reste, concevoir que, dans la migraine, l'élément toxique ne soit pas le seul. Elle paraît appartenir au groupe des maladies neuro-arthritiques et pouvoir figurer légitimement, en famille, avec la goutte, le diabète, l'obésité, aux confins de ce groupe et du groupe névropathique proprement dit, à côté du nervosisme vague, de la neurasthénie et de l'hystérie. La prédisposition héréditaire et constitutionnelle n'est pas douteuse. Est-elle révélée et spécifiée par une intoxication d'origine intestinale à manifestations paroxystiques? cela est parfaitement possible. Les diverses circonstances signalées dans l'étiologie des accès n'auraient plus dès lors que la valeur des causes occasionnelles: le travail intellectuel, les efforts d'accommodation, etc. C'est ainsi que, dans la tétanie, le lavage de l'estomac peut devenir la cause occasionnelle d'une crise paroxystique à laquelle avait précédé l'imprégnation toxique.

On comprend que, tardivement lorsque le foie et les reins fonctionnent mal certaines toxines, la migraine puisse parfois s'aggraver au lieu de disparaître.

Cela nous explique pas évidemment pourquoi elle disparaît le plus souvent à ce même âge.

Quoi qu'il en soit, l'observation prévaut encore sur les conceptions théoriques et nous demandons qu'on retienne comme un fait clinique, que dans certains cas, la migraine peut tardivement s'aggraver, et que les crises de migraine aggravée peuvent disparaître sous l'influence du régime lacto-végétarien et des cures laxatives.

(Gaz. des Hôpitaux.)

CHLORURATION ET DECHLORURATION DANS L'ASCITE D'ORIGINE CIRRHOTIQUE ET CARDIAQUE.

Par MM. les Drs. Achard et Paiseau.

Nous avons observé les bons effets du régime déchloruré dans un cas de cirrhose alcoolique avec ascite, chez une femme de trente ans. Une première atteinte d'ascite, accompagnée de subictère et d'œdème, quinze mois auparavant, avait cédé en quelques semaines au régime lacté. Mais depuis trois mois l'ascite avait reparu et augmentait malgré le régime lacté. Pendant huit jours nous avons laissé la malade au lait, et son poids demeura stationnaire. Puis nous avons institué un régime pauvre en chlorures et assez riche en sucres et amylacés (500 grammes de viande, 500 grammes de pommes de terre, 50 grammes de riz, 150 grammes de sucre et 3 grammes de sel). Le poids de la malade s'abaissa aussitôt: en vingt-cinq jours, elle perdit 9 kilos et son ascite disparut. Elle fut alors mise au régime ordinaire (4 degrés) et son poids resta de nouveau stationnaire.

Habituellement la guérison de l'ascite dans la cirrhose s'observe à la suite du régime lacté et de la médication diurétique et purgative. Dans notre cas aucun médicament ne fut donné.

Il est à remarquer que la dose de sel ingérée quotidiennement par la malade était peu inférieure à celle qu'elle absorbait avec le régime lacté (4 grammes environ). L'augmentation de la diurèse, due surtout aux sucres et aux amylacés, paraît avoir contribué utilement à la déchloruration.

Dans un autre cas d'ascite, devenue très volumineuse et récidivante, chez une cardiaque à gros foie, l'épanchement augmentait et le poids montait de 6 kil. 400 en six jours, avec le régime ordinaire. Il resta stationnaire sous l'influence du régime déchloruré maintenu douze jours. Puis, un supplément quotidien d'une vingtaine de grammes de sel ayant été ajouté à l'alimentation, l'épanchement reprit sa marche ascendante et le poids remonta de 4 kilos en six jours. L'analyse du liquide, prélevé par ponctions exploratrices, montra que sa teneur en chlorures avait beaucoup diminué pendant l'alimentation déchlorurée, pour remonter brusquement sous l'influence de la chloruration, et s'abaisser ensuite par l'effet de la dilution qui avait pour conséquence d'augmenter le volume du liquide.

Dans ces deux cas d'ascite le rôle des chlorures et l'effet thérapeutique de la déchloruration sont très comparables à ce que l'on voit dans les observations d'œdème brightique publiées par M. Widal: les chlorures en excès aggravent l'hydropisie; le régime déchloruré ou bien en facilite la résorption, ou bien en arrête les progrès, mais à lui seul il ne guérit pas toujours non plus l'œdème; c'est ce qui a lieu chez les brightiques infiltrés qui absorbent à peine quelques gorgées de lait ou de tisane et qui n'urinent pas; chez eux, en même temps qu'on s'oppose à l'entrée des chlorures il faut en outre en faciliter la sortie par un diurétique approprié, notamment la théobromine. Mais quelles que soient les causes et le mécanisme de la rétention des chlo-

rures et de l'hydropisie, le régime déchloruré est un moyen adjuvant que la thérapeutique doit utiliser : pour l'ascite, il peut, suivant les cas, dispenser de la ponction ou permettre de la différer.

M. Vidal. Avec MM. Froin et Digne, chez deux malades atteints de cirrhose du foie avec ascite, nous avons vu, en ajoutant chaque jour 10 grammes de chlorure de sodium en supplément à l'alimentation, le poids s'élever chez l'un de 4 kil. 550 en dix jours et chez l'autre de 7 kil. 100 en neuf jours. Ayant continué chez le premier malade la même chloruration alimentaire nous vîmes sous l'influence de la thébromine le poids tomber de 2 kil. 550 en quatre jours. Les chlorures urinaires augmentaient en même temps d'une façon relativement considérable. Chez notre second malade après la suppression des 10 grammes de chlorure supplémentaires, le poids cessa d'abord de s'accroître et resta stationnaire, puis s'éleva bientôt de 3 kil. 700 en neuf jours.

Le chlorure de sodium ingéré a donc bien une action sur l'augmentation de l'ascite. La suppression du sel peut arrêter l'ascension progressive du poids du malade, mais ne paraît pas suffire pour déterminer des chutes de poids considérables comme on l'observe souvent au cours de l'œdème brigh-tique.

Chez les ascitiques on se trouve en effet en présence d'une hydropisie localisée régie par une circulation spéciale. On pourra donc observer les différences notables, suivant l'état de réplétion plus ou moins considérable du système porte, suivant le degré plus ou moins notable de l'ascite au moment où est institué le régime de déchloruration.

Il est en tout cas intéressant de montrer, comme viennent de le faire MM. Achard et Paissseau, les effets bienfaisants que peut avoir sur la marche de l'ascite cirrhotique le régime déchloruré.

(La Presse Méd.)

—: o :—

Thérapeutique et Mat, Médicale

ACTION DU SERUM DE TRUNECEK SUR LE RHUMATISME.

—Trunecek le premier, signale les bons effets que les injections sous-cutanées de ce sérum exercent sur les lésions articulaires chroniques de nature rhumatismale. C'est dans le cours des expériences qu'il a faites sur le traitement de l'artériosclérose qu'il a eu l'occasion d'observer cette action thérapeutique du sérum inorganique.

Le docteur Alayrac a consacré sa thèse inaugurale à l'étude du traitement du rhumatisme hémorragique par ces mêmes injections. Les observations consignées dans ce travail montrent que l'on a dans les injections hypodermiques des 1 à 5 cc. de sérum de Trunecek le moyen le plus rapide pour arriver à la guérison des arthropathies gonococci-ques.

L'amendement de la maladie, la diminution surtout des phénomènes douloureux, s'observe parfois dès la première injection, et le plus souvent il suffit de 10 à 15 injections, à raison d'une par jour pour obtenir la guérison.

Le docteur Léopold Lévy (de Paris) signale de son côté l'influence heureuse du même sérum administré en lavements chez des malades atteints d'affections rhumatismales ou blennorragiques. Il semble donc que la thérapeutique trouve dans ce sérum un agent précieux dont l'emploi est à recommander surtout chez les malades où la douleur et les phénomènes nerveux semblent prédominer.

(Sem. Méd.)

—: o :—

CONTRE LES AMERS.

Huchard ne veut plus des amers pour combattre l'anorexie. Dans une macération amère, l'eau seule agit pour augmenter l'acide chlorhydrique de l'estomac, le suc gastrique ; les amers ne font que donner l'illusion de la faim. Un alcalin peu de temps avant le repas est bien plus apéritif. Soit phosphate neutre de soude, 12 gr., bicarbonate de soude 6 gr. pour 50 cachets; un cachet demi-heure avant le repas.

L'acide chlorhydrique, comme eupeptique, est donné le plus ordinairement à trop haute dose; il ne faut lui reconnaître qu'une action de présence. On peut, par exemple, pour activer la digestion, donner à la fin du repas un verre de madère lu mélange suivant : eau distillée 450, acide chlorhydrique 0.5, liqueur de curacao 50.

(Bulletin de thérap.)

—: o :—

ETUDE SUR LA VALEUR THERAPEUTIQUE DU CACODYLATE DE SOUDE DANS LE TRAITEMENT DES PHOSPHATURIES

Par M. le Dr. H. Lefebvre.

Des recherches entreprises par M. Henri Lefebvre qui en a fait le sujet de sa thèse (Thèse, Lille, 1903), il résulte que : Le cacodylate de soude a une efficacité incontestable dans le traitement des phosphaturies, quand il est administré per os ou par la voie sous-cutanée, aux doses quotidiennes de 0,03 à 0,15 centigrammes.

Son efficacité n'est pas la même dans toutes les formes de phosphaturie, et l'auteur conclut :

Que le cacodylate de soude réussit presque constamment dans le traitement des phosphaturies dues au diabète sucré et le rachitisme.

Que le cacodylate de soude a une action inconsistante dans le traitement des phosphaturies pré-tuberculeuses.

Que le cacodylate de soude échoue dans le traitement des phosphaturies tuberculeuses, nerveuses et dyspeptiques.

L'administration du cacodylate de soude per os réussit tout aussi bien contre les phosphaturies que l'injection sous-cutanée.

La médication cacodylique per os et aux doses quotidiennes de 0,03 à 0,10 centigr. doit être continuée sans interruption jusqu'à la suppression de la phosphaturie, et, à partir de ce moment, il est utile d'instituer la médication périodique : 15 jours de traitement suivis de 15 jours de repos.

(Gaz. Médicale de Paris.)

PEDIATRIE

INDICATIONS RESPECTIVES DU TUBAGE DU LARYNX ET DE LA TRACHEOTOMIE DANS LE CROUP.

La supériorité du tubage sur la trachéotomie est admise actuellement par tous les médecins d'enfants. Cette supériorité s'explique par l'effet des injections de sérum qui, en débarrassant en un jour ou deux le larynx des fausses membranes qui s'y sont développées, ne demande à la thérapeutique chirurgicale d'assurer la perméabilité de cet organe que pendant un temps relativement court. Le tubage pratiqué dans ces conditions de courte durée, n'est dangereux ni comme opération, ni comme suites. Mais dans certains cas, il ne donne que d'assez médiocres résultats. Quels sont ces cas et quelles ressources la trachéotomie nous donne-t-elle alors ?

Dans le cas de trachéite ou de trachéo-bronchite diphtérique, le tubage est insuffisant; il faut alors tenter la trachéotomie qui ne donne pas d'ailleurs des résultats bien meilleurs. Il en est de même dans les cas de grosses angines avec obstruction nasale et gonflement de la muqueuse pharyngée; cette muqueuse est trop malade pour supporter facilement la présence du tube et celui-ci peut s'obstruer.

Dans le cas de mort apparente, tout dépend de l'habileté de l'opérateur; s'il est très expert en tubage, il le pratiquera, sinon il fera d'emblée la trachéotomie.

Dans les croups associés à la rougeole, il faut distinguer deux cas: 1. Les laryngites pré-rubéoliques, où l'élément spasmodique domine et où le tubage bien fait et peu prolongé donne d'excellents résultats et 2. les laryngites post-éruptives, compliquées souvent de lésions laryngées plus ou moins profondes et où il est préférable de faire la trachéotomie.

Les deux interventions peuvent d'ailleurs se prêter un mutuel appui dans deux circonstances analogues: le tubage permet le décanallement chez les enfants qui ne peuvent se passer de leur tube, de même que la trachéotomie vient au secours des enfants qui ne savent plus respirer sans tube. Les deux opérations ont donc chacune leur raison d'être. Mais, les quelques exceptions précédentes mises à

part, c'est le tubage qui l'emporte dans la thérapeutique du croup et c'est toujours à lui qu'on doit avoir recours.

(Arch. de Méd. et Chir. Spéc.)

DE L'ENTERO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE INFANTILE.

Par M. le Dr. Giffard.

Cette affection est grave chez les jeunes enfants à cause des poussées infectieuses qui l'accompagnent. Mais en dépit de ses allures effrayantes elle guérit en général, si l'on a soin surtout d'instituer un traitement approprié.

Dans les poussées aiguës, le traitement sera avant tout hydyrique : de l'eau, pas autre chose. On peut employer une eau peu minéralisée, telle que l'eau d'Evian ou bien de l'eau filtrée tout simplement. En plus on prescrira à jeun, tous les quelques jours, un cachet de calomel (0,10) et des lavages d'intestin sous faible pression (boc à 30 centimètres de hauteur, 1-2 litre d'eau de guimauve). Les lavages d'intestin seront continués tant que persistera la fétilité des selles; celle-ci disparue on les cessera et la constipation sera combattue par de simples lavements ou des laxatifs légers (huile de ricin, magnésie calcinée). Certains médecins donnent volontiers un peu de sulfate de soude dans les poussées infectieuses, mais l'usage de sels purgatifs ne peut être que passager, leur usage prolongé amènerait en effet une irritation intestinale avec la constipation opiniâtre du début. Les lavements huileux réussissent également bien (200 gr. d'huile d'olive). On peut aussi réduire la quantité d'huile donnée en lavement et l'enfant la gardera le plus longtemps possible : dans la partie inférieure du gros intestin, l'huile protège la muqueuse contre les scybales indurées; dans la partie supérieure, elle se décompose en glycérine et en acides gras et acquiert des propriétés laxatives.

Lorsque l'enfant recommencera à s'alimenter, on remplacera dans la seconde enfance le lait, qui est souvent mal supporté, par des bouillies à l'eau (gruau, orge, etc.), trois, quatre, cinq de ces potages par jour. Dans l'intervalle, eau d'Evian. Les douleurs seront calmées par des cataplasmes chauds ou des bains tièdes de dix minutes, à 35 d. (trois bains par jour). Peu à peu on augmentera la ration alimentaire, autant que possible en évitant le lait : potages à l'eau, purées de légumes secs, poissons frais, œufs, crèmes. Toutes les semaines : calomel (0,10) et la belladone (V à X gouttes de teinture), aura le double avantage de favoriser les selles en calmant la douleur.

Dans la première enfance, après avoir interrompu l'alimentation par le lait pendant vingt-quatre heures environ, on recommencera progressivement par quelques cuillerées; on veillera évidemment à ce que les tétées soient régulières ou le lait stérilisé. Si le lait est encore mal supporté, les bouillies claires à l'eau seront prescrites pendant quelques jours.

La convalescence établie, si la maladie traîne en longueur, deux stations d'eaux conviennent aux petits malades : Plombières est surtout indiqué pour les petits nerveux et Châtel-Guyon pour les petits arthritiques.

(Thèse de Paris.)

— o o : —

TECHNIQUE DE LA DESINFECTIION DU VAGIN.

La désinfection du vagin constitue le temps préliminaire non seulement de toute intervention sur ce conduit, mais aussi de toutes les opérations qui se pratiquent sur l'utérus. Aussi son importance n'a-t-elle point besoin d'être démontrée. Ce qui est plus discuté, c'est sa possibilité; nous entendons la possibilité d'une désinfection sinon absolue, au sens bactériologique du mot, — idéal qui n'a pas encore atteint pour les tissus, — du moins une désinfection chirurgicale, aussi parfaite que celle que nous obtenons, par exemple, pour la peau des opérés et les mains des opérateurs. Or cette désinfection chirurgicale parfaite du vagin est possible; le tout est de savoir la faire. A cet égard, nous croyons bon de signaler ici la technique excellente employée par M. Routier, — et, croyons-nous, sauf quelques variantes, par un grand nombre de chirurgiens et gynécologues français, — telle que nous la trouvons décrite dans la thèse de son élève Audard (Thèse, Paris 1903).

Le mont de Vénus et la vulve ont été rasés la veille de l'opération et recouverts d'un pansement humide, ou bien ils le sont extemporanément, quand la malade est déjà anesthésiée. Au moment où il va être procédé à l'opération, ils sont largement et longtemps savonnés, puis brossés avec une brosse dure ordinaire.

Le vagin, à son tour, est savonné et frotté, soit avec une brosse plus petite et moins dure que celle qui a servi à la désinfection de la vulve, soit avec l'index de la main droite recouvert et entouré de l'extrémité d'une compresse stérilisée. La brosse ou le bout de l'index doit parcourir successivement et attentivement les quatre culs-de-sac du vagin et insister sur le nettoyage de ces régions, lequel constitue la partie délicate de cette préparation. A ce moment, on projette, à l'aide d'une canule reliée à un laveur par un tube de caoutchouc, une solution antiseptique ou simplement de l'eau bouillie, d'abord sur les parties génitales externes, puis dans l'intérieur du vagin, pour enlever ce qui y reste de savon. Deux doigts introduits dans le vagin doivent faciliter le chemin de la canule et faire pénétrer l'eau partout. Ensuite, l'opérateur écarte avec les deux mains les petites lèvres, et un aide fait couler une certaine quantité d'éther dans le vagin. L'opérateur doit encore veiller à ce que ce liquide diffuse bien dans tous les replis de la cavité vaginale. Il agit de même avec les solutions de permanganate de potasse et de bisulfite de soude, avec l'alcool que l'infirmière verse encore successivement dans le vagin. Il atteint ainsi aisément son but, qui est la désinfection absolue (nous avons dit dans

quel sens il fallait entendre ce mot) du conduit vaginal à l'aide de ses seuls index et médius qui peuvent arriver dans tous les recoins.

Ajoutons, pour terminer, qu'une fois que le vagin a été passé à l'alcool, on peut faire une dernière injection vaginale d'eau bouillie dans le but de prévenir la cuisson des parties génitales dont se plaignent un certain nombre de malades dès qu'elles sont réveillées.

(La Presse Médicale.)

— : o : —

INJECTIONS VAGINALES EN OBSTETRIQUE, GYNECOLOGIE, HYGIENE

Par M. le Dr. Lucas Championnière.

L'auteur proteste contre leur emploi abusif; dans un accouchement normal, lorsque la plaie utérine et le vagin ont été bien purifiés, elles n'ont aucune raison d'emploi. Les pertes blanches ordinaires ne sont pas septiques; elles résultent seulement d'une congestion utérine. Quelques scarifications du col, quelquefois l'iodure de potassium suffisent à les faire disparaître. L'injection vaginale antiseptique sans objet est irritante, plus ou moins traumatique, peut souvent être infectante.

Pendant la grossesse, l'injection vaginale pourrait être abortive. Au moment de l'accouchement, l'auteur admet à la rigueur une seule injection phéniquée forte (phénol absolu 50, glycérine 50, eau bouillie 1 litre), peu abondante, un quart de litre à un demi-litre. Il faut se dire que les substances albuminoïdes, que renferment la sécrétion vaginale, protègent les tissus. Pour rendre l'injection phéniquée plus douce, dans la formule ci-dessus, la proportion de glycérine peut être doublée. Après des manœuvres intra-utérines la canule peut être placée dans l'utérus..

Il importe de protéger la vulve avec une compresse bien essorée d'eau phéniquée. Après l'accouchement, ni accoucheur, ni garde, ne doivent toucher l'accouchée.

L'auteur repousse l'injection de sublimé, même à 1 : 4000, dont l'action antiseptique est annihilée par les albuminoïdes vaginaux; l'acide borique est une plaisanterie; l'acide phénique, l'eau oxygénée à 10 à 12 volumes, ont seuls quelque valeur antiseptique.

En gynécologie, l'auteur ne critique pas moins, qu'en obstétrique, l'abus des injections vaginales, leur abondance (deux à trois fois par jour, jusqu'à 10 litres chaque fois); les plexus nerveux sont incessamment irrités. L'auteur accepte les solutions phéniquées, l'eau oxygénée à trois ou quatre volumes, le permanganate de potasse à 1 : 2000, les alcalins, les astringents (camomille, feuilles de noyer, écorce de chêne), le tannin 1 à 3 gr. par litre associé à 5 à 10 gr. de borax.

Il importe de proscrire l'injection vaginale de l'hygiène de la femme saine, elle est un obstacle à l'imprégnation, peut être abortive. Contre les pertes blanches, il faut se contenter des injections alcalines pour combattre l'acidité et même les sus-

pendre, si la femme est stérile, un certain temps avant les règles, un certain temps après.

L'injection doit être faite non en position assise sur le bidet, mais en position couchée, être au plus d'un litre et demi, être faite avec lenteur; le décubitus doit être gardé un quart d'heure, la canule ne doit être perforée que latéralement. Règle générale, une injection par jour est plus que suffisante; il faut les cesser dès que l'écoulement a diminué. S'il n'y a pas d'indication spéciale, la température de l'injection doit être celle du corps. L'injection vaginale devrait être médicale, jamais simplement hygiénique.

(Presse Méd.)

HYGIÈNE

DU SURMENAGE PHYSIQUE DANS L'ÉCLOSION DES PSYCHOSES DE PUBERTÉ.

Par M. le Dr Leteisen.

Les psychoses de la puberté ne présentent pas une entité morbide avec sa symptomatologie propre; le développement pubéral communique seulement aux psychoses développées à cette époque une empreinte particulière.

L'hérédité et l'évolution pubérale prédisposent à l'éclosion des psychoses. Les enfants qui travaillent, qui sont presque toujours enfants de travailleurs, présentent, par leurs tares héréditaires et mauvaises conditions hygiéniques de la vie et du travail, un terrain particulièrement prédisposé au développement des psychoses.

Le travail musculaire prolongé fatigue le système nerveux central et l'intoxique, par suite de l'élimination par les muscles en état de contraction, des toxines qui ont une prédilection pour le système nerveux central.

Chez l'enfant et l'adolescent le travail musculaire est surajouté à l'énorme travail physiologique produit par l'organisme à l'effet de croissance.

Le système nerveux central étant épuisé chez le pubère par suite du surmenage physique, les psychonévroses s'installent sous de différents aspects et degrés.

(Thèse de Paris.)

HYGIÈNE DES ÉCOLES.

Chargé d'un rapport sur le but de l'inspection médicale et hygiénique des écoles publiques et privées et sur l'organisation de cette inspection, M. Mosny arrive aux conclusions suivantes :

A. L'école, ayant pour but d'accroître la valeur sociale de l'individu par la culture raisonnée des facultés physiques, intellectuelles et morales de l'enfant, on doit comprendre sous la dénomination

d'inspection médicale et hygiénique des écoles, tout ce qui concerne la santé des écoliers, non pas seulement au sens étroit de leur préservation contre les maladies transmissibles, mais au sens beaucoup plus large de leur culture physique intégrale et de l'adaptation de leur culture intellectuelle à la capacité physique de chacun d'eux.

B. L'inspection médicale et hygiénique des écoles acquiert, dans la science de l'éducation, une importance capitale; elle en constitue la base même, puisqu'elle est la condition primordiale et nécessaire de l'efficacité de la culture intellectuelle de l'enfant.

C. L'inspection médicale et hygiénique des écoles doit donc comporter : 1. la surveillance de la salubrité des locaux scolaires; 2. la prophylaxie des maladies transmissibles; 3. le contrôle périodique et fréquent du fonctionnement normal des organes et de la croissance régulière de l'organisme physique et des facultés intellectuelles de l'enfant; 4. la culture rationnelle de son organisme physique; 5. l'adaptation de la culture des facultés intellectuelles à la capacité physique individuelle; 6. l'instruction et l'éducation sanitaires de l'enfant.

D. La compétence du personnel chargé de la surveillance sanitaire des écoles est la condition capitale de l'efficacité de son institution.

Cette surveillance sanitaire doit donc être, en principe, confiée au médecin.

Ce médecin devra posséder une compétence spéciale sur toutes les questions ou les sciences afférentes à la surveillance sanitaire des écoles et, en particulier, sur tout ce qui concerne la culture physique de l'enfant et ses rapports avec la culture intellectuelle.

M. Chauvin recommande l'étude statistique des maladies transmissibles dans les milieux scolaires. Pour lui, les médecins-inspecteurs des écoles doivent pouvoir correspondre directement avec les autorités compétentes en matière d'hygiène. Ils établiront un dossier médical sur chacun de leurs élèves et s'occuperont, d'une façon générale, de tout ce qui touche l'hygiène scolaire (épidémies, vaccinations, programmes d'études, etc.) M. Axel Host (de Christiania) propose la création de médecins scolaires. M. Loquer (de Francfort-sur-Mein) arrive à des conclusions analogues.

Le Congrès adopte la plupart des conclusions de M. Mosny.

BOISSONS HYGIÉNIQUES MOUSSEUSES.

Voici la formule d'une boisson fermentée, donnée par M. Laôesse, simple à exécuter et qui donne un petit champagne ne titrant pas plus de 1. p. 100 très agréable au palais et en même temps douée des propriétés rafraîchissantes et stimulantes de l'acide carbonique.

Prenez un petit fût de 60 litres environ, élargissez-en l'ouverture de la bonde de façon à en faire un orifice ayant environ 10 centimètres de diamètre; vous remplissez d'eau en laissant cependant place à environ deux litres de liquide. Ajoutez un demi-litre à peine de bon vinaigre. D'autre part,

vous placez dans un carré de mousseline ou de gaz en les mélangeant, 1 kilogr. 750 de sucre cristallisé et 40 grammes de fleurs sèches de sureau. Faites en un nout que vous introduisez dans le fût et que vous suspendez de façon à le maintenir totalement baigné, mais seulement dans la partie supérieure du liquide.

Au bout de cinq à six jours, retirez le nouet, agitez le liquide avec un bâton ; laissez reposer un jour et mettez en bouteilles. Il faut avoir soin de laisser les bouteilles debout.

Suivant la température, la fermentation s'établit assez vite et ferait casser les bouteilles si elles étaient couchées.

Il faut en moyenne attendre huit jours, après sa mise en bouteille, pour que la fermentation soit complète, et que la boisson soit par conséquent bonne à consommer.

Ainsi donc, en résumé, il faut par 10 litres en chiffres ronds :

Sucre cristallisé..... 300 gram.
Fleurs sèches de sureau..... 7 "
Vinaigre de vin..... 75 "

Cette boisson, outre sa qualité, a l'immense avantage de revenir à moins de 0 fr. 04 c. le litre.

(Bulletin de thérap.)

FORMULAIRE

CONTRE LES COLIQUES UTERINES.

(Lutaud).

Sirop de grande consoude..... 30 gram.
Eau de fleurs d'orange..... 30 "
Teinture de digitale..... 10 "
Teinture de cannelle..... 15 "
Extrait de ratanhia..... 4 "
Ergotine..... 1 "
Extrait thébaïque . 0. 10 \$

M.

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures, jusqu'à cessation des coliques.

NECROLOGIE.

FEU LE DOCTEUR JULES PREVOST.

C'est avec un vif chagrin que nous apprenons la mort du docteur Jules-Edouard Prevost, père de notre distingué collaborateur le docteur Coyteux-Prevost, d'Ottawa. Au docteur Coyteux-Prevost, et aux membres de la famille nous offrons nos sincères et amicales condoléances à l'occasion de cette perte douloureuse qu'ils viennent de subir.

Le docteur Jules Prevost est mort le 7 de décembre à l'âge de 75 ans.

Connu et estimé de tous ses confrères du nord,

le docteur Prevost était universellement respecté par toute la profession médicale.



DR. JULES PREVOST

Il est né à Sainte-Anne-des-Plaines le 8 novembre 1828. Elève du Collège de Montréal, il fit ses études médicales à l'Ecole Victoria et à l'âge de 20 ans, en 1849, il était admis à la pratique.

Cette précocité et cet amour du travail ont imprimé leur cachet à toute cette belle carrière médicale d'au-delà d'un demi-siècle. Il était le médecin de campagne respecté et aimé de tous, faisant bénéficier de ses talents et des progrès de la science tous ses nombreux clients. Aussi ceux-ci surtout ressentent-ils vivement la perte de ce digne et charitable vieillard.

La dépouille mortelle a été inhumée à Saint-Jérôme.

NOUVELLES

Mariages:

— Samedi dernier, à la chapelle du Sacré-Cœur, église Notre-Dame, de cette ville, M. le Dr Fred. Pelletier conduisait à l'autel Mademoiselle Hélène Bernard, de Saint-Lambert.

La bénédiction nuptiale a été donnée par M. le curé Troie.

L'heureux couple est parti pour un voyage à New York.

Naissances.

— A Beauport, le 6 décembre, l'épouse de M. le Dr. Jos. Lachance, un fils.

Nécrologie.

— A St-Hyacinthe, le 29 courant, à l'âge de 10 ans et 11 mois, Maria Laetitia Jeanne, enfant bien-aimée de M. le Dr Gaspard Turcotte.

— A Saint-Césaire, le 11 du courant, à l'âge de 12 ans et 6 mois, Paul-Emile, fils unique de M. le Dr. C. A. Bernard.

— En cette ville, le 12 de ce mois, à l'âge de 9 jours, Joseph, Paul, Gérard, enfant de M. le Dr. F. Labadie.

SUPPLEMENT

LE MEDECIN MODERN-STYLE. — L'ECOLE PASTORIENNE. — MORT LAMENTABLE D'EDWIGE. — RABELAIS ET LE BON SENS GAULOIS.

Par M. le Dr. H. Lecuyer.

Je disais dernièrement que les médecins ne sont pas gais, auhourd'hui! ah! non, tant s'en faut. La grrrrrande école pastorienne voudrait que le médecin passât une grande partie de sa vie, l'œil cloué sur son microscope pour examiner les nombreuses cultures intensives dans les bouillons parfaitement stérilisés, de bacilles, bactéries, streptocoques généralement quelconques, et puis inoculent, comme le disait dernièrement avec humeur dans ce journal, le Dr. Boucher, la vaccine prise sur les génisses, le sérum de la diphtérie tiré du sang des vieilles rosses, le virus antirabique tiré de la moelle des chiens, et bientôt un liquide préventif de la syphilis tiré d'une vieille guénon!

Nous venons d'apprendre que cette guénon, la gentille Edwige (quel nom poétique!) n'a pas attendu la fin des expériences de Metchnikoff, son savant patron, et qu'elle vient de mourir, non pas des suites des inoculations syphilitiques, mais des suites d'une affection suraiguë communiquée par un autre singe non anthropoïde, réfractaire à la syphilis. Qu'est-ce que cela veut dire? Pauvre Edwige, versons un pleur et que les dieux immortels consolent Metchnikoff: "Les vrais hommes de progrès, disait Renan, sont ceux qui ont pour point de départ un respect profond du passé."

Or, pour cette néfaste école pastorienne, suivie et exagérée encore par ses disciples dans le monde entier, la vraie médecine, la seule, l'unique, celle qui n'est pas au coin du quai, commence à Pasteur qui n'était pas médecin!

Ce serait risible, si ce n'était profondément triste! Et la clinique que devient-elle dans tout cela? Il faut malheureusement toujours en venir là. Pasteur est dieu et ses disciples sont ses prophètes; Roux, Chamberlain, Calmette, avec sa cavalerie immunisée avec le venin du cobra; Yersin avec son cocco-bacille du bubon pesteux: (ah! le joli coco!) qu'il inocule aux rats, aux souris, et aussi aux chevaux; Koch avec sa tuberculine qui a fait long feu; Nicolaïer et Brieger qui trouvent dans la culture du bacille tétanique, la tétanie, la tétanotoxine et la spasmo toxine qui détermine du ptyalisme (cela ne rappelle-t-il pas M. Purgon?); Marmorek, Parodlovsky, Maksutoff, Metchnikoff, l'homme aux guénons syphilitisées, etc., etc.

Avez-vous remarqué que dans tous ces noms vous ne trouvez pas d'Anglais? C'est qu'ils sont plus pratiques que nous, qu'ils ont des règlements de police sanitaire bien suivis et que par conséquent leur hygiène est meilleure. Ils n'ont aucunement senti le besoin de devenir pastoriens. — On trouve quelques Allemands, mais surtout des Russes qui

ont suivi les Français; c'est un des bienfaits de l'alliance franco-russe!

Ces savants médecins, cherchant la guérison des maladies dans leurs fameux sérums préventifs, me font l'effet, comme dirait Rabelais, de ces gens qui "affustent leurs besicles comme les coquins de vilage fougent et escharbottent la m... des petits enfants en la saison des cerisès, pour trouver les noyaux. "Le malheur, c'est qu'ils ne trouvent pas les noyaux, c'est-à-dire la guérison;

Rabelais, que l'on ne saurait trop citer pour son bon sens bien gaulois, se faisait du médecin une idée conforme à celle d'Hippocrate. Il voulait avec le père de la médecine que le médecin fût d'abord un homme bien élevé, propre dans ces vêtements, et sur toute sa personne jusqu'aux ongles inclusivement; il n'était pas question d'antiseptisme à cette époque, et il n'aurait pas dit qui, n'y a qu'à Paris où on sait bien nettoyer ses ongles. Il voulait même, ce bon curé de Meudon, que le médecin fût aussi soigneux de sa tenue et de sa mise que s'il avait à jouer un rôle d'amoureux dans une comédie. Le médecin devait avoir aussi: "la face joyeuse, serene, gracieuse, ouverte, plaisante, afin de resjouir le malade".

Lisez, chers confrères, le prologue du quatrième livre dédié au cardinal Odet de Chastillon, il en mérite la peine, et il est rempli de bons conseils que je vous engage à suivre.

Rabelais était gai, et avait du succès.

Un certain Louis Rouzeau dit: "Je dois de la reconnaissance à cet homme, car sa conversation m'a délivré plus d'une fois de ma mélancolie par une cure rapide et délicieuse."

Un autre, Suzanneau Hubert, raconte qu'ayant une maladie de langueur, les remèdes ne pouvaient rien pour le guérir quand le cher docteur, par sa seule présence, lui a rendu la force et la sérénité.

Il s'en rendait bien compte, car dans ce même prologue nous voyons qu'il était journellement requis et importuné pour la continuation des mythologies pantagruéliques, alléguant que "plusieurs gens, langoureux, malades, avaient à la lecture d'icelles trompé leurs ennuis, temps joyeusement passé et reçu, allégresse et consolation nouvelle; qu'il les avait composées "paresbat" ne prétendant par là "gloire ni louange", mais pour les malades absents afin de leur donner le peu de soulagement que son art essaie de donner à ceux qui sont présents."

Molière qui a emprunté pas mal de choses à Rabelais fait dire à Sganarelle dans le Médecin malgré lui: Lorsque le médecin fait rire le malade, c'est le meilleur signe du monde! Et il avait raison.

Croyez-vous qu'il fait rire son malade, le médecin qui arrive vous faire des injections de toxines, d'antitoxines, de sérums antistreptococcique, antidiptérique, antipesteux, bientôt antisyphilitiques, tous ces liquides provenant de tous les animaux de la création rendus malades?

(A Suivre.)

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Enfin, tu es mère de cet enfant, la loi doit te donner des droits, il me semble.

—Je viens d'aller chez M. Garrington, le vieil avocat de la famille, et il m'a dit que mon mari avait le droit de diriger l'éducation de son enfant.

—Alors? fit Lady Clardy, que nous restet-il à faire?

—Je ne sais, lui répondit Florence, mais devrais-je commettre un acte de folie, je vous jure que mon enfant ne me sera pas ravi.

—Et comment vous y prendrez-vous? dit la voix d'un homme qui se tenait à la porte du salon.

Les deux femmes se retournèrent en poussant un cri.

Devant elles se trouvait Lord Clarence Dallshire.

III.

—Nous conspirons donc, mesdames? fit le gentleman en avançant vers le centre du salon. J'espère que ma présence ne vous est pas trop désagréable, votre conversation m'intéresse beaucoup, d'autant plus que j'en suis l'objet.

—Depuis quand Lord Dallshire écoute-t-il aux portes? fit Lady Clardy en dévisageant son gendre.

—Je n'ai pas à me disculper, madame, je suis seul juge de mes actions et j'entends agir suivant mon bon vouloir.

Je viens chercher Lady Dallshire, ma femme, ceci est, je crois, une chose toute naturelle.

—C'est-à-dire que vous venez la chercher pour la conduire de nouveau en sa prison, pour la séquestrer et lui faire subir les traitements que votre esprit pervers et votre méchant cœur vous inspirent!

—Madame!

—Non seulement vous rendez la vie impossible à votre femme, mais encore vous lui arrachez sa dernière consolation, son fils.

—Je vous répète, madame, fit Dallshire, en modérant avec peine son impatience; que

je n'ai aucun compte à vous rendre et que je suis le maître chez moi.

—Oh! je sais, répondit Lady Clardy, le maître de faire souffrir, mais sachez, monsieur, que si Florence est votre femme elle n'en est pas moins mon enfant et je ne permettrai pas davantage que vous fassiez d'elle une martyre.

Dallshire regarda un instant sa belle-mère, puis se tournant vers sa femme:

—Madame, vous savez que je n'aime pas les discussions, veuillez donc me suivre immédiatement.

—Vous n'avez donc pas de pitié, dit Florence en sanglotant.

—Cette comédie a assez duré, essuyez vos larmes et venez, la voiture est en bas qui nous attend.

—Ma mère, s'écria Florence en tendant les bras vers Lady Clardy.

—Vas ma fille, suit cet homme puisqu'il l'exige, mais ta mère n'en veillera pas moins sur toi et sur ton enfant.

—Je suis heureux de constater cette modération, dit Dallshire en saluant ironiquement Lady Clardy.

Lorsque sa fille et son gendre eurent quittés la maison, la vieille dame se mit à réfléchir sur les moyens à employer pour sauvegarder les intérêts de Florence. Mais elle s'arrêta en vain sur quelques projets, mais elle dut les abandonner presque aussitôt.

—Si j'allais trouver M. Garrington, peut-être qu'à nous deux nous trouverions quelque chose.

Aussitôt Lady Clardy se fit habiller et monta dans un "cab" qui la conduisit chez le vieil avocat.

Tous deux discutèrent longtemps la situation.

—Il est impossible d'établir, dit l'avocat, que Lord Dallshire ne donne pas à sa femme le nécessaire à l'existence suivant sa position et suivant ses moyens.

—Et l'enfant? questionne Lady Clardy.

—Il a le droit de conduire et guider son éducation.

—Alors?

—Il ne nous reste qu'une chose à faire, Madame, établir que Lord Dallshire n'a pas une conduite convenant à un homme marié.

—Et comment pourrions-nous prouver?

—L'avenir nous donnera des indications; mais quant au présent, rien à faire.

—Alors il faut que je laisse ma fille subir le joug de ce tyran?

—Il faut patienter, Lady Clardy, la justice et le droit finiront toujours par prendre le dessus.

La mère de Florence quitta M. Garrington dans un état de surexcitation extrême.

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII

MERCREDI, 23 DÉCEMBRE, 1903

No. 26

Travaux Originaux

PERFORATIONS VISCÉRALES PATHOLOGIQUES ET TRAUMATIQUES (I.)

Par M. le Dr. William Jas. Derome, B. A.

L'intéressante discussion suscitée il y a quelques semaines à l'une des séances de la Société Médicale, par une déchirure intestinale, trouvaille d'autopsie, rapportée par M. le Dr. Alphonse Mercier, m'avait inspiré l'idée de publier les quelques observations de perforations viscérales pathologiques et traumatiques dont j'ai eu personnellement connaissance depuis mon entrée dans la profession.

De la conception de l'idée à sa mise à exécution il n'y avait qu'un pas, et d'avoir franchi ce pas, je le dois à une observation toute récente, qui figurera la dernière dans ces notes rassemblées à la hâte, mais qui nous fourniront l'avantage de mettre en regard l'abstention systématique et l'intervention immédiate en pareilles lésions.

L'asepsie et l'antisepsie qui ont tant contribué au succès de la chirurgie depuis un quart de siècle, semblent avoir changé la thérapeutique des perforations viscérales spontanées ou traumatiques, en général.—

Je procède par ordre chronologique :

I. Observation. Service de chirurgie Hôp. N.-D. — A l'automne de 1896 l'ambulance allait recueillir sur la rue Montcalm, un canadien français blessé mortellement au cours d'une rixe avec des italiens (ce malade occupait le lit No. 7 de la salle St-Joseph). A

part quelques blessures peu importantes, la victime portait dans l'hypochondre gauche au niveau des fausses côtes une plaie pénétrante, transversale par rapport aux côtes. Par cette blessure s'échappait un morceau d'épiploon assez considérable, et un peu de sang — le ventre est rétracté, le blessé n'a pas perdu connaissance, mais souffre dans le ventre. Toute intervention est rejetée, excepté la ligature et la résection de l'épiploon. Deux jours après, la mort survint et l'autopsie révéla une perforation de l'angle descendant du colon transverse — sans aucune tendance à accolement, peu ou point d'arborisations péritonitiques, un peu de suintement dans le petit bassin, mais absence d'épanchement stercoral. L'arme meurtrière retrouvée, était une grosse lime dont les bords avaient été aplatis et l'extrémité effilée et aiguisée en poignard.

Il faut dire en passant que le diagnostic de perforation ne fut pas fait dans ce cas, d'une manière positive, bien qu'il fut tout-à-fait permis d'y penser.

Traitement: Glace, opium.

II. Observation. — (Clinique, Hôtel-Dieu, Paris). Cette observation nous transporte à l'Hotel Dieu de Paris, dans le service de M. le Prof. Dieulafoy, C'est au cours de l'année 1897-98. — Un jeune homme est transporté mourant à l'Hôpital vers les 4-hrs. du matin. M. le Prof. Dieulafoy prévenu de bonne heure se rend à l'Hôpital, examine le malade et porte le diagnostic de perforation stomacale ou duodénale et prie son chef de service, M. Kann de prévenir le chirurgien et de faire faire l'opération immédiatement. Laissons parler le professeur. " L'homme,

(1) Lu à l'assemblée de la Société Médicale de Montréal, le 15 décembre 1903.

qui tout-à-coup, passé d'un état de santé très bon, à celui voisin de la mort, facies grippé, yeux caves, collapsus rapide, à la suite d'une douleur atroce, soudaine, dans le ventre, véritable "coup de poignard péritonéal, n'a pas d'appendicite ; cet homme a une perforation de l'estomac ou du duodénum."—Voilà les grandes lignes qui ont conduit le maître au diagnostic de perforation. — M. Cazin, chef de clinique de M. Duplay est appelé, en l'absence de ce dernier, à opérer d'urgence.

M. Cazin fait une laparatomie exploratrice et tombe sur un ulcér duodénal perforé, avec extravasation du contenu intestinal.—La suture immédiate faite, fut suivie d'une toilette soigneuse — guérison.

Permettez-moi de rendre hommage à M. le Professeur Dieulefoy et de dire ici que si j'ai pu depuis, en temps opportun, porter le diagnostic de perforations vicérales traumatiques ou pathologiques, je le dois à cette leçon clinique de l'Hôtel Dieu, dont le souvenir est encore vivace et le sera, j'aime à le croire, toute ma vie, tellement la voix éloquente et persuasive du Maître l'a gravée dans mes cellules cérébrales.

III. Observation. — (Service de Chirurgie Hôp. N.-Dame.) Au cours de l'été 1898, en traversant la salle St. Joseph, de l'Hôpital Notre-Dame, mon attention est attirée par l'interne de service, M. Chapdelaine, stationnant auprès du lit No. 9. Je m'approche et j'aperçois un fort gaillard dont la mine souffrante piqua ma curiosité ; j'apprends que la veille on l'avait ramassé sans connaissance sur la rue Notre-Dame, près de l'église Notre-Dame ; il venait d'être frappé par le timon d'un tombereau avec lequel il était venu en collision pendant qu'il pédalait à une allure assez rapide. J'examine légèrement ce jeune homme vigoureux, bien constitué, dont l'apparence moribonde ne me dit rien de bon—les yeux sont caves, le nez pincé, la respiration est pénible, tant il cherche à immobiliser les muscles de son abdomen, déjà très ballonné ; l'hypochondre gauche est plus tendu qu'ail-

rien n'est visible à l'extérieur, pas d'ecchymose, pas de marques rappelant la contusion reçue. Je demande quel diagnostic avait été fait, l'interne me dit, on pense qu'il a une lésion interne ; pas malin, ça, lui dis-je ; je crois bien qu'il a une lésion interne, une lésion interne qui va le faire mourir, l'autopsie nous laissera voir demain matin une perforation de l'estomac ou de l'intestin. Le malade succomba à sa "lésion interne" le jour même et l'autopsie révéla une déchirure de l'estomac, mesurant un pouce et quart.

Traitement : Glace et opium.

IV Observation. (Personnelle).—La personne à qui se rapporte la présente observation est âgée de 48 ans. Son bilan digestif est très chargé, surtout depuis 10 ans. Elle a eu 18 grossesses, dont 13 à terme. Femme par conséquent épuisée. Elle est sous mes soins depuis près d'un an pour troubles digestifs, épuisement, faiblesse. Le 30 déc. 1901, à 2 heures de l'après-midi, un message téléphonique m'appelle en toute hâte auprès de Madame X... Je la trouve étendue sur un lit, où l'on venait de la déposer quelques minutes avant mon arrivée. L'état de santé apparemment bon, il y a quelques heures, est maintenant voisin de celui de la mort : le facies est grippé, les yeux sont caves, la malade se plaint d'une douleur atroce à l'épigastre, et fait entendre des gémissements pénibles entrecoupés par des mouvements respiratoires hâletants, saccadés, et déjà un vomissement est survenu. Je fais détacher les hardes, je trouve un ventre rétracté, dur, un ventre ligneux, avec une zone de sensibilité exquise, située à droite de la ligne médiane, un peu au-dessus de l'ombilic. L'ensemble des symptômes me fait porter, sans hésiter, le diagnostic de perforation stomacale ou duodénale. Je fais part de la gravité du cas à la famille et je demande une consultation, lui laissant le choix du consultant. Environ une heure après, un chirurgien arrivait et posait le diagnostic hâtif de simple indigestion. Je ne pus m'empêcher de faire remarquer à mon confrère qu'il avait examiné la malade d'une manière super-

ficielle, et le pria de vouloir me donner, ainsi qu'à la malade, par un nouvel examen, plus minutieux, un peu plus de son temps précieux, et qu'après cela je discuterais volontiers le cas avec lui. Il se prêta à ceci d'assez bonne grâce, et nous tombons d'accord pour le diagnostic; restait le point thérapeutique. Je proposai l'intervention, appuyant ma proposition d'une remarque de M. le professeur Dieulafoy, que les opérations pratiquées dans les quatre heures qui suivent une perforation sont toujours ou presque toujours suivies de succès. "Je n'interviendrai pas," me dit-il, "la malade est trop faible, je prends sur moi toute la responsabilité du cas."

D'alimentaires, les vomissements devinrent bientôt muqueux, puis bilieux et enfin fécaloïdes. Au bout de vingt-quatre heures le ballonnement du ventre était extrême; les intestins ne fonctionoient pas du tout, pas même de vents; la malade avait du hoquet presque continuellement, la péritonite était déclarée, mais une péritonite localisée. La douleur, en effet, ne se généralisa à aucun moment de la maladie, à toute l'étendue de l'abdomen, elle resta cantonnée au siège initial de l'affection et ne tarda pas à laisser sentir un immense gâteau inflammatoire s'étendant à tout l'hypochondre droit jusqu'au dessous de l'ombilie.

Trois jours après la consultation, je rencontre sur la rue, le chirurgien qui fut appelé en consultation et qui s'informa de l'état de la malade. Je lui fis part de la marche de l'affection et lui dis que la malade faisait une péritonite localisée, qu'elle allait peut-être se tirer d'affaire. C'est ce qui arriva en effet. Si bien qu'au bout d'un mois, l'alimentation commençait à se faire, mais toujours péniblement du côté de la digestion intestinale — la malade entendait, et moi aussi, j'ai souvent entendu, du côté de l'hypochondre droit — un bruit argentin semblable à celui que fait l'eau, en traversant un tube dont le calibre aurait été subitement rétréci en un endroit quelconque. Ce bruit métallique persista pendant des mois. Dans la nuit du 10 mars,

1902, survint une attaque d'œdème aiguë du poulmon, que je ratachai naturellement à son affection gastro-intestinale. Une poussée fébrile, quelques jours plus tard, me permit de constater au cours d'un examen général, une zone de mattité dans le voisinage de l'ombilie, que j'attribuai à des lésions péritonitiques. Les choses se passèrent ainsi tant bien que mal, jusqu'au mois de septembre suivant, quand je fus appelé de nouveau, à la hâte, auprès de cette même personne, qui venait d'être subitement prise de vomissements à la suite d'une émotion. Cette fois je pensai à une simple indigestion; il y avait à peine deux heures qu'elle avait dîné. Je prescrivis un laxatif, qui fut gardé plusieurs heures, mais rendu le soir — pas de selles, pas même de vents. Un nouvel examen de l'abdomen me fit constater un gonflement de la région sus-ombilical, plus prononcé à l'hypochondre droit, par rapport au reste du ventre, et l'idée d'obstruction me traversa l'esprit. Au palper, toujours dans le voisinage de l'endroit où j'avais, neuf mois auparavant, constaté une perforation, je trouve une masse assez ferme, très matte, avec la zone de mattité péri-ombilicale, déjà signalée, un peu plus étendue. L'hypothèse d'un néoplasme, d'un gâteau tuberculeux, d'un volvulus, d'un entérolithe, fut successivement pesé et rejeté pour celui d'obstruction intestinale par brides inflammatoires péritonéales. Une nouvelle consultation, cette fois avec M. le Dr Parizeau, fut décidée, une intervention d'urgence fut proposée et acceptée. La laparatomie fut faite le même soir, 12 septembre. A l'ouverture de l'abdomen, les intestins parsemés d'arborisations vasculaires très prononcées font irruption dans le plan de section et sont difficilement maintenus de côté, tandis que M. le Dr Parizeau pousse une reconnaissance du côté de la masse dans l'hypochondre droit. Cette masse, difficilement libérée de ses adhérences très fermes, apparaît enfin dans l'incision: c'était le grand épiploon replié sur lui-même et intimement lié aux intestins par tout un treillis de brides inflammatoires. Ces brides, soigneusement dé-

faites, mettent à jour une cicatrice sur le duodénum : celle de la perforation du mois de décembre. Presqu'au même moment, un abcès enfoui dans un repli du mésentère s'ouvre spontanément et baigne la plaie abdominale d'un pus abondant, environ un demi-litre. Ce pus est soigneusement étanché et la cavité de l'abcès, une fois ouverte, permet de suivre un trajet fistuleux jusque dans le voisinage de la perforation. On procède alors à défaire les brides encerclant l'intestin, ceci terminé, le tout est suivi d'un grand lavage de la cavité abdominale avec du sérum artificiel et le ventre est refermé. Ce fut peine inutile, la malade succombait durant la nuit.

De cette observation il me semble vu'il est permis de tirer les conclusions suivantes :

1. Cette femme, qui a résisté à tous les dangers d'infection, de péritonite, de pyémie, pendant neuf mois, aurait sans doute supporté une laparotomie et une suture de la perforation qu'elle venait de faire, attendu que l'opération aurait pu être pratiquée dans les 4 premières heures.

2. Qu'il est permis à un médecin d'ignorer la chirurgie, mais qu'il n'est pas permis à un chirurgien d'ignorer la médecine.

V Observation. (Personnelle). — Lithiase biliaire — rupture spontanée des voies biliaires. — Opération. — Guérison.

Le 17 novembre, 1903, je suis appelé par mon confrère et ami, M. le Dr Roux, à voir Madame I..., âgée de 31 ans, mère de deux enfants, et présentement enceinte de trois mois. C'est avec la permission de M. Roux que je rapporte ce cas.

Madame I... fut subitement prise, la veille au soir, vers les 9 heures, d'une douleur atroce à l'épigastre, avec irradiation vers la région sous-clavière gauche, suivi d'un collapsus si prononcé que le prêtre fut appelé et les derniers sacrements furent administrés. Quelques heures après la malade eut un vomissement, mais pas de selles ni d'émissions gazeuses. Le médecin traitant, jugeant le cas très grave, passa toute la nuit auprès de cette malade. A mon arrivée le matin, vers les 9 heures, je

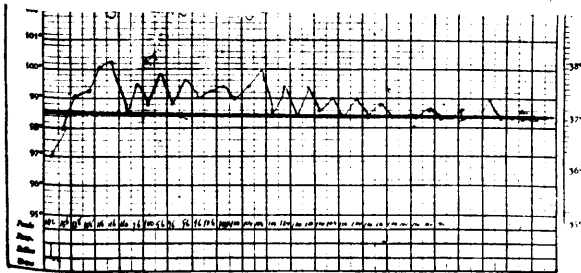
trouve la malade, à demi assise dans son lit, appuyée sur des oreillers, les genoux ramassés sur l'abdomen, le facies grippé, anxieux, les yeux caves, se plaignant misérablement, pouls 146, petit; température, 96 degrés 4 F. A l'inspection, l'abdomen est passablement distendu, le segment supérieur est sonore à la percussion et mat dans les flancs et les régions iliaques, signes d'épanchement, la palpation est douloureuse sur toute l'étendue de l'abdomen, mais la douleur est prononcée surtout dans l'hypochondre droit et dans la région appendiculaire; la défense musculaire est aussi manifeste du côté droit. La moindre palpation abdominale arrache des cris à la malade. Je lui demande de se contenir un instant et de m'indiquer les endroits les plus sensibles. C'est alors que j'ai pu parfaitement limiter une zone sensible s'étendant à tout le côté droit de l'abdomen, avec une hypersensibilité exquise dans la région sous-hépatogastrique, le moindre frôlement en cet endroit était aussi douloureux qu'une pression assez forte ailleurs. La malade ayant eu les symptômes de lithiase, je m'arrêtai au diagnostic de lithiase biliaire, et les symptômes de perforation s'étant manifestés en même temps que la crise lithiasique, je conclus à une rupture des voies biliaires et à cause des symptômes appendiculaires, j'ajoutai, appendicite probable. Le diagnostic se lisait donc: lithiase biliaire, avec rupture des voies biliaires, et appendicite probable.

Une intervention est aussitôt conseillée, mais rejetée. En prenant congé de la malade, je dis au Dr Roux d'insister sur l'importance d'une intervention, et dans le cas d'un refus persistant, d'appliquer de la glace, d'injecter de la morphine, et surtout de ne pas manquer de faire l'autopsie le lendemain matin.

M. le Dr Roux sût convaincre la famille, et la malade fut conduite, vers les midi, à l'Hôpital Notre-Dame, dans le service de M. le Dr O. F. Mercier. Après examen une laparotomie d'urgence fut décidée. Le Dr Mercier voulut faire une laparotomie médiane, et le Dr Roux fit la remarque très judicieuse, le Dr

Derome ayant fait un diagnostic portant sur le foie et l'appendice, l'incision médiane sera loin de l'une ou de l'autre de ces régions, il voudrait peut-être mieux commencer par l'appendice et remonter ensuite s'il y a lieu. C'est ce qui fut fait. L'incision classique est faite, l'appendice n'a rien, mais la bile s'écoule à flots, les intestins ne présentent aucune arborisation vasculaire, ni adhérence; un large drain à la gac iodoformée est placé et le ventre est refermé. Une nouvelle ouverture dans la région de la vésicule est ensuite faite, une irrigation avec du sérum artificiel entraîne la bile hors de la cavité, et le liquide soigneusement étanché, met à découvert une vésicule normalement distendue, par conséquent non rompue. Un examen plus minutieux permet de constater une rupture du cholédoque, enfouie dans un exsudat plastique fibrineux, une arborisation vasculaire marquée de toute la région et une adhérence prononcée entre l'épiploon et le péritoine pariétal. Le chirurgien ne trouve au palper aucune trace de calcul — la vésicule est néanmoins marsupialisée à la paroi abdominale et ouverte; un tube en verre est laissé dans la plaie, assurant ainsi le drainage abdominal. Par la fistule vésiculaire se sont échappés, depuis le jour de l'opération, des calculs au nombre de 39 (la fistule vésiculaire persiste encore) tous plus petits qu'un pois, avec facettes bien marquées sur quelques-uns.

Je vous soumetts la feuille de température depuis l'opération jusqu'à la date où la malade s'est levée.



Bien que pratiquée au moins 15 heures après la perforation, l'opération a été un succès. Les suites opératoires ont été des plus

bénignes. La malade mange bien, ne souffre plus, si ce n'est que du côté de la digestion, trouble qui peut-être se rattache à l'état grave, la grossesse, en effet, se continuant.

M. le Professeur Dieulafoy, dans une clinique assez récente, a insisté sur la co-existence fréquente de la cholécystite calculueuse et de l'appendicite. Comment donc expliquer l'absence d'infection appendiculaire, malgré la présence des symptômes pointant d'une manière non équivoque vers cette affection.

On connaît les relations intimes, la communication directe, qui existent entre la circulation portale et la circulation de l'ovaire droit, et par conséquent de la région péri-cœcale, ne pourrait-on pas songer à une communication du système nerveux entre ces deux régions, et de là, invoquer une action réflexe pour expliquer les symptômes appendiculaires que l'on rencontre presque toujours, sinon toujours, avec les cholécystites calculueuses, du moins c'est ainsi que je tenterais d'expliquer ce syndrome que j'ai toujours constaté chez les personnes que j'ai opérées pour lithiasie biliaire, et chez qui j'ai délibérément pratiqué une incision exploratrice, sans rien trouver d'apparent du côté de l'appendice. Il est vrai que l'appendice, dans ce cas, n'a pas été enlevé, et la possibilité d'une lésion interne, limitée à la muqueuse, reste toujours.

Conclusions : L'ensemble des symptômes mis en évidence au cours de ces observations, permet de faire un diagnostic presque positif, d'une lésion qui justifie parfaitement l'intervention.

Les suites opératoires de l'observation V, qui est peut-être unique, prouvent qu'une intervention même tardive ne doit pas être rejetée, bien que dans tous ces cas une opération d'urgence s'impose.

Le collapsus profond dans lequel on trouve presque toujours ces malades, ne contre-indique nullement la laparatomie.

Il faut intervenir immédiatement et ne pas attendre que le malade soit sous le coup d'une péritonite généralisée ou d'une stercorémie mortelle.

L'abstention, qu'on l'appelle armée ou non, est toujours plus à craindre que l'intervention.

372 rue Sherbrooke.

— o o : —

Coq-a-l'Ane

NOUVEAU PROCÉDÉ RAPIDE POUR IDENTIFIER LES POISONS VÉGÉTAUX DANS LES TISSUS ANIMAUX. — E. Di Mattei, de Catane, (*Riforma Medica*), a signalé le fait, l'an dernier, que l'on pouvait reconnaître certains poisons par les différences caractéristiques de leurs précipités après traitement par le réactif de Bouchardat (Iode, 10 p. c., iodure de potassium, 20 p. eau, 500 p.) L'auteur rapporte maintenant que les tissus d'animaux empoisonnés par des alcaloïdes végétaux présentent les mêmes réactions caractéristiques du précipité que les poisons seuls. La réponse de la réaction fut aussi positive pour des tissus d'animaux morts depuis cinq jours que pour ceux de cadavres frais. L'auteur digère le tissu dans de l'alcool pendant douze heures, ou dans de l'eau légèrement acidulée avec de l'acide tartrique; puis il filtre et il évapore l'alcool. Alors il ajoute de l'eau et précipite par le réactif de Bouchardat. Pour terminer, il isole l'alcaloïde du précipité, au moyen de l'eau de baryte, afin de constater son identité. Par cette technique, il est possible de retrouver un alcaloïde végétal dans les tissus, en dedans de deux jours. Cette réaction aura la plus haute portée au point de vue médico-légal.

SIGNES PRECOSES DE TUBERCULOSE. — Ceraulo (*Gazz. degli Osped.*) a noté au début de la tuberculose, sur onze cas, des palpitations sept fois et de la phosphaturie neuf fois.

LES ALIMENTS BREVETÉS EN CHIRURGIE. — S. B. Verme (*Mediz. Oboz.*) est convaincu que les aliments brevetés, somatose, sanotogène, tropan, etc., ne sont utiles qu'en autant qu'on les combine avec des graisses et des hydrocarbonés, vu qu'ils sont presque entièrement faits d'albumine. Les patients peuvent parfois ne les tolérer qu'en petites quantités insuffisantes. Il préfère le lait,

la crème, les œufs, l'alcool, le jus de viande, le sucre, etc. (J. A. M. A.)

NOUVEAU TRAITEMENT DU LUPUS. — A la clinique d'Unna, Dreuw (*Monat. f. Prac. Derm.*) a obtenu des résultats vraiment surprenants avec le traitement suivant: La surface malade est fortement congelée, à la glace, au moyen de chlorure d'éthyle, puis elle est cautérisée, en appuyant énergiquement, avec de Hcl pur. On frictionna jusqu'à ce que l'épiderme offre l'aspect d'une masse molle grisâtre.

L'ANESTHESIQUE A LA MODE. — Voulez-vous que je vous donne du gaz avant d'extraire votre dent, demande le dentiste?

— Eh bien, répond la belle des pays rustiques, si ça ne coûte pas plus cher, je préférerais que vous me donnassiez la lumière électrique. (Doctor's Factotum.)

COLORATION DU GONOCOQUE. — D'après Pappenheim (*Monat. f. Prakt. Derm.*) Coloration ordinaire: Une solution concentrée dans l'eau phéniquée à 5 pour cent de deux parties de vert de méthyle et de 1 à 3 parties de pyronine. On laisse agir trois à cinq minutes. Les noyaux sont bleu-verdâtre ou lilac et les gonocoques rouges. S'il faut plus de détails, l'auteur se sert de cette même coloration, combinée aux techniques de Neisser et de Steinscheider: 1. gentiane phéniquée; 2. solution de Lugol pendant trois minutes; 3. alcool de Nicolle, plus 1/5 d'acétone, pas moins d'une demi-minute et pas plus de deux ou trois; 4. orange G.; 5. buvard; 6. solution vert de méthyle et pyronine; 7. rincer; 8. sécher et monter. Les noyaux des cellules sont verts, l'oxyphileplasma des leucocytes neutrophiles, jaune, ainsi que les granulations éosinophiles; les granulations des mastzellen sont pourpres ou écarlates; le protoplasme des cellules épithéliales œillet et les lymphocytes rouge-pourpre, tandis que les gonocoques sont rouges et les bactéries résistant à l'iode sont bleu-foncé. (J. Am. M. A.)

NIRE.

— o o : —

Revue des journaux

MEDECINE

REMARQUES SUR LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par M. le professeur Adof Schmidt.

A. Schmidt, après quelques considérations sur la valeur de la séro-réaction d'Arloing et Courmont, et sur l'épreuve de la tuberculine de Koch pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, aborde l'étude de quelques points de l'examen des malades qui peuvent conduire à un diagnostic erroné.

Ces causes d'erreur sont les suivantes :

1. Modifications de la sonorité et du murmure vésiculaire au sommet du niveau du poumon, déterminées par une configuration irrégulière de la ceinture scapulaire. Ces anomalies sont, soit une scoliose légère, soit l'atrophie de certains muscles de la ceinture scapulaire, soit une surélévation congénitale de l'omoplate. Elles sont dans ces cas primitives et doivent être soigneusement distinguées de malformations à peu près semblables qui se développent consécutivement à la tuberculisation des sommets.

2. Hémorragies provenant de petites bronchectasies difficiles à reconnaître. Ces petites bronchectasies seraient plus fréquentes qu'on ne le croit ordinairement, et ne se tradiraient par aucun signe physique ni aucune atteinte de l'état général. Il n'y aurait qu'un peu d'expectoration le matin au réveil et parfois de petites hémoptysies.

3. Pseudo-râles et pseudo-frottements se produisant au niveau des bords du poumon. Ces bruits, sur lesquels Fr. Müller avait déjà insisté, se produisent surtout au niveau de la partie inférieure du poumon, mais aussi tout le sternum et même au sommet. Ils s'entendent surtout à la fin des premières inspirations profondes après que le sujet est resté au repos. Ils existent surtout chez les tabétiques, mais peuvent se rencontrer chez les individus dont le thorax est parfaitement normal.

A. Schmidt rapporte un certain nombre d'observations, où à la suite de ces différentes causes d'erreur, un diagnostic de tuberculose a été porté, pour le plus grand dommage matériel et moral des sujets, ainsi faussement incriminés.

(Dents. med. Wochens. et Gaz. des Hôp.)

buminuriques dont aucun régime n'avait pu faire disparaître l'albumine.

En présence des albuminuries minima variables, résidus d'une altération rénale causée par une maladie infectieuse, si le régime mixte ordinaire ne suffit pas à faire disparaître l'albumine, il convient de faire une cure de poisson très frais pendant trois ou quatre semaines. Puis si cette cure n'est pas suffisante, on y ajoutera l'usage quotidien de deux grands verres d'eau de Vichy en y adjoignant du bœuf ou du mouton.

Dans les cas d'albumine permanente minima on peut sans inconvénient autoriser l'usage du poisson très frais et on peut essayer l'usage de la viande rouge en ajoutant au régime deux grands verres d'eau de Vichy.

(Rev. de méd.)

CHIRURGIE

DE L'ANESTHÉSIE LOCALISÉE A LA COCAÏNE DANS LA CURE OPÉRATOIRE DE LA HERNIE INGUINALE

Par M. le Dr. Reboud,

Médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Bellort.

Ces lignes n'ont aucune prétention, elles ne contiennent rien de nouveau, rien d'inedit, mais elles prouvent qu'un praticien ordinaire peut, sans danger, faire profiter ses opérés de l'anesthésie à la cocaïne en suivant la technique de P. Reclus.

Nous croyons fermement que les accidents de la première heure pèsent trop lourdement encore sur l'anesthésie cocaïnique. L'imprudence de quelques-uns, l'inexpérience de tous ont grevé de charges injustes l'histoire de ce précieux alcaloïde.

Nous devons avouer que c'est la nécessité qui nous a tout d'abord conduit à son emploi. Le chloroforme et l'éther demandent au aide médical et souvent cet aide fait défaut.

Avant le mois de janvier 1903 nous avons bien fait quelques petites opérations avec cet anesthésique mais sans conviction profonde; nous l'appliquions un peu "à la reine", comme on dit du chloroforme, et l'anesthésie était toute relative.

Bien résolu à obtenir ce que d'autres avaient réalisé avant nous, nous relûmes les publications sur ce sujet, le pour et le contre; et nous sommes facilement arrivés à manier la cocaïne d'une façon satisfaisante. Aussi lorsque dernièrement parut le deuxième ouvrage de P. Reclus sur cette question qui lui tient tant au cœur, nous avions, sans nous en douter, parcouru une partie du chemin qu'il

L'ALIMENTATION DES ALBUMINURIQUES

Par MM. les docteurs Daremberg et Moriez.

Les auteurs insistent sur les bons résultats qu'ils ont obtenus en nourrissant avec du poisson des al-

nous trace et tous les jours, avec ce guide sûr, nous essayons d'avancer un peu.

Nous opérons maintenant à la cocaïne: l'hydrocèle (renversement de la vaginale), le varicocèle (résection du scrotum); nous faisons l'épididymectomie, la castration, la fistule anale; toutes les interventions sur les doigts et les orteils, l'ablation des ganglions mobiles du cou, toutes les tumeurs de la peau et sous-cutanées, les ténotomies, l'empîème avec ou sans résection, la hernie crurale.

Mais l'opération pour laquelle la cocaïne nous rend chaque jour les plus grands services, opération qui devient de plus en plus fréquente dans le milieu militaire, c'est la cure opératoire de la hernie inguinale. Il nous serait pénible de nous en passer aujourd'hui.

N'oublions pas que cette intervention n'est pas indispensable et que les retentissantes discussions de ces dernières années sur les accidents chloroformiques ont fait, comme toutes les questions médicales aujourd'hui d'ailleurs, le tour de la presse et ont laissé chez les malades et beaucoup de médecins une arrière-pensée troublante.

Voici comment nous procédons.

Sur la future ligne d'incision, injection intradermique de 6 centimètres cubes de solution de cocaïne à 1/200 fraîchement préparée et stérilisée. Sur la même ligne, mais dans le tissu cellulaire sous-cutané et la débordant dans tous les sens, 4 centimètres cubes. Avec cette quantité de liquide nous avons toujours pu insensibiliser un trajet de 8 à 10 centimètres. Ce n'est qu'après sept minutes à partir de la première injection, que nous faisons l'incision de la peau jusqu'à la partie inférieure de la couche grasseuse.

A ce moment nous faisons généralement, surtout sur les sujets pusillanimes, une injection de 2 centimètres cubes dans les couches cellulaires qui recouvrent l'aponévrose du grand oblique et qui renferment les filets nerveux. Dénudation de l'aponévrose à la sonde cannelée ou au bistouri; puis 2 à 4 centimètres cubes sont distribués sous l'aponévrosé, en haut un peu au-dessus de l'orifice interne du canal, en bas dans le cordon au-dessous du crémaster et de la fibreuse.

Après la section de l'aponévrose du grand oblique, 2 centimètres cubes dans la partie intra-cannaliculaire du cordon surtout vers sa face postérieure, ce qui permet de le détacher sans douleur et de le charger sur une compresse.

Après l'ablation du sac et avant la suture de la couche musculaire (petit oblique, transverse, tendon conjoint) avec le bord postérieur de l'arcade de Fallope, car nous faisons toujours le Bassini, cordon postérieur, nous injectons de 2 à 4 centimètres cubes dans ces divers points.

Et dans cette énumération nous comptons des maxima, car le plus souvent nous n'atteignons pas 10 centigrammes, comme on peut s'en convaincre par le tableau ci-dessous. Sur les 97 hernies inguinales opérées depuis le 1er janvier 1903, 94 l'ont été à la cocaïne. Les quantités employées ont été les suivantes :

o gram. 045	.....	.....	.....	.....	1
o gram. 060	.....	.....	.....	.....	3
o gram. 065	.....	.....	.....	.....	2
o gram. 070	.....	.....	.....	.....	10
o gram. 075	.....	.....	.....	.....	4
o gram. 080	.....	.....	.....	.....	7
o gram. 085	.....	.....	.....	.....	6
o gram. 090	.....	.....	.....	.....	17
o gram. 095	.....	.....	.....	.....	16
o gram. 100	.....	.....	.....	.....	12
o gram. 105	.....	.....	.....	.....	5
o gram. 110	.....	.....	.....	.....	4
o gram. 115	.....	.....	.....	.....	4
o gram. 120	.....	.....	.....	.....	1
o gram. 130	.....	.....	.....	.....	2

(A Suivre.)

— o o: —

NEPHROPEXIE

Procédé de M. le docteur Doyen.

Messieurs,

Nous allons opérer devant vous une malade atteinte de rein mobile, et qui continue à souffrir du déplacement de cet organe, malgré les divers appareils de contention qui ont été imaginés pour remédier à cette affection. Vous savez que les procédés classiques de néphropexie consistent à fixer le rein par des points de suture qui traversent l'organe dans son épaisseur avec ou sans résection partielle de sa capsule fibreuse; ces procédés présentent l'inconvénient de blesser le tissu rénal, et de ne pas être suivis d'un résultat orthopédique satisfaisant.

Péan disait à ce propos en 1891: "Toutes ces pexies, cela ne vaut rien du tout."

Le procédé que je vais employer devant vous, Messieurs, et que j'applique depuis six ans au traitement du rein mobile, m'a donné les résultats les plus satisfaisants. Ce procédé de néphropexie est très intéressant en ce sens qu'il fixe le rein mobile sans toucher ni à la capsule fibreuse ni à l'organe lui-même.

Le rein est mis à découvert par une incision curviligne dont la partie verticale longe la masse sacrolombaire et qui part de la douzième côte pour se terminer en bas et en avant vers le milieu de la crête iliaque.

L'aponévrose lombaire est incisée à 2 ou 3 centimètres en avant du bord antérieur du carré des lombes; le rein, entouré de sa capsule, est découvert et amené au dehors comme s'il s'agissait de pratiquer la néphrectomie.

Je m'assure alors par le palper direct que l'organe est sain et ne contient pas de calculs. Cette constatation terminée, le rein est repoussé dans la plaie, en prenant soin de réunir partiellement au-dessous et au-dessus de son pédicule, par deux ou trois points de suture, l'incision de l'aponévrose lombaire.

Le rein demeure ainsi placé en arrière de l'aponévrose lombaire, dans une nouvelle loge qui ne lui permet plus aucun déplacement et où il se trouve

maintenu par la simple pression des tissus, sans tiraillements de son pédicule vasculaire et sans couture de l'uretère.

Cette opération donne des résultats excellents et m'a permis à plusieurs reprises, malgré les dégâts commis par des interventions antérieures devenues inutiles, de fixer définitivement, dans une loge adventice, des reins flottants qui avaient déjà été opérés une ou deux fois sans succès par d'autres chirurgiens. Ces malades se plaignaient constamment; la nouvelle opération a fait cesser complètement tous les phénomènes douloureux antérieurs.

Les suites de cette intervention sont très simples.

(Revue Clinique de Médecine et de Chirurgie.)

— o o: —

GYNECOLOGIE

TRAITEMENT DES METRORRHAGIES APRES LA MENOPAUSE.

Par M. le docteur Dalché.

On sait que pour enrayer une perte de sang, dans les cas habituels, on a ordinairement recours à l'ergot de seigle ou au sulfate de quinine, qui ont pour effet de contracter à la fois le tissu utérin et les vaisseaux.

Or, d'après Huchard, les métrorrhagies liées à l'artério-sclérose "n'aiment pas les vaso-constricteurs; elles réclament les sédatifs." Il faut remarquer, en effet, qu'en pareil cas, les artères sont faibles et qu'en épuisant leur puissance contractile, on risque de provoquer de nouvelles hémorragies. Donc, pas d'ergotine, ni d'hydrastine, ni de sulfate de quinine, ni de digitaline. On doit s'adresser aux sédatifs, à l'opium et aux bains tièdes.

L'auteur a recours, dans de pareils cas, au chlorure de calcium qu'il donne à la dose de 4 grammes avec 30 grammes de sirop d'opium (à cause de l'intolérance stomacale,) dans 120 grammes d'eau à prendre dans la journée.

Quelquefois, l'auteur prescrit 6 grammes de gélatine dans une tasse de chocolat ou dans un bol de bouillon, ou bien il fait un tamponnement gélatiné, à l'aide d'un peu de coton hydrophile imbibé de gélatine; ce moyen qui réussit bien pour arrêter l'épistaxis est également efficace pour enrayer rapidement les écoulements sanguins de la matrice.

Quant aux métrorrhagies qui sont liées à l'hypertension artérielle, on les a décrites chez les brightiques; elles ne relèveraient pas tant de l'hypertension que de l'albuminurie concomitante. Quoi qu'il en soit, il faut en pareil cas, mettre les malades au régime lacté, et, localement, avoir recours au tamponnement gélatiné.

Dans les cas de métrorrhagies rebelles, on prescrit la thyroïdine, à doses modérées et en exerçant une surveillance attentive.

On peut, à défaut de la thyroïdine, donner de

l'ovarine; puis des bains de siège frais, à courant continu; on peut conseiller avantageusement certains exercices, comme la promenade à bicyclette qui, déterminant l'afflux de sang dans les membres inférieurs, décongestionnent la région pelvienne. Mais il ne faut pas autoriser pareil exercice que lorsque tout état inflammatoire a disparu, et on ne doit pas le conseiller à une malade qui est susceptible d'avoir de la congestion utéro-ovarienne.

On peut aussi employer l'électricité.

Enfin, en dernier ressort, quand aucune médication n'a pu réussir contre ces métrorrhagies, le seul moyen d'en venir à bout est la castration et même l'amputation de l'utérus ainsi que des ovaires, opération conseillée par Richelot en pareil cas.

(Form. mens. de Ther.)

— o o: —

Therapeutique et Mat, Medicale

TRAITEMENT DE LA TOUX EMETISANTE DES TUBERCULEUX.

Par MM. Albert Mataieu et J.-Ch. Roux.

La toux émétisante des tuberculeux est un accident fréquent considéré à juste titre comme très nuisible. Il est très nuisible parce qu'il entrave souvent d'une façon regrettable l'alimentation de malades qui auraient besoin de lutter par une ration d'entretien suffisante contre les causes de déchéance et d'amaigrissement. C'est au surplus un phénomène pénible qui cause aux malades de la fatigue et de l'inquiétude. Il est moins juste de considérer la toux émétisante des tuberculeux comme très rebelle au traitement. L'un de nous, en effet, emploie depuis dix ans contre elle une méthode de traitement qui lui donne des résultats presque constamment satisfaisants. Un de ses organes de clinicien et de thérapeute est de pouvoir dire à ses élèves au commencement de l'année: "Vous savez, ici, dans ce service, il est exceptionnel de ne pas guérir rapidement le vomissement par la toux des tuberculeux." Les élèves qui ont fréquenté les salles de l'hôpital Andral d'une façon suivie pourraient témoigner de l'exactitude de cette déclaration.

Cette méthode a déjà été publiée dans la Gazette des hôpitaux, le 29 septembre 1898. Elle a dû passer à peu près inaperçue, car nous ne l'avons jamais trouvée reproduite dans les diverses publications sur le traitement des vomissements des tuberculeux qui nous sont tombées sous les yeux depuis cette époque.

Elle ne met pas en œuvre une médication incon nue; elle consiste dans l'administration de substances couramment employées — avec un insuccès presque complet—par un grand nombre de médecins. Son originalité consiste beaucoup moins dans le choix des médicaments que dans l'horaire de leur administration. Ce sont des considérations théoriques sur la physiologie pathogénique de la toux émétisante qui ont amené à la constituer.

Les tuberculeux sont souvent pris quelque temps après les repas d'une toux quinteuse, violente, incoercible, qui aboutit au rejet par le vomissement d'une quantité plus ou moins considérable des aliments contenus dans l'estomac. Il en est chez lesquels le vomissement se reproduit à peu près après chacune des ingestions alimentaires, et cela devient pour eux la cause d'une dangereuse inanition.

Les malades, a dit M. Marfan dans une formule très heureuse, toussent parce qu'ils mangent et vomissent parce qu'ils toussent.

Pourquoi donc toussent-ils après avoir mangé?

Il est facile de le comprendre si on se rappelle que le plexus solaire qui innerve l'estomac reçoit ses racines nerveuses du grand sympathique et du pneumogastrique. Or, le pneumogastrique innerve également le poumon.

Chez les tuberculeux, un bon nombre de filets nerveux du pneumogastrique sont lésés. L'irritation inflammatoire de la muqueuse des bronchioles et la présence des produits d'expectoration contribuent à amener l'irritation des centres bulbaires du pneumogastrique. Lorsque les aliments parviennent dans l'estomac, ils produisent une irritation des filets nerveux émanés du plexus solaire, et, plus particulièrement encore, des filets nerveux venus du pneumogastrique à travers ce centre de relai ganglionnaire. Leur irritation transmise aux centres bulbaires amène, sous forme de toux, un mouvement réflexe de défense auquel ces centres sont depuis longtemps accoutumés, bien qu'elle ait cette fois pour point de départ, non plus le poumon, mais l'estomac.

L'intensité de la toux provoque encore l'expulsion du corps étranger irritant; toutefois ce corps étranger n'est plus représenté par les produits d'expectoration, mais par les aliments. L'expulsion n'a plus lieu par la toux elle-même mais par le vomissement qui lui succède.

En somme, en moins de mots, la toux est causée par un mouvement réflexe à point de départ gastrique dont la cause est la présence au contact de la muqueuse stomacale de la masse alimentaire récemment ingérée.

Il s'agit donc d'empêcher le réflexe de se produire et le mieux pour cela, le plus efficace, est d'exercer sur l'estomac une sorte de révulsion ou d'anesthésie préventives.

C'est ainsi qu'on peut empêcher la toux après les repas en se servant de substances diverses, de morceaux de glace, d'eau chloroformée, d'eau bromoformée.

Ces substances doivent être ingérées après les repas, quelque temps avant le moment auquel survient habituellement la toux après l'ingestion des aliments. Les malades peuvent quelquefois donner à ce sujet des renseignements assez précis. Cette formule contient tout le secret de notre réussite.

Au début, nous avons employé la glace. Soit immédiatement après les repas, soit quelque temps après, un peu avant le moment présumé des quintes de toux émétisante, les malades avalaient des pilules de glace. Les petits morceaux de glace ne doivent pas seulement être sucés, ils doivent être avalés; c'est en effet sur l'estomac qu'ils doivent agir et non dans la bouche.

Actuellement, nous nous servons le plus souvent de l'eau chloroformée saturée, et, quelquefois aussi, de l'eau bromoformée ou du menthol.

L'eau chloroformée est administrée par cuillerées à bouche; on peut en faire prendre quatre à six par jour. Il est bon qu'elle soit additionnée d'une certaine quantité d'eau ordinaire, de façon à ne causer aucune sensation de brûlure dans l'œsophage et l'estomac. Il faut l'étendre au moment des prises d'une à deux cuillerées d'eau ordinaire ou d'eau minérale indifférente.

L'emploi de l'eau chloroformée prise après l'ingestion des aliments, avant que ne commence l'accès de toux, suffit dans la majorité des cas à empêcher que se produise la toux quinteuse et le vomissement qui en est la conséquence. Lorsqu'elle ne réussit pas, nous avons recours soit à l'eau bromoformée soit au menthol.

Les recherches de M. Richaud ont démontré que le bromoforme, mis en contact prolongé avec de l'eau dans un flacon qu'on agite fréquemment, s'y dissout dans une proportion relativement considérable qui va jusqu'à 2 g 50 à 3 grammes p. 1000. En donnant 100 grammes d'eau bromoformée, on donne donc 0 g 25 à 0 g 30 de bromoforme.

L'eau bromoformée saturée doit être administrée de la même façon que l'eau chloroformée.

Si l'on échoue avec elle, on pourra se servir du menthol.

Menthol 0 g 10 à 0 g 20
Julep gommeux 150 grammes.

On peut faire prendre deux ou trois cuillerées à soupe de cette préparation après les repas. On aura soin d'agiter vivement la flacon de façon que le menthol soit en suspension aussi complète que possible.

Dans les cas extrêmement rares où les vomissements consécutifs à la toux ne cèdent pas à l'un des moyens qui viennent d'être indiqués, on peut encore avoir recours à la morphine et à la cocaïne. On peut, par exemple, après chaque repas, donner deux ou trois cuillerées à café de la solution suivante:

Chlorhydrate de morphine
Chlorhydrate de cocaïne à 5 centigr.
Eau 150 grammes.

Il vaut mieux n'avoir recours aux alcaloïdes qu'en dernier ressort, lorsqu'on a échoué avec les autres moyens, ce qui, du reste, est rare. La raison c'est que ces calmants ont sur l'appétit une influence déprimante, et l'on sait combien il importe que les tuberculeux conservent l'appétit, condition importante d'une alimentation suffisante.

Les tuberculeux sont souvent dyspeptiques et l'on constate souvent chez eux des phénomènes qui trahissent un degré plus ou moins marqué d'irritation de l'estomac: pesanteurs après les repas, brûlures, quelquefois véritables douleurs. La palpation révèle une douleur assez marquée au point épigastrique. Chez quelques-uns, la gastropathie a préexisté à la lésion pulmonaire, mais trop souvent encore, il y a une véritable gastrite médicamenteuse

provoquée par l'usage inconsidéré et longtemps prolongé de substances irritantes.

Il est incontestable que l'irritation de l'estomac prédispose aux vomissements, même aux vomissements provoqués par la toux quinteuse. Parfois, on observe à la fois des vomissements indépendants de la toux et des vomissements consécutifs à la toux.

Le traitement direct de la gastropathie s'impose donc. Les irritations intempestives de l'estomac doivent être supprimées. Il faut instituer un régime alimentaire qui réduise au minimum l'excitation de la muqueuse stomacale. Dans les cas les plus intenses, il conviendra d'alimenter les malades avec du lait, des laitages, des potages très cuits, épais, des bouillies très cuites, des œufs à la coque peu cuits ou bien encore délayés dans le lait, les potages ou les bouillies. Plus tard, on permettra les poissons de mer maigres, bouillis ou frits dans de la pâte, la volaille jeune bouillie; plus tard encore, les purées variées, les légumes verts cuits et les fruits cuits passés, la volaille rôtie, le jambon maigre et la viande finement divisée. Les repas seront d'une façon générale assez fréquents, peu copieux, chacun et également espacés.

Les vomissements et la toux émétisante disparaissent quelquefois après l'établissement d'un régime alimentaire approprié, sans qu'il soit besoin d'avoir recours à aucune médication.

En terminant, nous ne saurions trop engager les médecins qui voudraient mettre en œuvre la méthode que nous venons de décrire à ne pas oublier que l'horaire de l'administration des médicaments est la condition indispensable du succès. Il ne suffit pas d'ordonner de l'eau chloroformée, de l'eau bromoformée ou du menthol, il faut les donner de façon à empêcher la toux émétisante, c'est-à-dire après l'ingestion des aliments. On atteint ainsi le réflexe gastro-bulbaire à son point de départ, à l'heure même où il va se produire.

(Gaz. des Hôp.)

— o o : —
PEDIATRIE

AFFECTIONS HEMORRHODAIRES CHEZ LES ENFANTS.

Par M. le docteur Droixhe.

Elles peuvent se produire chez des enfants de souche arthritique.

Pendant longtemps, les hémorroïdes ne déterminent que peu de gêne, puis, après une période variable, l'affection peut se montrer sous forme de crises. Après une période de cuisson, de chaleur, de prurit, surviennent des accidents aigus. Les matières fécales deviennent sanguinolentes.

A l'inspection de l'anus, on remarque qu'il y a des contractions spasmodiques de sphincter. Une petite tumeur s'y trouve apparente, sinon se révèle au toucher au-dessus du sphincter.

La crise peut durer quatre ou cinq jours.

Les tumeurs hémorroïdales présentent le volume d'un pois à celui d'une fève; elles sont douloureuses au toucher et elles s'accompagnent souvent de petites éraillures de la muqueuse.

Il faut cependant reconnaître que bien des enfants sont hémorroïdaires, sans qu'ils se plaignent de cette misère. Il faut qu'une hémorragie anale fasse son apparition pour que les parents, frappés de ce phénomène, recourent aux conseils du médecin.

Il ne faudra pas confondre les hémorroïdes avec le prolapsus du rectum.

Dans cette dernière affection, on ne remarque d'ailleurs pas de tumeur arrondie et violacée, ce sera plutôt une tumeur cylindrique; en outre, une muqueuse rouge recouverte d'une sécrétion muqueuse et filante et souvent assez abondante pour provoquer l'érythème des fesses.

Chez les enfants hémorroïdaires, il faut absolument, comme chez les adultes d'ailleurs, éviter la constipation.

Comme applications locales, on fera usage de lotions ou de suppositoires astringents.

Sur les tumeurs, on appliquera des tampons analgésiques ou décongestifs.

(Le Med., 15 nov. 1903.)

— : o : —
SYPHILIGRAPHIE

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS CHEZ LES NOUVEAU-NES PAR LES INJECTIONS MERCURIELLES SOLUBLES

Par MM. les docteurs Schwab et Lévy-Bing.

La méthode hypodermique doit être admise dans le traitement de la syphilis chez le nouveau-né, même dès sa naissance.

Méthode sans danger, elle semble particulièrement efficace, rapide et sûre. Elle permet, dans les cas graves, syphilis viscérale par exemple, de produire une mercurialisation intestinale, elle respecte le tube digestif et remplace avantageusement les frictions dont l'action est inégale.

Les auteurs utilisent les injections d'une solution aqueuse de biiodure. La dose moyenne quotidienne doit être de 1 à 2 milligrammes environ pour les nouveau-nés pesant entre 2,200 et 3,500 grammes. On fera une première série de 10 à 15 injections, puis après un repos d'une quinzaine de jours, on reprendra une nouvelle série de 10 injections. Par la suite, le traitement intermittent chronique se fera par cette méthode comme par les anciens modes de traitement.

Les auteurs se servent de la formule suivante :

Biiodure d'hydrargyre	0.05 centig.
Iodure de sodium	0.05 —
Eau distillée	10 c. c.

Il faut donc quatre divisions de la seringue de Pravaz (à 20 divisions) pour injecter 1 milligramme de biiodure.

La technique est celle de toutes les injections mercurielles intra-musculaires chez le nouveau-né, le tissu musculaire est évidemment fort peu développé; mais, même injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané, la solution aqueuse de biiodure n'offre aucun danger.

Ces injections sont faites, soit dans les régions latéro-vertébrales, soit dans les fesses, au point de Barthélémy. Mais cette dernière région est à éviter autant que possible chez le nouveau-né à cause de l'infection possible par les matières fécales.

(Presse med.)

: o :

OPHTALMOLOGIE

TRAITEMENT DES MALADIES DU BORD DES PAUPIERES PAR L'EAU OXYGENEE ET LA BENZINE

Par M. le docteur Wolfberg.

L'auteur s'adresse pour le traitement des blépharites à l'eau oxygénée de Merck et à la benzine qui détachent très facilement et très rapidement les squames épidermiques en même temps qu'elles détruisent les germes infectieux qui s'y trouvent.

Avec la benzine et l'eau oxygénée, la douloureuse opération de l'épilation des cils n'est que très rarement nécessaire.

Un tampon d'ouate imbibé de quelques gouttes de benzine enlève toutes les squames adhérentes aux cils avec une facilité étonnante. La cuisson provoquée par la benzine n'est que de courte durée. Une application immédiate de pommade jaune calme vite cette cuisson et complète admirablement le traitement qu'il est préférable d'appliquer le soir avant de se coucher.

L'eau oxygénée a une action moins intense, mais est d'une application plus facile: il faut que cette préparation soit bien pure et exempte d'acide.

Merck prépare une eau oxygénée très pure à 30 pour cent. Cette solution, diluée dans dix fois son poids d'eau distillée, a une action antiseptique égale à une solution de sublimé à 1 0/00; mais pour les yeux, il ne faut employer que des solutions à 0,3 ou à 0,5 0/0. On humecte avec cette dernière le bord des paupières soigneusement fermées. Il se produit alors une mousse, une écume d'oxygène qui entraîne avec elle toutes les squames épidermiques et les croûtes adhérentes aux cils, de même que le pus, le sang, etc.; c'est à la fois un antiseptique et un hémostatique. On sait, du reste, que pour décoller sans douleur un pansement adhérent par du pus desséché, il n'est pas de meilleur agent que l'eau oxygénée.

Pour la benzine comme pour l'eau oxygénée, il faut procéder aux lavages en faisant bien fermer les paupières. On soigne d'abord la paupière supérieure, puis après seulement l'inférieure. Quand les croûtes sont très adhérentes, il ne suffit pas toujours de frotter avec le tampon imbibé de benzine, il est par-

fois nécessaire d'avoir recours à une spatule. L'eau oxygénée a l'avantage de colorer en blanc les squames, ce qui en permet un plus facile nettoyage. Ce dernier agent a une action très favorable sur le cataracte printanier jusqu'ici rebelle à tous les traitements.

L'adrénaline et la cocaïne doivent être instillées auparavant pour rendre moins douloureuse l'action de l'eau oxygénée.

(La Clin. Oph.)

: o :

FORMULAIRE

CONTRE LA FEVERE INFECTIEUSE AU DEBUT.

Dans les cas où la nature de l'infection n'est pas encore déterminée.

Prendre, en trois fois, dans la journée, la potion suivante :

Sirop de quinquina.....	100 grammes.
Rhum	50 —
Acide phénique	0,50 —

M.

D'heure en heure, l'un des paquets suivants :

Sulfate de quinine	0,20
Acide salicylique	0,10

TRAITEMENT DES VERRUES.

Ce traitement est à la fois escarotique et antiseptique. Dans ce but on fait usage de l'acide salicylique et du mercure.

Le collodion salicylique a pour formule :

Acide salicylique et alcool à 90. ââ	1 gramme.
Ether	2 gram. 50
Collodion.....	5 grammes.

Quotidiennement on enduit la surface de la verrue d'une couche de ce collodion.

Kaposi pratique chaque jour le badigeonnage de la verrue et des tissus adjacents à sa base avec une brosse imbibée de collodion mercuriel :

Bichlorure de mercure	1 partie.....
Collodion élastique	30 parties.

: o :

NOUVELLES

Naissances.

—A Sainte-Claire, comté de Dorchester, le 15 de ce mois, l'épouse de M. le Dr J. A. N. Chabot, un fils.

SUPPLEMENT

LE MEDECIN MODERN-STYLE. — L'ECOLE PASTORIENNE. — MORT LAMENTABLE D'EDWIGE. — RABELAIS ET LE BON SENS GAULOIS.

Par M. le Dr. H. Lecuyer.

(Suite et fin)

Croyez-vous qu'il sera gai celui qui vous ordonnera dans les pays de malaria de vous enfermer dans une cage bien close de peur des moustiques ?

Et celui qui, pourvu que le cas soit suspect, viendra vous voir avec un masque, muni de coton hydrophile pour arrêter au passage les microbes, bacilles, et autres mollécules dangereuses ? Azsez de tout cela ! Nous tournons au grotesque, arrêtons-nous, il en est temps !

La seringue de Roux a remplacé l'antique seringue de M. Fleurant l'apothicaire de Molière, mais j'aime encore mieux cette dernière. Elle ne fait pas de mal.

(Journal de Méd. de Paris.)

— :o : —

CHRONIQUE.

Par M. le docteur George Petit

Le prochain congrès de la tuberculose doit avoir lieu à Paris, et, déjà, les communications se préparent; l'éloquence souvent plus intéressée qu'intéressante des grands diseurs d'inutiles paroles, va se donner libre cours, sans souci de la critique, à la faveur de l'admiration mutuelle, baume souverain des plaies de l'amour propre, ce fertile champ de culture de la vanité et de l'intrigue. Certes, il faut nous attendre à voir de grandes choses sortir de ce débat; c'est ainsi que nous apprendrons comme une certitude que la tuberculose est due au bacille de Kock, que, maladie contagieuse, elle, se propage par les crachats desséchés: des hommes à air grave feront un long discours pour enseigner qu'il est dangereux de cracher sur le parquet; Molière nous avait déjà dit que c'était malpropre. En sortant de la salle vous verrez les congressistes expectorer dans un hideux crachoir rempli de sciure de bois; quelquefois, par maladresse ou par sénilité, ils feront à côté du vase, le crachoir étant un instrument dans lequel on doit cracher, mais autour duquel on crache. Après quoi... banquet... congratulations... ovation... décoration... séparation. Quelques-uns resteront à Paris, prolongeant ainsi leur séjour, pour... doit-on le dire?... revoir le quartier latin, dont les murs ont gardé un lambeau de leur jeunesse, et revivre un moment la vie d'étudiant, comme autrefois, avec un peu plus d'argent, mais moins d'entrain.

Que restera-t-il de tout cela ?

Le public, absolument indifférent, ne se doutera même pas de l'existence d'un congrès, dont l'inutilité est flagrante pour lui. Il est rassasié des histoires de tuberculose, les médecins lui font peur, et puis, le nombre des phtisiques augmente, enfin on lui promet toujours un remède et il ne voit rien venir; devenu sceptique par réflexion, incrédule par conviction, il laisse passer la fumée sans feu.

Le phtisique? il continue à cracher par terre, naturellement; que voulez-vous que cela lui fasse ? il n'a plus rien à craindre; la maladie le ronge, il devient égoïste, méchant même et se venge sur la société de l'impuissance où elle est pour le soulager; il contagionne les autres, c'est sa vengeance! il rend à la société ce que celle-ci lui a donné, la maladie dont il meurt; microbe pour microbe!

Mais ne croyez pas que la partie soit perdue pour tout le monde. Non; vous verrez surgir des œuvres nouvelles, comme si les anciennes ne suffisaient pas, des inventions infaillibles, des découvertes indéniables. Souvent cela n'aura germé que dans la cervelle de l'inventeur, qui, cependant, vous fournira à l'aide des statistiques, la preuve de ce qu'il avance, se gardant de vous dire que l'hypothèse seule a procédé à sa conception, et que ses statistiques sont faites en chambre. Tel autre, de bonne foi aura appliqué sa théorie à dix malades, dont quatre sont morts, et annonce la guérison dans la proportion de soixante pour cent.

De ce qui se discutera dans ce congrès, je ne peux parler, mais je prévois le retour offensif, quoique défensif, de la question du sanatorium.

Le sanatorium! voilà un point où nous ne sommes pas tous d'accord; il faudrait, cependant, nous entendre un peu, pour ne pas s'attarder, éternellement, dans ces longues dissertations, d'où le raisonnement bannit la raison, tels, autrefois, barbiers et chirurgiens, dualistes et simplistes, humoraux et vitalistes... car, pendant ce temps, les malades meurent.

Le sanatorium a perdu de son prestige, il faut du nouveau; à cet effet un journal "le Mexique" annonce que le général Ochoa, propriétaire du volcan de Popocatepelt a cédé tous ses droits à un syndicat américain disposant de vingt-cinq millions de francs. Celui-ci va établir sur les flancs de la montagne un luxueux hôtel entouré de jardins immenses, et construira également un sanatorium pour tuberculeux. Un chemin de fer à crémaillère montera de la base du volcan jusqu'au cratère, dans lequel le syndicat continuera, sur une plus large échelle, l'exploitation des souffrières faite jusqu'ici par les Indiens par des moyens primitifs.

Avis aux malades que les volcans laissent calmes ou qui cherchent des sensations, genre américain!

En dehors de ceux qui prônent le sanatorium par intérêt ou par routine, se trouvent des détracteurs puissants et j'admire le courage de ceux qui osent s'élever contre l'idée préconçue; c'est pourquoi je fais des emprunts avec plaisir à ces auteurs, que je cite avec déférence, en vertu du grand principe "cuique suum."

(La Dosimétrie.)

(A Suivre.)

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Que faire, mon Dieu, que faire, disait la pauvre femme en retenant ses larmes avec peine. Puis soudain, comme si la lumière se fut faite dans les ténèbres de son chagrin :

—Si j'allais trouver Sir George Brown ?

IV.

La voiture contenant Lord et Lady Dallshire s'arrêta devant une des plus luxueuses habitations bordant le Hyde Park.

Florence gagna rapidement ses appartements où elle fut reçue par Lassy, sa femme de chambre.

—Eh bien, madame, fit la soubrette en avançant rapidement au-devant de sa maîtresse; avez-vous vu Lady Clardy ?

—Oui, mais..., cela n'a pas avancé les choses, répondit la jeune femme; et j'en suis au même point que lorsque j'ai quitté cette maison.

—Alors ?

—Je suis la plus malheureuse des femmes, Lassy, et aujourd'hui le Ciel seul peut venir à mon secours, car je n'ai plus rien à attendre sur la terre.

—Cependant, dit Lassy, en s'agenouillant devant Florence, qui s'était laissée choir sur un fauteuil; si vous parliez encore à Lord Dallshire, peut-être cette fois pourriez-vous le fléchir.

—Maintenant moins que jamais, Lassy, et tout est bien perdu. Alors Florence raconta à la soubrette son entrevue avec sa mère et l'arrivée inattendue de Dallshire.

Lassy resta assez longtemps pensive, puis relevant la tête :

—Lord Coventry est à jouer dans le parc, madame, que diriez-vous... s'il ne revenait plus ?

—Que dis-tu, s'écria Florence.

—Je dis, milady, que je puis à l'instant même quitter la maison, prendre Lord Coventry et l'entraîner dans ma famille où vous et moi seules, sauront qu'où il est. De cette façon il vous sera possible de le voir tous les jours.

—Non, Lassy, répondit Lady Dallshire, ceci n'aurait qu'un résultat: vous exposer pour arriver à rien. Lord Dallshire est riche, puissant, et il ne tarderait pas à découvrir la retraite de son fils.

—Que faire, alors? dit Lassy en pleurant.

—Laisser s'accomplir les volontés de Dieu, nous courber devant ses décrets aussi cruels qu'ils puissent nous paraître.

—Non, milady, ceci n'est pas un décret du Ciel, car Dieu, voyez-vous, est bon et il ne permettra pas qu'on vous sépare de votre enfant. Je le sens, milady, un miracle va s'accomplir et vous serez sauvée.

En ce moment la voix argentine d'un enfant se fit entendre et Lord Clarence Coventry entra dans la chambre et se précipita dans les bras de sa mère.

—Maman, dit-il en embrassant Florence, je me suis bien amusé dans le parc, nous avons joué au gentleman rider et mon poney a remporté le premier prix.

Clarence était un bel enfant de six à sept ans, de longs cheveux blonds encadraient son visage. C'était le vivant portrait de Florence, la même bouche, les mêmes yeux rêveurs.

Est-il vrai, mama, que mon père me veut envoyer au Pensionnat? c'est M. Cox qui m'a dit cela.

—Oui, mon chéri, répondit Lady Dallshire. M. Cox t'a dit la vérité.

—Je ne veux pas y aller, moi, cria Clarence, je ne veux pas quitter ma petite mama.

—Tu l'aimes bien ta petite mama, demanda Florence en caressant les boucles soyeuses de l'enfant.

Clarence regarda sa mère comme s'il fut étonné de la question.

—Est-ce que cela ne fait pas pleurer les anges quand on n'aime pas sa mère? demanda-t-il.

—Oui, Milord, dit Lassy, mais est-ce pour cette seule raison que vous aimez votre mère?

—Oh! non, s'écria l'enfant, j'aime ma mère, parce que... parce que je... enfin je ne sais pas, mais je l'aime tant.

—Et moi aussi, je t'aime, mon chéri, dit Florence en pressant l'enfant sur sa poitrine; et je désire que plus tard, lorsque tu seras un homme, tu te souviennes que ce n'est pas moi qui ait voulu cette séparation.

—Oui, mère, je me souviendrai, répondit l'enfant.

—Maintenant va jouer, mon chéri, et jouis de ta dernière journée de liberté.

Lady Dallshire se rendit dans son cabinet de toilette et aidée de Lassy, changea de toilette et se vêtit complètement de noir.

—Pourquoi toute en noir, demanda la soubrette.

—Mon cœur n'est-il pas en deuil, répondit Florence, ne vais-je pas rester abandonnée de tous.

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII

MERCREDI, 30 DECEMBRE,

No. 27

Travaux Originaux

LE PROTOXYDE D'AZOTE (1)

Conférence donnée par M. le Dr G. H. Kent,
Professeur au Collège Dentaire.

Le protoxyde d'azote (Az_2O) découvert par Priestley, en 1776, employé avec plus ou moins de succès par le Dr Horace Wells, en 1844, enfin admis d'une manière régulière dans la pratique de l'Art Dentaire, par le Dr Cotton, en 1867, est un agent qui, par son action physiologique et l'innocuité de son emploi, est des plus importants dans les opérations de courte durée, que nous sommes appelés à faire tous les jours.

L'expérience des cinquante dernières années nous démontre que les anesthésiques doivent augmenter au lieu de diminuer, car le nombre de vies épargnées, le nombre d'opérations rendues possibles par l'usage de ces agents est incalculable. Nous devons donc vénérer les noms de ces hommes, qui, non seulement les ont découverts, mais qui ont offert au monde le fruit de leurs recherches et de leurs labeurs, et qui ont soulagé l'humanité souffrante d'une affliction dont la grandeur ne saurait être calculée.

Parmi ces anesthésiques, celui qui s'impose à nous est bien le protoxyde d'azote, à cause de ses propriétés intrinsèques et de son action stimulatrice du cœur.

Le point essentiel qui frappe d'abord notre esprit est celui-ci : Qu'elle est l'action de ce gaz, de quelle manière provoque-t-il l'anesthésie ?

Est-ce un asphyxiant ou bien un anesthésique proprement dit, agissant de la même manière que l'éther et le chloroforme ?

La réponse est difficile à faire, car les phénomènes qui accompagnent l'administration du protoxyde d'azote peuvent être interprétés de différentes manières. Ainsi, à voir la pâleur de la figure, la respiration profonde et sonore, la rigidité musculaire, enfin cette apparence cadavérique du sujet, il n'y a pas de doute que ce sont là tous les symptômes de l'asphyxie.

Ils proviennent de ce que le protoxyde d'azote, étant un composé chimique, se dissout dans le sang sans se décomposer, y chasse l'oxygène, et par là empêche l'oxydation de se produire, rendant inactifs les centres nerveux chargés de la perception des impressions sensibles par la privation de l'oxygène et l'accumulation d'acide carbonique.

On avait remarqué dès les débuts que l'admission d'air avec le protoxyde d'azote, par suite de la déféctuosité des appareils alors en usage, provoquait de l'excitation chez le patient. On s'est alors appliqué à perfectionner ces instruments jusqu'à ce que l'air fut complètement exclus et que le gaz seul fut inhalé. On fit disparaître cette excitation qui portait le patient à rire, à crier ou à chanter, d'où le nom de "gaz hilarant" fut donné, ou protoxyde d'azote ; mais on fit naître tous les symptômes alarmants dont nous venons de parler.

Le professeur Paul Bert, reconnaissant les avantages de ce gaz, chercha à prolonger l'anesthésie et à faire disparaître les symptômes de l'asphyxie.

Pour cela il mêla au gaz une quantité égale d'air, qu'il fit respirer dans une chambre

(1) Lu devant la "Société d'odontologie Canadienne-française", à sa séance du 7 novembre, 1903.

où la pression atmosphérique pouvait être doublée. Il prétendait par là faire respirer au patient autant de gaz que s'il était pur, à une pression ordinaire, et autant d'air qu'il était nécessaire pour produire l'oxydation à l'état normal. Les résultats qu'il obtint furent très satisfaisants ; il pût prolonger l'aoesthésie et faire disparaître les symptômes qu'entraînait l'administration du gaz pur.

Le Dr Hillischer fut le premier à employer le protoxyde d'azote avec l'oxygène, à la pression ordinaire. Il parvint non seulement à éliminer l'asphyxie, mais bien à prolonger l'anesthésie. Le Dr Hewitt, de Londres, continua ces expériences et perfectionna un appareil qui permet à l'opérateur de régler d'une manière absolue la quantité de gaz hilariant et d'oxygène qui doit être employée. C'est cet appareil qui est maintenant sur le marché.

Si l'on est parvenu à éliminer tous les symptômes qui accompagnent l'administration du gaz pur, il s'en suit donc que l'opinion de ceux qui prétendent que le protoxyde d'azote n'est pas un asphyxiant, mais bien un anesthésique, proprement dit, agissant de la même manière que l'éther et le chloroforme sur les centres nerveux, a sa raison d'être. Cependant, comme le dit le Dr Hewitt, rien ne prouve que le protoxyde d'azote, tout en ne présentant pas les symptômes de l'asphyxie, ne nuit pas à l'oxydation du sang.

C'est ce point qui reste à éclaircir : Pour nous, il n'y a pas raison de désespérer, d'après les découvertes qui se font tous les jours, du temps où le protoxyde d'azote supplantera dans toutes nos opérations l'éther et le chloroforme, agents dangereux, qui sont pour le dentiste une perte de temps, et un cauchemar pour les malheureux patients qui doivent se soumettre à leur action.

Nous avons déjà un appareil qui permet à l'opérateur d'opérer pendant que le patient subit l'influence du gaz. Il y a donc lieu de croire que cet instrument comblera une lacune dans la pratique de l'Art Dentaire, en faisant disparaître la douleur dans toutes nos opérations.

— : o : —

Coq-a-l'Ane

DESINFECTION DES HARDES. — Un complet peut être mis dans une bouilloire aux lavages, ayant un couvercle qui ferme bien. Sur une serviette, on dépose un once de formoline par pied cube d'espace, on ferme la bouilloire et on laisse agir six ou sept heures. Avant de sortir les hardes, un peu d'ammoniaque neutralisera l'odeur pénétrante du formol. (Médecine.)

PIECES PATHOLOGIQUES. — Méthode de H. Littlejohn. On lave la pièce à l'eau courante pendant quelques secondes. On la place dans la solution suivante pendant de 24 à 72 heures, suivant que l'on veuille ou ne veuille pas conserver la coloration des tissus dans toute l'épaisseur de la pièce : Formaline, 25 p., acétate de potasse, 3 p., nitrate de potasse, 1 p., eau, 100 p. La pièce est ensuite mise dans de l'alcool méthylique pur pendant douze heures, ou jusqu'à ce que la coloration originale soit revenue. En dernier, elle est plongée dans parties égales de glycérine et d'eau, aux quelles on a ajouté un peu de formoline afin de prévenir le développement des moisissures. Elle peut demeurer dans cette solution définitivement; à moins que l'on ne veuille monter à sec; alors, après d'une à trois semaines de séjour dans la solution, afin d'assurer une impregnation parfaite par la glycérine, on place le spécimen dans un bocal, sur un peu de coton absorbant que l'on imbibe d'un once de glycérine et d'un peu de formol. Le bocal est scellé avec du mastic. (J. Path. & Bacter.)

THERAPEUTIQUE EN REGLE. — En correctionne, le.

Le Président.—On vous a surpris, l'autre matin, volant une superbe fourrure à un étalage.

Le Prévenu.—C'était pour suivre l'ordonnance de mon médecin.

Le Président.—Comment ça?

Le Prévenu.—Il m'a dit que j'avais la poitrine délicate et que je ne devais jamais sortir le matin sans prendre quelque chose de chaud.

(J. de Santé.)

L'EMPLOI DE LA SONDE METALLIQUE. — J. H. Dowd, dans *American Med.*, donne les règles suivantes pour l'usage de la

sondè métallique urétrale: 1. Lorsque l'urètre a été enflammé—phlegmasie spécifique ou non—on doit y introduire aucun instrument, à plus forte raison une sonde métallique, jusqu'à ce que l'urine soit devenue claire. 2. Dans tous les cas, il faut faire un lavage, au préalable, de l'urètre avec une solution antiseptique (formaline 1: 1000). Après le passage de la sonde, il est préférable de pratiquer une injection avec un astringent, nitrate d'argent 1: 10,000. 3. On ne doit jamais passer de sonde à la suite d'une blennorragie aiguë avant trois mois, et alors seulement lorsque l'urine sera claire. 4. Les strictures blennorragiques de l'urètre profond peuvent être dilatées par cinq ou six numéros à chaque séance, jusqu'à 18 ou 20 F.; puis, par un ou deux par séance. 5. Dans les cas de rétrécissement de la partie spongieuse, ou lorsque la sonde produit de l'irritation, l'urétrotomie est indiquée. 6. S'il se produit de l'inflammation, il vaut mieux espacer les séances—huit, dix, ou quinze jours.

TENDRESSE CONJUGALE. — Justin, entrant vivement chez monsieur :

—Monsieur! monsieur! Madame est très malade. Faut-il aller chercher un médecin ?

—Allez en chercher deux. Le premier pourrait... la manquer!

(Marseille-Médical.)

UN PEU COMME LE SECRET MEDICAL.—Monsieur est surpris, par la femme de chambre, de flagrant délit de contravention conjugale.

—Au moins, Rose, je vous en prie, pas un mot.

—Oh! Monsieur peut être tranquille! Pour ces choses-là, je suis d'une discrétion absolue. Monsieur peut le demander à Madame.....

(J. de Santé.)

LA CAFFEINE ET LA TOXEMIE ALCOOLIQUE. — Hall (Med. News.) dit que la caféine semble être un antidote de l'alcool, faisant disparaître dans vingt-quatre ou quarante-huit heures, la soif, le désir de la boisson, à tel point que les habitués les plus enracinés en cessent l'usage. Il donne 1 à 2 grains toutes les 1, 2 ou 3 heures.

LE LAIT IODURE. — Le professeur Sclavo, de Sienna, prépare un lait iodé en ajoutant de l'iode et de l'albumine à du lait privé de substances grasses et stérilisé. Ce lait, qui

s'administre par la bouche ou par la voie hypodermique, a donné des résultats des plus encourageants dans la pyoémie, les suppurations chroniques de l'oreille, la syphilis, le goitre, etc., enfin dans la plupart des cas où l'iode est indiqué.

OH! LES BALLONS!... LE LAIT STÉRILISÉ.—Le lait stérilisé reçoit sa condamnation de tous les côtés presque. Le lait soumis à de hautes températures perd son goût et sa couleur normale et devient insipide. Les globules adipeux sont modifiés, ainsi que les éléments sucrés et albumineux. Le lait ainsi altéré est indigestible et perd ses propriétés vitales. Ce lait fatigue et surmène les voies digestives, et est insuffisant pour la nutrition ouvrant la porte ainsi à une foule de maladies locales et constitutionnelles. En dernier lieu, la valeur microbicide de la stérilisation est une illusion complète. Pour obtenir une stérilisation efficace, il faut une température qui rend le lait absolument inutile comme aliment. (N. P. Daniloff, in Russki Vratch — Arch. Pedia.)

CULTURE DES PROTOZOAIRES PATHOGENIQUES. — Jusqu'à présent les efforts pour cultiver ces êtres éprouvés que des échecs. Nopy et McNeal viennent de réussir des cultures de trypanosomes du rat et de la mouche tsé-tsé sur agar et sang défibriné du lapin. Cette découverte ouvre un champ vaste pour l'étude et pour immunisation. 6

PAUVRETE ET ECONOMIE. — La petite fille du premier, en passant, à la petite fille de la concierge :

—Tu sais, maman a acheté un enfant, j'ai un petit frère.

—Ta maman a de quoi et peut acheter des enfants ; la mienne n'a pas de quoi, elle les faits.—(Lyon Méd.)

METHODE DE KAUSSMAUL POUR CONTROLER LES METRORRAGIES. — Klemperer a obtenu d'excellents résultats avec cette méthode. Le vagin est irrigué avec une solution d'acide borique. On prépare trois ou quatre tampons avec du coton. Ces tampons sont de la grosseur du pouce et trois pouces de long ; leur intérieur est rempli de vaseline et les tampons sont roulés durs. On les introduit sur le long, puis en place on les met transversalement et en assez grand nombre pour paqueter le vagin et cacher le col.

La femme se mettra au lit. Le pansement est renouvelé toutes les vingt-quatre heures, jusqu'à effet. On commence le traitement ordinairement douze ou vingt-quatre heures après l'apparition des menstrues. — (Die Therap. des Gegenw.—Medicine.)

POUR ELOIGNER LES RATS. — Comme ces animaux sont le véhicule de certaines maladies, sans compter les autres ennuis qu'ils causent, il est bon de les éloigner. Si l'on répand de la couperose verte ordinaire (sulfate de fer) en poudre partout où les rats viennent, de façon à ce qu'ils soient forcés de marcher dessus, ils n'y reviendront plus, car la couperose blesse leurs pattes.—RCountry Gentleman.)

L'ACNE BROMIQUE. — Le professeur A. Roche a retiré d'excellents effets dans l'acné produit par l'usage des bromures, en faisant laver la figure, soir et matin, avec du petit-lait (butter-milk) à la place de l'eau.—Lancet.)

GLYCOHEROINE CONTRE LA TOUX. — Haas et Saxe (Amer. Med.) ont bien réussi en donnant l'héroïne en solution dans de la glycérine. Ce serait le meilleur véhicule pour cette substance. Cette préparation calme la toux, diminue les sueurs nocturnes, est très utile dans la coqueluche et les bronchites obstinées. Elle abaisse la température, calme la douleur et n'entrave ni l'appétit, ni la digestion.

ENCORE LES BALLONS—OH! LES BALLONS! — Voilà que les travaux de C. G. Kerley; A. H. Gieschen et G. T. Myers, du New York Infant Asylum, viennent jeter le trouble dans beaucoup de nos croyances au sujet de la réaction du lait de femme et du lait de vache, et en ce qui regarde les effets produits par l'addition d'alcalins au lait. Voici leurs conclusions: — 1. Le lait de femme et le lait de vache sont tous les deux acides. 2. Le papier litmus n'est pas approprié pour prendre la réaction du lait. 3. Le fait d'ajouter de l'eau de chaux ou du bicarbonate de soude au lait, retarde ou empêche la formation des caillots par la présure. 4. L'enseignement d'une congestion utérine. Quelques scarificationnement qui conseille d'ajouter de l'eau de chaux, du bicarbonate de soude ou du carbonate de potasse au lait frais, prétendant que ce sont des antiacides, est erroné. 5. L'addi-

tion d'alcalins ou de sels qui deviennent alcalins en solution, est une méthode empirique d'empêcher seulement la formation de gros caillots qui traverseraient lentement l'estomac et seraient de digestion difficile dans les intestins. (Pediatrics.) Allons, les spécialistes d'enfantillages, réveillez-vous!

TRAITEMENT DE L'OBESITE PAR LE REGIME LACTE. — Le Menant préconise un régime lacté exclusif: d'un litre et demi de lait, non bouilli et froid, pris par petites quantités. Le matin, on peut le prendre chaud, mais sans pain. Le traitement dure de quatre à neuf semaines; puis on permet un repas le midi.

EPISEDE INEDIT DE L'HISTOIRE. — Nessus, le centaure, était étendu sur un lit de thym, au bord du fleuve Méandre, frappé d'une intoxication par les ptomaines.

Hercule, pédalant par là, vit sa triste situation—ceci, bien entendu, était avant l'épisode de la chemise empoisonnée—et se tournant vers Omphale, qui lui tenait compagnie, lui dit de marconigraphier afin d'avoir immédiatement un médecin par un aérostat.

Voyant que la douce Omphale hésitait et paraissait réfléchir: "Pourquoi retardes-tu, dit-il, casque et dédale."

—C'est, répondit-elle, que Nessus étant centaure, moitié homme et moitié cheval, je suis embarrassée. Dois-je faire venir un allopathe ou un vétérinaire?

Le dilemme bloqua Hercule, et un sourire équin parcourut le visage de Nessus.

Ainsi pris, Hercule et Omphale, on fait le (Omphale) médecin et recule (Hercule) la mort. N'ai su (Nessus) quel traitement a guéri.—(Imité de l'Anglais!)

NOUVELLE METHODE POUR EXAMINER LES SOMMETS DU POU MON. — Auld (London Lancet) propose une méthode qu'il croit appelée à rendre des services réels tout à fait au début de la tuberculose pulmonaire. Les sommets pulmonaires s'élèvent en moyenne d'un pouce à un pouce et demi au-dessus de la clavicule, quelquefois jusqu'à deux pouces, le sommet droit un trait de plus. Il s'agit de limiter, au-dessus des clavicules, la surface de sonorité. A l'inspiration forcée, la sonorité remonte un quart de pouce de plus que pendant l'expiration. Les états anormaux sont: 1. Le fait que la résonance ne remonte pas

pendant une inspiration forcée. 2. Un abaissement de la limite supérieure de résonnance d'uo ou des deux côtés. 3. Une limite indistincte de la ligne supérieure ou externe de résonnance.

————— : o : —————

RAPPORT DE L'ASSOCIATION MEDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE.

Monsieur le Rédacteur de la Revue Médicale,

Montréal.

Cher monsieur,

Lundi, le 14 courant, l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette, a tenu son assemblée trimestrielle à Berthierville, sous la présidence de M. le Dr Albert Laurendeau. M. le docteur E. P. Lachapelle, président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, fit à l'association l'honneur de venir donner devant ses membres une conférence très instructive et très élaborée sur l'Hygiène et le Médecin. L'assemblée vota au savant et distingué conférencier des remerciements pour l'intérêt qu'il porte aux associations médicales du district.

Un résumé de cette importante communication ne pourrait en donner la valeur; elle sera publiée au long dans la Revue Médicale.

M. le Dr Lachapelle nous parle aussi de la bonne entente entre médecins, entente cimentée par des réunions amicales telles que celle-ci.

Le tarif médical, tel que mis en pratique dans la province de Québec, n'est pas, nous dit-il, égal aux tarifs mis en vigueur dans les autres provinces. Il est si ridiculement inférieur qu'il est tout-à-fait en disproportion des capitaux investis pour arriver à la profession de médecin, et aussi en disproportion des soins donnés et des responsabilités assumées, quoique notre province soit aussi riche que ses voisines. Ce désavantage sera réparé quand il y aura meilleure entente entre nos médecins Canadiens-Français. À qui profite nos discordes? Si nous nous méprisons et nous nous calomnions réciproquement, les clients perdent confiance en nous et s'en vont donner leur argent à des charlatans rusés, ou à des médecins étrangers. Nous, médecins de la Province, devons nous grouper en associations de district et ensuite en association générale.

"Ce sujet sera mis à l'étude d'une manière sérieuse au prochain congrès des médecins de la Province de Québec, qui doit se tenir à Montréal au mois de juin. Je vous conseille de venir tous à cet important congrès. Là, nous apprendrons

"à nous connaître, et en nous connaissant mieux, à nous estimer davantage."

M. le docteur Laurendeau nous fait aussi une savante dissertation sur l'hygiène et la neurasthénie.

M. le docteur O. Gadoury, de Berthier, nous donne une communication très intéressante et très pratique sur la neurasthénie en rapport surtout avec les maladies de l'estomac.

Des remerciements sont votés à tous nos bienveillants conférenciers, ainsi qu'à Son Honneur le maire de Berthier, M. Victor Allard.

M. le docteur Ferland, de Lanoraie, dit que messieurs les curés ne devraient jamais permettre de funérailles sans être préalablement munis d'un certificat de décès fourni par le médecin qui a traité la personne décédée.

Cette louable habitude faciliterait les statistiques et aussi la mise en pratique des lois d'hygiène.

M. le docteur Lippé, de St-Ambroise de Kildare, le doyen des médecins présents, et l'un des plus dévoués, dépose sur la table un projet de création d'une société de secours mutuels entre les médecins de la Province de Québec.

M. le docteur Désy parle contre les médecins qui prennent des abonnés à l'année. Le Bureau des Officiers du Collège des Médecins devrait remédier à cet abus. Un tarif minimum devrait être aussi adopté et le Bureau des Gouverneurs devrait le faire sanctionner par nos législateurs à Québec.

Les médecins devraient être soumis à la même loi que les avocats quant au tarif et au secret professionnel. Les médecins qui prendraient un prix dérisoire seraient considérés comme manquant à l'étiquette professionnelle et perdraient leurs privilèges auprès du Bureau des Gouverneurs.

Ainsi nous pourrions faire concurrence aux charlatans.

En réponse à M. le docteur Désy, M. le docteur Lachapelle dit que le Bureau des Gouverneurs a fait son possible et dépensé beaucoup d'argent pour poursuivre les charlatans, etc., et qu'il était encore disposé à faire tout en son pouvoir, mais qu'il fallait la coopération de tous les médecins et de tous ceux qui ont juridiction en cette matière si importante de la protection de la santé du peuple.

Ensuite vient la discussion du tarif médical dans nos campagnes.

Les nouveaux membres de l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette inscrits aujourd'hui sont: MM. les Drs O. Gadoury, H. Lavallée, J. A. Ferland, Théodore Gervais, L. de Grandpré, de Berthier, et J. Desrosiers, de Saint-Félix-de-Valois. MM. les Drs Lafontaine et Désy étaient aussi présents. A part ces nouveaux membres, il y avait

un grand nombre d'anciens membres venus des autres paroisses du district.

La prochaine assemblée qui doit avoir lieu le deuxième lundi de mars, 1904, se tiendra, à moins d'avis contraire, à l'Assomption. Celle du deuxième lundi de juin aura lieu à Saint-Gabriel-de-Brandon, sur la gracieuse invitation de notre dévoué président.

J. M. AUMONT, M.D.
Secrétaire-trésorier.

Le Président: —

Messieurs,

Je suis heureux de constater la présence d'un bon nombre de médecins du district. Que chacun assiste régulièrement à nos séances et qu'ensuite l'on fasse du zèle, de la propagande et nous verrons notre association prospérer pour le bénéfice de chacun de ses membres. Je vous ferai remarquer et j'insiste sur ce point: que notre association n'est pas une d'admiration mutuelle, le but de nos réunions n'est pas un but d'exhibition personnelle, nous ne nous assemblons pas simplement pour nous raconter nos prouesses médicales ou chirurgicales. Non, messieurs, le but de notre association est clairement défini dans le préambule de notre constitution: "l'instruction et la protection de tous ses membres, le moyen de communiquer et de discuter dans l'intérêt de la science et de la profession médicale, et surtout de favoriser l'union de tous les médecins de ce district."

1. "L'instruction: Chacun de nous devra faire tout en son pouvoir pour communiquer et faire partager à ses confrères, ses connaissances, son expérience.

2. "La protection: Nous arriverons, mes chers confrères, à nous protéger, en nous faisant respecter par le public et en nous respectant les uns les autres. Et dans ce but nous aurons à étudier, à définir un code de déontologie médicale devant régler nos relations de médecin à médecin et de médecin à clients. Et, point important à fixer, nous aurons à vous soumettre un tarif d'honoraire maximum et minimum. Ce projet de tarif devra être étudié, soigneusement, et lorsqu'il aura reçu votre sanction, je ne doute pas qu'il évite à beaucoup d'entre nous de petits désagréments, quelquefois même des scènes pénibles comme cela s'est vu malheureusement.

Avant que de vous faire connaître mes impressions sur l'admirable communication de M. le docteur E. P. Lachapelle, je dois offrir en mon nom personnel et aux noms de tous les membres de l'association, mes plus sincères remerciements à M. le maire de Berthier, qui a bien voulu nous faire l'hon-

neur de nous recevoir et mettre à notre disposition la salle publique de la ville de Berthier.

Maintenant, nous allons procéder:

1. Lecture du procès-verbal de la dernière séance;

2. Lecture d'un télégramme de M. le docteur Baudry, gouverneur du bureau, s'excusant de ne pouvoir assister à cette réunion de l'association Médico-Chirurgicale du district de Joliette;

3. Présentation de M. le docteur Lachapelle par le président.

4. Discussion sur la communication de M. le docteur Lachapelle.

DISCUSSION

La conférence de M. le docteur Lachapelle.

Dr Laurendeau. — Messieurs,

Il y a une clause dans notre constitution qui veut que le Président laisse son siège pour prendre part aux délibérations, aux discussions qui pourraient naître dans nos assemblées. Mais pour qu'il y ait discussion, il faut, ce me semble, qu'il y ait diversité d'opinions.

Si les quelques vestiges que j'ai conservés de mes humanités ne me trompent pas, l'étymologie du mot discuter est: discutare: secouer. Qui dit discussion, dit controverse, débat, dispute. Ehl bien, messieurs, vous avez entendu la lecture de notre distingué président du bureau des Gouverneurs, et je ne vois pas comment je pourrais laisser mon siège, pour me conformer à la lettre de notre constitution.

N'est-ce pas que nous sommes unanimes dans les vues, comme dans les conclusions de notre savant conférencier, d'où il s'ensuit qu'il nous est à peu près impossible de faire de la discussion, voilà pourquoi je me crois autorisé à garder mon siège tout en vous faisant ces remarques.

L'on ne peut pas dire que l'hygiène soit la base de la médecine, ce qui serait un grand honneur pour elle, sans doute, mais l'on peut dire qu'elle est la base de la santé, ce qui est mieux. L'hygiène n'a pas ce caractère de noblesse que possèdent certaines autres branches de la médecine, ses aînées, car elle est d'institution assez récente, du moins tel que nous la comprenons aujourd'hui. Je ne crois pas que nous puissions la faire remonter à l'antiquité, ni même aux croisades, ce qui vous le savez, est le cachet de toute bonne noblesse. Il est bien vrai qu'elle a pour parrain la mésologie, et pour marraine, la physique, la chimie, la bromatologie, la toxicologie, l'anthropologie, mais tous ces points d'appui ne lui enlèvent pas son air de jeunesse.

Chez les Grecs, à Sparte, où les obligations envers la patrie primaient toute autre considération.

vous savez quel moyen hygiénique radical l'on avait adopté pour l'amélioration physique de la race ! les enfants faibles et contrefaits étaient exterminés. Je me plais à reconnaître que notre hygiène moderne répudie ce principe brutal.

A Athènes, les exercices physiques étaient sans doute destinés à augmenter la beauté de la race, mais l'hygiène de l'habitation, l'hygiène publique étaient complètement ignorées, comme dans toute la Grèce d'ailleurs.

A Rome, il est bien vrai que les rues furent dalées, que des aqueducs amenèrent des eaux de sources en abondance et que ces eaux furent collectées dans des égouts, mais en cela seulement, ils furent supérieurs aux Grecs, au point de vue de l'hygiène.

Les Juifs pratiquèrent la circoncision, et s'abstinrent de manger de la viande de porc, mais ces pratiques qui sembleraient avoir l'air de mesures hygiéniques, étaient plutôt des ordonnances religieuses ayant pour base le préjugé.

Et pour suivre les siècles, le christianisme prêchant l'abandon de tous les biens, défendait à son origine l'usage des bains, n'ouvrait des asiles que pour soustraire à la vue les malades, mais sans aucun souci d'hygiène. Ce n'est que plus tard que l'on comprit que les processions et les flagellations n'étaient pas suffisant pour éloigner les épidémies ; mais il reste encore des vestiges de ces préjugés, et ce besoin de foi au surnaturel se manifeste actuellement sous une autre forme. Qui de vous n'a pas vu ces théories de pèlerins à Sainte-Anne-de-Beaupré ; et je vous le demande, lequel parmi vous a jamais constaté le plus petit miracle ? Et quoi de plus contraire à l'hygiène que ces ramassis d'infortunés, entassés dans un bateau ou dans des voitures de chemin de fer, traînant leur maladie, exhibant leur infirmité, crachant ou suant leurs microbes ? Il y a là, messieurs, un abus à combattre et des préjugés à déraciner, au nom de l'hygiène. Vous me pardonnerez cette digression, dans le court résumé historique que j'esquisse de cette science, mais j'ai si souvent eu l'occasion de constater que ces pauvres pèlerins revenaient harassés, brisés, aggravés, après avoir fait un sacrifice pécunier relativement considérable pour quelques-uns, que je n'ai pu retenir ce cri d'indignation.

En France, la première ordonnance qui ait un caractère sanitaire, fut passé en 630, par le bon roi Dagobert, (celui qui mettait sa culotte à l'envers) cette loi frappait d'amende quiconque souillait un puits. En 1496, un arrêt du Parlement ordonne aux syphilitiques de quitter Paris dans les 24 heures ; cependant, à cette époque, l'hygiène publique n'existait pas encore, ou plutôt elle était à l'état d'embryon ; ce n'est que plus tard que l'on en verra la

naissance avec la société Royale de Médecine, fondée à Paris en 1776. Jean Pierre Frank publie, en 1778, un plan complet de police sanitaire. Et la Révolution Française est le point de départ d'institutions destinées à améliorer l'hygiène publique et privée. En Angleterre, en Allemagne, aux Etats-Unis, on édicte des règlements sanitaires rigoureux, on crée des instituts spéciaux, et enfin, messieurs, les récentes découvertes du génial Pasteur ont mis une sanction aux lois de l'hygiène.

Maintenant que nous avons ébauché l'histoire rapide, sommaire, à vol d'oiseau de l'hygiène, j'aimerais vous démontrer que si cette branche de la médecine n'est pas la plus ancienne, au moins elle n'en est pas la moins importante à l'heure actuelle. Elle tire son importance de son objet. Et quel est cet objet ? M. le docteur Lachapelle vous l'a dit : elle a pour objet la prophylaxie des maladies, l'entretien de nos organes, de notre santé, en bon état ; et dans ce but elle va au-devant des maladies pour les prévenir. Je vous demande maintenant, en face de maladies telles que la tuberculose, la syphilis, la fièvre typhoïde, etc., et autres affections évitables, mais non curables, n'est-ce pas qu'alors l'hygiène prime toute la médecine ? elle qui a pour objet de prévenir ces maladies.

Enfin, messieurs, espérons que le début du présent siècle verra s'accomplir une réforme importante au profit de l'humanité entière ; souhaitons que les vœux du dernier congrès sanitaire international soient acceptés par tous les gouvernements ; et qu'un bureau international soit constitué, avec pouvoir de dresser et faire exécuter des règlements internationaux. Le jour où un tel bureau aura la sanction universelle des peuples sera probablement le dernier jour des grandes épidémies internationales. Pour terminer, messieurs, si j'ai pu réussir en quelques mots, à vous démontrer toute l'importance de cette science, qui plus que toute autre, concourt à la conservation de notre existence et de notre santé, il me reste un tribut d'hommage, de reconnaissance émue, à rendre à notre éminent conférencier, M. le docteur E. P. Lachapelle. Nul, messieurs, dans notre pays, depuis que le Canada existe, je ne crains pas de le dire, nul n'a fait autant que notre président des Gouverneurs, pour répandre les connaissances de l'hygiène privée, et imposer les règlements de l'hygiène publique dans notre province, et partant, pour la conservation de nos petits êtres, espoirs de notre race, et pour la prolongation de nos adultes, de nos vieillards. Au nom de l'association des médecins du district de Joliette, et en mon nom propre, j'offre donc à M. le docteur E. P. Lachapelle, nos remerciements les plus sincères, les plus cordiaux, pour tous les sacrifices qu'il s'est

imposés, qu'il s'impose encore actuellement pour la santé et le bonheur de ses concitoyens.

5. Présentation de M. le docteur Gadoury.

Nous aurons maintenant le plaisir de goûter une communication par M. le docteur Gadoury. Parmi les jeunes, notre confrère a fait sa marque; je ne doute pas que notre savant ami saura nous intéresser. J'espère, messieurs, que l'exemple donné par ce distingué travailleur, sera suivi par d'autres membres de l'association, par tous plutôt, je devrais dire. Que chacun de nous, aux séances subséquentes, apporte son obole, en science ou en expérience, comme va le faire notre confrère, et le but de notre société sera atteint; chaque membre augmentera son petit pécule scientifique, et en définitive, le public, notre client, y trouvera son compte, qu'il nous paiera en espèces sonnantes, sinon en gratitude, en reconnaissance et en respect.

6. DISCUSSION.

Communication du Docteur Gadoury.

Docteur Laurendeau.—La communication de mon savant confrère m'a beaucoup intéressée, mais je vous avouerai qu'il y a encore pour moi beaucoup de points obscurs. Tout d'abord, qu'est-ce que la neurasthénie? Ce mot a été proposé par Beard, un Américain, comme me l'a dit le docteur Gadoury, en 1869. D'après son étymologie: Nevron et asthénie, l'on pourrait définir cette affection: affaiblissement du système nerveux.

Ce mot, neurasthénie, a fait fortune. Pourtant cette maladie était connue avant Beard. Frank, en 1821, l'appelait irritation spinale; Valleix, en 1841: névralgie générale; Bonchut, en 1860: nervosisme; Monneret, en 1857: hyperthésie générale; Krisha-ber: névropathie cérébro-cardiaque. Et, après ce résumé succinct de l'historique de cette affection où l'on a tant de misère à trouver son véritable extrait de baptême, je me demande encore qu'est-ce que la neurasthénie? Eh! bien, messieurs, je vous avouerai que je l'ignore, c'est un aveu pénible à faire, n'est-ce pas? surtout en présence d'un public étranger à notre corporation, mais je vous ferai remarquer que nous ne sommes plus au temps des ascéliades, que nous savons dire: "j'ignore," et cela sans subterfuges. La science est aujourd'hui assez avancée, assez haute, pour faire de ces aveux sans rougir. Mais si nous ignorons l'essence, la nature intime de la neurasthénie, cela ne veut pas dire qu'il nous faut douter de l'existence de cette maladie. M. le docteur Gadoury nous a fait un tableau saisissant des symptômes de l'étiologie, de la marche de cette affection et de ses rapports fréquents avec des troubles digestifs. Mais un point qui ne me paraît

pas élucidé: la neurasthénie est-elle cause ou effet de la dyspepsie et vice et versa?

Si vous voulez me le permettre, je vous ferai connaître le résultat de mes études, de ma petite expérience et de mes réflexions. La neurasthénie est une entité morbide qui existe, et est caractérisée par un épuisement du système nerveux, voilà qui est positif, aller plus loin est tomber dans l'hypothèse ce que j'essaierai de faire, l'hypothèse étant encore une satisfaction pour l'intelligence quand nous n'avons rien de mieux. Cet épuisement, cet affaiblissement du système nerveux, du cerveau, de la moelle et des nerfs, se manifeste par des symptômes excessivement variables. M. le docteur Gadoury vous en a fait le panorama. Parfois, l'on dirait que le cerveau seul souffre, d'autres fois, ce sera la moelle épinière, les nerfs et même les organes desservis par ce système, qui fourniront le summum de réaction, d'où les divisions que les auteurs ont fait de la neurasthénie, suivant les manifestations principales en formes cérébrales, spinales, cardiaques, gastro-intestinales, et enfin (the last but not the least) génitale.

Je vous disais tantôt que les symptômes de cette affection étaient extrêmement variables. Il en est cependant quelques-uns qui font rarement défaut, et ce sont les stigmates neurasthéniques; céphalalgie spéciale (casque neurasthénique) sensation de vide dans la tête; insomnie et troubles du sommeil; adynamie psychique; affaiblissement de la motilité; hyperesthésie spinale, atonie gastro-intestinale; troubles génitaux, et trouble vaso-moteurs; mais tout ceci ne constitue que des formes diverses de la même entité morbide, dont l'origine repose dans les centres nerveux; et en définitive j'en arrive à la conclusion que la neurasthénie est une folie légère, une paranoïa, comme disent les Allemands, paranoïa rudimentaire, et que tout neurasthénique est un obsédé, lesquelles obsessions sont accompagnées d'angoisse, d'anxiété, de lutte intérieure, d'hésitation dans la pensée et dans les actes, et de symptômes physiques de nature impulsive.

Et pour faire comprendre ma pensée, j'assimilerai le cerveau à une batterie électrique, les nerfs aux fils inducteurs, et les organes aux objets pour lesquels est destiné l'électricité. Eh! bien, messieurs, lorsque vous faites usage de cette batterie, sans interruption, et que vous lui faites rendre sa pleine capacité, qu'arrive-t-il? Votre batterie attrapera la neurasthénie, et cela, surtout si vous faites usage d'une pile à potentiel réduit, c'est-à-dire d'une pile qui s'épuise promptement. Prenez la Laclanche, et après un usage continu de deux à trois jours à peine, vous verrez qu'elle donne tous les symptômes de l'épuisement, tel notre organisme à la suite d'un

surmenage continu, exagéré, suffisant pour épuiser nos réserves d'énergie nerveuse.

La neurasthénie est donc une première étape de la folie, sans lésions anatomiques centrales appréciables sans doute.

Qu'est-ce donc que la folie? Esquinol, je crois, a dit que la folie était une affection cérébrale, ordinairement chronique, sans fièvre, caractérisée par des désordres de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. J'appui sur ces derniers mots: "désordres de la sensibilité, de l'intelligence, de la volonté." Ces caractères existent parfaitement dans la neurasthénie; et plus que cela, je considère le symptôme folie rudimentaire, ou son équivalent; dérangement fonctionnel de la cellule nerveuse par épuisement, je considère, dis-je, ce symptôme comme seul pathognomique; tous les autres symptômes peuvent manquer, se transformer celui-là, non. Que la neurasthénie soit développée chez un sujet à faible résistance, par excès de travail intellectuel surtout, ou par une grande émotion, un choc physique ou moral, empoisonnement ou intoxication des centres nerveux, comme cela pourrait être dans certaines formes de dyspepsie avec formation et absorption lente et continue de ptomaïnes, de toxines, tel dans les dilatations de l'estomac, etc; en définitive, l'aboutissement est le même: "désordre de la sensibilité, de l'intelligence, de la volonté."

Traitement:—D'après la conception que je me suis faite de la nature intime de cette maladie, un seul traitement rationnel existe: repos complet, absolu de la cellule nerveuse; il faudra donc, avec plus ou moins de sévérité, suivant la gravité du cas, enfermer le malade, l'isoler autant que possible du monde extérieur, du souci des affaires, des tracasseries de la vie. Tel est le fondement du traitement de la neurasthénie. Sans doute qu'il ne faudra pas négliger de traiter les symptômes. Entrez dans les détails de la médication que comporte chaque symptôme, serait nous entraîner un peu loin, d'autant plus que M. le docteur Gadoury vous a parfaitement exposé cette partie du traitement dans son intéressante communication.

— o o: —

Revue des journaux

MEDICINE

SUR LES RELATIONS QUI EXISTENT ENTRE LES AFFECTIONS DU NEZ ET DE L'OREILLE.

Par M. le docteur Georges.

L'infection de l'oreille moyenne par le conduit auditif externe est chose rare quand le tympan est intact; elle se produit le plus souvent par la trompe d'Eustache, et dans ce cas elle est favorisée par différents facteurs, tels que la ventilation insuffisante de la caisse du tympan, des influences nocives extérieures, la gêne de la respiration nasale.

Les germes infectieux ne sont pas des bactéries spécifiques; il s'agit plutôt d'infections mixtes.

Pour que le phénomène de l'audition s'accomplisse normalement, il est nécessaire que l'air soit à une pression égale dans l'oreille moyenne et dans le courant auditif externe. Or, l'air extérieur ne peut pénétrer dans l'oreille moyenne tandis que celui de la cavité tympanique se résorbe progressivement, toutes les fois qu'il existe dans les trompes des végétations adénoïdes, une tuméfaction de la muqueuse, ou bien une inflammation catarrhale. Il en résulte une raréfaction de l'air dans l'oreille moyenne, une dépression du tympan consécutive à l'action externe de la pression atmosphérique, ainsi qu'une diminution de l'acuité auditive. En pareil cas, les patients cherchent d'une manière instinctive à remédier à leur infirmité: ils pratiquent l'occlusion des orifices nasaux, en même temps qu'ils expirent violemment afin de chasser une certaine quantité d'air dans la cavité tympanique (procédé de Valsalva). Cette pratique est réellement instinctive chez les ouvriers, par exemple, qui sont enfermés dans des caissons pneumatiques pour effectuer des travaux sous l'eau: ils sont en effet soumis à une pression atmosphérique élevée, et spontanément ils ont recours au procédé de Valsalva pour introduire de l'air dans leur oreille moyenne, et par suite éviter les violentes douleurs auriculaires qu'ils pourraient éprouver.

Normalement, nous ventilons nos trompes par l'acte de la déglutition, que nous répétons incessamment; cette pratique suffit à maintenir l'équilibre de pression si les trompes sont suffisamment perméables. De plus, cette pratique permet aux germes infectieux de s'introduire avec l'air dans l'oreille moyenne, et ceux-ci ne tardent pas à pulluler si la muqueuse de la caisse tympanique a perdu sa puissance bactéricide par suite d'une obturation des trompes d'Eustache, d'où la possibilité d'otites.

Ces affections peuvent encore être favorisées par l'action de causes nocives externes. Ici se place en premier lieu la propreté du nez. Quand, au moment de l'éternuement, on obture les deux orifices nasaux, le mucus peut être entraîné dans la cavité tympanique avec la colonne d'air qui s'y précipite.

Il est donc recommandé de n'obturer qu'une des deux narines, quand on éternue afin d'éviter une augmentation de pression dans l'arrière cavité des fosses nasales. Les injections nasales sont également capables de faire pénétrer sous la pression du liquide des germes infectieux dans l'oreille moyenne; celles-ci doivent en conséquence ne pas être pratiquées sous forte pression, lorsqu'elles sont nécessaires; il faut recommander aux malades de ne pas faire de mouvements de déglutition à ce moment.

L'infection de la caisse du tympan est encore possible pendant l'ablation du cornet inférieur ou pendant les opérations sur le septum. Il en est de même quand les malades toussent, expectorent, etc. après une ablation de végétations adénoïdes. Pour la même raison le tamponnement avec la sonde de Belloc peut être considéré comme particulièrement dangereux. Alt rapporte l'observation d'un patient qui mourut d'une suppuration otique; on avait dû laisser trois jours durant le tampon en place, car chaque fois qu'on essayait de le retirer, se produisait un saignement. Un hémophile succomba dans les mêmes conditions: le tampon placé pour arrêter une épistaxis avait été laissé pendant deux jours. Il ne faut donc employer ce procédé qu'en dernière ressource; et si l'on est obligé d'y recourir, le tampon sera renouvelé au bout de 24 heures.

Le cathétérisme de la trompe sera toujours pratiqué avec de grandes précautions, surtout s'il existe dans le nez ou l'arrière cavité des fosses nasales un foyer de suppuration; les germes seraient portés à l'entrée de la trompe par le cathéter, puis dans l'oreille moyenne par les déglutitions ultérieures.

Les otites se rencontrent encore dans la scarlatine, la rougeole, la diphtérie; si ces affections ont déterminé des altérations du pharynx, le processus infectieux gagne directement la caisse du tympan par la trompe d'Eustache.

Fréquemment, l'insuffisance de la respiration par le nez est invoquée pour expliquer les catarrhes chroniques de l'oreille moyenne. En effet, si, après avoir obturé nos narines, nous effectuons un acte de déglutition, nous éprouvons dans l'oreille un claquement produit par une aspiration du tympan vers l'intérieur, par suite de la raréfaction de l'air dans l'oreille moyenne (procédé de Toynbee); or si un obstacle naturel diminue le calibre des canaux du nez ou les bouche complètement, le phénomène précédent se reproduit au moment de chaque déglutition, c'est-à-dire plusieurs centaines de fois par jour: le tympan est attiré en arrière avec toute la chaîne des osselets; au bout d'un certain temps ces divers éléments se fixent dans cette position reculée.

Des effets analogues sont produits par les végétations adénoïdes, quand elles entravent la respiration par le nez. Dans ces conditions, les enfants ont une acuité auditive très diminuée; lorsqu'ils sont à l'école, ils paraissent d'un intellect médiocre en raison de leur surdité; ils apprennent d'ailleurs tardivement à parler; souvent on les considère comme atteints de surdi-mutité. D'après Frankenberger, on trouverait des végétations adénoïdes chez 60 pour cent des sourds-muets; c'est là une appréciation exagérée; on peut simplement affirmer qu'il existe entre les végétations et la surdité une relation de cause à effet.

Souvent il arrive qu'on ne découvre aucune lésion pathologique de l'oreille, chez des personnes qui accusent de violentes douleurs de cette région. Or il s'agit parfois d'altérations inflammatoires de l'arrière cavité des fosses nasales: ce sont des douleurs qui s'irradient vers l'oreille.

L'état du cavum pharyngien exerce une influence marquée sur les processus auriculaires; souvent on ne peut triompher d'une otite moyenne, aiguë, si l'on ne pratique un examen du nez, pour extirper ensuite des végétations adénoïdes, ou traiter une rhinite, un ozène. Souvent une otite chronique est entretenue par des lésions de l'arrière-gorge. L'otologie et la rhinologie ne peuvent donc être séparées l'une de l'autre.

CHIRURGIE

DE L'ANESTHÉSIE LOCALISÉE À LA COCAÏNE DANS LA CURE OPÉRATOIRE DE LA HERNIE INGUINALE

Par M. le Dr. Reboud,

Médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Belfort.

(Suite.)

Ces deux derniers chiffres ont été atteints avec une solution à 1/100. Dans quatre cas de hernies doubles opérées dans la même séance, il a été employé 0 gram. 070 pour la première et pour la seconde, deux fois la même quantité et deux fois 0 gram. 060 seulement.

On peut nous faire bien des objections, qui n'ont d'ailleurs pas manqué à des affirmations plus autorisées que les nôtres; on peut nous dire que nous opérons dans un milieu spécial, que nos malades n'osent pas manifester pour des raisons diverses. Le raisonnement est enfantin, car de tous les impôts que supporte notre pauvre humanité, le plus lourd et le plus également réparti est bien celui de la douleur. Nous affirmons que nos malades ne souffrent pas. Ils ont la sensation de poids sur le ventre, et ce qui les étonne le plus est la peur d'avoir mal.

Si le milieu militaire se spécialisait en l'espèce, ce serait peut-être par un peu d'amour-propre, de crânerie. On veut faire comme son camarade, soit par raison, soit par crainte de la raillerie. Ce petit travers nous a servi bien certainement au début à la propagande pour la cocaïne. A ceux qui le mandaient à être opérés, nous avons d'abord laissé le choix entre cet anesesthésique et le chloroforme, en faisant ressortir les avantages et les inconvénients de chaque méthode. Puis, très rapidement, l'amour-propre et surtout les exemples ont opéré la conversion générale, et maintenant nous ne posons plus la question et les clients sont de plus en plus nombreux.

Nous ne dirons rien des objections opératoires, c'est-à-dire des contre-indications; il suffit de lire "L'anesthésie localisée par la cocaïne" pour les connaître. Les hernies volumineuses et irréductibles ne sont évidemment pas des cas à choisir, mais une résection d'épiploon, même considérable, n'est pas une complication.

Quant aux accidents, ils ont été nuls. Nous ne comptons pas comme tels un peu d'excitation, de loquacité, d'ébriété cocaïnique. Plus rarement, il existe une dilatation passagère de la pupille, de la pâleur de la face avec légère dyspnée. Peut-on comparer ces inconvénients à ceux du chloroforme ?

La cocaïne est sans danger; elle supprime au moins un aide, et un aide important (nous faisons la cure opératoire avec deux infirmiers, l'un servant d'aide). Elle peut être employée à toute heure de la journée. Quelle est donc la raison qui a limité son emploi jusqu'à ce jour ? L'application en est facile, puisqu'il ne faut en somme que de la méthode; l'injection doit précéder les diverses phases de l'opération réglée. Elle est commode pour le malade, puisqu'elle évite les vomissements, les malaises souvent longs, toujours pénibles du chloroforme ou de l'éther, sans compter les dangers plus graves.

Il est évident que ce mode d'anesthésie a deux petits défauts qui, dans certaines circonstances, peuvent devenir rédhibitoires : étant appliqué successivement, il interrompt l'acte opératoire; donnant une analgésie localisée, il est un obstacle aux évolutions capricieuses des bistouris habiles. Il est incontestable que la durée de l'intervention est un peu prolongée (nous mettons une petite heure pour une cure radicale), et le chirurgien est obligé de compter avec son patient.

La bonne installation de nos grands hôpitaux, le personnel nombreux et instruit qui en assure nos maîtres expliquant jusqu'à un certain point le peu d'enthousiasme que l'on y professe pour la cocaïne. Mais à côté de ces centres privilégiés, combien est-il d'hôpitaux civils ou militaires où le personnel est restreint, trop souvent renouvelé, d'une instruction relative! Combien de praticiens de lacampagne qui n'ont dans leur rayon que des confrères peu empressés, lorsqu'ils ne sont pas hostiles, car la lutte est âpre en ce moment, qui doivent trouver dans la cocaïne les moyens de surmonter une partie des difficultés journalières!

C'est pour eux que nous écrivons ces lignes qui, nous le répétons, ne disent rien de nouveau, mais apportent, croyons-nous, leur contingent d'efforts à la vulgarisation de l'anesthésie cocaïnique.

Nous ne pouvons que leur dire: Essayez, procédez par étapes, soyez méthodiques et, surtout au début, soyez patients, car il faut faire la propagande, la tache d'huile; ne demandez à cet analgésique que ce qu'il peut vous donner, et, dans quelques mois, vous vous demanderez pourquoi vous n'avez pas commencé plus tôt.

Oui, la méthode est délicate; mais l'est-elle davantage que la plus minime des interventions proprement conduites? Certainement non. C'est faire injure au plus distrait, au plus pressé des chirurgiens que de le croire incapable de suivre une tech-

nique aussi simple et dont les règles sont si bien acquises.

Nous savons que dans la médecine militaire beaucoup de nos camarades emploient la cocaïne; nous serions heureux d'avoir là-dessus leur opinion et le résultat de leur pratique.

Nous terminons en adressant à M. le professeur P. Reclus nos respectueux remerciements pour les services de tous les jours, que ses travaux sur ce sujet nous ont rendus ainsi qu'à nos malades.

(Gaz. des Hôp.)

—: o: —

PEDIATRIE

EMPLOI DU DRAP MOUILLÉ AU COURS DES TROUBLES NERVEUX DE L'ENFANCE.

Par M. le docteur Dimier.

"Sont curables par l'hydrothérapie, dit Ben-Barde, toutes les affections sans lésions organiques qui procèdent de changements non spécifiques des éléments organiques. Dans ce groupe se rencontrent l'anémie, la chlorose, les maladies chroniques à forme asthénique, la plupart des affections qui sont caractérisées par un trouble dans le fonctionnement des divers appareils ou des divers systèmes de l'économie. Parmi ces derniers, je penserais que c'est surtout contre les névroses que l'hydrothérapie remporte ses plus beaux et ses plus légitimes succès."

D'après Strasser, le drap mouillé aurait une action très heureuse dans les maladies du cœur d'origine nerveuse (maladie de Basedow,) et les rhumatismes musculaires et articulaires.

Dans les cas de chorée grave, M. Joffroy a recommandé le drap mouillé; ce moyen donnerait, d'après cet auteur, associé à l'emploi du chloral, d'excellents résultats.

Dans les convulsions, dans le spasme de la glotte, l'effet sédatif du drap mouillé semble assez net.

D'autres phénomènes spasmodiques sont heureusement modifiés par l'emploi du drap mouillé: torticolis spasmodique, spasme nutant.

L'insomnie est heureusement influencée par l'hydrothérapie: les applications douces de l'hydrothérapie sont seules utiles. En première ligne, vient l'enveloppement humide.

Lorsque l'incontinence d'urine ne dépend pas d'un vice de conformation des organes génito-urinaires externes, "l'usage des toniques, surtout de l'huile de foie de morue, des douches et des affusions froides, peut suffire à amener la guérison." (Guinon.) Le drap mouillé doit être employé en pareil cas.

Lyon recommande l'emploi du drap mouillé dans les diverses formes de neurasthénie, les résultats sont toujours excellents; on l'emploiera surtout avec avantage dans la neurasthénie de l'enfant.

Dans les dyspepsies accompagnées de signes d'atonie gastro-intestinale, de constipation, formes qui s'observent souvent chez des enfants issus d'une cou-

che arthritique, l'hydrothérapie agit heureusement en combattant l'atonie générale (Klibanski).

Dans l'épilepsie, le drap mouillé est un moyen préventif dont on ne doit pas oublier l'importance. Cette pratique jointe aux autres traitements et surtout à la bromuration peut contribuer à rendre les crises moins fréquentes et moins intenses.

L'hystérie infantile bénéficie de l'usage du drap mouillé comme d'ailleurs de l'hydrothérapie froide en général.

Quand il y a lésion organique du système nerveux, les indications de l'hydrothérapie sont restreintes et "elle peut même devenir dangereuse lorsque les productions morbides siègent dans les organes importants comme le poumon, le cerveau et le cœur" (Béni-Barde).

Cependant, il semble que dans certains cas, le drap mouillé appliqué avec prudence puisse rendre quelques services et amener une amélioration notable. Dans certains cas de sclérose cérébrale, on a vu se produire une amélioration des symptômes spasmodiques à la suite de l'usage du drap mouillé; la raideur des membres si pénible dans la paralysie spasmodique de l'enfance est quelquefois heureusement influencée grâce au drap mouillé.

L'âge du malade peut donner lieu à quelques contre-indications. Généralement bien supporté même chez les enfants d'un an, on devra cependant surveiller de très près les effets de l'enveloppement. Dans les névroses fonctionnelles, il exerce un effet sédatif très important; il est mieux toléré que le bain froid et a une action plus prolongée et par conséquent souvent beaucoup plus efficace (Klibanski).

Pour appliquer le drap mouillé, on étend sur le lit où doit avoir lieu l'enveloppement, une toile cirée puis une couverture de laine sur laquelle on étale le drap mouillé. Ce drap a été trempé dans de l'eau à une température de 15 degrés centigrades et assez fortement exprimé.

Le malade complètement déshabillé est couché sur le lit; on ramène alors les parties latérales du drap, en ayant soin que le contact du drap se fasse sur toute la surface du corps. Ne pas trop serrer le drap.

On roule alors la couverture autour de l'enfant, en repliant l'extrémité sur les pieds. Le malade ainsi enveloppé est recouvert d'un ou deux étremons. La durée de l'enveloppement varie suivant l'âge et la nature de la maladie. Dans les troubles nerveux Comby applique l'enveloppement tous les jours pendant une demi-heure chez les très jeunes enfants et pendant une heure chez les enfants plus âgés.

Le drap mouillé une fois retiré, frictionner légèrement l'enfant et le coucher ensuite dans un lit bien chaud.

Le drap mouillé sera appliqué à une heure variable, suivant le moment où l'on veut obtenir un effet sédatif.

(Le Mois ther.)

—:o:—

DERMATOLOGIE

TRAITEMENT DE L'HERPES TONSURANT ET DU FAVUS CHEZ LES ENFANTS.

Sokoloff a employé chez de petits enfants, atteints d'herpès tonsurant et de favus (5 cas d'herpès, 2 cas de favus,) le traitement par les rayons X.

Sur ces 7 cas, dans 3, 2 d'herpès et 1 de favus, le traitement n'a pas été conduit jusqu'au bout; dans les autres cas le traitement a donné un résultat efficace et durable.

Le traitement a consisté à éclairer la région malade par les rayons X, fournis par un appareil donnant une étincelle de 35 centimètres de longueur. L'auteur s'est du reste servi d'étincelles de moindre longueur (de 15 à 20 cent.)

Les enfants mis sur un tabouret, on plaçait sur leur tête un tube de Crooks, à une distance de 30 à 40 cent. La durée de la séance a été en général de 10 minutes; parfois elle a été bien plus longue, allant jusqu'à 45 minutes, mais avec des intervalles de 3 à 5 minutes.

L'effet du traitement s'est manifesté dans tous les cas par l'apparition d'une bandelette pâle à la périphérie du cuir chevelu, cette bandelette allait s'élargissant toujours vers le centre et finalement envahissait toute la région malade.

Le nombre total de séances a beaucoup varié suivant les cas; ainsi dans un cas d'herpès tonsurant, 7 séances ont suffi pour amener la guérison, tandis que dans d'autres on a été obligé d'aller jusqu'à 30. Dans un cas de favus, le traitement a duré trois mois et demi, et le nombre total de séances a été de 53.

Ajoutons que l'auteur n'a jamais constaté le moindre inconvénient des rayons X, bien qu'il s'en serve depuis bientôt six ans.

(Med. Obsr., et Revue de thérap. méd.-ch.)

—:o:—

NOUVELLES

Nécrologie.

—Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr. Joseph Larivière, décédé le 20 de ce mois à l'âge de 54 ans, à Manville, R. L.

Le Dr. Larivière, était connu partout où il y a des groupes de langue française en Amérique.

Il avait été Zouava pontifical et l'un des soldats canadiens qui firent le coup de feu contre les Féniens.

Le Dr. Larivière avait aussi représenté la commune de Lincoln à la chambre basse du Rhode-Island.

—Nous avons aussi appris avec peine la mort du Dr. Pierre Grenier, de Saint-Maurice, ancien député à la législature, décédé le 20 courant à l'âge de 65 ans.

Nous prions les familles en deuil d'accepter nos plus sincères condoléances.

SUPPLEMENT

CHRONIQUE.

Par M. le docteur George Petit

(Suite.)

Le Dr Blind, à la Société des bureaux de bienfaisance, s'est élevé avec énergie contre les sanatoriums dont le prix d'installation est énorme et les résultats pitoyables. "Dans le berceau des sanatoriums, à Berlin, ils ont été très sévèrement jugés au sein de la Société de médecine (14 janvier, 1903.) M. Katz y posa la question de savoir, si les sanatoriums étaient capables de combattre efficacement la tuberculose, en tant que maladie populaire. A considérer les sanatoriums de près, les résultats obtenus sont loin d'être un succès, car il résulte de cette constatation lamentable qu'après une durée de trois à quatre années, 56 pour cent des malades soignés sont morts ou incapables de tout travail." Il ne suffit donc pas d'enfermer un tuberculeux pendant quelques mois dans un sanatorium.

Je partage entièrement l'opinion du Dr Savoie, le sanatorium n'a pas donné les résultats annoncés et exagérés. Ainsi le sanatorium n'est pas la condition sine qua non de la guérison de la tuberculose. Il n'est pas plus pratique de construire des sanatoriums que de coloniser la lune, par exemple. Moyen inefficace et inapplicable, le sanatorium a vécu en dépit de l'entêtement incompréhensible de ses champions.

Voyons donc, comme le Dr Vital, les statistiques des associations allemandes afin de nous rendre compte aussi exactement que possible de l'efficacité de ce grand effort.

La statistique de 1897 donne les chiffres suivants :

Malades traités	3,230
Malades guéris	2,225

De ces malades sortis guéris il en reste au bout de 3 ans, 667. Le pourcentage est à peu près le même en France et en Allemagne et accuse environ 20 pour cent de guérisons.

Quatre ans après leur sortie du sanatorium 25 pour cent de ces malades seulement sont susceptibles de travailler et 57 pour cent sont déjà morts de leur tuberculose.

La statistique publiée en 1901 par l'office impérial de santé porte sur 2,200 malades admis dans 31 sanatoriums, pour tuberculose pulmonaire au premier degré. Or, 56 pour cent de ces malades sont morts ou ont perdu toute aptitude au travail au bout de trois ans et demi à quatre ans. Et à ceci, il faut ajouter que l'auteur de la statistique, Engelmann, dit que, parmi ces 2,200 malades, un grand nombre n'étaient pas tuberculeux et avaient été envoyés au sanatorium par précaution : chez 66, 3 pour cent d'entre eux, on n'a jamais trouvé de bacilles de Koch !

Les résultats sont donc très maigres, surtout si l'on considère les frais élevés du traitement dans les sanatoriums.

De plus au 6e congrès d'hydrologie et climatologie, A. Robin donne une statistique personnelle portant sur 35 ouvriers phtisiques traités dans divers sanatoriums, renvoyés comme très améliorés et ayant repris leur travail. Il en résulte que de ces 35 malades :

11 ont dû cesser de travailler au bout de 8 mois.	
9 — — — — —	12 mois.
7 — — — — —	14 mois.
8 — — — — —	16 mois.

Donc, sur 35 ouvriers, il en reste 5 capables de travailler 16 mois après leur sortie du sanatorium, soit moins de 15 pour cent.

De ces trois documents il ressort que la tuberculose ne trouve pas dans le sanatorium la panacée qu'on lui promettait.

M. Brouardel ayant pris la défense des sanatoriums à la réunion du bureau international pour la lutte contre la tuberculose, la Gazette riposta en termes vifs (8 oct. 1903) : "D'abord le nombre des guérisons a été contesté par le Dr Savoie, ensuite le traitement précoce n'est pas une garantie et dépend de la virulence du microbe, et enfin, le changement de milieu n'est que provisoire et, partant, précaire. Ceci a été dit et redit.

Les objections faites à la création des sanatoriums sont basées sur leur prix, cela coûte cher. L'éminent ex-doyen de la faculté ne le nie pas, mais est-ce une raison de ne pas en créer; on n'y pourra pas soigner tous les tuberculeux, mais quelques-uns en bénéficieront? De prime abord, cela paraît tout à fait raisonnable; mais en réalité le prix n'est pas en cause et si on objecte la cherté des sanatoriums, c'est justement parce qu, étant donnée l'incertitude des résultats obtenus par ce moyen inefficace et insuffisant, puisqu'un tuberculeux reste toujours tuberculisable, et son retour forcé au travail rend la rechute certaine, on se demande si l'on peut exiger des bailleurs de fonds perdus des sacrifices considérables et inutiles. Voilà où est la question. Encourager, comme le conseille le professeur Brouardel la création des sanatoriums, n'aboutit dans ces conditions qu'à la création de nouvelles sinécures et à la distribution de décorations. Tant mieux pour ceux qui en profitent et qui en ont la satisfaction. Quant à enraver la tuberculose, à diminuer le nombre de ses victimes, les sanatoriums dans les conditions sociales actuelles sont un leurre.

D'ailleurs le bon sens public a déjà fait justice des légendes créées autour de ces établissements. Dans certains sanatoriums, on manque de tuberculeux (Angicourt), dans d'autres on manque d'argent. Si le sanatorium ne peut réussir que s'il met le tuberculeux, une fois pour toutes, non seulement dans l'état de travailler, mais à l'abri de toutes les conditions qui favorisent l'éclosion du mal, le jour où le tuberculeux indigent ne sera plus indigent, il ne sera plus tuberculisable.

(La Dosimétrie.)
(A Suivre.)

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Oh! non, milady, je resterai toujours près de vous.

—Pourquoi sacrifier ta vie, tu es belle, Lassy, tu as à peine dix-neuf ans.

—N'êtes-vous pas belle et jeune, milady, cependant, vous êtes prisonnière et plus encore, vous êtes esclave.

—Ceci signifie, Lassy, que tel doit être mon sort.

A ce moment une servante fit entendre le nom: Lassy.

—On vous appelle, Lassy, allez voir ce que c'est, lui dit Lady Dallshire.

La jeune fille sortit et revint quelques instants après, le visage empreint d'une animation qui ne lui était pas ordinaire.

Eh bien, Lassy? fit Florence, comprenant qu'il se passait quelque chose d'anormal.

—C'est un jeune homme, milady, qui m'attendait dans l'office et qui m'a dit ces paroles :

—Dites à Lady Florence de gagner du temps, que Lady Clardy et le Colonel Brown veillent sur elle.

—Et c'est tout? s'écria Florence.

... —Oui, tout, milady, car il partit aussitôt sans ajouter une parole.

—Eh bien soit, je gagnerai du temps, Lassy, va dire à Lord Dallshire que je désire lui parler.

V.

Sir Georges Brown, que tous ont reconnu comme étant le "Dick" Brown que nous avons jadis connu à Garry Fen, habitait une modeste maison de Warwick street. C'est là que Lady Clardy se fit conduire après avoir quitté M. Garrington.

—Je ne m'attendais pas à l'honneur de recevoir aussitôt votre visite, dit le Colonel en approchant un fauteuil sur lequel la vieille

dame prit place aussitôt.

—En effet, Sir Georges, mais les motifs qui me font venir aujourd'hui chez vous sont si importants que j'ai cru devoir venir sans tarder.

—Je vous écoute, madame.

—Tantôt, lorsque vous êtes venu chez moi, vous m'avez dit que vous aviez promis à mon fils de le remplacer auprès de nous, si quelque circonstance nous forçaient, ma fille et moi, de demander votre aide.

—Je ne donne ma parole qu'une fois, répondit l'officier et je ne puis que vous répéter ce que je vous ai dit. Parlez, madame, ouvrez-moi votre cœur et votre pensée et soyez assurée de mon plus profond dévouement.

—Eh bien, s'il en est ainsi, dit Lady Clardy en tendant sa main à Dick Brown, sachez que je viens vous demander pour Florence et moi une preuve de ce dévouement. Notre bonheur, notre vie peut-être, est en ce moment entre vos mains.

—Vous m'effrayez, madame, dit Dick, n'exagérez-vous pas l'étendue du malheur qui, sans doute, vient vous frapper.

—Écoutez, Sir Georges, et après vous jugerez: Il y a dix ans ma fille âgée, à cette époque, d'environ dix-sept ans, épousait Lord Clarence Dallshire, jeune homme appartenant à une riche et ancienne famille du Lancashire. Ma fille n'avait point d'amour pour son fiancé, cependant, comme je tenais beaucoup à ce mariage, lequel devait à jamais assurer sa fortune et sa position dans la société; elle consentit à cette union. Malheureusement, son bonheur fut de courte durée. Lord Dallshire, joueur et débauché, s'absentait quelque fois pour des semaines et des mois, laissant sa jeune femme dans la solitude la plus grande. Enfin, il poussa l'égoïsme jusqu'à lui défendre de voir ses anciennes amies, et d'assister à aucune fête. Lorsque le petit Clarence naquit, ce fut une joie pour Florence, car elle crut voir dans ce cher petit être, l'ange qui lui rendrait l'affection de son mari. Ironie du sort, au contraire, Lord Dallshire devint plus intraitable, plus ironique que jamais. Pendant six ans Florence eut à subir une véritable vie de martyre, laquelle est aujourd'hui d'autant plus intolérable que le tyran veut lui enlever son enfant. Je vous en prie, Sir Georges, par l'amitié que vous aviez jadis pour mon fils, aidez-moi à secourir mon enfant, et empêchez le monstre de mettre son plan à exécution.

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII

MERCREDI, 6 JANVIER, 1904.

No. 28

Travaux Originaux

OBSERVATION D'UN CAS D'EPILEPSIE SECONDAIRE.

Par M. le Dr. N. Fournier

Médecin du dispensaire de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

M. X. a 28 ans. Le 6 novembre dernier il tombe d'épilepsie pour la 2^{ième} fois depuis 3 semaines. Cette fois il a deux attaques à une demi-heure d'intervalle. Avant il y a 3 semaines il n'en a jamais eu. Ces attaques ressemblent beaucoup à celles de l'épilepsie vraie cri initial, chute par terre, pâleur de la face, convulsions toniques et cloniques, morsure de la langue, coma, puis peu à peu mais lentement retour à la connaissance. J'ai fait dormir le malade avec 2 gr. d'hydrate de chloral et 3 grammes de bromure de pot administrés d'heure en heure jusqu'à effet. Je le revois le lendemain matin pour l'interroger d'abord, puis instituer un traitement ad causam si possible.

Renseignements subjectifs: Antécédants héréditaires excellents.

Lui-même a toujours eu bonne santé à venir jusqu'à il y a deux mois, époque où il a commencé à souffrir d'une cephalalgie frontale plus marqué le jour que la nuit. Cette cephalalgie s'accroît surtout depuis trois semaines, mais ne l'empêche pas encore de vaquer à ses occupations ordinaires.

Ce n'est pas un ivrogne, mais il fait de temps à autres des libations à Bacchus, et aussi à Venus: cependant cette dernière ne lui a jamais donné de couronne à ce qu'il dit.

ni jamais de chancres, de mal de gorges, d'irruptions cutanées ni de chute des cheveux: enfin rien dans son histoire ne pouvait me faire soupçonner une syphilis antérieure.

A l'inspection rien de remarquable, si non une petite cicatrice cutanée adhérente alors et siégeant sur le bord du nez: dans la bouche un tout petit trou vers la partie moyenne du palais se dirigeant vers les fosses nasales. Ces cicatrices datent de 2 ou 4 ans. Alors il n'y a plus à en douter le malade est un syphilitique de la plus belle eau; ces plaies qu'il a eu au nez et au palais il y a 3 ou 4 ans étaient très probablement des gommés syphilitiques, et aujourd'hui ces attaques épileptiformes apparaissant pour la première fois à l'âge de 28 ans ne sont autre chose que les manifestations d'une syphilis cérébrale. Essayons la pierre de touche et nous verrons. Bromure de pot et chloral sont suspendus: le traitement mixte antisiphilitique est institué doses intensives: 2 doses Pot: 3 à 6 grammes par jour, injections mercurielles solubles quotidiennes pendant 8 jours. Quarante-huit heures après le début de ce traitement la céphalalgie disparaissait pour ne plus revenir, et aujourd'hui à un mois et demi de cette date aucune attaque épileptiforme n'est encore survenue, et j'ai bonne confiance que tout restera ainsi dans l'ordre si le malade veut bien suivre le traitement commencé pendant un temps convenable.

En finissant cette observation deux pensées me viennent à l'esprit: 1. ne pas trop se fier à l'histoire que vous donne le malade pour porter un diagnostic mais rechercher en plus avec le plus grand soin les signes objectifs; 2. en présence d'un malade dont on vient de faire la connaissance, et qui a des crises

épileptiformes, ne pas oublier ses paroles de mon illustre homonyme, le Dr Fournier de Paris. "Si un adulte audessus de trente ans vient à être pris pour la première fois d'une crise épileptique et ça dans le cours d'une bonne santé apparente, il y a 8 ou 9 chances sur 10 pour que cette épilepsie soit d'origine syphilitique.

200, rue Saint-Laurent.

—: o:—

Coq-a-l'Ane

FOLIE RAISONNANTE. — Un fervant de Bacchus zigzague. Un passant lui crie: "Hé, l'ami, il y a des houles, hein?"

—Une voix avinée bredouille: "Ou.....i, mais c'est pas toé qui rame!"

NOUVEAU TRAITEMENT DES NAUSEES ET DES VOMISSEMENTS SURTOUT DE LA GROSSESSE. — Le docteur Czarnowski (Orléans Parish Medical Society) est l'auteur de l'emploi de la position genu-pectorale pour combattre les vomissements de la grossesse. Il y place la patiente pendant de deux à cinq minutes, toutes les heures. Appliquable à tous les cas, même les plus rebelles. Ce traitement n'a fait défaut que dans un cas. Chez une femme albuminique qui vomissait de vingt à cinquante fois sur vingt-quatre heures ce traitement a réussi. Dans le cancer de l'estomac, le vomissement cesse presque instantanément. Le docteur Watson a eu des succès avec ce mode de traitement. Le docteur rapporte vingt et un cas ainsi guéris. Czarnowski recommande de la bière en fût dans toutes les formes de nausées, une cuillerée à soupe, souvent répétée; chez les enfants, une quinzaine de gouttes.

(New Orleans Med. & Surg. J.)

SURMENAGE GENERAL. — Furst (Therap. Monat.) a eu des résultats heureux par l'usage de la lécithine. Il croit que le bien retiré de l'emploi des œufs, du lait, de la cérébrine, de la spermine est dû à la grande proportion de lécithine que ces principes contiennent. (J. A. M. A.)

NOUVEL EMPLOI MEDICAL. — Un monsieur indigné à une petite mendiante:

—Tu n'as pas honte de mendier? N'as-tu pas ton père?

—Si, m'sieur.

—Et qu'est-ce qu'il fait ton père?

—Et ta mère?

—Mère aussi.

—Il mendie.

—Et ton frère?

—Celui-là est à l'Ecole de Médecine.

—Comment ton frère est étudiant?

—Non, m'sieur, il est dans un flacon. Il a deux têtes. Il fait le foetus dans un musée d'anatomie.....!

L'INSUFFLATION DU COLON. — J. F. Baldwin, de Columbus, O., conseille beaucoup l'insufflation du colon pour faciliter le diagnostic dans les cas de tumeurs abdominales, surtout pour différencier celle de la rate, du pancréas, du rein et de la vésicule biliaire de celles du petit bassin, de l'intestin, ou du mésentère

LES MEDICAMENTS CARDIAQUES. — Ce travail est dû à M. O. T. Osborne (Med. News.) La "digitale" occupe la première place. Elle trouve son indication dans la faiblesse cardiaque chronique, à moins qu'elle ne soit due à de la myocardite ou à de la dégénérescence graisseuse. Dans l'endocardite aiguë, complication du rhumatisme, il est parfois difficile de dire si elle est indiquée ou non, malgré que le ralentissement du cœur qu'elle produit puisse être désiré; il en est ainsi dans le cœur affaibli de la myocardite. Dans tous les cas, son action doit être attentivement surveillée. Elle est contreindiquée dans l'endocardite, l'athérome et l'anévrisme. C'est un bon soporifique dans l'insomnie de la neurasthénie. On ne peut donner de règle fixe pour son emploi dans les inflammations rénales. Elle est utile dans l'œdème anémique des membres inférieures et dans celui ne compliquant pas un trouble rénal; dans les maladies chroniques du foie, elle est toujours de service comme adjuvant d'un autre traitement. Dans l'urémie et lorsque la tension artérielle est abaissée et le cœur affaibli, on doit essayer la digitale avec prudence. Si elle ne donne pas de bons résultats dans 24 à 48 heures, elle doit être abandonnée. Les contreindications de la digitale sont l'hypertension artérielle; l'athérome, un muscle cardiaque affai-

bli et généralement toute lésion rénale sérieuse.

Le "Strophantus" est le meilleur substitut de la digitale, surtout lorsque celle-ci produit de la nausée, ou chez les enfants, qui sont très sensibles à l'action de la digitale. Le strophantus est indiqué dans l'hypertension, dans les cas où il faut un tonique cardiaque à action rapide, et quand il existe plutôt de l'irritabilité nerveuse et un affaiblissement du cœur que de l'insuffisance ou une lésion musculaire pures.

La "Spartéine" est contreindiquée dans la dégénérescence musculaire ou graisseuse du cœur, l'hypertension, la dilatation cardiaque. Elle est utile dans l'irrégularité et l'irritabilité cardiaques nerveuses.

Le "Cactus" ne stimule pas le cœur autant que le fait la digitale, mais il n'a pas d'effet cumulatif et son action est stable.

La "Capsule surrénale" agit comme stimulant cardiaque et vaso-moteur seulement lorsqu'elle est absorbée par la muqueuse nasale ou buccale, et non par celle de l'estomac.

La "Strychine" est usée comme stimulant cardiaque, cérébrale et musculaire, ainsi que comme diurétique et comme antidote dans les empoisonnements. Elle est contreindiquée dans les palpitations, l'irritabilité du cœur, l'hypertension, les inflammations et les irritations cérébrales aiguës génito-urinaires.

La "nitroglycérine" donne de bons effets dans les fièvres sthéniques, à petites doses.

L'"alcool", à doses modérées, peut être utile par son action vaso-dilatatrice. Il sera donné concentré. Comme stimulant dans les asthénies cardiaques continues c'est le plus innéficace que nous ayons; il exagère même la dépression. Dans les fièvres sthéniques, son action narcotique peut être utilisée.

A BON CHAT BON RAT. — Le docteur Malaga arrive très en retard chez des amis qui l'attendent à dîner.

—Je suis harrassé, dit-il, mes malades me tuent.....

—Sapristi, s'exclama-t-on en chœur, vous le leur rendez bien! (J. de Santé.)

LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DE LA FIEVRE TYPHOÏDE ET DE LA TUBERCULOSE MILÉAIRE. — Loeb (Arch. of Ophthal.) dit d'examiner le fond de l'œil, car dans 50 o/o des cas de tuberculose miléaire, il existe des tubercules de la coroïde,

qui sont pathognomoniques de la maladie générale.

METHODE DE MULLER POUR DIFFERENCIER, DANS LES DOIGTS, LES DÉSORDRES ORGANIQUES SENSITIFS ET MOTEURS. — L'auteur fait joindre les mains les doigts tournés en dehors, au devant du cou, afin que le patient ne puisse les voir. L'illusion du contact digital — référée à un autre doigt que celui touché — est constante dans les anesthésies psychopathiques, tandis que dans les lésions organiques, cette illusion n'existe pas.

...UN MIRACLE MODERNE. — Un médecin rend visite à un ministre et cause miracles comme les apôtres? Ils étaient protégés contre les poisons et les périls de toutes sortes; comment ce fait-il que vous autres ne soyez pas ainsi à l'abri?

Le ministre de répondre: "Je ne le sais pas docteur; cependant je crois avoir une partie de ces grâces: j'ai absorbé une superbe quantité de remèdes forts venant de vous, docteur, et.....je ne suis pas mort!"

NIRE.

Revue des journaux

MEDICINE

NATURE DES EMBARRAS GASTRIQUES FEBRILES.

Par M. le Dr. Paul Courmont.

Les opinions des auteurs sont divergentes. Pour les uns il s'agit de maladies spéciales; pour les autres la plupart sont typhoïdiques plus ou moins atténuées. Le séro-diagnostic a été utilisé pour trancher la question; certains auteurs pensent que les cas à séro-diagnostic positifs sont des typhoïdiques, et que les cas à séro-réaction négatives sont des maladies spéciales. M. Courmont n'est pas du même avis sur ce dernier point. Il a pratiqué, dans 24 cas d'embarras gastrique bien observés au point de vue clinique, la séro-réaction. Mais, parmi ces derniers, il est deux cas où le séro-diagnostic n'est devenu positif qu'après la guérison et en pleine période apyrétique, alors qu'il avait été négatif pendant la période fébrile. Or comme les auteurs n'ont en général recherché la séro-réaction que pendant la période aiguë de la maladie, ils ne peuvent rien dire

des cas négatifs, puisque la séro-réaction a pu devenir positive ensuite et passer inaperçue. Donc :

1. Il y a des embarras gastriques qui sont de nature éberthienne, mais où la séro-réaction n'est positive qu'après la guérison.

2. Il faut donc chercher cette réaction plusieurs fois en pleine apyrexie pour pouvoir se prononcer.

3. Il faut dans l'embarras gastrique fébrile se comporter comme pour les typhoidettes au point de vue des rechutes possibles et de la prophylaxie et de la contagion.

(Lyon méd.)

— o o: —

DIAGNOSTIC DES LÉSIONS CANCÉREUSES ET NON CANCÉREUSES DE L'ESTOMAC.

D'après le Bull. méd., M. H. Salomon, de Francfort-sur-le-Mein, a indiqué récemment un procédé très sérieux de différenciation du cancer de l'estomac et des autres affections gastriques qui lui ressemblent.

Ce procédé est basé sur le fait, maintes fois constaté par l'auteur, que le lavage de l'estomac pratiqué le matin, à jeun, donne toujours un liquide albumineux en cas de cancer stomacal et fournit, par contre, un liquide ne renfermant pas d'albumine alors qu'on se trouve en présence d'une gastropathie non cancéreuse.

Pour ce lavage explorateur, M. Salomon se sert de 400 cc. de solution physiologique de chlorure de sodium, qu'il fait passer à plusieurs reprises par la cavité gastrique. Le réactif d'Esbach détermine-t-il dans le liquide ainsi obtenu un précipité floconneux d'albumine — comme le fait s'est produit dans les huit cas de cancer avéré de l'estomac, que l'auteur a examinés à cet effet — c'est signe qu'il s'agit de néoplasie cancéreuse. D'autre part, a-t-on affaire à une affection non cancéreuse de l'estomac, le réactif d'Esbach ne trouble pas le liquide en expérience. Ce résultat négatif a été obtenu également dans trois cas où le diagnostic clinique d'ulcère rond a pu être établi. Or, comme il pouvait s'agir ici de plaies stomacales déjà en voie de cicatrisation on ne saurait prétendre, jusqu'à plus ample informé — dit l'auteur — que chez des sujets porteurs d'ulcère rond en pleine activité, le lavage de l'estomac ne puisse fournir de liquide albumineux.

Cette réserve faite, l'auteur relate ensuite deux observations à l'appui de la valeur diagnostique de son procédé, du moins dans les cas où il donne un résultat négatif.

Dans l'une d'elles, le malade présentait, par moments, une rénitence à l'épigastre. En outre, il existait de la stase alimentaire avec achlorhydrie, mais le liquide obtenu par le lavage de la cavité gastrique ne contenait pas d'albumine. En conséquence, on conclut contre l'hypothèse d'un cancer, et on admit que la rénitence, apparaissant ici d'une façon intermittente à la région de l'estomac, était due simplement à des contractions passagères du côlon transverse. Et, de fait, un traitement appro-

prié améliora rapidement le malade qui continue à se sentir bien depuis cinq mois.

Le second fait concerne un sujet d'aspect cachectique, souffrant de stase alimentaire et de vomissements avec anachlorhydrie. Cependant le réactif d'Esbach ne troublait pas le liquide que le lavage faisait ressortir de la cavité gastrique, ce qui amena à rejeter le diagnostic de cancer. Effectivement, un chirurgien, qui, plus tard, pratiqua une laparatomie à ce malade, ne trouva au niveau de l'estomac que des lésions purement catarrhales.

(Concours méd.)

— o o: —

LA QUININE CONTRE LES ACCÈS ASTHMATIQUES CHEZ LES ENFANTS.

Dans une des dernières séances de la Société médicale de Genève, M. Thomas (Rev. méd. de la Suisse rom., et Bulletin Médical) a fait une communication sur le traitement par la quinine de l'accès d'asthme infantile: Chez une petite fille de dix ans, qui présentait des accès d'asthme se répétant tous les quinze à dix-huit jours, et chez laquelle tous les médicaments prônés: iodure de potassium, arsenic, iodure d'éthyle, pyridine, etc., n'avaient aucun résultat, il eut l'idée d'essayer la quinine, préconisée par Lancereaux contre l'accès d'asthme de l'adulte aux doses de 1.50 à 2 grammes. La dose employée par M. Thomas fut de 0.45 en trois cachets de 0.15, un toutes les demi-heures, en commençant dès le début de la période de sécrétion bronchique. Le succès fut remarquable contre l'accès qui avorta, mais la quinine n'exerça aucune action préventive. Un traitement prolongé par le cacodylate de soude et l'arrhénal finit par amener la disparition complète des accès.

— : o: —

PATHOGENIE ET TRAITEMENT DU CARCINOME.

Par M. le Dr. Robert Bell.

Ça commence par des troubles digestifs, d'où production de toxalbumines qui, arrivant dans le sang, entravent la nutrition des cellules. La thyroïde fonctionnant mal, ne neutralise pas ces toxines intestinales (F. Blum). En même temps saccaromycètes présents dans le sang, d'où uricémie. Or, toxines et acide urique agissent facilement sur les cellules pour favoriser les formations malignes. La conclusion thérapeutique de tout cela c'est que sont indiquées: 1. les préparations thyroïdiennes; 2. la médication salicyliquée, en particulier l'aspirine; 3. la diète lactée.

(Klin. ther. Wochen.)

— o o: —

TUBERCULOSE ET MARIAGE

Par M. le Dr. S. Jeannel.

Le docteur Jeannel, médecin consultant au Mont-Dore, vient de publier un travail qui mérite d'être présenté à nos lecteurs.

Dans une étude qui sert de près son sujet, il s'est appliqué à répondre, avec toute la précision possible, à la question "Tuberculose et mariage", soulevée par H. Cazalès, grave question qui, après avoir tenté les romanciers de notre époque, sera sans doute portée à la scène, comme d'autres analogues viennent de l'être, non sans talent et sans effet sur les foules.

Après avoir posé en fait, avec documents à l'appui, d'abord, que l'idée de l'hérédité de la tuberculose est à peu près abandonnée, puis, que la tuberculose se propage par la transmission du bacille; et enfin, qu'elle est curable, il trace sa ligne de conduite au praticien consulté au sujet d'un mariage projeté entre jeunes gens menacés ou atteints de tuberculose.

Permettant l'union désirée aux prédisposés et aux guéris, non sans des garanties et des recommandations légitimes, il la refuse fermement lorsque le diagnostic est positif. Quant aux tuberculeux mariés, il veut, tenant compte de l'importance — capitale, d'après les expériences de Strauss et autres chercheurs sur la très fréquente présence du bacille dans les premières voies respiratoires des sujets sains — de la réceptivité de l'organisme, qu'on les éclaire sur les moyens les plus sûrs de diminuer celle-ci, sinon de la détruire, en même temps, d'autre part, que sur les mesures à opposer à la pénétration, à l'absorption du contagieux bacille.

En praticien consciencieux autant qu'expérimenté, il termine en rappelant, avec Grasset, tout le souci de la cure morale du tuberculeux qui s'impose au dévouement du médecin.

(Nouv. Montpellier méd.)

— :o o —

PERSISTANCE DE LA REACTION DE WIDAL APRES LA FIEVRE TYPHOIDE.

Par MM. les Drs. Browne et Crompton.

M. Curschmann prétend qu'il existe dans le sero-diagnostic une source d'erreur résidant dans ce fait que le pouvoir agglutinant du sérum peut persister pendant des mois et même des années après la guérison d'une fièvre typhoïde. Dans ces conditions, on conçoit en effet qu'on puisse faire une erreur de diagnostic si, chez un ancien typhique, on constate la séro-réaction au cours d'une affection fébrile quelconque. Aussi, les auteurs du présent travail ont-ils recherché quelle pouvait être la fréquence de cette séro-réaction persistante: d'après leurs conclusions, ce n'est qu'à titre d'exception qu'on peut observer le phénomène de l'agglutination au delà de quelques mois. Sur 68 cas, on n'a obtenu une réaction positive que chez 3 sujets, et l'un d'eux n'était guéri de sa fièvre typhoïde que

depuis quelques mois. Cette proportion est très minime: d'autres auteurs, il est vrai, ont obtenu des chiffres plus élevés, mais leurs observations portaient sur des cas ne datant que de quelques semaines. On a constaté qu'il n'existe aucune relation entre l'intensité de la maladie et la persistance de la réaction.

En résumé, et au point de vue pratique, la cause d'erreur incriminée peut être tenue pour négligeable.

(The Lancet)

— o o —

DE LA RETENTION DES CHLORURES DANS L'ASCITE.

Par MM. les Drs. D. Olmer et V. Audibert.

Des travaux récents ont mis en évidence le rôle de la réaction des chlorures dans la genèse en certains œdèmes. C'est une notion nouvelle, qui soulève des problèmes théoriques intéressants et comporte, de plus, quelques déductions pratiques fort importantes.

Les recherches effectuées dans cette direction ont eu surtout pour objet de montrer les relations qui existent entre l'élimination des chlorures et la production des œdèmes d'origine rénale ou cardiaque.

Les faits que nous avons recueillis nous permettent d'affirmer que la rétention des chlorures dans l'organisme s'observe également chez les malades en puissance d'ascite.

Nous publierons ultérieurement, en détail, les sept observations qui servent de base à ce travail. Nous nous proposons seulement ici d'indiquer succinctement nos résultats.

I. — D'une façon générale, l'hypochlorurie est fréquente dans les cirrhoses hépatiques avec ascite, quelle que soit, du reste, la cause de la cirrhose. La quantité des chlorures éliminés peut s'abaisser jusqu'à 1 ou 2 grammes par 24 heures.

Mais ces résultats sont inconstants: ils varient avec le régime alimentaire, et paraissent également dépendre, dans une certaine mesure, de la reproduction plus ou moins rapide de l'épanchement ascitique.

II. — Si l'hypochlorurie absolue est inconstante, l'hypochlorurie relative est la règle chez les hépatiques en puissance d'ascite.

Pour la déceler, il est indispensable de soumettre les malades à l'épreuve de la chlorurie alimentaire.

Si l'on dose régulièrement, chaque jour, les chlorures contenus dans l'urine, on remarque que l'excrétion quotidienne est à peu près la même, avant et après l'épreuve. L'un de nos malades absorba, en dehors de l'alimentation, cent grammes de chlorure de sodium en dix jours; pendant cette même période, il élimina moins de soixante grammes de chlorures dans l'urine.

Dans des cas analogues, la rétention dans l'organisme des chlorures ingérés est manifeste. Cependant, dans quelques observations, le taux des

chlorures éliminés par l'urine s'est élevé passagèrement, sous l'influence de l'absorption expérimentale de sel; mais cette augmentation des chlorures urinaires a toujours été transitoire et peu considérable.

Constamment, nous avons observé la rétention totale ou partielle des chlorures ingérés, toutes les fois que nous avons assisté à la reproduction de l'épanchement ascitique.

Par contre, lorsque l'obstruction portale s'est amendée et que l'ascite a disparu, le chlorure de sodium ingéré a été totalement éliminé dans l'urine. Nous avons observé ce fait avec une grande netteté dans l'une de nos observations.

Le malade, ancien paludéen et alcoolique, était en traitement pour une cirrhose hypertrophique du foie avec ascite, et avait été ponctionné dix-huit fois; depuis quatre mois, son état s'est considérablement amélioré l'épanchement ascitique a totalement disparu; le foie est cependant encore hypertrophié dans son lobe gauche; la rate est très augmentée de volume. Nous avons soumis à plusieurs reprises ce malade à l'épreuve de la chlorurie alimentaire. Constamment, sous l'influence de l'absorption de dix grammes de chlorure de sodium, le taux des chlorures éliminés dans l'urine s'est élevé dans des proportions comparables.

III. — Nous avons donc montré que les chlorures ingérés sont constamment retenus dans l'organisme chez les hépatiques en puissance d'ascite, et que la rétention ne s'observe pas, lorsque les conditions indispensables à la production de cet épanchement séreux ne se trouvent pas réalisées.

Remarquons, d'autre part, que le liquide péritonéal contient toujours une grande quantité de chlorures; et il est impossible de ne pas rapprocher ces deux ordres de faits.

Il est malheureusement bien difficile de déterminer dans quelles proportions les chlorures ingérés favorisent la reproduction du liquide. Pour faire la preuve définitive, il serait indispensable de provoquer à volonté l'ascite en soumettant, par intermittences, les malades à un régime fortement chloruré: nos résultats ont été à peu près négatifs sur ce point, sauf peut-être dans un cas.

Il nous paraît, cependant, résulter avec évidence de nos recherches que la rétention des chlorures dans l'organisme est étroitement liée à la production des épanchements ascitiques.

Il serait, toutefois, prématuré d'attribuer à l'action du chlorure de sodium le rôle exclusif dans la genèse de ces épanchements. Nous savons encore suffisamment par quel mécanisme les diverses substances salines s'équilibrent dans nos humeurs et nos tissus, et le rôle du chlorure de sodium est loin d'être précisé d'une façon définitive.

Retenons seulement de nos observations ce fait d'un véritable intérêt pratique: la nécessité de soumettre à la cure de déchloruration les malades en puissance d'ascite.

— : o : —

Thérapeutique et Mat. Médicale

TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES ET DU NAEVUS VASCULAIRE PAR LE RADIUM.

Dans une des dernières séances de la Société de médecine de Vienne, M. A. Exner (Muench. med. Woch., 14 juillet 1903) a fait une communication sur ces deux cas de mélanosarcomatose de la peau et un cas de cancer de la cavité buccale traités avec un résultat favorable par des applications de radium.

Chez les deux premiers malades, une petite capsule renfermant un fragment de bromure de radium était placée, pendant 5 à 25 minutes, et une fois seulement, sur chacune des néoplasies mélaniques. Quelques heures après on voyait apparaître, au point d'application du radium, une dermite plus ou moins intense. Au bout de deux semaines, le nodule néoplasique commençait à diminuer de volume. Certaines de ces tumeurs, celles sur lesquelles le radium avait agi pendant plus de quinze minutes, disparaurent même complètement. Quant à la brûlure occasionnée par le radium, elle se transformait en une ulcération superficielle qui ne tardait pas à se cicatrifier, sans jamais envahir les parties profondes. Le radium exerce donc sur les éléments histologiques du mélanosarcome une action destructive, tout en épargnant les tissus sains.

Le troisième malade, homme d'une soixantaine d'années, présentait, à la commissure labiale droite, une tumeur cancéreuse récidivée, grosse comme une noisette et située en plein tissu cicatriciel. Une autre tumeur se trouvait près du pilier droit du voile du palais. Seule, la néoplasie labiale fut soumise ici à l'influence du radium, que le malade appliquait lui-même sur la partie atteinte. Il y eut en tout six séances, d'une durée de 15 à 20 minutes chacune. La tumeur diminua rapidement et finit par disparaître vingt-trois jours après la dernière séance radiothérapique.

M. G. Holznecht présenta un malade atteint d'un cancroïde de la joue et qui fut traité également par le radium. Le placard épithéliomateux était entouré d'un bourrelet induré de quelques millimètres de hauteur. Trois jours après la première application de radium pendant cinq minutes, les parties indurées s'affaïssèrent jusqu'au niveau de la plaie. Actuellement, après deux autres séances radiothérapiques, il n'en subsiste pas de faibles traces.

Il est intéressant de comparer ces faits avec les cancer par la radiothérapie rontgénienne (Voir Bulletin médical, 1903, p. 553). L'analogie entre le radium et les rayons de Rontgen, en ce qui concerne leur action sur les tumeurs malignes, paraît complète, avec cette différence toutefois — différence importante au point de vue pratique — que le premier est d'une application beaucoup plus simple que les seconds qui exigent des appareils compliqués et coûteux.

M. Holznecht a encore relaté les résultats favorables qu'il a obtenus, à la clinique du professeur Lang, par les applications de radium dans le psori-

asis, le lupus hypertrophique et dans un cas de naevus vasculaire occupant la presque totalité d'un membre supérieur. Cette dernière observation est particulièrement intéressante. Ici, on n'a fait agir le radium que sur huit régions circulaires d'un demi-centimètre de diamètre, chaque application durant dix minutes. Actuellement, sur le font uniformément rouge de la télangiectasie, on voit, au point d'application du radium, huit petits cercles de coloration absolument normale. S'il s'agit là d'un effet durable, le radium pourrait bien être appelé à remplacer, avec avantage, tous les autres moyens employés jusqu'ici dans le traitement des naevi vasculaires. L'auteur estime que le radium amène la disparition des télangiectasies en déterminant une dégénérescence des cellules des tuniques vasculaires, et, partant, l'oblitération des capillaires dilatés.

Mais pour expliquer l'action du radium sur d'autres processus pathologiques, il faut tenir compte aussi de ce fait, constaté tout récemment par MM. R. Pfeiffer et E. Friedberger (Berlin, klin. Woch. 13 juillet 1903) à l'institut d'hygiène de Koenigsberg, à savoir que les radiations émises par le métal en question arrêtent le développement des cultures de certains microbes pathogènes, telles que les bacilles de la fièvre thyphoïde et du choléra.

(Bull. méd.)

—: o: —

LE TRAITEMENT DE TAUPIN DANS LA STOMATITE ULCERO-MEMBRANEUSE.

Le Dr. Malherbe préconise, dans la stomatite ulcero-membraneuse, une vieille méthode de traitement, aujourd'hui tombée dans l'oubli, mais qui mérite d'en sortir en raison de sa simplicité d'application et de sa rapidité d'action.

Cette méthode porte le nom de traitement de Taupin. Voici en quoi elle consiste: on recouvre le doigt d'une compresse humide, on le roule dans du chlorure de chaux en poudre; puis on frotte l'ulcère vigoureusement jusqu'à saignement léger. On répète l'opération deux fois par jour, matin et soir; après chaque séance, le malade se gargarise avec de l'eau et se rince la bouche pour chasser le chlorure de chaux. En très peu de temps, les ulcérations se détergent, on voit succéder une plaie de bonne nature qui guérit facilement. Avec cette méthode, en trois ou quatre jours, les lésions peuvent disparaître.

Aujourd'hui, on doit se conformer aux règles de l'antisepsie, et pour ce faire, on peut modifier la technique de la façon suivante: Le doigt et la compresse peuvent être avantageusement remplacés par une tige de bois rigide autour de laquelle on enroule un morceau d'ouate hydrophile. On imbibe ce tampon d'ouate d'eau bouillie et l'on frotte les ulcères avec ce simple appareil enduit de poudre de chlorure de chaux, comme nous l'avons dit. Enfin, pour laver la bouche, on emploie de l'eau bouillie pure ou faible solution antiseptique de résorcine, d'hydrate de chloral ou de borate de soude.

(Bul. méd.)

—: o: —

PEDIATRIE

TRAITEMENT DE L'ECZEMA DU NOURRISSON

L'eczéma est si fréquent et en même temps si tenace chez le nourrisson, qu'il faut être à même de le combattre par tous les moyens possibles, tout en tenant compte des cas dans lesquels on peut craindre une métastase, ainsi que nous l'indiquions dans un de nos derniers articles. M. le docteur Bonvin vient de faire sur ce sujet une revue d'ensemble à laquelle nous empruntons quelques indications thérapeutiques.

Très souvent l'eczéma des nourrissons est en rapport avec des troubles intestinaux et aussi avec la suralimentation. Aussi est-il bon, dans ce cas, de laisser le nourrisson pendant une demie ou une journée à la diète hydrique comme on le fait pour le choléra infantile; l'intestin a ainsi le temps de se débarrasser de ses hôtes malfaisants.

M. Marfan met tous les quinze jours environ les enfants eczémateux à la diète à l'eau bouillie pendant une matinée.

Quand il n'y a pas de phénomènes aigus du côté du tube digestif, on se contente de l'usage modéré des laxatifs et des antiseptiques, et on y ajoute des doses également modérées d'alcalins.

C'est ainsi qu'on prescrit par exemple deux à trois paquets contenant chacun: bicarbonate de soude, magnésie calcinée, benzonaphtol (15 à 20 centigrammes suivant l'âge); poudre de noix vomique (1-2 à 1 centigramme par jour et par année d'âge). Ces paquets continués pendant huit jours, sont suspendus pendant un temps égal pour éviter l'accumulation de la noix vomique. On peut modifier ces poudres en y ajoutant un peu de rhubarbe, un peu de pancréatine et de pepsine.

Chez les enfants pâles et anémiques, M. Comby donne quelques centigrammes de protaxalate de fer (2 à 5 centigr. par jour et par année d'âge).

En tout cas, l'alimentation doit être réglée avec le plus grand soin et les tétées prescrites avec la plus grande exactitude.

Localement, en cas d'eczéma aigu, le pansement humide est le meilleur. Voici comment on procède:

1. On fait bouillir des compresses de tarlatane ou de linge fin pendant dix minutes environ. On les exprime et on les plonge dans une solution d'acide borique à 40 pour 1000.

2. Les compresses ainsi imbibées de manière à ce qu'elles ne restent qu'un peu humides, sont exprimées puis étendues sur la partie malade:

3. On recouvrira les compresses avec du taffetas gommé ou une toile imperméable pour empêcher l'évaporation, et on entourera le tout d'une épaisse couche d'ouate hydrophile et le pansement sera maintenu avec une bande de toile ou de tarlatane;

4. On le renouvellera quatre ou cinq fois par jour de manière à conserver une humidité constante. En outre, la partie malade devra être complètement et continuellement enveloppée. Le remplacement des compresses coïncidera avec le retour du prurit.

Toute la région malade devra être enveloppée, mais le pansement couvrira le moins possible les parties saines.

Quand il s'agit d'un eczéma de la face, localisation fréquente, continue, il faut que toutes les lésions soient garanties comme ailleurs. La difficulté étant assez grande pour faire tenir un pansement à cet endroit, on fabrique un véritable masque de toile dans lequel on ouvre juste les orifices nécessaires pour le nez, la bouche, les yeux. On le maintient avec des bandelettes de toile ou de tarlatane qui cachent en même temps le front et le cuir chevelu.

Chaque masque ne doit servir qu'une fois et il est bien entendu qu'on le remplace dèsqu'il est souillé. Quand la lésion eczémateuse suinte beaucoup, il vaut mieux ne pas commencer de suite les pansements humides saupoudrés d'amidon. M. Comby dit que dans ces cas, le pansement sec donne parfois des résultats merveilleux dans les eczémas étendus ou les dermites eczématiformes irritées et suintantes. Il emploie la formule suivante :

Amidon... ..	ââ 20 gr.
Talc... ..	"
Lycopode... ..	"
Sous-nitrate de Bismuth... ..	"
Acide salicylique... ..	1 gr.
Menthol... ..	o gr. 50

Le poudrage calme les démangeaisons; il protège les surfaces irritées et favorise la réparation de l'épiderme; c'est un des bons traitements des eczémas de la première enfance.

Lorsque le prurit est très accentué, M. Comby recommande les enveloppements avec des compresses imbibées de liniment aléocalcaire ou d'huile de foie de morue.

A une période moins aiguë, on a aussi beaucoup préconisé l'huile et ses combinaisons sous forme d'oléates, en particulier l'oléate de zinc associé à une ou deux parties d'axonge et à une partie de vaseline ou d'huile d'olives. Ces préparations donnent les meilleurs résultats dans les formes aiguës. Unna se sert de cette formule :

Craie préparée... ..	ââ 5 gr.
Oxyde de zinc... ..	"
Huile de lin... ..	"
Eau de chaux... ..	"

L'huile de foie de morue dans les eczémas, en particulier dans la forme éborrhéique, calme très bien le prurit, et chez les enfants de 4 à 5 ans, à l'hôpital des Enfants malades, elle a parfaitement réussi alors que les autres traitements avaient échoué.

Une des principales difficultés du traitement de l'eczéma est d'empêcher le grattage et de faire cesser le prurit qui sont cause de l'entretien et de la dissémination des lésions.

On satisfait au premier desideratum d'une façon mécanique : on enveloppe les mains dans du coton ou mieux avec une toile fine, et on attache le bord interne de la manche le long du maillot avec une

épingle de sûreté. Les ongles sont constamment coupés ras et tenus d'une propreté minutieuse.

La mise au point de l'alimentation amène en général la disparition du prurit, ou elle a lieu encore sous l'action des applications appropriées.

Quand, malgré tous ces soins, le prurit existe toujours, ce qui est rare, on prescrira le bromure de potassium anesthésiant, somnifère, diurétique. Il convient presque exclusivement, dit M. Besnier (Bulletin médical, 1901). On le fait prendre le soir pendant quatre ou cinq jours, puis, règle absolue, on le suspend pendant un temps égal pour le reprendre s'il y a lieu. Chez les nouveau-nés, il est donné en lavements. A partir du sixième mois et souvent plus tôt, il est facilement absorbé dans de l'eau sucrée ou dans du lait.

Les doses initiales, doses d'essais, seront toujours très faibles et s'il y a lieu de les élever, ce ne sera que progressivement et avec la plus stricte surveillance de l'enfant en traitement.

(Journ. de méd. et de chir. pratique.)

— o o —

DERMATOLOGIE

PATHOLOGIE ET TRAITEMENT DU PRURIT VULVAIRE DIABÉTIQUE.

Lorand admet, comme étiologie, l'action irritante et toxique du sang diabétique, celle de l'urine et enfin une prédisposition névropathique, car toutes les diabétiques ne présentent pas de prurit vulvaire.

Parmi les innombrables médicaments et procédés thérapeutiques recommandés pour le traitement de cette affection, l'auteur a trouvé quelques bons topiques inoffensifs; le naftalan, employé pur, lui a donné une guérison, bien que le sucre n'ait pas disparu de l'urine en cours de traitement. Le sparadrap au naftalan eut en outre raison, chez cette malade, d'une furonculose rebelle. Il est vrai que dans un autre cas le naftan procura seulement un peu de soulagement, bien que le sucre eût presque disparu en cours de traitement.

L'auteur, en présence de cet insuccès, eut recours à l'anesthésine, en pommade lanolinée à 10 o/o.

Le résultat fut absolument remarquable: le lendemain d'une première application, tout prurit avait disparu. Re vue un an plus tard, la malade déclara n'avoir plus jamais ressenti aucune démangeaison.

Il va sans dire que ces faits sont trop nombreux pour permettre une conclusion, mais l'auteur estime que c'est à ces deux substances qu'il faut s'adresser en premier lieu quand on veut instituer un traitement local efficace du prurit vulvaire: on ne négligera pas naturellement le traitement général et les soins de prophétie minutieux, sans lesquels toute médication locale serait impuissante.

La constipation sera combattue par le régime et non par les purgatifs, car la constipation consécutive à leur emploi exerce une influence fâcheuse sur le prurit.

A l'intérieur, on donnera du salicylate de soude, selon les conseils de v. Noorden.

(Rev. de thé.)

— : o o —
COR ET DURILLON

Par M. le Dr. Brocq.

Ramollir le cor en le recouvrant d'un morceau de flanelle enduite de savon noir additionné d'un peu d'esprit de vin. Racler ensuite avec une curette ou un canif.

On peut aussi appliquer tous les soirs, pendant huit jours, sur le cor, une couche du collodion suivant :

- Extrait alcoolique de cannabis indica..... 50 cent.
 - Acide salicylique... .. à 1 gr.
 - Alcool à 90..... " "
 - Ether à 62... .. 2 gr. 50
 - Collodion élastique... .. 5 gr.
- F. S. A. (Vigier.)

Le huitième jour, bain de pied chaud et prolongé dans lequel, avec l'ongle ou un grattoir, on détache la masse de collodion, laquelle entraîne avec elle la plus grande partie, sinon la totalité du cor. Si c'est nécessaire, on recommence.

Remède vulgaire et assez efficace: mettre sur le cor des rondelles de citron pendant une ou plusieurs nuits de suite.

Encore collodion cantharidé, emplâtres à l'acide salicylique.

N'employer les divers caustiques qu'avec une extrême prudence.

Encadrer les cors très douloureux dans les anneaux spéciaux en amadou ou en caoutchouc (corn-plaster). Quand le cor siège entre les orteils, l'isoler au moyen d'un linge fin ou d'une feuille d'ouate saupoudrée de tannin, d'alun ou d'oxide de zinc.

Certains auteurs recommandent de procéder ainsi:

1. Humecter le durillon avec une solution concentrée d'acide salicylique dans l'alcool;
2. Le recouvrir d'acide salicylique pulvérisé, puis, d'un peu d'ouate salicylée et d'un enduit imperméable;
3. Renouveler le pansement tous les quatre ou cinq jours, sauf si inflammation; alors s'arrêter. Au bout de huit à quinze jours, détacher le durillon après un bain chaud.

Durillon forcé: incision précoce, même traitement qu'un abcès.

(Ann. de thérap.)

SYPHILIGRAPHIE

TRAITEMENT DU CHANCRE SYPHILITIQUE.

M. T. Barthélemy indique ainsi, dans sa nouvelle et intéressante revue, "La Syphilis", le traitement du chancre syphilitique:

"Le traitement du chancre génital, pénien, ou balano-préputial, comprend le traitement externe ou local, le traitement interne ou général et le traitement moral".

1. Traitement externe. — Si le chancre date seulement de quelques jours, s'il siège au bord libre du prépuce (comme aussi la femme au bord libre d'une lèvre), on peut conseiller l'excision suivie d'une suture aseptique. On a ainsi vu la guérison remarquablement hâtée. L'excision n'atténue pas assez sensiblement l'infection pour contrebalancer les inconvénients d'un tel procédé quand le chancre siège dans des régions moins propices à l'intervention.

Si le chancre est ulcéreux ou végétant, s'il a une durée anormalement prolongée, de deux mois par exemple, et que l'excision ne soit pas possible, on pratiquera tout autour et au-dessous de la plaie, une série d'injections, de quelques gouttes chacune, d'une préparation mercurielle soluble (oxycyanure, benzoate, biiodure d'hydrargyre ou sublimé).

Après avoir lotionné la plaie avec une solution de nitrate d'argent du trentième au cinquantième, on la pansera par une couche d'onguent napolitain ou de la pommade suivante:

- Vaseline... .. 15 grammes.
- Lanoline... .. 5 —
- Résorcine... .. 0 gr. 50
- Précipité blanc... .. 1 gramme.

C'est avec cette dernière préparation ou encore

par la poudre de calomel que l'on traitera le chancre syphilitique dans sa forme normale, après un bain local de cinq minutes et après une lotion, soit à l'oxycyanure d'hydrargyre, soit au permanganate de chaux, à la dose de 0,25 par litre d'eau stérilisée.

2. Traitement interne. — Le mercure devra être prescrit aussitôt que le diagnostic de syphilis sera certain. Tant que cette certitude n'est pas formelle on ne doit faire que le traitement local. Si le malade réside dans un endroit où il soit possible que les injections intra-musculaires soient bien faites, il n'y a pas à hésiter à prescrire immédiatement, soit les injections hebdomadaires d'huile grise, soit les injections quotidiennes de la solution aqueuse de biiodure d'hydrargyre ou d'une autre préparation mercurielle soluble. Si le malade n'est pas dans les conditions mentionnées plus haut, on prescrira les pilules de proto-iodure, ou la liqueur de Van Swieten, ou les frictions mercurielles, celles-ci ne pouvant aussi donner des résultats assurés que dans des conditions spéciales.

Ces frictions sont parfois utiles dans le traitement local des adénopathies inguinales, parfois considérables, qui accompagnent le chancre.

3. Le traitement moral comporte deux points : le premier consiste dans les conseils que le médecin devra donner sur les précautions que le malade doit prendre pour ne pas propager la syphilis, et sur la nécessité du traitement méthodique et prolongé accidents tardifs de la syphilis. Le second point a pour se préserver, lui et ses défendants futurs, des été signalé récemment par Fournier, qui a pu réunir dix-huit cas de suicides à la suite du désespoir causé par l'annonce brusque ou inattendue de la syphilis (Acad. de méd. de Paris, mai 1903). Fournier conseille de ne faire cette déclaration qu'avec douceur et précaution, après avoir préparé le malade auquel on ne laissera pas de doute sur la guérison de son mal s'il fait un traitement suffisant, actif et prolongé."

(Gaz. des hôp.)

— : o o —

TRAITEMENT MERCURIEL INTENSIF ET SYPHILIS GRAVE

Dans une récente thèse, M. le Dr. Aujean a étudié la question si intéressante du traitement mercuriel mensuel contre la syphilis grave; ses conclusions sont nettement favorables à cette méthode, du moins en ce qui concerne la syphilis viscérale et la syphilis nerveuse.

"Divers auteurs, dit-il, ont pu injecter, sans accidents, les doses journalières de 6 et 8 centigr. de benzoate ou de biiodure de mercure, soit 0,026, 0,035 milligrammes de mercure par jour. La notion qui apparaît capitale, dans la question du traitement hydrargyrique, au point de vue de l'efficacité, est la connaissance exacte, précise, de la quantité de mercure mise en circulation dans l'organisme.

D'où l'activité thérapeutique des composés mercuriels est subordonnée à la quantité de mercure mise en liberté après leur introduction dans l'organisme : quel que soit donc le sel employé, sa teneur en mercure est le point essentiel, fondamental à considérer.

Il n'existe qu'un seul procédé qui permette à l'heure actuelle d'introduire dans l'organisme une quantité de mercure déterminée : ce sont les injections.

Les injections doivent donc constituer le seul mode d'administration du mercure toutes les fois qu'on voudra, en présence de syphilides graves ou de gravité inconnue, réaliser le traitement mercuriel intensif, c'est-à-dire élever les doses quotidiennes de mercure au maximum, à la limite des premiers effets toxiques. Les injections solubles (biiodure, hermophényl) doivent être, dans ces cas, préférées, toutes les fois qu'on le pourra, aux injections insolubles, car, seules, elles permettent d'introduire dans l'organisme, jour par jour, les doses de mercure jugées nécessaires; de graduer ces doses quotidiennes à volonté pour arriver ainsi, sans danger,

aux doses maxima. Par elles, en outre, il est possible d'injecter dans le même laps de temps des quantités de mercure plus considérables que par les injections insolubles. La question très grave des affections dites para-syphilitiques est toute entière à reprendre, ainsi que celle de leur traitement : leur nature syphilitique étant admise, il est permis de présumer qu'en faisant ce traitement mercuriel plus énergique, on obtiendra sans doute des résultats qu'on ne pouvait obtenir autrefois.

(Concours méd.)

— o o —

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARINGOLOGIE.

—

SUR LES TROUBLES DE LA FONCTION CARDIAQUE DANS LE RETRECISSEMENT DE LA CAVITE NASALE.

Par M. le Dr. Heyse.

Les fosses nasales peuvent devenir le point de départ de troubles cardiaques qui sont de deux catégories bien différentes: ce sont des névroses réflexes, ayant pour point de départ la muqueuse nasale (elles sont connues des praticiens) — ou ce sont des troubles cardiaques consécutifs au rétrécissement de la cavité nasale; il n'en est qu'exceptionnellement fait mention dans la littérature médicale.

Ces derniers se manifestent particulièrement à l'occasion d'exercices physiques violents, de marches rapides, de courses, tandis que les autres, et c'est là un caractère distinctif, peuvent apparaître au repos, même dans la position couchée; ce sont des crises de tachycardie, de palpitations, ou d'angoisse précardiale.

Les troubles cardiaques sur lesquels insiste Heyse se rencontrent dans l'hyperplasie des cornets, les déformations du septum; quand ces lésions initiales sont chroniques, elles peuvent entraîner une hypertrophie du myocarde, accompagnée d'insuffisance fonctionnelle. La pathogénie de ces phénomènes pathologiques est encore diversement interprétée: une seule chose semble démontrée jusqu'à présent, c'est que la respiration buccale ne peut remplacer la respiration nasale, qui est indispensable au bon fonctionnement de l'appareil respiratoire et du cœur.

(Deutsche Militar, Zeitsch.)

— : o : —

VOIES URINAIRES

CONCLUSIONS DU RAPPORT SUR LES CYSTITES REBELLES.

Par M. le Dr. Pasteau.

Sous le nom de cystite rebelle, il faut désigner les cystites dont l'évolution n'est pas modifiée par un traitement approprié bien conduit, et qui persistent malgré la continuation prolongée ou la reprise de ce traitement.

Les termes de cystites chronique et cystite rebelle ne sont pas identiques et ne doivent pas être appliqués aux mêmes cas. En effet, certaines cystites sont rebelles d'emblée, et le type en est fourni par la cystite tuberculeuse; d'autre part, une cystite chronique dont le traitement n'a pas été bien conduit, ou n'a pas été poursuivi assez longtemps, peut être susceptible de guérison plus ou moins rapide et facile, et n'est pas nécessairement une cystite rebelle.

Parmi les cystites rebelles, il en est qui résistent à tout traitement et même aux interventions chirurgicales; elles méritent le nom de cystite réfractaires.

L'anatomie pathologique démontre que, dans les cas où la cystite n'est pas rebelle d'emblée, la persistance des symptômes peut être due à une transformation anatomique de la paroi vésicale sous l'influence d'une cystite chronique interstitielle totale, à laquelle peuvent s'ajouter ultérieurement de véritables dégénérescences néoplasiques.

Des lésions vasculo-nerveuses paraissent seules capables d'expliquer les douleurs persistantes de certaines cystites réfractaires.

De l'étude de la physiologie normale et pathologique de la vessie, on peut tirer les notions nécessaires pour le traitement physiologique préventif des cystites rebelles.

Une fois la cystite rebelle confirmée, le traitement à instituer dépend essentiellement de l'état des lésions.

Dans les cas de cystite verruqueuse, le curetage par l'urètre, chez la femme, suivi du drainage et d'un traitement topique prolongé, peut suffire; chez l'homme, on doit d'emblée recourir à la taille hypogastrique pour faire "la toilette" et la cautérisation de la vessie, suivies d'un long drainage (soit par l'urètre, soit par l'ouverture hypogastrique) et d'un traitement topique prolongé et systématiquement repris.

Dans le cas de cystite leucoplasique, la taille hypogastrique et la destruction profonde des lésions amènent en général la guérison; la nécessité du traitement topique s'impose dans ces cas comme dans les précédents.

Dans les cas où la cystite coexiste avec une véritable tumeur vésicale, l'ablation du néoplasme peut être suivie de la disparition des phénomènes de cystite.

Dans les cas de cystite totale plus ou moins généralisée à toutes les couches, on est souvent réduit à ne faire qu'un traitement symptomatique. Pour combattre efficacement la douleur, il n'est qu'un

moyen: c'est de supprimer physiologiquement la vessie en la drainant complètement. La voie vaginale chez la femme, la voie périnéale chez l'homme, la voie hypogastrique dans les deux sexes, permettent d'arriver à ce but. Aucune d'elles ne mérite d'être exclusivement préférée aux autres; il faut s'inspirer des circonstances pour faire un choix judicieux. Si, par l'hypogastre, on peut mieux se rendre compte de l'état de la vessie, et mieux agir sur la paroi, par contre le drainage prolongé par le vagin est mieux supporté chez la femme, et peut même parfois être suivi de guérison complète, ce qui permet ultérieurement de fermer la fistule chirurgicale primitivement établie dans un but purement palliatif.

Dans le cas de "cystite réfractaire", la fistulisation définitive et le drainage bien complet de la vessie, associés à l'emploi des narcotiques, peuvent seuls permettre aux malades de jouir d'un calme relatif et de prolonger leur pénible existence.

(Journ. des sciences med. de Lille)

----- : o : -----

DES CYSTITES REBELLES DUES A L'ULCERE SIMPLE DE LA VESSIE.

Par M. le Tr. R. Le Fur.

Dans ma thèse (Des ulcérations et de l'ulcère simple de la vessie), j'ai montré les deux formes cliniques que pouvait revêtir l'ulcère simple de la vessie, soit la forme latente et insidieuse, caractérisée seulement par de l'hématurie intermittente, soit la forme douloureuse et rebelle aux simples moyens de traitement. J'ai surtout insisté sur ce fait, que tout ulcère simple de la vessie, dont la caractéristique antomo-pathologique consiste dans des lésions de cystite localisée, peut, à la longue, conduire à la cystite généralisée qui revêt alors presque toujours les caractères de la cystite douloureuse et rebelle. Aux nombreuses observations que j'ai déjà publiées dans ma thèse, je voudrais en rapporter deux autres d'ulcère simple de la vessie, reconnues au cystoscope, et s'accompagnant de mictions très fréquentes et très douloureuses. Dans le premier cas, l'ulcère était isolé, localisé, sans participation inflammatoire du reste de la vessie, et guérit à la suite d'un curetage de la vessie. Ici l'élément douloureux était sans doute lié à la névrite des filets nerveux aboutissant à l'ulcère. Dans le second cas, l'ulcère s'était compliqué de cystite généralisée; la taille hypogastrique avec résection de l'ulcère n'amena qu'une amélioration de la cystite.

M. Pousson.— M. Le Fur venant de me rappeler les tentatives opératoires de M. Roche (de Lyon) pour remédier aux accidents douloureux des cystites rebelles, ainsi d'ailleurs que M. Imbert en a fait mention dans son rapport, je crois devoir faire connaître le résultat de ma petite expérience à cet égard. J'ai pratiqué deux fois la résection de la branche périnéale du nerf honteux interne chez un homme et une femme auxquels j'avais fait subir,

sans résultats, les diverses opérations dont on nous a parlé dans cette séance; or, cette ultime opération n'a pas été suivie d'un meilleur résultat que les opérations antérieures.

FORMULAIRE

FORMALINE A LA TEINTURE D'EUCALYPTUS.

Formol 40 p. 100... ..	25 gr.
Teinture d'eucalyptus... ..	25 gr.
Alcool à 80... ..	200 gr.

Antiseptique puissant, indiqué pour la désinfection des chambres des malades, les endométrites catarrhales ou blennorrhagiques, les vaginites.

Dose et mode d'emploi: en injections, deux cuillerées par litre d'eau. Pour désinfecter: une cuillerée par litre d'eau en évaporation.

(Bull. de théor.)

LA SULFATE DE QUININE CONTRE LA TOUX.

Contre la toux, M. Lancereaux donne la quinine à dose massive, soit 1 gramme en deux cachets à prendre pendant le repas du soir, si le malade mange.

On augmente la dose (1 gr. 25, 1 gr. 50) jusqu'à effet et tant que le malade n'a pas de bourdonnements d'oreille.

Au sulfate de quinine s'associent très bien, en cas de bronchite, les pilules de cynoglosse, suivant la formule:

Masse de cynoglosse... ..	2 gr.
---------------------------	-------

Diviser en dix pilules,

Une pilule le matin, une le soir.

Pour mémoire, la masse de cynoglosse se compose de:

Ecorce sèche de cynoglosse, 10 grammes; semences de jusquiame, 10 grammes; extrait aqueux d'opium, 10 grammes; myrrhe, 15 grammes; oliban, 12 grammes; safran, 4 grammes; castoreum, 4 grammes; sirop de miel, 35 grammes.

Chaque pilule de 0 gr. 20 contient 0 gr. 02 d'extrait d'opium.

(Bull. de thérap.)

OPHTALMIE DIPHTHERIQUE.

Injection de sérum antidiphthérique.

Barette. — S'abstenir des caustiques. Enlever les fausses membranes une friction vigoureuse avec un linge, répété 2 à 3 fois par jour. Lavages antiseptiques ensuite avec de l'eau additionnée de li-

queur de Labarraque ou d'eau phéniquée à 5 o/o. Recouvrir ensuite de cataplasmes de tecue ou de farine ae graine de lin arroses d'eau phéniquée très légère.

En outre, injection sous-cutanée à la tempe du côté de l'œil malade tous les jours à dose progressivement croissante, en commençant par 1 centigr. de pilocarpine. Ne jamais dépasser 4 centigr.

Panas. — 1. Réveiller dans la muqueuse un état de congestion inflammatoire, en un mot provoquer une ophtalmie purulente.

2. Traiter cette ophtalmie purulente par les moyens habituels et substituer ce second traitement au premier quand il n'existera plus de fausses membranes, quand un pus louable aura remplacé la sécrétion jaunâtre caractéristique.

PARALYSIES DIPHTHERIQUES.

1. Nourrir l'enfant de préférence avec des bouillies épaisses plutôt qu'avec des aliments liquides. Si la déglutition est gênée, employer la sonde œsophagienne, qu'on fera pénétrer au delà du point paralysé (généralement jusqu'à la limite inférieure du larynx) (D'Espine et Picot). Alimentation substantielle sous un petit volume. Préparations toniques martiales ou arsenicales (perchlorure de fer, extrait de quinquina, café, huile de foie de morue).

2. A chaque repas, donner après quatre ans:

Sulfate de strychnine... ..	1 milligr.
Teinture de noix vomique.....	1 à IV gouttes.
Eau... ..	1 gr.

M.

(J. Simon.)

(Revue de Thérap. inf.)

Naissances.

A Montréal, le 19 décembre, l'épouse de M. le Dr. J. H. Garceau, une fille.

A Farnham, le 25 décembre, l'épouse de M. le Dr. Olivier Demers, un fils.

Nécrologie.

FEU LE DR. LEONIDAS LARUE.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr. Léonidas LaRue, décédé à Québec le 1er de ce mois, à l'âge de 63 ans.

Le Dr. LaRue naquit à Saint-Jean, Ile d'Orléans, en 1841. Il fit son cours d'étude au séminaire de Québec et étudia la médecine à l'Université Laval. Admis à la pratique, il se fixa à Québec. Pentrente ans, il fut l'un des médecins les plus en vue de la vieille Capitale. Il a été pendant plusieurs années secrétaire du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province. Depuis 1898, il occupait la position de conservateur du Musée au Parlement provincial.

Le Dr. LaRue était le père de Mademoiselle Léda LaRue, étudiante comme garde-malade à l'Hôpital Notre-Dame de cette ville, à qui nous offrons, ainsi qu'à sa famille, nos plus sincères condoléances.

SUPPLEMENT

CHRONIQUE.

Par M. le docteur George Petit

(Suite et fin)

Ce qu'il y a de terrible à penser, c'est que, pour faire ces entreprises, il a fallu dépenser des sommes considérables, engloutir des fortunes et que cet argent eût été bien mieux employé à donner des soins immédiats à des tuberculeux indigents, qu'à construire au nom de la tuberculose des édifices somptueux, véritables temples élevés à la nouvelle Idole, avec des pierres d'or sorties du creuset de la Philanthropie.

Cessons donc de poursuivre une idée qui n'est qu'une chimère et en attendant le remède curateur, contentons-nous de ne pas gaspiller le bien dont nous pouvons disposer et revenons, enfants prodigues, à la Thérapeutique, qui, seule, dans l'état actuelle de nos connaissances peut et doit sauver bien des existences.

Il faut faire une réaction bienfaisante en montrant au malade l'erreur dans laquelle le berne son désir de guérir dans son pauvre cerveau hanté par les contes de fée du sanatorium.

A la maladie, il faut opposer un remède, non pas une idée et ne pas persévérer dans une voie jugée maintenant comme mauvaise.

Revenir en arrière, est souvent un progrès né de l'expérience, et c'est ici, plus que jamais, le cas de répéter avec Horace: "Malta renascentur quae jam cecidere."

(La Dosimétrie.)

— : o : —

LE CONGRES DE LA LAITERIE DE BRUXELLES.

Il vient de se tenir à Bruxelles un Congrès de laiterie. C'est encore d'hygiène qu'il s'agit. Le Congrès de la laiterie a réuni près de sept cents adhérents. A son programme figuraient entre autres trois questions capitales: 1. La convention internationale en vue de la répression des fraudes dans le commerce du beurre et de la margarine; 2. l'hygiène du lait et des produits de la laiterie; 3. la création d'une fédération internationale laitière. D'autres questions d'intérêt plus spécial étaient encore à l'ordre du jour. Parmi les adhérents de marque nommés vice-présidents d'honneur du Congrès, nous remarquons pour la France: MM. Mougeot, ministre de l'Agriculture; Dupuy, Gomot, Méline et Dr. Viger, anciens ministres de l'Agriculture; le Dr. Ricard, sénateur de la Côte-d'Or, et M. Chauveau, inspecteur général, membre de l'Institut de France;

enfin, M. le Pr. Arloing, de Lyon. M. Van den Bruggen, ministre de l'Agriculture, a prononcé les souhaits de bienvenue du gouvernement. Il a retracé avec humour les progrès de l'industrie laitière. M. le baron Peers, président du Congrès, a fait un exposé complet de l'objet du Congrès, au point de vue économique, hygiénique et social. A cet objet se rattache la lutte contre la tuberculose, dont il reste à établir la prophylaxie. Le Congrès s'est efforcé de s'occuper de ce problème important. Le comité national français, présidé par M. le sénateur Ricard et par M. le Dr. Bordas, sous-directeur du Laboratoire municipal de Paris, comprenait près de cent cinquante membres. Des résolutions très importantes, concernant l'hygiène du lait et la répression des fraudes sur la qualité de ce produit et ceux qui en dérivent, ont été votées au cours des séances. En se séparant, les membres du Congrès ont décidé de se réunir à Paris en 1905.

(Gaz. méd. de Paris.)

— : o : —

LA MEDECINE AU THEATRE.

L'Ambigu vient de reprendre "Latitude ou 35 ans de captivité", le vieux drame qui fit les délices de nos pères. Le célèbre prisonnier, — mis à la scène pour la première fois le 15 novembre 1834, à la Gaité, par Guilbert de Pixérécourt et Anicet Bourgeois, en musique par A. Piccini, le Rossini du genre, disent les journaux de l'époque, était en réalité, paraît-il, un "aide-chirurgien", très ambitieux, qui avait adressé à la favorite de Louis XV une sorte de petite machine infernale, peu dangereuse d'ailleurs, pour avoir le mérite de divulguer un complot imaginaire et d'en tirer profit.

Dans la pièce, le prétendu poison, envoyé par Latitude, officier du génie, est analysé par le médecin du roi, Quesnay, et n'est autre que de la poudre à la maréchale. Cet homme étrange, tour à tour, porta les noms de Danry (de ses deux pronomes: Jean, Henri, Masers de Latitude, Danger, Jedor, et fut interné, de 1749 à 1784, sous ces différents noms pendant la moitié de son existence (1725-1805). A la bibliothèque de l'Arsenal, se trouvent des lettres de Latitude écrites avec du sang: c'était son encre de la Petite Vertu.

Le personnage de Latitude (Danry) est joué par Laroche; Picard tient honorablement celui de Quesnay, dont les auteurs ont évoqué la belle figure historique, en lui prêtant, lors d'une visite au prisonnier, ces paroles à Louis XV: "Sire, pour estimer les hommes, il ne faut être ni médecin, ni confesseur, ni ministre, ni lieutenant de police, ni roi!"

(Gaz. méd. de Paris)

— : o : —

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Madame, dit Dick Brown; qui avait écouté avec attention les paroles de Lady Clardy; voulez-vous me répondre avec impartialité aux questions que je vais vous poser ?

—Si je le puis, Sir Georges.

—Eh bien alors, dites moi si dans la conduite de Lady Dallshire, rien ne soit survenu pouvant atténuer ou modifier en quoi que ce soit le caractère de son mari.

—Rien monsieur, Florence est aussi bonne et dévouée qu'elle est honnête femme.

—Alors, madame, je ne vois plus qu'un mystère qu'il nous faudra approfondir..... Aimerait-il une autre femme ?

—Je ne sais, répondit Lady Clardy.

—Je crois plutôt, continua Dick, que cet homme cache un mystère dans son cœur, et c'est là seul que nous pourrions lire le secret que nous cherchons. Voyons madame, que connaissez-vous des habitudes de Lord Dallshire ?

—Rien, comme il n'est presque jamais chez lui, je ne puis savoir par ma fille ce qu'il fait au dehors. La seule chose dont je sois certaine c'est qu'il fait partie de l'Union Club, il en serait même un des membres les plus assidus.

—Ce dernier détail me servira madame, maintenant pouvez-vous communiquer immédiatement avec Lady Dallshire.

—Malheureusement que très difficilement, car je ne vais pas chez Lord Dallshire et je crains qu'une lettre.....

—Ne connaissez-vous là aucune personne sur laquelle nous puissions nous fier ?

—En effet, Classy la femme de chambre de Florence, est une jeune fille qui lui est dévouée.

—C'est bien répondit le colonel en poussant sur un bouton électrique, nous allons nous servir de Classy comme d'intermédiaire.

Un grand jeune homme parut aussitôt à la porte de la chambre.

—Colonel ?

—Jimmy connais-tu la maison de Lord Dallshire, dans le Hyde Park ?

—Non Colonel, mais je saurai la trouver.

—Alors va, et tu demanderas au concierge une jeune fille du nom de Classy.

—Oui Colonel.

—Tu répèteras à cette jeune fille les mots suivants que tu lui diras de répéter à sa maîtresse :

—Dites à Lady Florence de gagner du temps, que Lady Clardy et le colonel Brown veillent sur elle.

VI.

—Vous désirez me parler, madame, dit Lord Dallshire en pénétrant dans le boudoir de Florence.

—Oui monsieur, c'est pour cela que je me suis permise de vous faire demander. Quoique vivant sous le même toit, nous nous voyons si peu souvent que nous sommes obligés d'avoir affaire à presque une ambassade lorsque nous désirons parler à l'un à l'autre. 6

—Est-ce pour me faire des reproches que vous m'avez demandé ?

—Non, dit la jeune femme avec un pâle sourire. Je m'en garderais bien, mes paroles seraient perdues.

—Alors ?

—Je voulais vous parler de notre enfant, car depuis tantôt j'ai bien réfléchi.

—Vraiment ! dit Dallshire en prenant place sur un divan; voyons le résultat de vos réflexions ?

—Vous êtes le maître, Milord, vous dictiez vos volontés, et quoiqu'il soit souvent bien birucruel d'y obéir, il n'en faut pas moins, que j'en subisse les coups. Or cette fois vous avez décidé que le petit Clarence devait partir en pension, donc une fois encore je dois m'incliner devant vos arrêts.

—Cette modération momentanée, me fait entrevoir une faveur que vous désirez obtenir ?

Il se pourrait qu'en effet j'aurais non pas une faveur, mais une simple justice à obtenir de vous.

—Formulez, Milady, je verrai ensuite si je puis y acquiescer.

—Le petit Clarence, monsieur, ne peut ni ne doit partir en pension, sans avoir le trousseau dont il a besoin.

—Ceci est assez juste, répondit Dallshire, et je tiendrai à votre disposition le montant dont vous aurez besoin.

—Ce n'est pas seulement de l'or qu'il me faut, mais du temps. Vous ne croyez pas, sans doute, qu'un trousseau se fait ainsi du jour au lendemain.

—Combien vous faudra-t-il de temps pour tout compléter ?

—Quinze jours, monsieur.

—Hum ! fit Dallshire, quinze jours de retard... enfin puisqu'il le faut, soit je vous les accorde, mais sachez madame, que ce laps de temps écoulé, rien ne pourra modifier même d'une heure le départ de Lord Coventry.

—Vous serez obéi, dit Lady Dallshire en s'inclinant.

—Est-ce tout ce que vous avez à me demander dit Dallshire en se levant ?

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

VOLUME VII

MERCREDI, 13 JANVIER, 1904.

No. 29

Tumeurs du Sein.

OBSERVATION ET GENERALITES.

Par M. le Dr. Henri Lasnier,

Chirurgien ex-assistant chirurgien au London Hospital et élève des hôpitaux de Paris et de Londres.

Il y a quelque temps une femme âgée de 44 ans venait nous consulter pour "une bosse" qu'elle avait au sein gauche. Cette tumeur, alors de la grosseur d'un œuf, était apparue depuis un an, sans cause apparente, générale ou locale et causait de grandes préoccupations à la malade. Notons bien ce détail en passant.

Examen — Les antécédents héréditaires ne présentaient rien d'important. Ce sein, bien que portant une tumeur, était plus petite que l'autre. Le mamelon était presque retracté. La peau était adhérente par toute sa surface profonde. Il semblait même que la peau était amincie et un peu changée de couleur. En soulevant la peau pour constater son adhérence on y trouvait cet aspect appelé "Peau d'orange" par Nélaton.

Quand la tumeur est capitonnée, quand on peut trouver la peau d'orange, il ne faut pas attacher trop d'importance à ce phénomène. Cependant il est suffisant pour affirmer le diagnostic entre une inflammation et un néoplasme. Ici on peut dire déjà qu'il s'agit bien d'un cancer.

Consistance. — La consistance est dure, ligneuse.

Rapports de la tumeur. — Si on saisit la tumeur, elle est mobile et entraîne tout. Elle n'est pas inocléable. Comme en certain cas,

on ne peut pas la faire sauter comme une balle. Donc elle n'est pas encapsulée.

TUMEURS ENCAPSULEES.

Il faut toujours se demander dans le diagnostic des tumeurs du sein. La tumeur présente appartient-elle au groupe des tumeurs encapsulées? De ce groupe se trouvent les adénomes, les fibrômes, les sarcômes toujours séparés de la glande.

GROUPE DES CANCERS.

L'autre groupe est celui des cancers. Ces tumeurs sont fusionnées avec la glande toujours, comme dans l'observation présente. Dans le cas de notre malade, la tumeur adhérait au grand pectoral, en tirant la tumeur, je le répète, on amenait tout.

Glandes. — Le système glandulaire ne laissait rien remarquer d'anormal. L'aiselle ne présentait pas de glandes hypertrophiées.

Revenons à la tumeur, à la palpation attentive, on remarquait qu'il y avait un prolongement, une traînée qui partait de la tumeur et se dirigeait vers l'aiselle constituée probablement par les vaisseaux lymphatiques.

Il semblait que la tumeur avait des prolongements au voisinage. Donc il n'y a pas de doute c'était du cancer.

VARIETES CLINIQUES

A cet égard là, faut diviser les cancers en 2 classes.

1. Le cancer circonscrit;
2. Le cancer diffus.

Le circonscrit n'implique pas toute la tumeur, mais on peut la limiter à la main, à l'œil.

La forme diffuse est rameuse mal délimitée, tout ça est un peu œdédié, adhérent, il est difficile de dire où ça finit. Quand toutes les papilles sont prises, il semble qu'on ait fait une injection de suif.

Il faut établir tous ces points dans le diagnostic du cancer diffus, les passer en revue afin de savoir jusqu'ouù devra s'étendre l'intervention, jusqu'ouù devra aller le bistouri, à la chasse des prolongements cancéreux, car une intervention incomplète est presque toujours désastreuse, on abrège la vie des malades sans profit aucun.

Mais revenons à notre malade. Elle était atteinte de la variété de cancer que l'on appelle atrophique. Son cancer avait des adhérences profondes avec le grand pectoral, et poussait un prolongement du côté de l'aiselle. Nous l'avons opérée. Cette malade était très préoccupée de sa tumeur, elle était dans un état moral affreux. N'y eut-il eu que cette seule raison, nous étions justifiables de l'opérer: Mais nous verrons à la fin que c'est un principe chez nous d'opérer toutes les fois qu'on peut espérer tout enlever.

Technique.—Nous avons enlevé largement la peau malade, plus que la peau malade, la glande complète et la partie adhérente du grand pectoral, et les glandes de l'aiselle rapproché, la peau a distance laissait une plaie découverte de trois pouces carrés environ. Pansement humide sur la plaie découverte, gutta percha par dessus, coton, absorbant, bandage de toute la poitrine, bras libres.

La plaie a guérie assez rapidement. Nous avons perdu la malade de vue depuis.

Y a-t-il eu avantage à l'opérer? Avons-nous prolongé sa vie? Laisée à elle-même aurait-elle vécu plus longtemps (je la suppose morte pour la circonstance). On voit des squirres durer des années et des années? Et si l'on songe aux pansements prolongés de ces plaies affreuses, extravagantes, à l'affaiblissement qui s'en suit, et l'incertitude d'avoir tout enlevé?.....

C'est ce que des chirurgiens découragés

par des résultats trop souvent funestes peuvent répondre. Je leur dirai à peu près comme M. Lefort au dernier congrès international de Paris:

"C'est une affaire de conscience à eux et "je ne songe pas à les blamer. Pour moi, "tant qu'on n'aura pas d'autres remèdes au "cancer que le couteau, je ne me demande pas "si l'opération va tuer le malade ou abrèger "sa vie, je me demande s'il y a une chance de "sauver un patient déjà condamné à mort, et "j'opère quand il y a une chance de tout enlever, car le cancer ne récidive pas, il continue. "Quand il reprend, c'est que le feu couvait "sous la cendre, c'est qu'un prolongement une "parcelle cancéreuse était restée hors de notre "portée, hors de l'atteinte de notre bistouri. "Pour moi le devoir est dans l'intervention, "toutes les fois que l'on peut espérer tout enlever."

143, rue Saint-Denis.

—:o:—

Revue des journaux

MEDECINE

PERICARDITE DES BRIGHTIQUES.

Par M. le Dr. Boinet.

En faisant le relevé de 300 autopsies pratiquées depuis deux ans dans notre service de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, nous constatons que la péricardite existait 17 fois sur 40 observations de mal de Bright terminé par urémie dans le quart des cas environ.

Cette proposition comparée à la statistique de Frerichs et Roberts paraît un peu forte, mais hâtons-nous d'ajouter que, dans treize cas, il n'existait que des plaques laiteuses du péricarde. Chez un autre brightique, mort d'hépatite grise, la péricardite était vraisemblablement d'origine pneumococcique.

Nos trois derniers cas peuvent être rattacher à la péricardite dite brightique qui, d'après Merklen, est exsudative, extensive et diffuse sèche, ou avec épanchement séro-fibrineux ou hémorragique généralement peu abondant. C'est une péricardite grave qui révèle et augmente l'intoxication générale, ne précédant la mort que de peu de jours.

M. Oddo.— Il faut distinguer les lésions banales du péricarde que l'on trouve chez les brightiques proprement dite qui amène la mort par son évolution seule.

(Comité méd. des Bouches du Rhone)

————— : o : —————

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FERMENTS SOLUBLES DU REIN.

Par MM. les Drs. M. Battesti et A. Barraja.

Conclusions.— 1. Nous avons démontré dans les reins humains la présence de nombreux ferments solubles, tous actifs; tels que l'amylase, sucrase, caséase, lipase et oxydase diverses.

2. — L'activité de ces ferments et leur puissance de transformation indiscutable est pour ainsi dire indéfinie, puisque la même quantité de produit extractif a pu nous servir pour exécuter plusieurs expériences.

Cette activité constatée et acquise doit nous faire penser que ces ferments jouent un grand rôle dans la sécrétion urinaire et que c'est peut-être là qu'il faudra chercher la clef de tout ce mécanisme si complexe et si fermé aux observateurs les plus autorisés.

3. — L'identité de ces réactions in vitro et in vivo à peu près contrôlée, toutes les fois qu'on l'a pu, doit nous permettre de penser que ces diastases sont actives dans l'élimination des médicaments et qu'on devrait les invoquer plus souvent.

On a peut-être abusé, à ce sujet, d'une explication trop facile, l'alcalinité du sang et l'action du CO₂.

Quant à nous, nous ne serions pas loin de penser qu'une grande partie des médicaments arrivent aux reins décomposés et que ce n'est que là qu'ils sont décomposés ou transformés par l'activité propre du rein et par sa sécrétion interne.

Les médicaments qui, comme l'acide camphorique, résistent aux diastases passeraient tels quels dans l'urine; il en serait de même des sels minéraux.

Les faits d'expériences sont d'ailleurs là pour nous permettre de telles hypothèses.

4. — Dès 1898, M. Poehl, professeur à Saint-Petersbourg, avait signalé toute une classe d'albumineries qui d'après lui, étaient dues à l'absorption de substances antithermiques à la mode telles que l'antipyrine et la phénicétine.

Il sera facile, en consultant les quelques observations jointes à ce travail, de remarquer qu'à notre tour nous sommes arrivés à déceler de l'albumine dans les urines de malades soumis au traitement par de certains médicaments (salicylate de soude, salol, antipyrine, etc.).

Mais d'où vient l'albumine? A quoi peut-on l'attribuer?

M. Gérard a répondu à cette question: "En effet, dit-il, il est évident qu'on pourra expliquer certaines altérations rénales, observées à la suite de l'absorption de substances chimiques qui en se dédoublant ou en se décomposant dans les

reins, donnent naissance à des produits susceptibles de retentir sur cette organe.

"Les produits qui en résultent, comme l'acide salicylique, la pyrocatechine, l'aniline, l'acide phénique, formés pour ainsi dire à l'état naissant, exercent une action nocive sur le parenchyme rénal."

Cette dernière conclusion que les expériences du laboratoire nous ont fait admettre dès le début, nous la laissons nôtre en la complétant ainsi: On sait que dans les intoxications graves, saturnines, hydrargiriques ou autres, l'albumine est toujours accompagnée d'une petite quantité de peptone.

Pour nous, nous admettrions volontiers que cette peptone ne pourrait être que le résultat de l'action du ferment pepsinique, constaté par nous dans les reins.

Il aurait fallu chercher ici quelle est la quantité normale de ces diastases dans les reins humains, voir quelles transformations elles subissent quand le rein est malade; et comparer les propriétés des divers échantillons provenant de reins sains ou de reins malades.

Il aurait fallu se demander si l'extractum, véritable association de ferments les plus divers et les plus actifs, n'a pas une action réelle sur l'élément pathogène et s'il n'y aurait pas intérêt à instituer quelques expériences sur les animaux et même sur les malades.

Pour l'instant nous avons jugé tout cela au-dessus de nos forces et nous nous sommes contentés d'attirer l'attention sur le sujet.

M. R. Dubois, dans une étude présentée en février dernier, concluait, en effet, de la façon suivante: L'idée directrice qui m'a guidé est qu'il existe dans les reins une antitoxine normale qui cesse d'être sécrétée ou l'est en quantité insuffisante dès que le fonctionnement du rein est troublé. Son rôle consiste à détruire à leur passage dans le sang certains produits toxiques qu'il renferme et qui proviennent de la nutrition de l'organisme.

(Marseille Méd.)

————— : o : —————

NOUVELLE METHODE HISTOLOGIQUE APPLICABLE A L'ETUDE DES ELEMENTS ANATOMIQUES DU SANG ET DES LIQUIDES ORGANIQUES NORMAUX OU PATHOLOGIQUES.

Par MM. Regaud et Barjon.

Ces messieurs exposent cette nouvelle méthode basée sur l'utilisation du collodion pour faire adhérer sur le porte-objet une émulsion d'éléments anatomiques dissociés naturellement ou artificiellement sous forme d'une mince pellicule après fixation préalable.

Voici quels sont les principaux temps de cette méthode appliquée au sang par exemple :

1. Fixation. Recueillir avec une pipette, après piqûre du doigt, quelques gouttes de sang et les por-

ter rapidement dans le liquide fixateur isotonique. Par exemple 5 cent. cubes d'une solution d'acide osmique à 1 pour cent dans de l'eau chlorurée à 7 pour mille. Agiter avec la pipette. La fixation est obtenue en cinq minutes;

2. Lavage. Verser le mélange dans un tube à centrifuger et achever de remplir avec du chlorure de sodium à 7 pour mille. Centrifuger. On décante le liquide fixateur dilué et on le remplace par de l'eau distillée, on lave le culot en agitant et on centrifuge à nouveau;

3. Déshydratation. On vide l'eau de lavage et on verse goutte à goutte de l'alcool absolu qui, en se mélangeant avec les quelques gouttes d'eau restées sur le culot, provoque sa déshydratation progressive;

4. Collodionnage. Quand la déshydratation est complète, on ajoute à l'alcool absolu une partie égale d'éther anhydre et enfin quelques gouttes de collodion officinal non riciné.

Il ne reste plus qu'à faire tomber sur des porte-objets bien propres une goutte du mélange, le collodion s'étale circulairement en une mince pellicule, emprisonnant les éléments anatomiques; on solidifie cette pellicule, en précipitant le collodion dans de l'alcool à 80. De là la préparation solidement adhérente peut être portée dans l'eau et dans toutes les solutions colorantes.

Cette méthode donne d'excellents résultats pour le sang, mais elle est peut-être encore plus précieuse pour l'examen des éléments figurés des épanchements pathologiques et des sédiments urinaires.

(Lyon Médical.)

CHIRURGIE

TUMEURS DU CERVEAU.

L'histoire clinique des tumeurs du cerveau ne comprend pas seulement celle des néoplasmes du cerveau proprement dit, mais aussi celle des productions de diverse nature nées de ses enveloppes. En effet, par suite de l'inextensibilité de la boîte crânienne, toute tumeur intracrânienne, quel que soit son point de départ, agit de la même façon sur les différentes parties de l'encéphale par la compression qu'elle provoque. Cette compression, d'abord purement mécanique, ne tarde pas à entraîner des phénomènes d'irritation, qui sont d'une importance primordiale; on devra donc appliquer en partie aux tumeurs qui ne prennent pas naissance dans le cerveau lui-même, ce qui résulte de l'étude des tumeurs cérébrales proprement dites.

Etiologie: L'hérédité ne semble pas jouer ici un rôle aussi direct que pour les tumeurs du sein, de l'utérus ou de l'estomac.

Les causes occasionnelles invoquées sont peu précises, le traumatisme paraît avoir cependant une influence pathogénique réelle dans le cas de sarcome ou de gliome.

L'homme est plus souvent atteint que la femme, et tous deux le sont surtout à l'âge moyen de la vie. L'état de santé antérieur semble être indifférent.

Anatomie pathologique: Parmi les tumeurs cérébrales proprement dites, on distingue: 1. les tumeurs de provenance exclusivement nerveuse (gliome, cérébrome, névrome); 2. les tumeurs qui n'empruntent rien de la constitution essentielle du tissu cérébral (carcinome, sarcome); 3. les tumeurs dont le point de départ est la membrane épendymaire, le plexus choroïde; 4. les kystes parasitaires, les tubercules circonscrits, les syphilomes gommeux.

Le cancer revêt ordinairement la forme encéphaloïde; il peut atteindre le volume du poing, et perforer les parois crâniennes pour apparaître à l'extérieur, sous forme de tumeur érectile et bombée.

Le sarcome: mou, plus rare, a une marche moins rapidement envahissante; il se rencontre surtout chez les jeunes sujets.

Le gliome s'accompagne parfois d'hémorragies redoutables.

Le tubercule a pour siège de prédilection le mésocéphale et la surface des hémisphères cérébraux; il est parfois volumineux; la crétification est assez souvent observée.

La syphilis engendre des lésions diverses (V. Syphilis cérébrale).

Les parasites sont rares dans le cerveau; on y rencontre de préférence le cysticerque et l'échinocoque.

Les anévrysmes siègent aux artères de la base (tronc basilaire.)

Les phénomènes de compression que provoquent les diverses tumeurs du cerveau déterminent des lésions secondaires: thrombose des sinus, œdème, hydrocéphalie, ramollissement cérébral.

Symptomatologie: Aussi le tableau symptomatique des tumeurs cérébrales est-il des plus variables, d'autant plus que les phénomènes observés diffèrent nature,lement, suivant la localisation et la nature de la tumeur (un sarcome télangiectasique provoquant bien entendu de grands phénomènes subits, tandis qu'un gliome du même volume n'apportera que de légers changements dans le fonctionnement de l'hémisphère).

Il faut aussi remarquer qu'une tumeur à évolution rapide ne permettra pas l'établissement graduel de compensations circulatoires destinées à balancer les progrès de la compression et provoquera ainsi des symptômes d'une soudaineté déconcertante.

D'autre part, on peut diviser les symptômes des tumeurs cérébrales en symptômes constants (dus à la compression) et en symptômes inconstants (résultant de l'irritation du parenchyme cérébral, de son infiltration, de sa destruction et de la localisation initiale du néoplasme...).

a) Symptômes constants. — Ce sont la céphalée, les convulsions, l'affaiblissement intellectuel.

La céphalée est, d'ordinaire, le premier symptôme observé: elle est frontale ou occipitale (parfois pariétale), sans siège fixe, occupant tout le

globe oculaire ou tout le front ou tout l'occiput. D'abord sourde, intermittente, elle acquiert bientôt une extrême intensité, devient profonde, gravative, sujette à des exacerbations à la suite des repas ou pendant la nuit (ce qui est souvent un indice de syphilis).

Les convulsions font suite à la période de céphalée. Elles éclatent sans cause appréciable et affectent les caractères de l'épilepsie vraie; la fréquence de ces crises est indéterminée.

L'affaiblissement intellectuel est consécutif à la céphalée accompagnée ou non d'épilepsie: il semble en être la conséquence. Le malade immobile, la tête entre les mains, est indifférent à tout, absorbé par la douleur profonde qui le torture: il ne parle plus, ne pense plus à se nourrir, se laisse aller sous lui. Ce même état de déchéance peut se manifester insensiblement après disparition de la céphalée: on observe alors une tendance marquée au sommeil, le pouls se ralentit, la respiration est courte, rare, superficielle: c'est une véritable hibernation. La mort survient dans l'état cachectique.

Ces phénomènes, constamment observés dans le cas de tumeurs cérébrales, résultent d'une compression de l'ensemble de l'encéphale, par déséquilibre du liquide céphalo-rachidien. En effet, ou bien la tumeur, en se développant rapidement, détermine un surcroît de tension de ce liquide ou bien, par son développement lent, elle provoque sa disparition plus ou moins complète et exerce alors une compression qui n'est plus atténuée par la couche liquide.

b) Symptômes inconstants. — Parmi ceux-ci, les uns sont liés à un trouble général de l'équilibre encéphalique (vomissements, vertiges, stase papillaire) et les autres sont provoqués par des altérations localisées de la substance cérébrale.

Les vomissements d'origine cérébrale ont pour caractère de se faire sans efforts, sans nausées, sans douleurs gastriques; ils sont alimentaires ou simplement liquides. Ils coïncident souvent avec une constipation opiniâtre. Ils disparaissent parfois sans raisons pendant de longues périodes; on les observe de nouveau en même temps qu'une exagération des autres phénomènes de compression totale.

Les vertiges sont fréquents: ils consistent la plupart du temps en simples obnubilations passagères avec sensation vague dans le cerveau et engourdissement des membres; le malade a le temps de s'asseoir et d'éviter la chute. Le vertige épileptique vrai qu'on observe parfois est dû à l'épilepsie symptomatique provoquée par la tumeur.

La stase papillaire ou papille étranglée est un trouble de la circulation rétinienne qui a pour cause la distension de l'espace intravaginal du nerf optique par le liquide encéphalique: il s'agit d'un état d'infiltration œdémateuse avec stase veineuse. Cette stase, ne donnant lieu ni à l'amaurose, ni à l'amblyopie, doit être recherchée alors même que le malade n'accuse aucun trouble visuel. "L'image fournie par l'examen ophtalmoscopique de la papillite des tumeurs est la suivante: au début, on rencontre une rétrécissement des artères émergeant de la papille, en même temps qu'un état tortueux spécial des veines. Bientôt les limites de la papille

disparaissent, en même temps que la papille devient saillante: on constate alors une striation particulière de la rétine à son voisinage. Cette striation disparaît plus tard pour faire place à une teinte grisâtre uniforme qui se confond avec celle de la papille qui a perdu sa transparence. On voit souvent "des hémorragies en flammèches autour de la papille et quelquefois sur elle-même". La stase papillaire est presque toujours bilatérale, quoique à un degré inégal, et elle se produit même dans des cas où le néoplasme est très éloigné des veines rétinienne.

Les symptômes inconstants liés aux lésions circonscrites de la substance cérébrale sont innombrables: ils sont subordonnés à la localisation prépondérante de la tumeur et à son action destructive.

Parmi eux on retrouve les symptômes que nous avons déjà étudiés, mais avec des caractères de localisation spéciaux. Ainsi on peut observer une céphalée circonscrite lancinante, aiguë; la percussion, à ce niveau, est douloureuse; ces données fournissent un point de repère pour la trépanation. De même les convulsions peuvent être partielles, sous la forme d'épilepsie jacksonienne; on peut alors poser en règle que la tumeur siège au niveau du centre hémisphérique correspondant à la première secousse de la crise partielle.

L'affaiblissement intellectuel peut se transformer également en aphasie motrice (verbale ou graphique), en aphasie sensorielle (auditive ou visuelle), selon que la compression s'exerce sur tel ou tel point de l'écorce ou selon la marche de l'envahissement interstitiel du néoplasme. Si la tumeur siège au voisinage du rocher, le vertige devient giratoire, avec bourdonnement d'oreilles, unilatéral; le vertige giratoire peut être aussi provoqué par la compression de la tumeur sur les pédoncules du cerveau. S'il y a lésion des nerfs optiques, la stase papillaire s'accompagne d'amblyopie et d'amaurose.

A ces divers signes, il faut ajouter les symptômes de localisation motrice ou sensitive que le hasard des cas peut fournir: hémiplegies, monoplegies, hémianesthésie, hémioipie.

Ces hémiplegies et les autres paralysies n'ont pas un début soudain: elles sont d'ordinaire précédées de céphalalgie, de fourmillements du pied ou de la main, d'engourdissement. Bien qu'elles constituent des symptômes de foyer, il faut remarquer qu'elles n'ont qu'une valeur relative au point de vue du diagnostic de localisation: par exemple, une hémiplegie gauche totale peut survenir aussi bien à l'occasion d'une tumeur du lobe frontal ou du lobe occipital, qu'à l'occasion d'une tumeur de la zone motrice des centres gauches. Et on conçoit de quelle gravité est ce fait au point de vue de l'intervention opératoire.

L'épilepsie symptomatique a une valeur diagnostique de localisation bien supérieure.

Les paralysies oculaires, bulbaires ont cependant une signification bien nette au point de vue de la localisation des petites tumeurs de la base.

Les troubles de la sensibilité sont en général peu prononcés. Les névralgies du trijumeau sont assez communes. Les phénomènes vaso-moteurs sont fréquents: la tache dite "méningitique", les

érythèmes diffus des membres paralysés sont souvent observés.

Suivant la localisation initiale ou prépondérante des tumeurs, on a pu établir divers groupements symptomatiques qui n'ont cependant rien d'absolu.

a) Tumeurs de la région frontale inférieure. — Précocité remarquable des phénomènes visuels, souvent limités à un seul globe oculaire et associés parfois à des manifestations olfactives (sensations de mauvaises odeurs); paralysies oculaires assez fréquentes; paralysies des membres rares, quand la tumeur est petite et limitée.

b) Tumeurs de la région basilaire. — Les symptômes oculaires (sensoriels et moteurs) apparaissent les premiers (névrite optique); si une hémiplegie survient, on peut admettre que le pédoncule cérébral est intéressé; si il y a, de plus, paralysie du moteur commun du côté opposé, il est permis de supposer "que la lésion pédonculaire atteint le tronc de la troisième paire (paralysie alterne de Weber)"; si on observe, en outre, un trouble sensitif dans le domaine du trijumeau, c'est que la protubérance est atteinte; enfin, si on observe une paralysie de la sixième paire du côté opposé à l'hémiplegie avec névralgies du trijumeau, des troubles de déglutition et d'articulation des mots, on peut en conclure que le néoplasme s'étend jusqu'au sillon bulbo-protubérantiel. La paralysie ou la parésie des quatre membres fait rarement défaut quand il s'agit d'un anévrisme de l'artère basilaire. Les tumeurs qui avoisinent le rocher provoquent des bourdonnements d'oreille, de la surdité, du ralentissement du pouls, des vomissements (pneumogastrique), du torticolis (spinal).

c) Tumeurs de la région frontale antéro-supérieure. — On observe alors surtout l'altération de la fonction intellectuelle, associée ou non aux modifications du langage articulé.

d) Tumeurs de la région rolandique. — Selon la région (inférieure, moyenne, supérieure) à laquelle elles siègent, elles provoquent des paralysies et des spasmes convulsifs de la tête, du membre supérieur ou du membre inférieur.

e) Tumeurs de la région temporale. — Elles se manifestent principalement par de la surdité verbale qui se complique d'hypoacousie vraie, uni ou bilatérale, s'il s'agit d'une lésion pétreuse. La paraphasie a été plusieurs fois observée.

f) Tumeurs de la région pariéto-occipitale. — Si elles siègent à gauche, on observe la cécité verbale pure, l'hémipopie, quelquefois l'agraphie et l'aphasie; à droite, elles ne provoquent pas la cécité verbale.

g) Les tumeurs du centre ovale, du corps calleux et des noyaux gris centraux ont une symptomatologie des plus confuses.

Diagnostic: Il est relativement aisé dans les cas où les tumeurs sont annoncées par des phénomènes précurseurs (vertiges, céphalalgie, vomissements, convulsions, épilepsie partielle) et confirmées par des troubles paralytiques, l'hémiplegie, l'amaurose. Mais lorsque les accidents surviennent tout à coup (aphasie primitive, coma précoce), le diagnostic est souvent difficile à faire, surtout

d'avec le ramollissement cérébral par artérite oblitérante: dans ce dernier cas, les troubles intellectuels sont d'ordinaire plus marqués et un athérome généralisé éveille l'attention.

Dans tous les cas, on devra penser à la possibilité de la nature syphilitique de la tumeur.

Pronostic: Toutes les variétés de tumeurs cérébrales comportent un pronostic très grave, les tumeurs malignes. Seules, les gommés syphilitiques disparaissent assez souvent sous l'influence d'un traitement énergique approprié (V. Syphilis cérébrale).

Thérapeutique: En dehors de cette exception, l'intervention opératoire reste l'unique mode de traitement curatif. Elle présente des chances de succès suffisantes quand il s'agit d'une tumeur des enveloppes, à la rigueur d'un néoplasme circonscrit et peu pénétrant, d'une plaque cicatricielle limitée de l'écorce, (V. Craniectomie).

(Rev. de Méd. et de Chir.)

—: o: —

LA GASTRO-ENTEROSTOMIE EST-ELLE LEGITIME CHEZ LES CANCEREUX ?

Par M. le Dr. Monprofit, (d'Angers).

L'atténuation temporaire des symptômes est-elle à elle seule une justification de la gastro-jéjunostomie, dans les cas avancés de cancer de l'estomac? s'est demandé M. le Dr. Ernest Maylard (de Glasgow), dans le Brit. med. J. du 4 juillet 1903. p. 50.

C'est là une question qu'ont dû se poser aussi un certain nombre de nos confrères. En tout cas, M. Ernest Maylard vient de la soulever; et il est bon de discuter sa manière de voir.

D'ailleurs, pour moi, il n'y a pas de doute. J'admets que la formule de Roux: "La seule contraindication de la gastro-entérostomie, c'est la mort?" est peut-être un peu trop absolue, mais, en somme, avons-nous plus le droit de refuser la gastro-entérostomie à un moribond que de lui refuser soit un cal mant, soit un réconfortant quelconque, pour diminuer ses douleurs ou prolonger de quelques instants sa misérable vie?

Or, comment agit donc la gastro-entérostomie? Mais elle agit avec autant de rapidité qu'un médicament, et avec beaucoup plus de sûreté! L'opération ne donne d'ennuis que pendant quelques heures. Au bout de ce temps, le soulagement commence à se manifester par la cessation des vomissements et la possibilité de l'alimentation; dès le lendemain déjà, le mourant éprouve le bienfait de l'intervention il est plein d'espoir et reprend courage.

Si le malheureux, à bout de forces, ne peut, comme le naufragé déjà à moitié noyé, saisir la corde qu'on lui lance, et coule à fond, reprochez-vous donc quelque chose à la chirurgie? Elle comble vos vœux, puisqu'elle ne donne pas à celui qui était perdu d'avance le faux espoir d'une guérison trompeuse, et termine d'un seul coup ses misères et ses jours. — Voilà pour les mauvais cas.

Il faut bien compter aussi avec les erreurs de diagnostic; tel malade cachectique et mourant, avec tumeur, n'est pas autre chose qu'un ulcéreux, qui aura une guérison indéfinie; lui refuserez-vous donc la chance de guérir, parce qu'il ressemble à un cancéreux cachectique?

L'abstention, dans ces conditions, sera un véritable malheur, une faute lourde, que rien ne peut excuser. Mais, sur ce point, inutile d'insister plus longtemps; nous sommes, je pense, tous d'accord.

Pour les cancéreux cachectiques et authentiques, la survie, dit-on, n'est pas bien longue, en moyenne six à huit mois. Mais cette moyenne ne vaut guère en pratique, car si nous avons des malades qui ne survivent pas plus de deux ou trois mois, il en est qui vont beaucoup plus longtemps.

J'ai eu une malade atteinte d'une tumeur adhérente à la paroi, ultra-cachectique, qui a survécu deux ans et demi, sans symptômes pénibles d'aucune sorte, s'alimentant avec le plus grand plaisir, et vivant de la vie de tous. Avions-nous le droit de lui refuser ce répit, dont elle a largement profité? Sait-on à l'avance le terme fatal? Non, puisque nous ignorons même parfois s'il n'y aura pas survie indéfinie.

La gastro-entérostomie, comme tous les moyens qui sont entre nos mains, est un remède, qui ne guérit pas toujours, mais qui soulage et qui console le plus souvent; à moins de cesser d'être médecin, nous n'avons pas le droit de ne pas l'employer.

N'avons-nous pas recours à la morphine, qui, si elle console et soulage, ne guérit pas et ne prolonge pas la vie chez les cancéreux, et qui, de plus, n'a pas l'avantage de supprimer les vomissements et de permettre l'alimentation et le retour d'une santé apparente, pendant un temps plus ou moins long? (Gaz. Méd. de Paris.)

—: o: —

Therapeutique et Mat. Medicales

—

TRAITEMENT DE LA STOMATITE MERCURIELLE.

Par M. le Dr. W. Dubreuilh.

Traitement prophylactique. — Lorsqu'un malade vient consulter, avant de lui prescrire du mercure, sous quelque forme que ce soit, il faut l'interroger pour savoir s'il en a déjà pris, pendant combien de temps, et comment il le tolère. Si par hasard, il y a de la stomatite dans ses antécédents personnels, être extrêmement prudent, donner de faibles doses, et surveiller de très près les gencives du patient.

Dans tous les cas, avant l'institution du traitement, il faudra faire faire une toilette sérieuse de la cavité buccale: guérir la gingivite des fumeurs, la gingivite tartarique, arracher les chicots, soigner les dents cariées, et recommander de se bien netto-

yer la bouche, au moins après chaque repas, avec une brosse à dents et de la poudre dentifrice.

Traitement curatif. — Une fois la stomatite déclarée, il faut immédiatement supprimer complètement l'emploi du mercure et prescrire des lavages antiseptiques fréquents. Les substances que l'on choisira de préférence seront: l'acide borique, la créoline (une cuillerée à café dans un litre d'eau bouillie et tiède), la résorcine en solution à 10 o/o (une cuillerée à café dans un verre d'eau tiède), l'eau oxygénée dédoublée, le borate de soude, etc. Nous préférons réserver l'emploi du chlorate de potasse pour l'usage interne, à raison de 1 à 2 grammes par jour en potion: le chlorate de potasse s'élimine, en effet, par les glandes salivaires, et agit ainsi directement sur toute l'étendue de la muqueuse buccale, ou sous forme de comprimés de chlorate, si le contact de ces pastilles avec la muqueuse buccale est bien supporté.

Les collutoires au borax et miel rosat (ââ), la glycerine iodée au 1-3, les attouchements à l'acide chromique à 10 o/o rendent aussi de grands services, surtout sur les ulcérations. De même, les bains de bouche à l'eau de guimauve tiède additionnée de 4 grammes de borate de soude par litre sont très efficaces lorsque les douleurs sont vives.

Quand la tuméfaction de la langue est telle que le malade ne peut plus se gargariser, ni cracher, il faut ordonner de grands lavages avec le laveur et faire couler 10, 12 litres dans la journée de solution antiseptique faible: créoline, acide borique, ou même simplement de l'eau de guimauve. Les anciens donnaient à leurs malades des bains de vapeur pour provoquer des sueurs abondantes; il est certain que les sudations copieuses font mieux tolérer le mercure. Stephanoff a vu les bains d'air chaud diminuer la salivation de façon très accusée.

Enfin, lorsque les phénomènes aigus inflammatoires seront moins intenses, on pourra cautériser les gencives fongueuses avec de la teinture d'iode pure, du nitrate d'argent, de l'acide chlorhydrique (Diday), de l'acide chromique à 1-10 ou à 1-20 (Jullien). Ces cautérisations répétées de temps en temps donneront d'excellents résultats en apportant au malade un grand soulagement.

(Ann. de Thérap., Derm. et Syph.)

—: o: —

GYNECOLOGIE

DU TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE PENDANT LA GRAVIDITE.

Par M. le Dr. Cocq.

CONCLUSIONS.

1. Que l'ovariotomie doit être pratiquée, dès que le diagnostic a été posé: 2. Que cette intervention aura d'autant plus de chances de réussir qu'on aura opéré plus tôt. En remettant l'opération à une date ultérieure, on court le risque d'avoir

la main forcée par l'éclatement d'accidents qui créent des conditions bien plus défavorables.

Si l'on se décide à opérer, on se conformera au manuel opératoire habituellement suivi dans ses cas; on s'efforcera, cependant, le plus possible, de ne pas exercer de tractions trop fortes sur le pédicule, étroitement uni à l'utérus, pour ne pas éveiller la contractilité de l'organe. On pourra en outre administrer 1 à 2 centigr. de morphine pro-die, en injections hypodermiques pratiquées soir et matin, suivant le conseil de Pinard.

Si l'accoucheur était consulté dans les derniers mois de la gestation, devrait-il se comporter de la même façon ou se contenter de faire la ponction, ainsi que le recommandent la plupart des auteurs?

Certes, l'indication de l'ovariotomie est alors plus discutable et l'on comprend que l'on ait conseillé dans ce cas d'attendre, quand la grossesse évolue sans troubles, ou d'instituer un traitement palliatif, la ponction abdominale ou vaginale, en réservant le traitement curatif pour une date postérieure à l'accouchement. Cependant, la femme est toujours exposée aux dangers qui peuvent résulter de la rupture du kyste, de la torsion de son pédicule, de l'inflammation de la tumeur. Si l'un de ces accidents survenait, la laparotomie serait la seule chance de salut pour la femme et il faudrait la pratiquer sans retard; cette opération a été faite plusieurs fois avec succès, en pleine péritonite.

Pendant le travail de l'accouchement, si la tumeur est abdominale et ne détermine aucun trouble de compression, l'expectation est encore permise. Dans le cas où la période d'expulsion se prolongerait, on pourrait recourir au forceps ou à la version. Si la tumeur est pelvienne, la situation est toute différente, il faut agir sur l'obstacle qu'elle oppose au passage du fœtus: On la refoulera sous chloroforme, avec ménagement, dans l'intervalle des douleurs, et si l'on y arrive, on terminera dès que le col sera dilaté par le forceps ou la version.

On n'insistera pas, quand on éprouvera de trop grandes difficultés à refouler la tumeur, et l'on ponctionnera celle-ci par le vagin, ou même on l'incisera au besoin.

Dans tous les cas, on s'abstiendra de violences qui seraient préjudiciables à la parturiente et ce n'est qu'avec la plus grande circonspection qu'on aura recours au forceps ou à la version, les manœuvres d'extraction sont déjà dangereuses quand la tumeur a pu être refoulée dans l'abdomen, elles le sont encore plus quand le refoulement n'a pu être pratiqué et que le contenu du kyste n'a pu être évacué par la ponction ou l'incision; dans ces conditions, l'embryotomie elle-même n'est pas sans inconvénients et si l'on éprouvait la moindre difficulté il faudrait se résoudre à faire la laparotomie. Faut-il alors tenter l'ablation du kyste pour enlever l'obstacle qui s'oppose au passage du fœtus, abandonner l'accouchement à la nature ou ce qui vaut mieux, le terminer par la voie vaginale?

Cette méthode qui a été suivie avec succès par plusieurs accoucheurs n'est pas toujours possible, quand la tumeur est adhérente et qu'elle présente des prolongements intrapelviens. Il faut souvent, dans ce cas, enlever le fœtus par l'incision césarienne et même pratiquer l'hystérectomie abdominale sub-totale qui permet de procéder ensuite à l'enlèvement de la tumeur. Grâce aux progrès de la technique chirurgicale ces interventions sont moins dangereuses pour la mère que les violences aveugles que l'on pourrait exercer par les voies naturelles; elles ont en outre, l'avantage de sauvegarder l'existence de l'enfant.

(Gaz. de Gynéc.)

— o o —

METRRORRHAGIES après la MENOPAUSE: LEURS CAUSES ET LEURS TRAITEMENTS.

Dalché, dans une clinique récente à propos d'une malade de son service, âgée de 54 ans, réglée depuis l'âge de 44 ans, chez qui survint une perte de sang pur, non fétide, passe en revue les causes qui peuvent donner naissance à un tel symptôme.

En premier lieu, il faut se demander si nous avons affaire à une métrorrhagie véritable. Bien des femmes, ayant passé la ménopause, ont des écoulements sanguins qui proviennent de petites végétations polypoïdes de l'urèthre, qui saignent au moindre traumatisme et dont l'hémostase, après excision, est difficile à faire même avec le thermocautère. Il faut donc, dans ces cas, examiner l'urèthre pour savoir s'il n'est pas la cause de cette perte de sang. Une hématurie, une cystite peuvent donner lieu à une perte de sang. Il en est de même des hémorroïdes ignorées qui saignent et qui peuvent faire croire à une métrorrhagie. Les tumeurs de la vulve et du vagin donneraient lieu à des troubles identiques très souvent.

L'examen de la malade permet d'éliminer ces causes probables. Le sang viendrait donc de l'utérus. Après avoir éliminé le polype muqueux; la métrite des femmes âgées qui survient chez les femmes ayant dépassé la ménopause et qui rappelle la symptomatologie des cancers (écoulements de pus saigneux, sanguinolent, hémorrhagies); la malade n'ayant présenté aucun de ces symptômes et ayant un utérus mobile, l'auteur pensa qu'il pouvait s'agir d'une hépatite qui peut donner lieu à de la métrorrhagie, mais qu'il put éliminer ici; ou d'un retour des règles qui arrivent chez des femmes qui ont cessé d'être réglées depuis quatre ou cinq ans et qu'une influence fort délicate, la passion amoureuse tardive, sollicite de nouveau à apparaître, pouvant amener une grossesse tardive. Ici rien de tel.

Enfin l'auteur s'est arrêté au diagnostic de dégénérescence scléroathéromateuse des artères utérines, qui s'est traduite par une hémorrhagie. Il s'est basé sur l'état général sclérosé du système. Or, on a observé des métrorrhagies relevant uniquement de l'artério-sclérose utérine; dans certains cas, la source de l'hémorrhagie était un anévrysme miliaire.

Cette observation est intéressante à cause du diagnostic, assez rare, et du pronostic, qui est bénin, malgré l'apparente gravité et la persistance du

symptôme hémorragique. De plus il est important au point de vue du traitement.

Traitement : Dans les cas ordinaires d'hémorragie utérine, on s'adresse généralement aux vasoconstricteurs: hydrastine, quinine, ergot de seigle. Or ces métrites scléreuses réagissent très mal sous l'influence de cette médication constrictive qui force des vaisseaux en mauvais état à se contracter, par conséquent à se rompre et à causer de nouvelles hémorragies.

L'auteur recommande l'opium et les bains tièdes, et plus particulièrement le chlorure de calcium qu'il prescrit comme suit:

Chlorure de calcium... .. 4 grammes
Sirop d'opium... .. 30 "
Eau... .. 120 "
A prendre dans la journée.

Il prescrit aussi 1 gramme de gélatine dans une tasse de chocolat ou dans un bol de bouillon, ou bien il fait un tamponnement gélatiné avec du coton hydrophile.

(Gaz. de Gynéc.)

REMARQUES SUR L'APPENDICITE CHEZ LA FEMME DANS SES RELATIONS AVEC LES LESIONS UTERO-ANNEXIELLES.

Par M. le Dr. H. Barnsby,

L'auteur apporte cinq observations: 1. appendice adhérent à un hénatosalpinx; 2. fixé à un kyste de l'ovaire; 3. soudé à un hydrosalpinx; 4. et 5. adhérents à un pyosalpinx ancien. Il conclut que:

1. Il existe bien une appendicite secondaire d'origine annexielle. La coexistence de ces lésions s'explique par la fréquence de la situation pelvienne de l'appendice chez la femme et le contact d'un organe sain, l'appendice, avec un organe malade trompe ou ovaires. Les adhérences périappendiculaires constituent la cause occasionnelle et préparent le terrain.

2. Au point de vue anatomo-pathologique, ces appendices sont atteints de folliculite partielle. Il s'agit d'une appendicite chronique plastique avec tendances à la sclérose.

3. Cliniquement cette appendicite évolue comme une appendicite chronique d'emblée. Elle est considérée à tort comme une trouvaille de laparotomie. Son diagnostic est souvent possible.

L'analyse des coliques intermenstruelles ou intestinales, bien séparées des coliques prémenstruelles ou utérines, l'examen attentif du pôle supérieur de la tumeur annexielle, presque toujours haut située dans le petit bassin sont les deux éléments les plus importants d'un bon diagnostic.

3. Au point de vue opératoire, le traitement est celui de toute appendicite chronique confirmée: résection immédiate de l'appendice. Tout appendice

même fixé, quant à la pointe, par des adhérences lamelliformes, doit être sacrifié.

La voie abdominale médiane est la voie de choix.

L'ablation de ces appendices est suivie d'une guérison parfaite et durable, sauf les cas où l'entéro-colite muco-membraneuse domine la scène et où il existe des adhérences intestinales très nombreuses.

(Congrès Français de chirurgie, Paris.)

— : o : —

TRAITEMENT DE LA METRITE CHRONIQUE

Par M. le Dr. Lutaud.

Il faut d'abord bien s'entendre sur la définition de la maladie. J'entends par métrite chronique une affection caractérisée anatomiquement par l'augmentation de volume de l'organe, la dilatation et l'hypertrophie des glandes, et le plus souvent par la lacération ou l'érosion du col.

Comme symptômes principaux: pesanteur abdominale, douleur pendant la marche, leucorrhée grasseuse, blennorrhagie.

Deux indications principales:

1. Modifier le col utérin et traiter les ulcérations;
2. Modifier la muqueuse utérine et les glandes seul moyen de combattre efficacement le symptôme le plus pénible et le plus persistant: la leucorrhée grasseuse.

1. Traitement limité du col.

La métrite, étant le plus souvent la conséquence de l'accouchement, est presque toujours accompagnée d'une ulcération résultant de la lacération du col pendant le travail. Je formule dans un article spécial le traitement local des ulcérations, érosions et lacérations du col.

2. Traitement de la métrite proprement dite.

Les modes de traitement sont nombreux. Je ne fais que signaler les cautérisations intra-utérines au chlorure de zinc et le curettage. J'ai abandonné depuis longtemps les cautérisations au chlorure de zinc, parce qu'elles exposent à l'atrésie du col. Quant au curettage, c'est une véritable opération chirurgicale qui ne rentre pas, à mon avis, dans les moyens que le praticien doit employer couramment dans le traitement de la métrite chronique. Son application doit être réservée pour les cas graves dans lesquels on suspecte dans l'utérus la rétention de débris placentaires. On en a, du reste, un peu abusé dans ces dernières années, comme on l'avait fait au commencement du siècle, à l'époque de Récamier.

Le traitement que je propose et qui me paraît très simplifié est le suivant:

1. Dilatation graduelle avec la laminaire;
2. Lavage de la cavité utérine avec la sonde à double courant;
3. Introduction dans l'utérus d'éponges, aseptiques et médicamenteuses, et application d'agents substitutifs sur la muqueuse malade.

Ce traitement, qui semble compliqué, n'est, en réalité, que l'application rationnelle des divers procédés destinés à ouvrir l'utérus, à en modifier la muqueuse et à le débarrasser des produits morbides qu'il peut contenir.

Je reviens sur chacun des temps qu'il comporte.
1er temps. — Dilatation. — Je pratique la dilatation préalable avec des tiges de laminaire que je laisse séjourner seulement douze heures dans l'utérus. Pour être aseptiques, les tiges doivent baigner pendant cinq minutes dans une solution de sublimé à 1-1000.

Je n'ai pas besoin de décrire ici le modus operandi, qui est trop connu. Je rappelle seulement à mes confrères qui n'ont pas encore l'habitude des opérations gynécologiques qu'il est important, pour introduire la tige, d'employer le spéculum et de saisir la lèvre antérieure du col avec une pince à griffe. Cette préhension du col n'est jamais douloureuse. Une fois le col saisi de la main gauche, on exerce une traction plus ou moins forte, qui a pour but non seulement d'empêcher le refoulement de l'organe dans la cavité abdominale, mais encore de faciliter l'introduction, en redressant l'utérus et en transformant en un canal rectiligne le canal utérin, qui est toujours plus ou moins coudé au point de jonction du col et du corps.

En procédant ainsi, l'introduction de la laminaire est facile et non douloureuse; en omettant cette précaution, elle est toujours difficile et douloureuse.

Il faut souvent introduire deux ou trois laminaires, dont on augmente progressivement le volume, avant d'obtenir le degré de dilatation et l'accoutumance nécessaires pour le traitement.

2. temps. — Lavage et irrigation de la cavité utérine. — J'attache une importance considérable à cette partie du traitement.

On introduira dans l'utérus dilaté soit la sonde à double courant de Budin ou d'Olivier, soit, mieux encore, la sonde à deux branches de Reverdin, qui a l'avantage de maintenir les parois utérines écartées, et l'on fera une véritable irrigation avec 1 ou 2 litres de liquide très chaud (environ 38.).

J'emploie de préférence, une solution de carbonate de soude à 3-100, qui se recommande par ses propriétés muco-dissolvantes.

Lorsque l'utérus est infecté, je préfère la mixture suivante:

Naphtol...	5 grammes.
Salol...	"
Chloral...	"
Alcool...	250 "

Une cuillerée à café par litre d'eau préalablement bouillie.

Le vagin et le col auront été, au préalable, bien désinfectés par des injections vaginales avec cette même mixture.

Pour bien comprendre l'action de ces irrigations vaginales et utérines chaudes, il suffit de bien découvrir le col avec un spéculum et de diriger sur l'utérus un jet vigoureux et prolongé avec la solution chaude au carbonate de soude (3-100). On verra aussitôt les tissus pâlir, ce qui est dû à une sorte d'ischémie produite par la chaleur et par la con-

traction du muscle utérin; puis, en introduisant le jet dans la cavité du col, il se produira, sous l'influence de ces mêmes contractions, une élimination considérable des sécrétions muco-purulentes, qui constituent le symptôme caractéristique de la maladie qui nous occupe.

Ainsi, par la dilatation et l'irrigation utérine, j'obtiens l'élimination des sécrétions morbides contenues dans l'utérus. C'est déjà une amélioration considérable, qui suffirait à contenter bien des malades. Mais, si l'on veut des résultats durables, il faut faire davantage et modifier la muqueuse utérine elle-même. J'emploie pour cela l'éponge comprimée. Je sais qu'elle a été condamnée au nom de l'antisepsie, mais je voudrais la réhabiliter.

3. temps. — Modification de la muqueuse utérine. — Tous les gynécologues ont remarqué que l'éponge préparée contenait dans ses interstices, lorsqu'elle avait séjourné dans la cavité utérine, des fragments de sang, de mucosité et parfois de muqueuse. L'éponge ne se comporte pas comme la laminaire; sa dilatation est plus rapide, moins douloureuse et elle pénètre jusque dans les plus petites interstices de la muqueuse utérine malade. C'est un inconvénient lorsqu'elle n'est pas aseptique, mais c'est un avantage au point de vue thérapeutique. J'ai donc voulu utiliser cette propriété dans un but thérapeutique.

Pour cela, j'emploie des éponges ordinaires que j'ai soin de faire baigner dans une solution de naphtol ou de sublimé au 1-1000, jusqu'à dilatation complète. Ces éponges sont ensuite comprimées et taillées en cône par les procédés ordinaires, et conservées dans un flacon bien bouché et rempli d'iodeforme ou de salol (je préfère l'iodeforme).

L'introduction seule de cette éponge, introduction rendue facile par la dilatation faite au préalable à la laminaire et par l'irrigation utérine, constitue à elle seule une médication très utile et très active. Après avoir maintenue en place six ou huit heures, elle sera retirée, puis une nouvelle irrigation intra-utérine sera faite.

J'affirme que ce traitement suffira, le plus souvent, à guérir la métrite chronique de moyenne intensité.

Mais il est certains cas où la muqueuse utérine a subi de telles altérations que le traitement par la dilatation et l'irrigation devient insuffisant. Telles sont les métrites fongueuses hémorrhagiques dont j'ai parlé plus haut.

Dans ce cas, j'utilise encore les propriétés de l'éponge, non seulement comme agent dilatateur et modificateur, mais encore pour porter dans les replis de la muqueuse malade les médicaments caustiques et substitutifs.

Le traitement est exactement comme je l'ai déjà décrit: dilatation à la laminaire, irrigation, puis introduction d'une éponge comprimée et aseptique, que j'imbibe pendant deux minutes de la solution suivante:

Acide salicylique...	1 gramme.
Alcool...	10 grammes.
Eau...	240 grammes.
L'éponge ne doit être baignée dans la solution	

que pendant deux minutes, de façon à ce que sa surface seulement soit imbibée. En prolongeant l'immersion pendant un temps plus long, l'éponge perdrait du reste la consistance nécessaire pour son introduction facile dans l'utérus dilaté.

Une fois introduite, l'éponge est laissée en place pendant six à huit heures environ. Elle sera toujours bien supportée. Lorsqu'elle est retirée, on pratique l'irrigation telle que l'ai décrite dans le 2e temps du traitement.

Playfair et plusieurs gynécologues avaient proposé d'appliquer les médicaments substitutifs sur l'ouate enroulée autour d'un porte-topique. Je préfère l'éponge aseptique, pour les raisons suivantes:

1. Elle peut être laissée en place sans déterminer aucune douleur;
2. Elle emplit totalement la cavité utérine en se dilatant et porte le topique jusque dans les plus petits replis de la muqueuse.

En général, une seule application suffit pour obtenir la guérison; mais, dans les cas rebelles, on le tissu utérin est dégénéré, je conseille d'appliquer deux ou trois éponges à deux jours ou trois jours d'intervalle, toujours suivies de l'irrigation utérine.

Tel est le traitement bien simple et toujours pratique que je conseille à mes confrères qui se trouvent en présence de malades hésitant à se soumettre au curettage. Il m'a réussi chez bien des femmes qui avaient déjà été curettées par des gynécologues consciencieux. Cela tient à ce que le curettage, que je suis loin du reste de condamner, ne porte pas toujours sur la totalité de la muqueuse malade. L'opérateur opère, en somme, à tâtons, et bien des points de la muqueuse peuvent échapper au raclage. Par le moyen que je propose, qui ne présente peut-être pas le côté brillant d'une opération la muqueuse est soumise dans sa totalité à l'action caustique, sans être exposée aux rétractions qu'on a souvent observées après l'emploi des crayons de chlorures de zinc.

Mais je suis loin d'abandonner le curettage qui convient surtout aux métrites post-abortives et qui constitue une opération à la portée de tous les praticiens.

(Gaz. de Gynéco.)

—o o:—

MALADIES VENERIENNES

TRAITEMENT DE LA GONORRHEE ET DES COMPLICATIONS.

Gorodzoff a employé avec succès dans un certain nombre de cas de gonorrhée, des injections uréthrales d'ichtyol à 5 o/o. Dans les cas chroniques, ces injections étaient précédées de lavages de la vessie et de l'urètre, d'après le procédé de Janet: le liquide injecté était laissé dans l'urètre pendant vingt minutes environ. Signalons un point qui a son importance: au bout de cinq à six jours de ce traitement, on constatait une recrudescence du processus qui, du reste, ne tardait pas à disparaître.

Dans les orchites, les frictions à la pommade à l'ichtyol à 10 o/o. suivies d'applications de l'emplâtre mercuriel de Bayton ont donné de fort bons résultats.

Il faut ajouter que ces frictions eurent une action abortive et cela non seulement dans les orchites, mais encore dans les adenites compliquant le chancre mou.

Les injections d'ichtyol peuvent être employées, sans attendre l'atténuation des phénomènes inflammatoires dans les cas où les gonocoques se trouvent dans l'intérieur des cellules. Au cas contraire, lorsque les gonocoques se trouvent hors des cellules, le processus pathologique est plus intense et les complications plus fréquentes.

(Med. d'Oborst et Revue de thérap.)

—o o:—

TRAITEMENT DU BUBON

Par M. le Dr. A.-H.-P. Leuf.

Le traitement du bubon doit être préventif et curatif. Si le bubon est d'origine syphilitique, la médication spécifique est indiquée.

Dès que le bubon aura été constaté, on en fera l'ouverture et on en pratiquera la cautérisation à l'acide phénique. On conseillera le repos afin d'éviter la suppuration et comme pansement on aura recours à une pommade à base d'ichtyol, associé à de l'extrait fluide de belladone et à de la teinture d'aconit. Enfin, on fera des applications de teinture d'iode tout au tour des ganglions tuméfiés,

Si la suppuration s'est déclarée, il faudra prescrire le sulfure de calcium qui est le médicament le plus efficace dans ces cas là, à la dose de 0 gr. 005 toutes les heures, trois ou quatre fois par jour. On fera de préférence l'excision des ganglions toutes les fois que la suppuration sera abondante. Ainsi, un bubon sera traité comme une plaie suppurée ordinaire, par les lavages au permanganate de potasse ou à l'acide phénique (de 5 à 10 o/o), ou par les badigeonnages au baume du Pérou. Le traitement mercuriel devra être, de très bonne heure, ordonné au malade souffrant de bubons syphilitiques.

(Ann. de Thérap.)

—o o:—

DU ROLE DU GONOCOQUE AU COURS DE LA GROSSESSE ET DE LA PUERPERALITE

Par M. le Dr. A. Fruhinsholz.

La fréquence de la blennorrhagie chez la femme enceinte est évaluée de 20 à 25 o/o. La grossesse paraît avoir une action aggravante sur la gonorrhée. Les accouchées blennorrhagiques sont-elles plus exposées aux accidents puerpéraux?

I. Il est incontestable (Bumm, Kroult, Kronig, Steinbüchel) que le milieu lochial est essentiellement favorable au développement du gonocoque. Le gonocoque réapparaît souvent les premiers jours qui suivent l'accouchement sans qu'une nouvelle contamination se produise.

2. Le gonocoque ouvre souvent la voie à des microbes pyogènes vulgaires, streptocoques ou staphylocoques (Immerwahr, Janet), qui viennent le remplacer.

Nous trouvons donc 2 catégories d'accidents puerpéraux, du fait d'une blennorrhagie antérieure : a) de nature gonococcique, prolifération microbienne sur un terrain spécialement favorable; b) accidents parablennorrhagiques dérivant des infections secondaires.

Ces derniers ne peuvent être imputés à la blennorrhagie que dans les cas exceptionnels où l'accouchement ayant été normal, l'asepsie parfaite, les conditions de milieu et d'assistance favorables, il ne reste comme étiologie qu'une blennorrhagie ancienne; ces cas sont assez rares.

Les accidents gonococciques vrais sont bien établis; normalement, la cavité utérine reste indemne de germes après l'accouchement; on a établi que le gonocoque était capable de se propager du col vers la cavité du corps. Neumann a vu du gonocoque dans l'épaisseur de la caduque déciduale. Les lochies deviennent franchement purulentes dans l'endométrite gonococcique puerpérale. Parfois on observait de courtes élévations de température. Les abcès utérins s'expliquent depuis la découverte du gonocoque dans la paroi utérine.

Souvent après les couches, la gonorrhée devient ascendante, il survient des lésions de salpingite, oophorosalpingite, périmérite, etc. Ces accidents surviennent tardivement, après 3-7 semaines. Hartman et Schauta ont insisté sur la présence fréquente du gonocoque dans les suppurations annexielles.

Nombre de cas de rhumatisme puerpéral sont dus au gonocoque. La septicémie puerpérale peut parfois ne reconnaître d'autres causes, ainsi que le démontre un cas de MM. Harris et Dubney de Baltimore, où une femme succomba au 26^e jour de ses couches avec tous les signes de la septicémie puerpérale avec endocardite. A l'autopsie on trouva dans les végétations valvulaires des streptocoques et des gonocoques bien caractérisés par leurs réactions de coloration et de culture.

D'autres accidents ont été signalés imputables au même microbe: la suppuration des points de suture après l'opération césarienne (Heeking); les cas de mastite (Sarfert); les métrites, cystites, barthollinites, rectites (Kroenig).

Certains auteurs estiment à 36 o/o la proportion des femmes blennorrhagiques présentant des suites de couches immédiates pathologiques. (Lea). V. Steinbüchel trouve que cette proportion se réduit à 10 o/o au début, mais qu'elle s'élève considérablement si on suit les accouchées: 2 à 3 mois après l'accouchement, 6 femmes sur 8 seraient atteintes de lésions annexielles graves.

(Annales de Gyn. et d'Obst.)

FORMULAIRE

LE BLEU DE METHYLENE CONTRE L'ENTÉRITE TUBERCULEUSE.

La dose quotidienne est de 15 à 20 centigrammes de bleu par voie gastrique; en ajoutant de la lactose pour diviser la poudre de bleu et la rendre moins irritante pour l'estomac.

En une seule fois, on donne un des cachets suivants:

Bleu de méthylène...	.....	15 ou 20 cent.
Lactose...	.....	60 ou 80 cent.

pour un cachet No. 10.

Ou trois ou quatre fois par jour les cachets plus petits :

Bleu de méthylène...	.....	5 cent.
Lactose...	.....	20 cent.

(Reono.)

NOUVELLES

Nécrologie.

—Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr. H. P. Picard, décédé à Saint-Denis, Rivière Richelieu, le 5 courant, à l'âge de 34 ans.

Le docteur Picard fit ses études classiques au collège de St-Hyacinthe, et étudia la médecine à l'université Laval. Il pratiqua d'abord à Danielsonville, Conn., puis il y a six ans alla s'établir à St-Denis, où ses talents lui attirèrent bientôt une nombreuse clientèle.

Nous avons aussi appris avec un vif regret la mort prématurée de l'épouse de notre distingué confrère et ami, M. le Dr. J. A. N. Chabot, de Sainte-Claire, comté de Dorchester.

A notre confrère, si cruellement éprouvé, nous offrons nos plus sincères sympathies.

—A Québec, le 5 janvier, est décédée à l'âge de 3 ans et 7 mois, Simone, enfant de M. le Dr. C. O. Samson.

—A Ottawa, le 7 courant, à l'âge de 27 ans est décédé M. Charles Albert Robillard, pharmacien, fils de M. le Dr. Robillard.

Naissances.

—A Saint-Simon d'Yamaska, l'épouse de M. le Dr. A. Lafrenière, une fille,

—A Montréal, le 1^{er} du courant, au No. 1157 rue Demontigny, l'épouse de M. le Dr. M. E. Lafortune, une fille.

—A Québec, le 3 janvier 1902, l'épouse de M. le Dr. E. Poliquin, un fils.

SUPPLEMENT

LES NOTRES A L'ETRANGER.

M. Gauvreau Dastous, pharmacien, représentant de la maison Fairchild & Foster, de New-York pour la France et la Belgique vient de remporter un beau succès à Anvers.

Il a développé devant la Société Médico-Chirurgicale, une these sur la Peptonisation des aliments par la zymine. Et a prouvé par d'heureux essais l'exactitude de ses avancés.

On a beaucoup discuté sur le sujet et dans l'ordre du jour, M. Sono, le président a félicité notre jeune compatriote de la manière habile dont il avait traité le sujet, et lui a prédit les plus beaux succès futurs.

Nous reproduisons dans l'espérance d'intéresser nos lecteurs une analyse succincte de son expérience qui tend à prouver de l'activité de la zymine sur la caséine du lait et de l'amidon.

"Je mets dans mon récipient un peu de bicarbonate de soude, 1 partie d'eau et 4 parties de lait. Puis, sur la lampe à alcool j'amène le mélange à une température de 40 degrés environ, de manière à obtenir l'activité du ferment. Je transvide le tout, parties égales dans mes deux vases. Dans l'un d'eux je mets un peu de "zymine" et laisse l'autre, contenant le seul mélange de lait et d'eau calinées.

Une digestion de 10 minutes de plus, donne dans le premier verre la réaction caractéristique du "Buret". Par l'addition de quelques gouttes d'acide acétique, la coagulation n'est pas visible tant les particules de caséine sont floculantes et ternes.

Voyons maintenant, comment dans le second verre, le lait "non peptonisé" se comportera en présence de l'acide. Sur le champ un énorme grumeau s'est formé.

Cette "masse de caséine coagulée" par le suc gastrique est justement l'obstacle sérieux qui fait échouer le lait comme aliment idéal chez les malades. mais en le peptonisant au moyen du procédé "Fairchild" vous modifiez sa caséine au point de la rendre entièrement assimilable et par la même vous permettez à vos malades d'être nourris et de lutter avantageusement contre les empiètements des maladies aiguës et débilitantes sur l'organisme.

"Pour vous démontrer maintenant la valeur de la "Zymine" comme agent diastasique, permettez-moi de préparer avec de l'arrowroot pur, une pâte d'amidon. J'y ajoute un peu de "Zymine" et immédiatement on voit la pâte épaisse s'hydrater et devenir aussi liquide que l'eau pour finalement se transformer en dextrine et en glycose. Il est facile de constater ici, avec quelle rapidité vous pouvez soulager une indigestion d'amylacés, surtout lorsque les ingesta sont passés indigérés, dans le "duodenum" et que la digestion pancréatique semble insuffisante. De plus cette activité diastasique vous permet de varier les aliments prédigérés à destination des malades, en ajoutant, par exemple, le contenu d'un tube à un bol de gruau chaud fait d'une substance farinée.

L'emploi d'un alcalin n'est pas essentiel à l'activité des ferments pancréatiques. Dans la digestion du lait par le ferment peptonisant la caséine subit une transformation graduelle et acquiert la propriété particulière de se coaguler à la température d'ébullition.

A cette phase de transformation la caséine du lait est dans l'état le plus convenable à la digestion stomacale; ce n'est plus de la caséine et n'agit pas comme telle et cependant ce n'est pas encore tout à fait de la peptone, puisque celle-ci ne coagule pas à la chaleur. C'est un albuminoïde spécial appelé "untacaseine" et pour empêcher la coagulation, il a été constaté qu'il suffit d'alcaliniser le lait.

Permettez-moi de vous faire remarquer en terminant, que pour convenir aux conditions d'un cas donné, différents procédés de peptonisation sont indiqués ainsi dans les maladies ordinaires, lorsque les aliments ne sont que difficilement tolérés, vient à propos le procédé à froid par lequel la majeure partie du travail de l'agent peptonisant est faite après que le lait est ingurgité. Mais lorsque le patient rejette les aliments aussitôt après leur ingestion, il semble très nécessaire de peptoniser en dehors de l'estomac, soit par le procédé à chaud durant lequel le lait partiellement digéré est refroidi pour arrêter la digestion, soit enfin en détruisant le ferment par l'ébullition, quand le lait a atteint un certain degré de peptonisation."

(Montreal pharm. journ.)

—————: o :—————

L'EMPOISONNEMENT PAR LE DATURA STRAMONIUM CHEZ LES CONDAMNES AUX VAUX FORCES.

Ce procédé est fort souvent mis en usage parmi les condamnés, et aussi les libérés, en Nouvelle-Calédonie.

Le datura est, en effet, fréquent aux environs de Nouméa: il existe près des murailles, sur les talus arides des voies ferrées en construction, au bord des routes; on le reconnaît facilement à ses grandes fleurs infundibuliformes blanches, à ses larges feuilles aux dentelures aiguës, à sa capsule épineuse contenant les graines noires.

Tout condamné sait fort bien qu'avec une pincée de ces graines, écrasées entre le pouce et l'index (deux ou trois graines suffisent d'après eux), on saupoudre fort à propos la soupe d'un voisin possesseur de quelques pièces de monnaie: quelques heures après, ce dernier, titubant et délirant, la pupille dilatée, se lève et révèle lui-même la cachette du trésor; les acteurs du drame en font leur profit; le soir, la victime se réveillera sans aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Parfois la dose est trop forte et la mort peut s'ensuivre, ou encore le poison peut provoquer une entérite dysentérique très tenace; dans les matières fécales on retrouve des débris végétaux.

(Annales d'hygiène et de médecine coloniales.)

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Oui, répondit Florence en soupirant, c'est bien tout et encore si je vous ai demandé cela ce n'était pas pour moi, mais pour notre enfant, car je sais, monsieur, que personnellement, je n'ai rien à attendre de vous.

—Vous êtes ma femme; dit Dallshire en relevant orgueilleusement la tête; et je désire que rien ne vous manque.

—Non, rien ne manque à Lady Dallshire, répondit Florence, car elle possède le luxe et le confort exigé par la situation de votre famille. Aussi n'est-ce pas du côté matériel que je tourne les yeux, mais du côté de l'âme. Croyez-vous Milord, que vous me donnez le bonheur auquel j'ai peut-être aspiré lorsque je vous ai donné ma main.

—Mais madame je ne comprends pas... ..

—Oui milord Dallshire, vous comprenez, ce que j'avais aspiré c'était d'être votre épouse aimée et non pas une étrangère, votre compagne et non pas une esclave. Vous me faites souffrir, moi que ne vous ai jamais rien fait, vous me martyrisez, moi qui vous ai donné ma jeunesse et ma vie.

Dallshire ne répondit rien, mais son regard assombri se fixa sur sa femme et sortant de la chambre sans dire un mot, comprimant les pulsations de son cœur.

—C'est vrai, se dit-il, cette femme a raison, je suis maudit.

VII.

Dallshire se rendit directement dans ses appartements et après avoir constaté qu'il était bien seul, il s'enferma à double tour.

Il se laissa choir sur un fauteuil et longtemps resta là, la tête entre les mains. Enfin semblant sortir d'un rêve il se leva et se dirigeant vers une armoire il prit un verre et une bouteille. Dallshire but coup sur coup deux verres de liqueur, et se mit à travailler, feuilletant d'une main fiévreuse des papiers éparés sur son secrétaire.

—«Voici dix ans que je souffre, dix ans que la vie est pour moi pire qu'un enfer. Tous me croient heureux, jalourent mon bonheur et moi seul au monde je connais la cause de ma souffrance. Et pourtant j'ai tout ce qu'un

homme peut désirer pour être heureux; la fortune, la famille.

—«Mais tout cela n'est rien, tout cela ne cicatrise pas la plaie que j'ai là, au cœur. Plaie terrible et profonde qui mine ma vie et me pousse au désespoir. Il sont loin les jours heureux de ma jeunesse, les espérances que j'avais dans l'avenir, tout cela s'est écroulé par ma faute, et il ne me reste plus qu'un remord constant.

—«Ma jeune, noble créature qui mérite le bonheur j'en fait ma victime, parce qu'il me semble qu'elle est la complice de mon crime. Cependant je sais qu'elle est innocente, ne connaissant rien de ce passé qui m'épouvante.

Plus pâle encore qu'il ne l'était, Dallshire se leva et se vida un verre de liqueur qu'il avala d'un seul coup.

—J'ai le gosier en feu, il me semble que j'étouffe.

Puis se précipita vers les issues et regardant si les portes étaient bien fermées.

—«Fou que je suis s'écria-t-il, j'ai peur de tout ce qui m'entoure et pourtant je sais que je n'ai rien à craindre. Les secrets ne sortent pas des tombes et le mien dort la-bas au milieu des roses dans le cimetière de Stratford. Le vin tue mon remord en transportant ma pensée dans les rêves de l'ivresse. A moi bouteille, à moi liqueur divine qui donne à mon esprit la tranquillité et l'oubli.

Dallshire prit la bouteille qui était à moitié pleine et la vida, puis toulant, les vêtements défaits il se dirigea vers sa chambre à coucher.

—«Le sommeil, je veux le sommeil, cria-t-il, quand je dors, je ne pense pas, je ne souffre pas.

Le malheureux pénétra dans sa chambre, mais à peine en avait-il franchi le seuil, qu'il tomba à genoux les bras tendus vers la muraille.

—Grace, murmura-t-il, Grace, pardonnez moi ?

—Lord Dallshire n'était plus reconnaissable, il rampait sur les genoux, poussant des gémissements n'ayant rien d'humain.

Devant lui, dans une vision due à l'état de surexcitation de son cerveau, il voyait une femme étendue morte et après d'elle une jeune fille d'une idéale beauté, tordant ses cheveux et les lèvres crispées par le rire de la folie.

VIII

—Colonel, dit Jimmy en sortant, je viens de chez Lady Dallshire et j'ai fais la commission à Miss Classy.

—Et crois tu que cette fille ait bien compris ses paroles ?

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII,

MONTREAL, 20 JANVIER, 1904.

No 30

Travaux Originaux

LA MALADIE DE LITTLE.

Par M. le Dr. Olivier Tourigny,

Médecin de l'Institut Hydro-Electrothérapique des Trois-Rivières, P. Q.

"En neurologie il n'y a pas de maladies, il n'y a que des syndromes"; cet axiome est bien vrai quand il s'agit de la Maladie de Little, que l'on pourrait plutôt appeler Syndrome de Little; c'est le syndrome des cordons antéro-latéraux de Grasset.

Cette maladie connue depuis longtemps, mais isolée et bien décrite pour la première fois par Little, en 1861, fut nommée par l'accoucheur anglais: Congenital Spastic rigidity of limbs, ce nom indique les principales caractéristiques cliniques de l'affection. La rigidité spasmodique, cependant, doit exister et existe toutes les fois que le faisceau pyramidal est atteint par une lésion quelconque, et comme il peut être lésé par plusieurs causes ou agents différents, primitivement ou secondairement, on conçoit facilement que si les symptômes cliniques, le syndrome, peuvent être considérés comme entité morbide, il n'en est plus de même pour les lésions anatomiques qui peuvent varier quant à leur nature et à leur situation. On peut donc dire avec raison que cette affection n'est pas une maladie mais bien un syndrome.

L'observation suivante nous montre un cas de moyenne intensité, et qui, avec les progrès de l'âge, s'améliorera beaucoup si même la guérison ne s'obtient pas complète.

A. B. est âgé de 6 ans, son père et sa

mère sont bien portants, on ne relève aucune trace de syphilis dans les antécédents et l'hérédité ne semble jouer aucun rôle dans sa maladie. Il est né à terme, l'accouchement fut très laborieux et l'enfant naquit en état de mort apparente. Il n'a jamais eu de convulsions. Les parents disent s'être aperçus dès les premières semaines après la naissance que ses jambes étaient raides, on avait de la difficulté à l'emballoter; de plus on le trouve un peu arriéré sur les enfants de son âge pour la parole et l'intelligence.

A l'examen on trouve un enfant bien développé physiquement quoique un peu grêle, le facies est normal, l'air assez intelligent, si on l'interroge, on s'aperçoit que sa parole est un peu incorrecte et qu'il n'est pas aussi avancé que pourrait l'être un enfant de son âge.

Les membres inférieurs sont surtout affectés, ils sont en état de contracture permanente. Quand l'enfant est assis ses cuisses sont rapprochées, ses genoux collés l'un contre l'autre; les pieds sont tournés la pointe en dedans et présentent un certain degré d'équinisme. Les muscles sont durs au palper, si on cherche à soulever la jambe le mouvement se communique à la cuisse et à tout le tronc comme si les articulations étaient ankylosées. Le malade est incapable de marcher seul; si on le soutient ou si on lui donne un point d'appui, on le voit s'avancer sur la pointe du pied, faisant à chaque pas un effort pour se mouvoir, ses jambes se croisent l'une devant l'autre et l'enfant tomberait s'il n'était soutenu.

Les membres supérieurs sont peu atteints, l'enfant est seulement maladroit et exécute avec difficulté les mouvements délicats.

Les reflexes tendineux sont exagérés, reflexe rotulien, du tendon d'Achille, du radial, du triceps. Pas de trépidation épileptoïde ni de phénomène des orteils ou réflexe de Babinski.

Les muscles paraissent avoir leur force normale, il n'y a donc pas paralysie mais seulement contracture.

Il n'y a ni troubles de la sensibilité, ni troubles trophiques. Les sphincters sont indemnes.

Cet enfant présente bien le syndrome connu sous le nom de Maladie de Little, son faisceau pyramidal est nécessairement lésé; mais est-ce d'une manière primitive ou secondaire? la maladie est-elle spinale ou cérébro-spinale?

Brissaud, Grasset, Van Gehuchten n'admettent pas la forme cérébro spinale de cette maladie, ils prétendent qu'elle est due à l'arrêt ou à l'absence de développement du faisceau pyramidal, cet arrêt ou cette absence de développement étant toujours d'origine spinale et non d'origine cérébrale. Van Gehuchten pour la caractériser lui donne le nom de Rigidité spasmodique spinale des enfants nés avant terme. On pourrait d'après cette théorie en expliquer la pathogénie de la manière suivante: au septième mois de la vie intra utérine les cylindraxés du faisceau pyramidal sont développés jusque dans le bulbe, mais ils manquent sur toute la hauteur de la moëlle, leur myélinisation commence au neuvième mois de la vie intra utérine et ne s'achève qu'au cinquième mois de la vie extra utérine. L'enfant né avant terme a donc un faisceau pyramidal privé de myéline, ou même n'atteignant pas la moëlle, et comme les conditions de développement sont beaucoup moins bonnes que dans le sein de la mère, ces fibres prennent plus de temps pour se myéliniser ou pour descendre dans la moëlle qu'il ne leur en faudrait dans les conditions normales; alors la moëlle se trouvant privée de ses relations pyramidales avec le cerveau celui-ci ne peut exercer sur le tonus musculaire son action inhibitrice et de là résulte la contracture.

Par contre Raymond et plusieurs autres cliniciens soutiennent une opinion toute différente, ils n'admettent pas que la maladie de Little puisse être causée par un retard ou un arrêt de développement du faisceau pyramidal, ils prétendent qu'elle est toujours cérébrale et que la lésion du faisceau pyramidal est toujours une dégénérescence secondaire. A l'appui de cette opinion Cestan a rapporté un grand nombre d'autopsies dans lesquelles il a toujours trouvé une lésion cérébrale.

Enfin Déjerine dit que l'on doit revenir à la théorie de Little et admettre une forme spinale primitive et une forme cérébro-spinale.

Dans notre cas la lésion serait plutôt cérébrale, en effet la naissance à terme, l'état d'asphyxie de l'enfant à ce moment et le peu d'amélioration que l'on a constaté, plaident contre le retard dans le développement des fibres pyramidales et pour la lésion cérébrale.

Le traitement, qui consistera en massage, mouvements d'assouplissement, exercices méthodiques, bains chauds, traitement tonique général, améliorera sans doute considérablement l'état de cet intéressant malade.

Trois-Rivières, P. Q.

— : o : —

Société Médicale de Montréal

"Séance du mardi, 13 janvier 1904."

Dr. Valin président au fauteil.

M. le Dr. Alphonse Mercier présente les pièces anatomiques d'un cancer de l'oesophage. La masse cancéreuse a perforé l'oesophage et adhère au poumon et au péricarde. Il donne aussi l'histoire clinique du malade qui est mort dans le service du Dr. Demers à l'hôpital Notre-Dame.

M. le Dr. Alphonse Mercier présente aussi un énorme sarcome du rein droit qui emplissait toute la partie droite de la cavité abdominale. Ce cancer n'avait pas propagé à aucun autre organe.

M. le Dr. Monod félicite le Docteur Mercier des pièces qu'il présente et attire l'attention sur la nécessité ou se trouve placé le médecin pour faire un bon diagnostic de s'arrêter non pas seulement un

symptôme mais de réunir tous les symptômes et d'examiner à fond son sujet.

M. le Dr. Oscar Mercier donne quelques mots d'explications sur le malade qui présentait le cancer de l'oesophage et qu'il a catathésisé pour rétrécissement de l'oesophage. Il met en garde contre les dangers de cette manœuvre pourtant si utile pour confirmer le diagnostic.

M. le Dr. L. J. Lemieux donne lecture au nom du Dr. Marmoreck et a la demande de ce dernier de la communication faite il y a quelques mois sur le nouveau sérum contre la tuberculose.

M. le Dr. Dubé remercie le Docteur Lemieux d'avoir bien voulu lire cette communication que beaucoup connaissait déjà pour l'avoir lu dans les journaux de médecine français. Pour lui le Dr. Marmoreck a voulu prendre date en faisant sa communication et rien autre chose. Il espère qu'avant peu le sérum anti-tuberculeux sera curatif. Pour lui dans l'état actuel il n'oserait pas l'employer.

M. le Dr. Le Cavalier insiste fortement sur la non valeur curative du sérum et sur les dégâts effroyables qu'il a déjà produits dans les hôpitaux de Paris sur les malades confiés au Dr. Marmoreck lui-même. Il cite les statistiques officielles communiquées à l'Académie de Médecine de Paris, à la séance dans laquelle le Dr. Marmoreck a fait sa communication.

M. le Dr. Alphonse Mercier ne croit pas qu'à l'heure actuelle le sérum de Marmoreck soit curatif. Il croit que des raisons graves ont dû forcer le Dr. Marmoreck à donner sa démission de l'Institut Pasteur. Lors de la découverte du Dr. Marmoreck, du sérum antistiptococcique le plus chaud d'insueur du Dr. Marmoreck était le Dr. Roux, la première et indiscutée autorité mondiale sur la sérothérapie. Aujourd'hui le Dr. Roux est tout à fait opposé au nouveau sérum contre la tuberculose.

M. le Dr. Valin propose que des remerciements officiels de la part de la société soient envoyés au Dr. Marmoreck pour son amabilité à adresser sa communication. Adopté à l'unanimité.

La communication du Dr. Dubé, Syphilis et tuberculose est remise à la prochaine séance.

M. le Dr. Dubé propose que des conférenciers étrangers à Montréal soient invités à venir donner une conférence, sur un sujet de leur choix, au public médical de Montréal, sous les auspices de la Société Médicale. Il propose que le Dr. Coyteux Prévoist d'Ottawa et le Dr. Archambault de Nashua, soient invités d'abord et que le secrétaire leur écrive à ce sujet. Adopté.

Il est aussi résolu que la Société ne prendra, à l'avenir, aucune autre vacance que la vacance régulière de l'été.

LE CONGRES DE TUBERCULOSE DE SAINT-LOUIS EN 1904.

Sydney Fisher, d'Ottawa, aurait recommandé au gouvernement du Canada d'y envoyer un représentant.

Comme vice-présidents honoraires, on y voit les noms de tous les lieutenants-gouverneurs de la Puissance; aussi l'honorable W. S. Fiedley et l'honorable A. G. Blair; le docteur Roddick, Sir William Hingston et l'honorable Geo. Drummond.

Nous ne mentionnons que ceux qui intéressent particulièrement le Canada.

Revue des journaux

MEDICINE

TECHNIQUE DES INJECTIONS HYDRARGYRIQUES.

Plus strictement encore que pour toute autre injection hypodermique, les règles de la technique et de l'antisepsie seront strictement suivies si l'on veut se mettre à l'abri d'accidents, les uns simplement désagréables et douloureux, les autres plus graves, parfois même dangereux.

Instrumentation, seringues et aiguilles. — Toutes les seringues hypodermiques sont à la rigueur utilisables, mais pour assurer une parfaite asepsie et le bon fonctionnement de l'instrument, il est préférable de se servir de la seringue de Luer toute en verre (corps de pompe et piston), excellente mais un peu fragile; de la seringue de Mathieu (corps en verre et piston en ivoire, de la seringue en métal corps et piston; cet instrument robuste est celui qui nous sert habituellement. Tous ces modèles se démontent et se montent avec la plus grande facilité; l'antisepsie en est assurée parfaitement par l'immersion du corps de pompe dans l'eau bouillante maintenue pendant dix à vingt minutes et par le lavage à l'alcool ou éther des corps de pompe en verre.

La capacité des seringues est de 1 à 3 centimètres cubes.

Les aiguilles sont en acier ou en platine iridié, les premières plus acérées pénètrent plus facilement mais elles ne peuvent être flambées et l'asepsie exige vingt à trente minutes au moins de séjour dans l'eau bouillante. La longueur des aiguilles varie de 5 à 7 centimètres pour les injections dans la fesse. L'aiguille doit être longue surtout chez les personnes douées d'embonpoint; il est à remarquer que les injections sont d'autant moins douloureuses qu'elles ont été poussées plus profondément.

Antisepsie. — L'antisepsie doit être appliquée rigoureusement à la préparation pharmaceutique,

aux récipients, aux instruments, à la peau de la région et à l'opérateur lui-même.

Le sel mercuriel sera stérilisé isolément, ainsi que le véhicule dans lequel il sera suspendu ou dissous; le produit préparé sera ensuite lui-même stérilisé, sauf l'huile grise, comme il sera dit plus loin.

Le flacon récepteur, lavé à l'eau bouillante, flambé, bouché à l'émeri, ou mieux avec un bouchon à tête plate, sera conservé à l'abri de la lumière.

Les solutions hydrargyriques s'altèrent facilement, elles doivent ne pas être employées trop vieilles. Toute solution qui présente un reflet louche, un nuage, sera mise au rebut. Pour puiser le liquide dans le flacon, ne jamais se servir de la seringue armée ou non de l'aiguille, mais verser dans un petit verre stérilisé la quantité qui servira à l'injection.

Pour éviter toute contamination ultérieure, on a proposé d'introduire le liquide dans une ampoule stérilisée, dont les deux extrémités sont fermées à la lampe. On a aussi inventé des ampoules munies d'une aiguille et d'une soufflerie qui permet de faire l'injection sans toucher au liquide, mais on n'est jamais bien sûr de la quantité injectée. En somme, un bon flacon bien bouché, une solution renouvelée fréquemment suffisent à la pratique.

Asepsie de la région. — La région sera lavée et brossée au savon, puis à la liqueur de Van-Swieten et à l'eau de Cologne, alcool ou éther. On tiendra compte, dans cette opération, de la finesse de la peau des individus, des manœuvres trop énergiques pouvant provoquer un érythème.

Lieu d'élection; technique de l'injection. — Il est universellement admis que l'injection doit être poussée profondément dans les masses musculaires et qu'elles sont ainsi moins douloureuses et ne provoquent pas une réaction inflammatoire comme dans le tissu cellulaire sous-cutané; c'est la région fessière qui est la plus ordinairement choisie. Les régions dorso-lombaires, sus et sous-scapulaires peuvent être utilisées dans quelques cas particuliers. La technique est d'ailleurs la même. A la fesse, le point sur lequel on introduit l'aiguille n'est pas exactement le même pour tous les syphiligraphes; Smirnow enfonçait l'aiguille dans la région rétro-trochantérienne. Le point de Galliot est situé à l'intersection d'une ligne verticale passant à deux travers de doigt du grand trochanter. Le point de Barthélemy au milieu d'une ligne allant du sommet du pli interfessier à l'épine iliaque antéro-supérieure et qui répond au bord externe du muscle grand fessier.

Deux écueils sont à éviter: les points richement vascularisés et le voisinage du sciatique et de ses branches. La zone dangereuse au point de vue des vaisseaux veineux du grand fessier est, d'après Moller, à six centimètres de la ligne médiane sur une ligne allant de l'épine iliaque postéro-supérieure au grand trochanter, c'est là qu'on rencontre de nombreuses veines et une fois sur cinq l'auteur a vu sur le cadavre passer le liquide dans la veine ischiatique par un de ces vaisseaux. La zone dangereuse du sciatique a été bien étudiée par Dopter

et Tanton; le trajet du sciatique suit une ligne commençant à deux travers de doigt de l'épine iliaque postéro-supérieure pour aboutir au point d'intersection du pli fessier et de l'axe médian de la cuisse à sa lace postérieure. La zone dangereuse est circonscrite, latéralement des deux côtés de cette ligne par deux traits qui en sont distants de trois centimètres; elle est limitée en haut au point d'émergence du nerf, au niveau de la grande échancrure sciatique et en bas par le pli fessier. Toute injection en dehors de ces points ne risque pas d'atteindre le tronc du nerf lui-même, ni les tissus environnants.

En résumé, éviter la région trochantérienne riche en vaisseaux; le point de Galliot est encore assez rapproché du sciatique; le point de Barthélemy paraît satisfaire le mieux aux indications.

Manuel opératoire. — Le malade est couché sur le côté ou sur le ventre, à la première injection, les sujets nerveux pouvant prendre une défaillance, même une syncope; les injections suivantes peuvent être faites, le malade restant debout. Dans les injections solubles la piqûre se fait en un seul temps: l'aiguille ajustée sur la seringue remplie auparavant est enfoncée perpendiculairement d'un petit coup sec jusqu'à l'armature et on pousse le piston très lentement pour ne pas distendre trop brusquement le tissu musculaire, et éviter ainsi une cause de douleur. S'il s'agit d'une solution insoluble, l'injection se fait en deux temps: 1. introduire l'aiguille et s'assurer qu'aucune gouttelette de sang ne sort par la canule; puis, par surcroît de précaution, on ajuste sur la canule laissée en place une seringue vide, à corps de pompe en verre et on aspire légèrement pour voir s'il ne sort rien. Si l'apparition d'une gouttelette sanguine indique la lésion d'un petit vaisseau, on retire l'aiguille et on l'enfonce à quelque distance; le résultat est-il négatif, on ajuste la seringue remplie et on pousse l'injection toujours très lentement; le liquide introduit, la seringue est retirée d'un seul coup pour éviter le contact du liquide avec les tissus traversés. On applique quelques gouttes de traumacine ou de colloidon riciné sur l'ouverture.

Quoique le malade puisse sans inconvénient reprendre ses occupations habituelles, on lui conseillera de ne pas trop abuser de l'exercice, surtout s'il s'agit d'une injection insoluble.

Intervalles, nombre et série des injections. — Les injections solubles se font par série de 20 à 30, se succédant à un jour d'intervalle, parfois deux et même trois à la fin de la série. Les injections insolubles marchent par séries de quatre à douze, suivant la nature de l'injection avec des intervalles de sept jours au minimum pouvant aller jusqu'à quinze et trente jours. La série terminée, le traitement est suspendu pendant une période qui dépend uniquement de l'état du malade.

Les divers points seront examinés lors de l'étude de chaque injection en particulier.

Les injections se divisent en deux groupes: insolubles et solubles. Les insolubles ont pour véhicule l'huile végétale (olive, etc.) ou l'huile de vaseline dans lequel elles sont en suspension; les autres

excipients, lanoline, paraffine, émulsion de gomme arabique, ne sont plus guère employés. La dose de mercure injecté chaque fois étant assez élevé et n'étant absorbée que lentement, l'intervalle entre chaque piqûre est de six à dix jours et plus dans quelques cas. Un traitement comprend une ou plusieurs séries de quatre à dix injections. Les préparations solubles ont pour véhicule l'eau stérilisée additionnée ou non de chlorure de sodium. On avait depuis longtemps attribué à la présence du chlorure de sodium une atténuation de l'effet irritant du sublimé; Lévy Bing, dans ses observations, a généralisé le fait et employé comme véhicule ordinaire le sérum physiologique.

La quantité du liquide est variable suivant la composition (deux à trois divisions de la seringue Pravaz, pour l'huile grise, 20 cent. cubes pour l'injection massive au sublimé de Chéron); le plus habituellement on injecte de un à deux cent. cubes; il faut, pour fixer cette quantité, tenir compte de deux éléments: la concentration du liquide toujours plus douloureux dans les solutions fortes et de la quantité du véhicule d'autant mieux supportée qu'elle est plus petite.

Les avantages communs aux deux groupes sont: le respect de l'intégrité du tube digestif; l'action efficace du remède. Les injections insolubles permettent de continuer le traitement sans astreindre le malade à une visite journalière; les solubles font connaître la quantité exacte de mercure absorbé et d'interrompre immédiatement la médication s'il survient de l'intolérance. Nous reviendrons sur ces divers points à propos de chaque injection en particulier.

(A Suivre.)

CHIRURGIE

CACHEXIES PROGRESSIVES, MORTIQUES SANS LÉSIONS ANATOMIQUES.

Par M. le Dr. Grawitz.

Il s'agit de cas que l'on ne peut pas rattacher par l'examen du sang à une anémie pernicieuse, ni par l'autopsie, à un cancer latent, ni à une tuberculose pulmonaire, "in specie" par trop limitée; le seul fait causal que l'on puisse invoquer, est l'acidité gastrique, et cela avec d'autant plus de raison, que si on le fait cesser, l'état général s'améliore. Traitement: préparations chlorhydriques, lavages gastriques à l'eau salée ou avec des solutions faibles d'acide chlorhydrique, alimentation rectale.

Sénator rattache quelques-unes de ces cachexies à une artério-sclérose splanchnique, d'où un trouble nutritif des organes abdominaux; il remarque, d'autre part, qu'il peut y avoir anachlorhydrie, même achylie gastrique sans production de cette cachexie, que l'on peut qualifier cryptogénique. Bernhardt a observé semblable cachexie chez les

aliénés; le facteur intoxication alimentaire peut quelquefois l'expliquer; il rapporte, à ce sujet, le cas d'un coprophage. Pour Furbringer, la cachexie cryptogénique est une forme commune de la neurasthénie sexuelle; une alimentation trop carnée la favoriserait. Kramm, à l'autopsie d'un cachectique de cause obscure, a trouvé une colite muco-membraneuse avec stéatorrhée et hyperchlorhydrie.

(Sem. méd.)

CONSEILS AUX ETUDIANTS ADMINISTRANT L'ETHER.

Par M. le Dr. Alfred Martinet.

Dans le numéro du 15 courant de la *Thérapeutic Gazette*, M. Georges Morton, "Instructor in Surgery" à l'Université de Pensylvanie, résume comme suit le résultat de l'éthérisation.

I. — Avant l'éthérisation:

a) Examiner l'urine, spécialement au point de vue sucre et albumine; si l'une ou l'autre de ces substances sont présentes, notifier le fait à l'opérateur et attendre sa décision avant de commencer l'éthérisation. L'éther, comme le chloroforme, sont irritants pour le rein.

b) Examiner le cœur. La constatation d'une affection organique ne contre-indiquera pas nécessairement l'anesthésie générale si, pour l'opérateur, l'intervention est absolument nécessaire, mais elle nécessitera de la part de l'éthérisateur une surveillance plus particulière du cœur et du poulx pendant l'anesthésie.

c) Examiner les poumons, pour la même raison. La constatation d'une affection pulmonaire peut nécessiter le choix d'un anesthésique moins irritant que l'éther pour cet organe.

d) Veiller à la vacuité stomacale; en pratique faire jeûner le malade le matin de l'opération. La présence d'aliments dans l'estomac pendant l'éthérisation augmente les nausées qui, dans la majorité des cas, suivent l'usage de l'éther.

e) Veiller à la vacuité intestinale, en pratique purger le patient la veille de l'opération, et, faire administrer un lavement le matin même, et, si l'opération porte sur la région rectale, faire administrer un second lavement une heure ou deux avant l'opération.

f) Vider la vessie une heure ou deux avant l'opération, à moins que, pour des raisons spéciales indiquées par l'opérateur, cette vacuité vésicale ne soit pas désirée.

g) Compter le poulx. Le patient peut avoir un poulx anormalement rapide, lent, faible ou irrégulier, du fait de la maladie ou d'une idiosyncrasie; si ces particularités ne sont pas connues, l'"éthérisateur" pourra à tort en être alarmé pendant l'anesthésie.

h) Demander toujours si la bouche contient quelque corps étranger, tel que fausses dents, plaque palatine, tabac, bonbon, et, d'une façon générale, tout corps qui au cours de l'anesthésie, peut tomber dans le pharynx et obstruer la glotte.

i) S'assurer de la présence ou de l'absence d'yeux artificiels, d'articulations ankylosées, etc.

II. — Au début de l'éthérisation:

a) Appliquer sur le nez et la bouche du patient l'appareil, quel qu'il soit, qui servira à l'anesthésie, et le laisser tel quel pendant quelques instants; puis verser l'éther d'une façon continue sur toute la surface d'évaporation, et continuer ainsi jusqu'à anesthésie complète; éviter d'en verser d'une façon assez abondante pour que le nez, la bouche ou la peau ne soient atteints.

b) Demander au patient de souffler sur le cône anesthésique d'une façon prolongée et profonde, sans efforts toutefois; le patient pense être autorisé à repousser la vapeur irritante et fait ainsi sans s'en rendre compte, les grandes inspirations nécessaires. Il arrive souvent que des patients, consciemment ou non, arrêtent leur respiration aussi longtemps que possible ou font des inspirations rares et courtes, ce qui nécessairement, retarde l'éthérisation; quelquefois la respiration artificielle a été pratiquée avec succès dans de tels cas.

c) Il peut être utile de demander au patient de tenir un bras vertical aussi longtemps que cela lui est possible. De cette façon, l'opérateur juge facilement du moment où l'anesthésie commence par celui où le bras retombe; dès cette période, de petites interventions telles que les ouvertures d'abcès superficiels peuvent être pratiquées sans inconvénient.

III. — Pendant l'éthérisation:

Quatre choses sont surtout à considérer: la respiration, la couleur, le pouls, les pupilles.

a) La respiration, c'est la chose la plus importante.

La perturbation la plus commune de la respiration est provoquée mécaniquement par l'abaissement de la langue sur l'orifice laryngé; le malade "avale sa langue", suivant l'expression imaginaire populaire. En ce cas, placez les doigts derrière l'angle de la mâchoire, au-dessous des oreilles, repoussez fortement en avants la mâchoire inférieure, et maintenez-la ainsi aussi longtemps que cela paraîtra nécessaire. Habituellement, cette simple manœuvre suffira à attirer la langue en avant et à régulariser la respiration. Si, au contraire, elle est inefficace, il faudra ouvrir la bouche avec un ouvre-bouche ou tout autre instrument, en évitant toutefois de briser des dents dans cette manœuvre, et on tirera la langue en avant au moyen d'une pince à langue spéciale qu'il faut toujours avoir sous la main quand on pratique l'anesthésie. Dans les opérations sur la face où la région buccale, quand l'espace est limité et occupé par l'opérateur, il peut être recommandable de tirer la langue en avant et d'un côté, au moyen d'un fil assez fort passé à deux centimètres environ de la pointe de cet organe; il la blessera moins que la plupart des pinces actuellement en usage.

Si la respiration n'est pas rétablie par ces pratiques, les tractions rythmiques de la langue, l'excitation externe du larynx, l'abaissement de la tête, un filet d'éther sur l'épigastre provoqueront quelquefois, par action réflexe, une longue et profonde inspiration. Si ces procédés sont inefficaces, la respiration artificielle sera immédiatement commencée et continuée jusqu'à rétablissement d'une respiration régulière.

Une respiration saccadée, irrégulière, intermittente, si elle n'est pas provoquée par l'abaissement de la langue ou l'accumulation du mucus, peut être due à l'absorption d'une dose trop considérable d'éther ou à l'état général du patient, ou au shock opératoire ou à une éthérisation prolongée. Dans ces cas, la diminution de la dose d'éther administrée, l'administration hypodermique de strychnine, d'atropine, etc., peut être indiquée, de même que l'inhalation simultanée d'éther et d'oxygène; cette dernière pratique donne à l'ordinaire des résultats marqués et immédiats.

La cause la plus commune des troubles respiratoires après l'abaissement de la langue est l'excès de mucosités buccopharyngées provoqué par l'influence irritante de l'éther sur la muqueuse; aussi conviendra-t-il de nettoyer de temps à autre la bouche et la gorge au moyen d'une pince garnie d'un tampon de gaze. Au contraire, la présence d'une petite quantité de mucus dans l'arrière-gorge, suffisante pour rendre la respiration bruyante sans la troubler et permettant à l'opérateur de surveiller "par l'oreille" l'anesthésie, lui donne une grande sécurité. La terreur de beaucoup d'"éthériseurs" est justement une respiration tranquille, silencieuse, qui peut s'arrêter sans "crier gare" et qui exige l'application presque constante de l'oreille à la bouche du patient pour s'assurer que la respiration est régulière. Quand le patient est complètement endormi, un arrêt brusque de la respiration peut être l'indice d'une nausée et nécessite l'administration d'une nouvelle dose d'éther. Un arrêt soudain de la respiration est aussi habituellement observé, sans que l'on en connaisse la raison bien précise, au moment où le sphincter anal est dilaté.

Il est sage de compter surtout sur l'oreille pour surveiller la respiration, car, si les mouvements thoraciques sont caractéristiques, l'éthériseur peut être trompé par les déplacements et les mouvements passifs provoqués par l'opérateur ou ses aides, en particulier dans les opérations qui visent la moitié supérieure du tronc. Quand le patient est couché sur le ventre ou sur le côté, comme dans les opérations portant sur le rein, la langue tombe habituellement en avant du fait de la pesanteur et ne cause aucun trouble, mais il est prudent de veiller à ce qu'aucune pression inopportune ne soit exercée sur le diaphragme ou la poitrine par une telle position, et d'en corriger autant que possible les inconvénients par l'usage de coussins et par de légers changements d'attitude.

La toux, survenant au moment où le patient n'est encore qu'à demi sous l'influence de l'éther, est calmée d'ordinaire par l'administration d'une bonne dose d'éther.

b) La couleur du visage. — La cyanose, la couleur bleu foncé de la face et des lèvres, est due généralement à quelque trouble respiratoire ou chez quelques individus pléthoriques au trop rapide passage de l'éther dans le sang. Dans ce dernier cas, la suspension de l'éthérisation pendant dix à quinze secondes sera immédiatement efficace; dans le premier cas (trouble respiratoire), il faudra en combattre la cause, mauvaise position de la langue ou accumulation de mucosités.

La pâleur du visage, si elle n'est pas en rapport avec l'état général du patient, est provoquée par le shock opératoire, par une perte de sang considérable, par une éthérisation excessive ou trop longue ou par ces deux ordres de causes (shock opératoire, anesthésie trop profonde). Elle est d'ordinaire accompagnée d'autres symptômes de shock tels que pouls petit, rapide, irrégulier, pupilles dilatées ou contractées, sueurs abondantes, etc. La suppression temporaire ou permanente de l'éthérisation, l'administration hypodermique de strychnine, voire de sérum artificiel, seront indiquées.

c) Le pouls. — Dans la grande majorité des cas, si la couleur du visage et la respiration sont normales, le pouls présente peu ou pas de modifications. Il peut être accéléré au début de l'anesthésie du fait du nervosisme du patient et de l'action physiologique de l'éther, mais, quand l'anesthésie est complète, il revient à son taux normal ou presque, à moins qu'il ne soit modifié par le shock opératoire ou la longueur de l'éthérisation. S'il ne s'élève pas chez l'adulte au-dessus de 100 à 110, qu'il reste plein, fort et régulier, que la respiration et la couleur de la face soient satisfaisantes, il n'y a aucune cause d'anxiété. Si, au contraire, il atteint 130 à 150 à la minute, s'il devient faible et irrégulier, devra être attentivement surveillé et stimulé hypodermiquement par la strychnine, la caféine, la digitale, etc. Il en sera de même s'il devient anormalement lent et faible, sous l'influence d'un shock sévère.

Naturellement, dans les maladies cachectisantes telles que la tuberculose, la fièvre typhoïde, etc., il est faible et rapide dès le début de l'anesthésie et doit être encore plus étroitement surveillé.

d) Les pupilles. — La dilatation ou la contraction extrême et persistante des pupilles est un indice que le patient a pris trop d'éther ou qu'il est, pour toute autre cause, en état de choc.

Une contraction ou une dilatation temporaire, spasmodique des pupilles ou le déplacement du globe oculaire indiquent que le patient n'est pas tout à fait anesthésié, et qu'il n'y a aucun danger, à ce sujet du moins.

Les symptômes les plus significatifs de l'anesthésie complète sont la perte des reflexes musculaires, cornéens, conjonctivaux et pupillaires.

Les reflexes musculaires sont absents quand les muscles sont relâchés, que les bras et les jambes retombent inertes et que le patient gît tranquille, inconscient, dans le relâchement complet.

Les reflexes cornéens et conjonctivaux sont absents quand le globe oculaire est fixe

et que la membrane conjonctive ne répond pas à l'atouchement du doigt. De quelque façon que cette épreuve soit faite et elle le sera toujours délicatement, les paupières seront abaissées avec une légère friction après chaque atouchement, de façon à prévenir toute irritation, voire ulcération, que des touchers fréquents pourraient provoquer.

Le réflexe pupillaire est absent quand l'exposition brusque de la pupille à la lumière par écartement rapide des paupières ne détermine pas de mouvement pupillaire, la pupille restant fixée d'ordinaire dans un état de dilatation moyenne.

Habituellement les reflexes musculaires et cornéens disparaissent les premiers, le réflexe pupillaire est le dernier à être influencé par l'anesthésie; et si le patient est anesthésié juste au point où cela est nécessaire pour l'intervention chirurgicale (ce qui est l'idéal), ce réflexe peut persister pendant toute la durée de l'éthérisation. En conséquence le réflexe pupillaire n'a pas une importance égale à celle des deux autres (musculaire et cornéen), mais comme il est le premier à réapparaître, quand il a été aboli, c'est un bon symptôme de tendance au réveil.

Il est bon que les deux reflexes musculaires et conjonctival soient abolis avant le début de l'acte opératoire, parce que si vous vous occupez seulement du premier, manifesté par le relâchement musculaire, qui est tout ce que demande l'opérateur, il est possible que le patient parfaitement tranquille et inerte, anesthésié en apparence, se contracte dès la première incision. Quand au contraire, le réflexe oculaire est absent, l'anesthésie est complète ou bien près de l'être.

Le moment où l'anesthésie peut être suspendue est d'ordinaire indiqué par l'opérateur; en tout cas il est toujours opportun d'arrêter l'éthérisation quand les sutures cutanées sont terminées et que l'application du pansement commence.

e) Rapports de l'éthériseur et de l'opérateur. — L'éthériseur est responsable de l'état général, et, en dehors des accidents en rapport direct avec l'acte opératoire, responsable de la vie du patient,

Si quelqu'une des difficultés sus-mentionnées se produit il ne doit pas hésiter, par crainte d'interrompre l'acte opératoire, à prendre les mesures nécessaires pour prévenir le péril possible; mais d'autre part il ne doit pas sans raisons valables troubler l'opérateur en pratiquant par exemple la respiration artificielle pour un trouble absolument temporaire et susceptible de céder aux petits moyens tels que la traction de la langue ou le nettoyage de la bouche indiqués.

Toutes les 5 ou 10 minutes il pourra notifier à l'opérateur le taux et le caractère du pouls et de la respiration, et d'une façon générale l'état du patient, de façon à le mettre à même de décider s'il doit hâter le processus opératoire ou si au contraire il peut prendre son temps.

Ni l'éther, ni le chloroforme ne doivent être, du fait de leurs propriétés explosives, administrés près d'une flamme "ouverte", feu de cheminée,

flamme de gaz, lampe allumée, etc. Quand on emploie le thermo-cautère, il faut penser à éloigner la bouteille d'éther et l'inhalateur à une distance suffisante et veiller à ce que l'air soit manifestement débarrassé des vapeurs d'éther avant que le cautère soit apporté.

f) Remarques diverses. — L'éther doit être administré pur ou presque pur, c'est-à-dire peu mélangé à l'air, contrairement au chloroforme qui doit au contraire être très dilué.

Quand on éthérise de jeunes enfants et d'une façon générale des individus à peau fine et sensible, il est bon de protéger le menton, les lèvres, le nez, les joues contre l'action irritante de l'anesthésique par un corps gras.

L'éther est plus désagréable pour le patient que le chloroforme et demande en général plus de temps et plus d'anesthésique, mais il est moins dangereux. Le chloroforme tue rapidement par son action sur le cœur; l'éther affecte beaucoup plus lentement les fonctions vitales, agissant sur la respiration plutôt que sur le cœur.

Les nausées sont moins fréquentes avec le chloroforme qu'avec l'éther, mais en revanche, quand elles existent, elles sont beaucoup plus persistantes et pénibles avec le premier anesthésique.

La quantité d'éther et le temps nécessaires à une éthérisation complète varient évidemment avec les patients et les éthériseurs; on peut admettre comme moyennes 200 grammes d'éther et six à dix minutes. Après l'établissement de l'anesthésie complète, la quantité d'éther nécessaire dépend naturellement de la durée de l'opération.

IV. — Après l'éthérisation:

Le temps nécessaire à un éthérisé pour reprendre une pleine conscience varie de une demi-heure à deux heures et même plus: il est évidemment en rapport avec la dose d'éther inhalée et les idiosyncrasies individuelles.

Le sommeil, après éthérisation, parfois très calme, peut être, au contraire, très agité, quasi délirant ou troublé par des nausées, des vomissements etc.

Quand l'opération et le pansement seront terminés le patient sera mis au lit, entouré de bouillottes ou de sacs de caoutchouc remplis d'eau chaude, voire simplement de briques chaudes enveloppées de linges pour protéger la peau contre les brûlures possibles: et si l'état général du malade le nécessite, des stimulants diffusibles (caféine, strychnine, sérum artificiel, etc.) seront administrés.

Le malade devra être constamment surveillé jusqu'au retour de la conscience complète, de façon à ce qu'il ne déplace pas les pansements, ne découvre pas la région opérée, ne tombe pas du lit, n'introduise pas dans ses voies respiratoires de mucosités ou de substances vomies, auquel cas il se cyanoserait ou accuserait une gêne respiratoire plus ou moins considérable. Si cela est nécessaire, la tête sera tournée sur un côté, la mâchoire poussée

en avant et la bouche débarrassée des mucosités ou des matières vomies qui pourraient l'encombrer.

(La Revue Médicale.)

— :o o —

DU TRAITEMENT NON SANGLANANT DE LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE ET DE SES RESULTATS ELOIGNES; D'APRÈS 100 OBSERVATIONS

Par M. le Dr. Louis Trénel.

Cette thèse de M. Trénel, est la continuation et complément de la thèse de Comte (Lyon, 1900-1901), déjà inspirée par M. Nové-Josserand. Aux 50 observations de Comte, M. Trénel en ajoute 50 autres et présente ainsi une statistique globale de 100 observations de luxation congénitale de la hanche, traitées par la méthode non sanglante, qui sont toutes tirées de la pratique de M. Nové-Josserand.

Dans la première partie de son ouvrage, l'auteur expose les différents procédés modernes de réduction non sanglante de la luxation congénitale. Il passe en revue, en signalant parallèlement leurs résultats, les méthodes de Paci, Schedei Lorenz, et les nombreux procédés des auteurs qui ont plus ou moins modifié la méthode fondamentale de Lorenz: Panzeri, Lange, Hoffa, Kirmisson, Brun et Ducroquet, Ghillini, Joachimstal, Dreesmann, Schlesinger, etc.

La seconde partie est consacrée à l'exposé de la technique et des résultats de M. Nové-Josserand.

Cette technique est, dans ses grandes lignes, celle de Lorenz, à laquelle M. Nové-Josserand a apporté deux importantes modifications. C'est d'abord la suppression du traitement préliminaire et l'abandon de plus en plus complet de l'extension forcée au moyen de la vis de Lorenz. Les manœuvres de mobilisation se confondent souvent avec celles proprement dites de réduction. C'est ensuite l'importance capitale accordée à la rotation interne, soit primitive, soit secondaire.

En outre, si la résistance de la partie antérieure de la capsule paraît laisser à la tête une place insuffisante, M. Nové-Josserand pratique la manœuvre de la pompe de Hoffa, qui excelle à distendre cette partie antérieure de la capsule.

Au point de vue de l'âge auquel il convient d'opérer la réduction, il ressort de la statistique de M. Trénel, que plus les enfants sont jeunes, plus le traitement est facile, sans danger, et plus les résultats anatomiques et fonctionnels sont bons. L'indication de l'intervention se pose donc dès que le diagnostic est fait: il n'y a pas d'inconvénient à la pratiquer dès l'âge de 16 à 17 mois, si les enfants sont assez propres pour permettre l'entretien du bandage. On opérera toujours, si possible, avant cinq ans. Passé cet âge, les résultats seront moins bons et l'on aura des améliorations fonctionnelles, mais rarement des réductions vraies.

Après un dépouillement minutieux de ses observations, qu'il fait suivre de très judicieux commentaires, M. Trénel conclut que "la réduction avec retour intégral de la forme et de la fonction, s'obtient dans plus de la moitié des cas, chez les enfants âgés de moins de cinq ans. Au-dessus de cinq ans, la réduction n'est pas obtenue, on a constamment une amélioration fonctionnelle: diminution de la claudication qui peut aller, dans quelques cas favorables, jusqu'à sa suppression à peu près complète; diminution du raccourcissement qui, à part de très rares exceptions, n'a plus de tendance à augmenter; augmentation de la résistance à la fatigue."

Ces conclusions, si favorables au traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche, ont d'autant plus de valeur, que les résultats apportés par M. Trénel sont basés sur une statistique de 100 cas, de beaucoup la plus importante qui ait été jusqu'ici publiée, après celle de Lorenz.

Cette statistique a, en outre, le double mérite d'être homogène, puisqu'elle est composée exclusivement d'observations tirées de la pratique de M. Nové-Josserand, ensuite de présenter des résultats éloignés et définitifs, puisque les petits malades ont été suivis: les uns (seconde moitié) pendant un an, les autres (première moitié) pendant plus de trois ans après la fin du traitement.

(Lyon Médical.)

LUXATION CONGENITALE DE LA HANCHE

Par M. le Dr. H. Polliot

La thèse de M. Polliot vise l'histoire de la luxation congénitale de la hanche. L'auteur a entrepris l'étude anatomique et radiographique des résultats obtenus par le traitement non sanglant.

Dans la première partie de son travail, il résume en un exposé clair et précis, nos connaissances actuelles sur l'anatomie pathologique de la luxation congénitale de la hanche, en s'appuyant sur trois autopsies et sur les données fournies par la radiographie avant le traitement. Il donne, chemin faisant, des indications sur la lecture et l'interprétation des clichés radiographiques.

La seconde partie de la thèse de M. Polliot est consacrée à l'étude des modifications apportées dans l'articulation luxée, par le traitement non sanglant. S'appuyant toujours sur des pièces d'autopsies et des radiographies, l'auteur arrive aux conclusions suivantes:

"Le bourrelet fibro-cartilagineux du cotyle n'est pas toujours, comme le décrit Lorenz, incurvé vers le centre du cotyle. Au contraire, fréquemment il s'étale sur l'os iliaque, doublant la capsule et contribue à former le lit cartilagineux sur lequel repose la tête.

La réduction de la luxation congénitale de la hanche est démontrée par une autopsie de M. Nové-Josserand et par des radiographies. Le maintien

définitif de la réduction est dû à une adaptation de toutes les parties de l'articulation; le fibro-cartilage y prend une part importante.

D'après la radiographie, il faut distinguer: 1. une réduction vraie, typique, qui est obtenue quand la tête se trouve recouverte en grande partie par le toit. Dans ce cas, la tête peut être en position normale ou en antéverson; le col peut être redressé ou infléchi sur la diaphyse (coxa vara).

2. Des réductions atypiques qui peuvent être de deux ordres:

a) Réductions incomplètes, quand le toit ne recouvre qu'une partie de la tête;

b) Transposition, lorsque la tête n'est pas sous le toit, ou que, le toit étant absent, la tête est loin ou au-dessous du cotyle. Dans ce cas, la tête peut être en antéverson et ne s'appuyer que sur les parties molles; ou bien elle est en rotation externe, et c'est le trochanter qui est au contact du cotyle; ou bien enfin, le bassin repose sur le bord interne du grand trochanter.

Dans les cas de réduction, il y a probablement quelquefois un redressement du col qui pourrait expliquer l'excès de volume du membre réduits.

Dans les cas de transposition, la fixation de la tête n'est pas toujours due au même mécanisme. Elle peut être due (autopsie de M. Nové-Josserand) à la tension du ligament en Y, sous lequel la tête, poussée en avant par les manœuvres de réduction, vient se placer.

La radiographie montre que, dans les cas de ce genre, la tête s'appuie par son bord interne sur l'os iliaque qui présente à ce niveau une ébauche de néo-cotyle; celui-ci indique l'existence d'un appui osseux, mais il est insuffisant et ne peut servir que grâce à la tension des organes fibreux.

Dans d'autres cas, le fémur prend un appui osseux par le grand trochanter qui se place sous le toit du cotyle, par un mouvement extrême de rotation en dehors, ou appuie contre l'os par son bord externe.

Enfin il existe des réductions incomplètes: cas intermédiaires entre la réduction et la transposition, dans lesquels la tête abaissée presque à son niveau normal, est logée sous un toit manifestement insuffisant, qui doit être complété par un appui fibreux, peut-être cartilagineux."

(Lyon Méd.)

Thérapeutique et Mat, Médicale

RHUMATISME CHRONIQUE ET SON TRAITEMENT.

Par M. le Dr. A. Robin.

Il y a diminution des échanges respiratoires, fermentations gastriques, lactiques surtout; l'acide lactique en s'éliminant déminéralise et désalcalinise:

1. Contre la fermentation lactique de l'estomac:

fluorure d'ammonium 0,2, eau distillée 300. Deux cuillerées à soupe par jour; une au milieu de chaque repas. Pour saturer, dans l'estomac, l'acide lactique en excès: lactose, magnésie calcinée, bicarbonate sod. à 4 gr., craie préparée 6, en 12 paquets; un à la fin du repas, dans un peu d'eau;

2. Contre l'affection rhumatismale: pendant huit jours, le matin au réveil, le soir avant dîner, une cuillerée à soupe de: arseniate de soude 0,05, iod. pot. 5, eau distillée 300; pendant huit autres jours, soit du salicylate sod., soit de la pipérazine comme urolytique, soit du sidonal (quinat de pipérazine) qui, de plus, est un tonique: sidonal 4, eau 300; 2 cuillerées à soupe par jour, une avant chaque repas;

3. Contre la dépression nerveuse: pointes de feu très fines le long de la colonne vertébrale et à l'intérieur: strychnines, hypophosphites, glycérophosphates. Si la dépression est grande: tous les jours injection hypodermique de 0,25 de glycérophosphate de soude pendant 25 jours;

4. Contre les lésions articulaires: a) massage; b) électrisation musculaire; c) bains d'air chaud (Oallermann) de 120 degrés à 170 degrés ou bains de vapeur térébenthinée;

5. Traitement hydrominéral: Bourbon-Lancy dans les manifestations douloureuses ou subaiguës; Bourbon-L'Archambault dans les formes chroniques et torpides; bains de boue (Barbotan dans les Gers, Dax dans les Landes, Saint-Amand dans le Nord). Commencer les bains de boue chez soi. Chauffer au bain-marie après avoir ajouté, si les articulations sont douloureuses, de l'eau chlorurée magnésienne, c'est-à-dire sédative, de Salies-de-Béarn, ou, si la forme est torpide, de l'eau-mère chloruro-sodique, donc excitante de Salins-du-Jura; 10 à 20 bains de ces types.

(Bull. thérap.)

GYNECOLOGIE

L'ERGOTINE PROPHYLACTIQUE ET SPECIFIQUE DE LA FIEVRE PUERPERALE.

Par M. le Dr. Solt.

Soit ergotine, eau distillée à 5, teinture amère 15 gr., trois fois par jour, dix à vingt gouttes; ou ergotine 5, eau de menthe 20. L'ergotine favorise les contractions de l'utérus, l'expulsion des caillots. L'auteur la prescrit dans tous les cas d'accouchement compliqué, d'infection puerpérale, surtout s'il y a des hémorragies. Dans ce dernier cas et pour remplacer le sang perdu il donne des lavements d'eau salée froide: une cuillerée à thé de sel pour un litre d'eau ou de lait.

(Th. Monat.)

DERMATOLOGIE

LE TRAITEMENT DES NOEVI.

Traitement des noevi par le collodion au sublimé et les injections intra-dermiques d'eau bouillante.

Il y a longtemps déjà que Monteggia (1857), puis Fiorani (1882) ont recommandé des badigeonnages avec un mélange de 4 gr. de sublimé pour 30 gr. de collodion comme traitement des noevi.

D'après M. A. Frattini, ce procédé donnerait, en effet, d'excellents résultats qu'on obtiendrait au moyen de collodion riciné ne contenant que 6 o/o de bichlorure de mercure. Avec ce procédé modifié, qui serait indolore et que l'auteur a tout d'abord expérimenté sur son propre enfant pour l'employer ensuite, avec un succès qui ne s'est jamais démenti, dans trente autres cas de noevus, on n'aurait jamais d'accidents ou de complications à redouter.

Après avoir bien agité le flacon renfermant le médicament, on y plonge un petit pinceau de blaireau avec lequel on étale sur le noevus une couche de collodion au sublimé, en ayant soin de dépasser partout, mais légèrement, les limites de la partie atteinte. On souffle pour accélérer l'évaporation de l'éther et on attend que le collodion se soit transformé en une pellicule blanche. On applique ensuite de la même façon deux ou trois couches de collodion, puis on recouvre de coton aseptique maintenu en place par une bande. Au bout de deux jours, on détache la pellicule recouvrant le noevus et l'on procède à une nouvelle application de collodion au sublimé qu'on enlève au bout de trois jours. On voit se détacher alors une escharre superficielle brunâtre sous laquelle apparaît une cicatrice fine ou lisse ou bien une petite ulcération qui ne tarde pas à se cicatrifier sous un pansement sec au xéroforme. D'autre fois, alors notamment que le noevus est turgide, ce résultat ne peut être obtenu qu'après quatre ou cinq applications de collodion au sublimé.

Lorsque le noevus siège au cuir chevelu ou à la paupière, il faut, dans le premier cas, avoir soin de raser les cheveux au niveau de la télangiectasie avant de procéder aux applications de sublimé, et dans le second cas, prendre les mesures nécessaires pour éviter toute pénétration accidentelle du caustique dans l'œil.

Un autre procédé de traitement des télangiectasies qui conviendrait plus particulièrement aux tumeurs érectiles ou aux noevi vasculaires de la face, inopérables en raison de leur étendue ou de leurs connexions avec la muqueuse buccale, procédé préconisé par un chirurgien de New-York, M. J. Wyeth (Journ. of the Amer. med. Assoc.), consiste à pratiquer des injections intra-dermiques d'eau bouillante.

Après avoir endormi le malade au chloroforme, on fait, au niveau de la partie atteinte, dans l'épaisseur du derme, un certain nombre d'injections d'eau bouillante avec une seringue hypodermique dont l'aiguille est piquée près de la limite de la lésion, là où la peau est encore normale. On injecte

en chaque point 5 à 15 gouttes environ du liquide bouillant, tout en exerçant une compression au pourtour de la région atteinte, afin d'empêcher la production d'embolies par suite de mobilisation de caillots sanguins. C'est que l'eau bouillante provoque des coagulations plus ou moins étendues et partant des oblitérations vasculaires. Au réveil, le malade ne ressent, d'habitude, aucune douleur.

Quant aux parties injectées elles pâlisent et s'affaissent. On voit aussi se produire quelques nécroses superficielles aux endroits où l'eau bouillante a pénétré à l'intérieur des capillaires dilatés, mais cette petite complication n'a aucune importance. Il faut plusieurs séances pour obtenir de la sorte la guérison d'angiomes ou d'ectasies vasculaires étendues qu'on ne soumet que par portions successives à l'action de l'eau bouillante.

Pendant l'injection, un aide tient au-dessus de l'aiguille de la seringue une éponge imbibée d'eau froide pour prévenir toute brûlure des téguments au cas où l'eau bouillante viendrait à se répandre accidentellement hors de la seringue. Pour éviter toute infection, on recouvre de collodion la région où les injections ont été pratiquées.

(Jour. de méd. de Paris.)

ELECTROTHERAPIE

LES HÉMIPLÉGIES ORGANIQUES, HYSTÉRIQUES ET HYSTÉRO-ORGANIQUES DEVANT LES TRAITEMENTS ÉLECTRIQUES

Par MM. les docteurs Laquerrière et Delherm.

Commençant par blâmer la pratique dangereuse et cependant très répandue qui consiste à conier aux anciens hémiplegiques des appareils faradiques tétanisants qui provoquent presque à coup sûr la contracture, les auteurs étudient quel peut être le rôle de l'électricité dans cette affection.

Pour eux la notion exacte du diagnostic différentiel des différentes espèces d'hémiplegie a été trop négligée, et c'est à leurs yeux la raison de l'enthousiasme de certains auteurs, qui paraissent persuadés que tout hémiplegique est un organique et que, chez un véritable organique, tous les troubles sans exception sont nécessairement dus à la lésion matérielle.

Passant en revue les travaux publiés depuis cent cinquante ans, ils constatent que les faits de guérison complète, attribués à des hémiplegies organiques, étaient uniquement dus à la disparition d'accidents hystériques.

Insistant avec raison, ce que les électrothérapeutes n'avaient pas fait suffisamment jusqu'à présent au sujet du traitement, sur la distinction à établir entre les hémiplegies organiques, hystériques et hystéro-organiques, ils recherchent quelle est, d'après les travaux publiés, et d'après leur expérience

personnelle, celle des nombreuses modalités électriques qui convient à tel cas particulier et quel est le résultat qu'on doit en attendre.

Hémiplégie organique. — Sans se prononcer sur la valeur de la méthode de Leduc qui est encore trop récente, les auteurs pensent que, si l'influence de l'électricité comme agent curateur doit être bien faible, elle est capable, cependant, si elle est bien maniée, de rendre de grands services. Ils repoussent la faradisation et préconisent l'emploi du courant continu qui empêchera l'atrophie musculaire, agira sur la circulation et relèvera la température du côté malade. Ce traitement, joint à une gymnastique passive destinée à empêcher l'ankylose des articulations, leur paraît celui qui donne le plus de chance au malade de garder la moindre infirmité possible et a de plus l'avantage d'être certainement sans inconvénient, même s'il y avait des tendances à la contracture. Le bain statique qui a été beaucoup employé peut être avantageux surtout comme tonique général; mais il demande à être manié avec prudence, car il peut provoquer des variations de pression sanguine, qui pourraient ne pas toujours être sans inconvénient chez des sujets à système artériel défectueux.

Hémiplégie hystérique. — "Ce que peut créer la suggestion, la persuasion peut le détruire." L'électricité semble donc n'avoir ici pour les auteurs que la valeur d'une suggestion armée, mais armée d'une gamme de procédés variés permettant d'obtenir la rééducation rationnelle des différentes fonctions.

La révolusion faradique en séance énergique ramène rapidement la disparition de l'anesthésie. Le plus souvent, dès que la sensibilité est redevenue normale, le sujet retrouve l'usage de ses muscles; si au contraire l'impotence persiste, on fait, grâce à la faradisation pénétrante, contracter les muscles un à un, provoquant la rééducation des mouvements, en commençant par les plus simples.

Contre les contractures, la faradisation, soit en masse, soit portant plus particulièrement sur les antagonistes, donne également de bons résultats. Il est bon d'ailleurs de ne pas être trop exclusif; en raison des conditions psychiques, il est peut-être utile de varier la médication. On se trouvera bien, souvent, de l'usage de l'étincelle électrique statique, qui agit à la fois sur la sensibilité et la contractilité musculaires.

Hémiplégie hystéro-organique. — En neuropathologie, la maladie simple est l'exception et le plus souvent, sur une hémiplegie organique, se greffent des phénomènes hystériques. Le traitement électrique sera alors complexe et l'on combinera avec prudence les méthodes préconisées dans les deux paragraphes précédents, en prenant soin de ne pas aggraver une contracture organique ou de ne pas occasionner des variations trop brusques de pression sanguine.

Pour les auteurs, jusqu'ici les cas publiés se rapportent probablement, lorsqu'il y a eu guérison totale, à l'hémiplegie hystérique, lorsqu'il y a eu seulement amélioration, à des hémiplegies hystéro-or-

ganiques dont les phénomènes hystériques ont disparu.

Quant à l'action de l'électricité dans l'hémiplégie organique pure, s'il leur semble difficile de lui accorder une valeur curative, il faut reconnaître que, combinée à la mobilisation des articulations, dont le but est d'empêcher l'ankylose, elle permet de maintenir dans un état convenable la circulation du côté malade, d'en augmenter la température; elle permet d'éviter l'atrophie musculaire. Un assez grand nombre d'hémiplégiques parviennent à récupérer à la longue une partie des mouvements: par cette méthode on en augmentera le nombre, en conservant l'intégrité des articulation et des muscles.

(Gaz. des Hôp.)

SYPHILICGRAPHIE

TRAITEMENT DU CHANCRE SYPHILITIQUE.

Par M. le Dr. E. Gogt.

Barthélemy divise ce traitement en trois parties:

1. Traitement externe. — Dans certains cas, si le chancre n'a que quelques jours, on peut conseiller l'excision suivie d'une suture aseptique. On a ainsi vu la guérison remarquablement hâtée.

Si le chancre est ulcéreux ou végétant, s'il dure depuis deux mois par exemple, et que l'excision ne soit pas possible, on pratiquera tout autour et au-dessous de la plaie, une série d'injections, de quelques gouttes chacune, d'une préparation mercurielle soluble (oxycyanure, benzoate, biiodure d'hydrargyre ou sublimé.

Après avoir lotionné la plaie avec une solution de nitrate d'argent du 30e au 50e, on la pansera par une couche d'onguent napolitain ou de la pommade suivante:

- Vaseline... .. 15 grammes
- Lanoline... .. 5 —
- Résorcine... .. 0 — 50
- Précipité blanc... .. 1 —

C'est avec cette dernière préparation ou encore que l'on traitera le chancre syphilitique dans sa forme normale, après un bain local de 5 minutes et après une lotion, soit à l'oxycyanure d'hydrargyre soit au permanganate de chaux, à la dose de 0,2 par litre d'eau stérilisée.

2. Traitement interne. — Prescrire le mercure dès que le diagnostic est certain et si la chose est possible, ne pas hésiter à prescrire immédiatement, soit les injections hebdomadaires d'huile grise, soit les injections quotidiennes de la solution aqueuse de biiodure d'hydrargyre, ou d'une autre préparation mercurielle soluble. Dans les autres cas, on prescrira les pilules de prato-iodure ou la liqueur de Van Swieten, ou les frictions mercurielles, celles-ci ne pouvant donner des résultats assurés que dans des conditions spéciales.

Ces frictions sont parfois utiles dans le traitement local des adénopathies inguinales parfois considérables, qui accompagnent le chancre.

3. Traitement moral. — Indiquer les précautions à prendre pour ne pas propager la syphilis, et insister sur la nécessité du traitement, méthodique et prolongé, en promettant la guérison dans ces conditions.

(La Syphilis.)

FORMULAIRE

EPHELIDES DE LA GROSSESSE.

- Lait virginal 60 gr.
- Glycerine officinale... .. 20 gr.
- Acide chlorhydrique... .. 4 gr.
- Chlorhydrate d'ammon... .. 4 gr.

Toucher matin et soir le visage avec un pinceau; appliquer ensuite une couche de pommade à l'oxyde de zinc.

(Lutaud.)

CONTRE LA DYSENTERIE.

- Infusion de camomille... .. 500 gr.
- Glycérine redistillée... .. 20 gr.
- Sulfate de soude... .. 10 gr.
- " de magnésie... .. 10 gr.
- " de potasse... .. 5 gr.
- Salicylate de soude... .. 2 gr.
- Acide borique... .. 1 gr.

(Monin.)

NOUVELLES

Naissances.

—A Saint-Joseph de Lévis, le 10 janvier courant, l'épouse de M. le Dr. T. W. Michaud a donné naissance à une fille.

Mariage.

—Le 12 courant, à l'église-Notre-Dame de Jacques-Cartier, le Dr. Alfred Drouin conduisait à l'autel mademoiselle Alice Picard. La bénédiction nuptiale a été donnée par le révérend Emile Martin, curé de St-Onésime. Les nouveaux époux sont partis à midi pour voyage, emportant nos meilleurs souhaits.

SUPPLEMENT

LE TABAGISME ET SON TRAITEMENT.

Par M. le Dr. Georges Petit.

Une thérapeutique bien comprise ne doit pas se borner à une diminution, mais à la suppression complète de l'emploi du tabac.

Il existe quelques médicaments dont l'emploi judicieux m'a donné d'excellents résultats, tant pour combattre l'intoxication elle-même que pour relever l'organisme général, en lutte contre la dépression qui atteint certains organes ou certaines fonctions.

La strychnine a une efficacité remarquable contre les troubles nerveux et pendant la période de désaccoutumance. Dans plusieurs cas d'intoxication aiguë, j'ai employé la strychnine à la dose de 3 à 5 milligrammes. Dans l'intoxication chronique, la strychnine trouve son emploi comme stimulant du système nerveux et tonique en général, pour combattre l'adynamie, la dépression, la neurasthénie et dans certaines conditions elle doit être continuée pendant un certain temps à la dose de un milligramme par repas.

D'après le Dr. Zalackas (Progrès Médical, 1902), l'ésérine est un excellent antidote de la nicotine; ici l'antagonisme est très marqué: une dose non toxique de nicotine neutralise une dose toxique d'ésérine, à condition que la nicotine soit administrée avant l'alcaloïde du *Physostigma venenosum*; par contre une dose toxique d'ésérine; cependant, si cette neutralisation n'a pas lieu effectivement, elle est apparente, car la nicotine masque complètement les effets de l'ésérine; par conséquent nous nous trouvons en présence de ce fait curieux, qu'à si bien démontré Martin-Damourette, à savoir: la nicotine possède deux propriétés, une excitante et une paralysante, l'une inverse de l'autre; or il arrive parfois, que les effets paralysants qui forment, probablement une minorité parmi les effets totaux de l'ésérine, s'ajoutent aux effets paralysants qui sont les principaux de la nicotine et ainsi les deux antagonistes, dans quelques cas, deviennent des auxiliaires.

On ne doit donc jamais utiliser l'ésérine dans les accidents du tabagisme à forme adynamique.

C'est pour la même raison que dans les cas d'artério-sclérose, je préfère l'emploi des iodures alcalins associés et des antispasmodiques, circutine, hyociamine, digitaline.

Le sulfate de spartéine donne aussi d'excellents résultats. Il aide à soutenir l'organisme privé de son excitant habituel, et s'oppose à la défaillance du cœur.

"Nous savons que le sulfate de spartéine est médicament dynamique et régulateur du cœur, qui en relève les mouvements ainsi que ceux du pouls."

Le sulfate de spartéine est indiqué dans les affections cardiaques graves, atoniques, avec irrégularité ou ralentissement des mouvements du cœur, quand le cœur est atteint d'une altération du tissu

ou qu'il est devenu insuffisant pour compenser les obstacles à la circulation.

Quand le pouls est faible, irrégulier, arythmique le sulfate de spartéine rétablit l'état normal.

La connaissance de ces deux phénomènes capitaux de l'action de la spartéine, relèvement et régularisation des fonctions cardiaques, devait forcément conduire à l'emploi de cette substance pour combattre divers états névropathiques, s'accompagnant d'affaiblissement et d'irrégularité du cœur. (Revue Thérapeutique des alcaloïdes, juillet 1902) Tel est le cas du tabagisme.

J'ai personnellement retiré de véritables succès dans ce cas, analogues à ceux obtenus par ce procédé dans la morphinisme, par MM. Bail, Demings et Barnay. Seule la manière de formuler ce médicament varie suivant les cas et les sujets, car, suivant le Dr. Barnay:

"Le mode d'administration varie sensiblement, qu'on se trouve en présence d'un malade qu'il faut guérir vite ou d'un autre pour lequel la durée de la cure est de peu d'importance, et qui peut y consacrer tout le temps nécessaire."

On peut alors employer la méthode lente, suivant les principes que nous avons indiqués à plusieurs reprises. Elle évite au patient presque tous les inconvénients inhérents à cette suppression. Avec un malade dont le moral n'est pas encore absolument perverti, et qui est très surveillé, le traitement peut à la rigueur être abandonné au malade.

Mais pour tous les cas où l'on doit opérer une cure rapide, la façon d'agir doit très sensiblement différer, et la cure ne peut se faire qu'avec une étroite surveillance.

Sous l'influence de ce traitement, les symptômes cardiaques disparaissent très rapidement, l'éréthisme cardio-vasculaire s'apaise en moins de dix à douze jours, le sommeil redevient normal et l'état général se remonte. La confiance du malade renaît avec la disparition de troubles déprimeurs de la volonté et avec un peu d'énergie il recueille tous les bienfaits d'un traitement rationnel bien dirigé.

S'il y a palpitations avec syndrome de congestion, et angine de poitrine, on se trouvera également bien l'emploi de la caféine et de la véraltrine, le tout associé à un régime hygiéno-diététique, avec antiseptie intestinal, à cet égard le Sulphydral est un précieux auxiliaire.

(La Dosimétrie.)

— : o : —

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Oh! pour cela, oui mon colonel, j'ai lu dans ses yeux qu'elle était intelligente et je vous avourai même qu'elle a des yeux d'un joli, comme on n'en voit rarement.

—Tu vas aller maintenant à l'Union Club et là tu t'informerai, des heures auxquelles on peut rencontrer le plus souvent Lord Dallshire. Je te permets en plus de faire la cour à Classy, car cette fille peut nous servir.

Dick Brown sortit et prenant un cab, il se fit conduire chez un de ses amis, un ancien officier, le Major Byme, qui était un des membres les plus influents de l'Union Club.

—A quel heureux hasard dois-je cette visite, s'écria le major, en serrant la main du colonel.

—Mon cher ami, figurez-vous que je viens vous demander un service.

—Je suis à votre disposition, si cela m'est possible, répondit le major en avançant un siège à Dick Brown.

—Cela vous est même très possible major, et c'est la raison pour laquelle je suis venu vous trouver.

Je désire être membre de l'Union Club.

—Enchanté, s'écria Byme, ou à une assemblée du comité ce soir même et je vais vous faire entrer d'emblée, dès demain vous serez des nôtres. Cependant vous connaissez les conditions?

—Dites ces conditions, major, je vous écoute avec intérêt.

—Vous avez deux cents livres sterling à verser en entrant et en plus cent livres par années.

—Voici trois cents livres, dit Brown en tirant des banknotes de son calepin, de cette façon rien ne retardera mon admission.

—Je vous téléphonerai après la réunion du comité, et vous laisserai savoir le résultat qui ne manquera pas d'être satisfaisant, car je vous présenterai moi-même et MM. Plummer et McDonald vous serviront de parrains.

En effet le soir même, M. Byme, faisait savoir à Sir Georges Brown qu'il était reçu à l'unanimité membre de l'Union Club. De son côté, Jimmy lui apprenait que Lord Dallshire passait presque toutes ses soirées au

Club, qu'il y jouait beaucoup et que le champagne était son moindre délaüt.

Le lendemain Dick faisait son entrée dans l'Union Club et le Major Byme, lui présentait les membres les plus en vue.

—J'ai cru apprendre, dit le colonel, que vous aviez ici Lord Dallshire?

—Oui, répondit Byme, c'est, je vous avouerais entre nous, un homme singulier qui ne m'est guère sympathique. Il parle peu, joue beaucoup et boit jusqu'à pousser à l'extrême. Sa grande richesse et son titre sont les seuls raisons qui le font tolérer ici. A la chambre des Lords, où il occupe le siège de son père, il est considéré comme un maniaque qui serait poussé par une idée fixe qu'il est impossible de définir.

—Fut-il toujours ainsi? demanda Brown.

—Non pas, je me souviens que c'était un jeune et brillant officier qui avait un certain succès dans les salons. Il épousa une jeune et charmante femme, la fille de feu l'hon. Sir Michel Clardy, et un beau jour, sans raison aucune il devint sombre, et perdit petit à petit ce qu'il avait d'amis.

—Le croyez-vous heureux en ménage?

—Sa femme, dit le major, est une personne d'un caractère idéal et d'une aristocratie impeccable.

—Aurait-il des maîtresses? demanda Dick.

—Je ne lui en connais aucune, répondit Byme, je vous répète que cet homme est une énigme, et heureux celui qui pourra le déchiffrer. Au fait il doit être dans un des salons, venez avec moi, je vais vous le montrer et si vous désirez, je vous le présenterai.

Le major et Dick traversèrent plusieurs salons et finirent par trouver Dallshire qui lisait dans un coin désert.

—Milord, dit le Major Byme, je vous présente un nouveau membre, le Colonel Sir Georges Brown, un des héros de notre armée dans les campagnes d'Egypte et du Transvaal.

—J'ai souvent vu le nom du colonel dans le moniteur de l'armée et je suis heureux de faire sa connaissance, dit Dallshire en saluant Dick.

Ils conversèrent quelques instants, puis Byme et Brown, quittèrent le Lord.

—Comment le trouvez-vous? demanda Byme.

—Assez insignifiant, répondit Dick, mais une chose m'intrigue, c'est qu'il me semble l'avoir déjà vu quelque part, en effet ses traits ne me sont pas inconnus.

—Vous aurez sans doute rencontré quelqu'un auquel il ressemble.

C'est possible, fit Dick, puis en lui même: Il faut que d'ici à huit jours je sois l'ami intime de Dallshire.

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MERCREDI, 27 JANVIER, 1904.

No. 31

Travaux Originaux

SERUM ET VACCIN ANTITUBERCULEUX

Par M. le Dr. Alexandre Marmorek. (1)

Dès que la tuberculine fut mieux connue dans ses effets, forcément la question se posa de savoir le rôle véritable que joue cette substance toxique dans le processus intime de la maladie. Est-elle la vraie toxine, ce poison particulier à chaque microbe, dont l'action est la cause exclusive ou principale des lésions pathologiques? En cherchant à y répondre, nous étions surtout frappés des effets si inégaux que produit la même dose de tuberculine injectée à des sujets divers, à savoir d'une part à des sujets sains, d'autre part, soit à des individus modérément tuberculeux, soit au contraire envahis au plus haut degré par le bacille de Koch.

Dans le cas d'une tuberculose d'intensité moyenne, l'explication courante pourrait à la rigueur suffire, cette explication qui montre l'animal de plus en plus sensible à l'action d'une toxine qu'il a produite déjà antérieurement dans ses lésions, ce qui, entre parenthèses, laisse sans réponse le pourquoi de l'inflammation des foyers bacillaires qui constituent la réaction locale. Mais il est presque impossible d'appliquer cette manière de voir au cas où l'on constate la faiblesse ou même l'absence des symptômes typhiques à la suite d'une injection de tuberculine chez une vache, par exemple, farcie de tubercules. A la place de la réaction que justement la théorie invoquée faisait attendre, nous voyons une insensibilité très marquée. Et alors, on est en

droit de se demander pourquoi cette "sensibilisation" disparaît juste au moment où elle devrait être des plus accentuées.

L'obscurité du problème augmente encore quand on songe à la disproportion frappante qui existe entre la violence de la réaction et la faible dose de tuberculine d'une part, et d'autre part, la minime lésion d'individus qui sont si peu atteints d'intoxication chronique qu'on a peine à les considérer comme malade. Il est malaisé de supposer que les quelques bacilles se trouvant dans un foyer endormi et presque imperceptible aient suffi à transformer l'indifférence des organismes sains à l'égard de la tuberculine en sensibilité excessive. Mais il est encore moins facile de comprendre qu'un organisme très tuberculeux, avec ses innombrables bacilles très actifs et en plein travail vital, ne réponde presque plus à l'appel de la tuberculine, de sorte qu'un bovidé, par exemple, qui a passé par tous les stades de la formation et de l'évolution de ses foyers, chez qui tout témoigne l'intoxication chronique, n'est point "sensibilisé" à l'action de la tuberculine. Et pourtant, celle-ci a dû, selon cette théorie, être formée depuis longtemps en grande quantité et rendre l'animal très sensible à l'injection.

Ces contradictions nous parurent telles que nous étions amenés à conclure que l'explication qu'on nous donne était erronée ou déficiente. Il fallait en rechercher une autre qui serait plus d'accord avec les faits, et qui nous conduirait peut-être, par cela même, vers une nouvelle voie de recherches.

Souvenons-nous pour y arriver de la situation du bacille de Koch dans son foyer habituel. Enfermé dans des leucocytes ou dans la

1. Travail lu par M. le Dr. L. J. Lemieux, à la demande de M. le Dr. Marmorek, devant la Société Médicale de Montréal, le 12 janvier 1904.

cellule géante, il paraît y sécréter si peu de toxine que seulement un nombre fantastique de microbes apporte un changement appréciable dans l'économie de l'organisme atteint. Et tout à coup nous faisons toucher le bacille par la dose minime de tuberculine injectée qui s'éparpille encore en se répartissant sur tous les foyers. L'organisme tuberculeux qu'on prétend sensibilisé aux effets de la tuberculine, laisse passer plusieurs heures sans offrir un symptôme nouveau. C'est seulement après un temps assez long que les foyers commencent à s'enflammer, et que le corps entier ressent les effets d'empoisonnement. Ajoutez à cela que l'homme tuberculeux, par exemple, se lasse bientôt de donner la réaction typhique, et qu'avec la continuation des injections de tuberculine la sensibilité diminue au lieu d'augmenter, comme on devrait s'y attendre selon la théorie.

Nous nous refusons, devant l'ensemble de ces contradictions, à admettre que la tuberculine soit la cause directe des symptômes de sa réaction, qu'elle soit la substance identique à celle que les bacilles forment principalement dans l'organisme malade, qu'elle soit par conséquent la raison chimique finale de la consommation des organes et de la marche destructive de la tuberculose. Mais toutes les difficultés disparaissent, si l'on remplace l'opinion courante sur l'action de la tuberculine par une hypothèse. La tuberculine ne serait en vérité qu'une matière réparatoire, un réactif qui, agissant sur les bacilles, les inciterait et les déterminerait à sécréter abondamment une toxine toute différente.

Envisageons maintenant tous les faits à la lumière de cette supposition.

La réaction ne commence seulement que quand le temps nécessaire s'est écoulé pour qu'une quantité suffisante de toxine soit accumulée au foyer. Nous assistons à l'éclosion de la réaction locale. Quand enfin, au bout de plusieurs heures, la toxine produite au siège des bacilles commence à être résorbée et

versée dans la circulation, l'organisme intoxiqué répond par la fièvre.

Nous pouvons résumer notre pensée en ceci : La "tuberculine-réaction" est due à la formation d'une toxine que le bacille sécrète parce que et après que la tuberculine l'a touché. On comprend que par cet effet spécifique de la tuberculine sur le bacille (on serait presque tenté de se servir de la figure d'une clef ouvrant sa serrure) la plus cachée des agglomérations tuberculeuses transformée en foyer de production intense d'une toxine, soit décelée à l'investigation.

On comprend également qu'un tout petit tubercule, contenant quelques rares unités bacillaires, réagisse promptement à une dose de tuberculine qui représente un millième et moins de la quantité inoffensive pour l'individu sain. On comprend aussi la rigueur mathématique de l'axiome : tuberculine-réaction, foyer tuberculeux. Dès lors, tous les autres phénomènes que l'ancienne théorie laisse incertains et ambigus à notre compréhension, deviennent d'une clarté évidente.

Cette explication du rôle de la tuberculine est particulièrement utile quand on envisage les deux cas extrêmes : les individus sains et les malades très tuberculeux. Dans le premier cas, la tolérance, même aux fortes doses, se conçoit par l'absence de bacilles, seuls producteurs de la vraie toxine, condition indispensable de l'intoxication, et partant de l'impossibilité de la tuberculine à causer un effet. Dans le second cas, dans l'exemple de l'organisme de la vache ultra-tuberculeuse, la somme de toxine fraîchement produite après l'injection du réactif de Koch, est quantité négligeable à côté de tant de vraie toxine accumulée dans les multiples foyers et dans l'économie entière. Ici les bacilles avec leur activité exubérante (n'oublions pas que nous parlons de tuberculose très avancée) sont déjà baignés dans la toxine. On peut même se demander si la tuberculine est encore capable de stimuler leur travail et de l'augmenter. En tous

cas, le surplus de production, si production il y a, est minime à côté de tout ce qui a été secrété antérieurement par l'évolution naturelle de la maladie, et n'est pas suffisant à causer une intoxication nouvelle qui se trahirait par la réaction. Le résultat se trouve identique au premier cas envisagé. Egalement pas de réaction, mais pour une raison diamétralement opposée.

D'autres faits connus dans l'étude de la tuberculine-réaction cadrent bien avec notre explication. Il est par exemple, tout à fait compréhensible que des substances de composition similaire à celle de la tuberculine, des protéïdes d'autre nature, incitent également le bacille à la sécrétion. On connaît, en effet, de faibles réactions à la suite d'une injection d'extrait de ganglions. Et, d'autre part, on conçoit aisément qu'un organisme envahi par le bacille de la lèpre, si semblable au bacille de Koch, donne la réaction après une injection de tuberculine. Et enfin, le traitement tuberculeux préconisé par l'illustre Koch trouve son explication en ce qui concerne et les guérisons incontestables et aussi les échecs et les dangers de cette méthode dans le rôle véritable de la tuberculine: la production successive de vraie toxine, versée du foyer bacillaire dans la circulation générale. En luvoyant entre les écueils de cet empoisonnement répété et en maintenant les intervalles nécessaires pour la formation d'une antitoxine destinée à contre-balancer ces intoxications continues, on peut arriver quelquefois à modifier favorablement le processus morbide. Mais on peut voir de suite combien un tel procédé est risqué et livré au hasard.

On préparait et on prépare encore des sérums au moyen de la tuberculine. Comme ceux-ci s'attaquent à une substance qui n'a qu'un rôle fortuit et effacé, sinon nul dans la pathogénie de la tuberculose, on ne doit pas s'étonner que ces sérums d'antituberculeux, alors qu'ils ne sont qu'antituberculeux, n'aient aucune influence sur les lésions et sur la marche de la maladie.

Si notre hypothèse est vraie, et tout ce qui précède vient fortement à son appui, le rôle principal échoue à la toxine présumée. L'expérimentation devait nous fournir la preuve positive et de son existence et de son action.

Si, pensions-nous, le bacille n'a pas produit jusqu'ici en dehors de l'organisme et *in vitro* cette toxine, c'est parce qu'il ne se trouvait pas dans des conditions rappelant assez fidèlement celles qui existent au siège habituel de sa formation. Nous nous sommes appliqués à faire une tentative dans ce but. Et voici comment nous avons procédé.

Déjà, dans une petite communication faite à Paris, au Congrès international de médecine de 1900, nous avons insisté sur les phases différentes de la vie et de la croissance du bacille de Koch. Les microbes jeunes que nous avons désignés sous le nom de "primitifs", ayant d'autres réactions colorantes, devaient aussi avoir des qualités biologiques différentes.

Nous les avons fait seulement entrevoir alors. Il nous a paru tout indiqué d'employer ces jeunes microbes, ayant une très mince carapace de cire et de graisse, au travail délicat de la production d'une toxine. Et une autre raison était qu'ils ne produisent au milieu liquide qu'une petite quantité de tuberculine et encore d'une façon tardive. La présence de celle-ci ne peut être gênante dans la recherche d'une autre matière toxique. Nous avons vu bientôt que ces bacilles primitifs, qui couvrent en dix à douze jours presque toute la surface du liquide ensemencé, ne sécrètent point de toxine dans tous les milieux habituels. Il fallait se rapprocher davantage des conditions naturelles.

Comme la bacille forme la substance que nous cherchons, certainement là où il se trouve dans l'organisme — dans l'intérieur des leucocytes, ou après en être sorti — l'idée nous vint de le mettre en contact avec des globules blancs fraîchement extraits. Les essais faits dans cette direction furent longs et laborieux, mais il n'en résulta aucun bénéfice

appréciable. Toujours convaincus de l'exactitude de notre hypothèse, nous fûmes lentement amenés à en apporter la preuve par un autre chemin. Peut être au sein des foyers bacillaires, pensions-nous, les leucocytes agissent-ils moins en tant qu'entités biologiques que par une substance qui en dérive. Nous remplaçames donc les leucocytes par un sérum leucocytaire obtenu de la façon suivante. Nous injectons à des veaux, dont la réceptivité tuberculeuse est connue, des leucocytes du cobaye si sensible lui aussi à l'action du bacille de Koch. Pour obtenir ces leucocytes, le procédé est très simple. On injecte 10 à 15 centimètres cubes de bouillon peptonisé dans la cavité péritonéale du cobaye et, quarante-huit heures après, on lave celle-ci avec 20 centimètres cubes d'eau physiologique, qui sort laiteuse, chargée d'un très grand nombre de leucocytes. Le tout est injecté aussitôt après aux veaux. Il faut au moins une trentaine d'injections, chacune contenant les leucocytes de deux cobayes, pour posséder un sérum leucotoxique actif.

Le baëille primitif s'y développe très difficilement, mais on parvient pourtant à l'y adapter par de patientes sélections, en y ajoutant une certaine quantité de bouillon glycérimé.

Ce qu'il faut surtout éviter ou au moins éluder, le plus longtemps possible, est la perte du caractère primitif des bacilles. Car nos observations nous ont appris que la sécrétion de la tuberculine marche de pair avec cette transformation du bacille primitif, qui se reconnaît au changement de l'aspect du voile qui, de cirieux et transparent, devient verruqueux et opaque, et à l'apparition de l'odeur spécifique.

Le filtrat de ces cultures de bacilles en ce milieu au sérum leucotoxique, ne contient pas pendant un temps assez long de tuberculine; mais une autre substance toxique y est décelée. A l'encontre de la tuberculine, les animaux tuberculeux n'y sont pas plus sensibles que les sains. En injectant cette faible taxine

aux chevaux, on observe toujours des œdèmes qui prennent parfois une extension considérable. Pour accroître la force toxique de cette substance, nous avons essayé tous les milieux connus et nous avons même expérimenté quelques nouveaux, toujours en mélange avec ce sérum, sans qu'aucun ne satisfît nos espérances. Un point important était acquis: le bacille peut être rendu plus toxigène et meilleur producteur de la vraie toxine. Notre tâche était désormais de lui garder la vie "primitive" un temps suffisant pour lui permettre une sécrétion abondante.

Dans le cours de nos recherches, un fait attirait de plus en plus notre attention, c'était un certain degré d'immunité du foie vis-à-vis de l'envahissement du bacille. On peut constamment observer que des animaux de laboratoire présentent d'une façon assez tardive, dans la généralisation bacillaire, des tubercules hépatiques, et que, très souvent, les autres organes sont farcis de tubercules,

Pour expliquer cet état de résistance, certes les conditions anatomiques sont insuffisantes; il doit y avoir également des causes de nature chimique capables d'arrêter pour un certain temps le développement du bacille. Si l'on forçait les microbes à vivre et à cultiver dans un milieu où le foie entrerait, on pourrait, par ce contact, obtenir une race particulièrement apte à lutter contre ces substances "empêchantes". La nécessité pour le bacille de se défendre augmenterait toutes ses qualités vitales, et partant son pouvoir toxigène serait accru.

Il fut assez difficile, comme on devait s'y attendre, d'habituer le bacille à ce milieu apparemment peu favorable à sa culture. Mais une fois qu'on a réussi, on constate que le microbe y pousse plus vite et plus abondamment que dans les cultures de contrôle, et qu'il reste plus longtemps "primitif". Il y devient aussi nettement plus virulent. Injecté aux animaux il amène plus rapidement la généralisation de la tuberculose. Déjà, après un certain nombre de passages que subit le bacille

dans ce nouveau milieu, on est frappé de l'absence de tuberculine; mais, par contre, on y décèle une autre substance toxique, manquant de caractères du réactif de Koch. On croirait presque que ces deux substances s'excluent dans le même milieu, et que les bacilles ne sont pas capables de fournir l'une d'elles en même temps que l'autre. On pourrait peut-être trouver dans ce fait l'explication de la très faible et tardive apparition de la tuberculine chez les bacillaires. La toxine qui se forme dans le bouillon de foie passe facilement le filtre. Elle tue de petits animaux à dose encore assez élevée (12 à 14 centimètres cubes), mais d'une façon inconstante.

Chacun des deux milieux nouveaux que nous venons de décrire, permet donc la formation d'une toxine, quoiqu'en faible concentration. En combinant le sérum leucotoxique avec le bouillon de foie glyciné, on obtient un véritable avantage. La toxine se forme plus vite et est bien plus active. La dose mortelle, pour un cobaye de 300 à 400 grammes, la plus basse que nous ayons pu atteindre, était de cinq centimètres cubes du filtrat; mais, en général, nous préparons une toxine qui tue un lapin et un cobaye de moyenne taille en huit jours, par 8 à 10 centimètres cubes injectés sous la peau. Les animaux tuberculeux injectés avec la même dose ne meurent pas aussi vite et résistent quelquefois définitivement.

Ce degré de pouvoir toxique ne se rapproche pas de celui d'autres toxines connues. Nous y sommes parvenus. Il faut 25 à 30 centimètres cubes de la toxine actuelle en plusieurs injections, suffisamment espacées, de 4 à 5 centimètres cubes, pour rendre des cobayes réfractaires à l'infection sous-cutanée d'une à deux gouttes d'une émulsion faiblement opalescente de bacilles. Ce résultat est la confirmation la plus nette de l'identité de notre toxine avec celle de la bacille secrète dans le tubercule. Mais il y a encore l'autre voie qui complète la première. En immunisant les

animaux avec ces cultures filtrées, on obtient un sérum antitoxique. Nous nous sommes adressés dans ce but aux chevaux. Ils réagissent très fortement aux injections croissantes de toxine. De vastes et douloureux œdèmes se forment, la température monte jusqu'à 40 degré et au delà, les animaux sont très éprouvés, et la résorption de la tumeur ainsi formée ne se fait que lentement. L'accoutumance des chevaux à cette toxine est assez difficile; chaque nouvelle injection est l'occasion des mêmes symptômes avec une intensité pourtant décroissante. C'est pour cette raison qu'il faut compter sept à huit mois au moins pour préparer un sérum efficace.

C'est avec le sérum de cheval immunisé que nous avons essayé, en neutralisant les effets de la toxine tuberculeuse, de traiter d'abord à titre préventif des animaux de laboratoire, cobayes et lapins. Un tel sérum préparé sans qu'à aucun moment des corps de bacilles fussent injectés, mais seulement au moyen d'injections de filtrat de culture est une nouvelle preuve de l'existence et de l'action de la toxine tuberculeuse.

(A suivre.)

Revue des journaux

MEDICINE

TECHNIQUE DES INJECTIONS HYDRARGYRIQUES.

(Suite et fin)

A côté de ces qualités, les injections donnent lieu à certains accidents que nous allons énumérer rapidement.

Suites immédiates et éloignées des injections hypodermiques. — La méthode compte à son passif des accidents locaux et généraux: les premiers dus à l'action irritante du liquide sur les tissus; les seconds à l'intoxication générale.

Accidents locaux; douleurs, — Il est bien rare

que le malade n'accuse aucune sensation douloureuse; l'intensité de la douleur est essentiellement variable d'ailleurs suivant les individus, la composition du liquide injecté; parfois ce n'est qu'un peu de gêne, parfois c'est une douleur lancinante, contusive qui oblige à garder le repos. La douleur apparaît tantôt immédiatement après la piqûre et dure de quelques minutes à deux ou trois heures; ou bien elle ne se montre que dans la nuit suivante ou deux ou trois jours après; la durée dans ce dernier cas est plus longue, un à cinq jours.

Le siège de la douleur reste fixé au point piqué ou s'irradie dans la fesse, le long de la cuisse; rien n'est donc plus variable que la douleur, rien aussi n'est plus désagréable pour les malades lorsqu'elle atteint un certain degré d'intensité; quand on parcourt les observations publiées on est frappé de lire à propos de chaque injection:

Pas de douleurs ou tout au moins douleurs très modérées. Ne pas prendre à la lettre cette déclaration.

Nodosités. — Ces petites tumeurs inflammatoires sont très fréquentes, mais elles ne constituent une véritable complication que lorsqu'elles arrivent au volume d'une amande. Ses nodosités s'accompagnent quelquefois d'un œdème circonvoisin, empâté plus ou moins étendu, fort gênant et douloureux. J'ai la fesse en bois, me disait un malade. Le plus habituellement, la nodosité ne dépasse pas la dimension d'un pois et d'une noisette, et n'a rien de bien incommode, mais si chaque injection provoque une nodosité et que la résolution n'en soit pas très active, la fesse est parsemée de ces petites tumeurs qui deviennent gênantes par leur nombre.

Phlegmons, abcès. — A la suite d'une poussée inflammatoire aiguë, il se produit un véritable phlegmon qui peut se résoudre ou suppurer. Cette complication est devenue tout à fait exceptionnelle et ne se montre guère qu'à la suite d'une mauvaise technique et avant tout d'une antisepsie imparfaite. Cependant il est des cas dans lesquels, en dépit de toutes les précautions, on a vu des abcès; mais ces collections diffèrent du vrai pus en ce qu'elles sont aseptiques.

Embolie. — Des troubles respiratoires plus ou moins sérieux ont été signalés à la suite des injections insolubles; cet accident est prévenu par la précaution de s'assurer qu'aucune veine n'a été blessée par l'aiguille et les observations de ces dernières années sont muettes sur ce point.

Hydrargyrisme. — Une médication trop intensive ou trop prolongée, une idiosyncrasie spéciale sont les facteurs de l'intoxication. Celle-ci est aiguë et s'accompagne alors de fièvre, élévation thermique, frissons, sueurs profuses, faiblesse générale, stomatite, entérite, éruptions cutanées, etc. Ces symptômes qui rappellent l'intoxication par le tube digestif ou les voies respiratoires ont été surtout signalés à la suite d'injections intensives de sublimé, d'huile grise et de mercure métallique. Les symptômes peuvent n'apparaître qu'après quelques semaines de traitement et sont provoqués par l'élimination du mercure par l'intestin. L'hydrargyrisme se borne le plus souvent à de la stomatite et de la

salivation, ainsi que des troubles intestinaux, coliques et diarrhée.

Il faut noter aussi la néphrite qu'on a observé assez souvent très modérée d'ailleurs sauf dans les cas d'intoxication aiguë. Se rappeler que l'albumine est un symptôme assez fréquent de la syphilis et qu'il convient de toujours examiner l'urine des malades avant de commencer un traitement hydrargyrique. La méthode des injections ne met donc pas à l'abri de complications du côté digestif, mais il est juste de reconnaître qu'elles sont en général peu graves et rapidement amendées.

De ces accidents, les uns sont variables, d'autres surviennent à l'improviste, sans qu'on ait pu les soupçonner. Les syphiligraphes ont vainement cherché jusqu'ici à supprimer la douleur en ajoutant, dans les liquides injectés, de la cocaïne, de l'orthoforme, etc.; toutes ces additions n'ont en rien modifié la situation et leur adjonction n'a, le plus souvent, d'autre effet que de troubler les solutions, surtout celles qui ont des acides organiques. La douleur immédiate, celle qui suit la piqûre, est très supportable le plus souvent, celle qui est tardive et vraiment douloureuse n'est pas influencée par la cocaïne ou l'orthoforme.

Comme précautions utiles, rappelons que les injections sous un faible volume sont mieux tolérées, que le liquide doit être poussé très lentement et qu'il ne faut jamais masser la région. Même recommandation pour les nodosités.

(Lyon Méd.)

—:o:—

CHIRURGIE

TECHNIQUE DE L'ABLATION DES CANCERS DE LA LEVRE INFÉRIEURE ET DES OPÉRATIONS RÉPARATRICES CONSÉCUTIVES.

Par M. le Dr. M. Morestin.

Si la cure chirurgicale du cancer de la lèvre inférieure, malgré la précocité habituelle du diagnostic, est encore suivie de tant d'insuccès, c'est, pense M. Morestin, non seulement à cause de la malignité du néoplasme, mais à cause de l'imperfection de la technique à laquelle nombre de chirurgiens ont encore recours. L'extirpation des ganglions est fréquemment négligée, et, quant à l'extirpation de la lésion labiale elle-même, elle est trop souvent faite avec le souci de ménager l'étoffe, et l'antique procédé en V jouit toujours d'autant de faveur.

M. Morestin a adopté une technique opératoire tout autre.

Quel que soit le volume du néoplasme, si rapproché soit-il de son début, M. Morestin pense que l'extirpation des ganglions menacés s'impose d'une façon formelle. Quand la lésion est franchement unilatérale, on doit se borner à l'évidement de la loge sous-maxillaire correspondante, en y joignant l'ablation des ganglions sous-hyoïdiens médians, et ce temps de l'opération doit être pratiqué en pré-

mier lieu. Une incision courbe ou coudée, partant de l'angle de la mâchoire pour aboutir derrière le menton après s'être recourbée au niveau de l'os hyoïde, est fort recommandable. — Quand le néoplasme est médian, le curage doit être bilatéral. En pareil cas, M. Morestin trace d'ordinaire une incision en jugulaire de casque, allant d'un angle à l'autre du maxillaire inférieur et passant juste sur le corps de l'hyoïde. La peau est décollée en avant et l'on a sous les yeux toute la région sous-hyoïdienne, dont la dissection, très complète et minutieuse, s'effectue avec méthode et rapidité, sans perte de sang.

La plaie cervicale étant suturée, avec ou sans drains, commence la partie labiale de l'opération. Ici, renonçant à l'habituelle incision en V, M. Morestin sacrifie une étendue bien plus considérable de tissus, tâchant d'enlever le plus possible des parties molles où cheminent les lymphatiques de la région infectée. Dans ce but, et lorsqu'il s'agit d'une lésion unilatérale, il détache toute la moitié correspondante de la lèvre par une incision en trapèze: première incision, verticale et médiane; deuxième incision, courbe, à concavité inférieure, partant de l'extrémité basse de la précédente, immédiatement au-dessus de l'éminence du menton, et allant rejoindre la troisième qui, se détachant de la commissure, descend très obliquement en bas et en arrière jusqu'au bord inférieur du maxillaire.

Quand la lésion est médiane et assez étendue, la lèvre est enlevée en totalité à l'aide de trois incisions, une transversale contournant l'éminence du menton et venant à la rencontre de deux autres, obliques d'avant en arrière et de haut en bas, allant de la commissure au bord du maxillaire.

— Reste à refaire la lèvre. La brèche à combler semble tout d'abord considérable, mais cette opération réparatrice est relativement facile, surtout chez les vieillards, dont les tissus sont flasques.

Quand l'ablation a été unilatérale, on peut prolonger l'incision transversale du côté sain jusqu'au delà de la commissure, faire glisser la partie restante ainsi libérée et formant un lambeau rectangulaire, donner du jeu à ce lambeau en sectionnant la muqueuse du sillon gingivo-génien, mobiliser également la partie correspondante de la joue du côté opéré, et suturer, puis rectifier la commissure du côté sain, par un débridement suivi de suture mucocutanée. On peut encore prélever un lambeau génio-labial, comprenant un tiers de la lèvre supérieure, lambeau à base inférieure, l'abaisser et le suturer à la moitié restante, après avoir excisé la bordure rouge labiale attenante à sa partie antérieure. Ce dernier procédé est plus simple.

Il est surtout indiqué pour réparer la lèvre inférieure en totalité. On taille de chaque côté un lambeau rectangulaire, à base inféro-externe, lambeau taillé aux dépens de la joue et de la lèvre supérieure. Ils sont ramenés vers la ligne médiane et suturés l'un à l'autre. D'autres rangs de suture les fixent en bas, puis juxtaposent, du côté du bord libre, la muqueuse à la peau, enfin unissent les tranches de section de la lèvre supérieure aux tran-

ches de section correspondants de la joue à droite et à gauche.

Il n'y a pas de procédé plus simple et plus sûr pour mener à bien ces réparations totales de la lèvre inférieure; les lambeaux sont amplement suffisants, et le succès certain. Il faut avoir soin d'amincir les commissures, en excisant tout ce qui peut gêner la bonne application des sutures mucocutanées, de façon à affronter sans effort et régulièrement.

(La Presse Méd.)

— o o —

Thérapeutique et Mat. Médicale

TRAITEMENT DE L'AGITATION ET DE L'INSOMNIE.

Au chloral toujours la première place; à la dose moyenne de 2 gr. pour la femme, de 3 gr. pour l'homme, dose pouvant être longtemps continuée sans trop craindre l'accoutumance ou l'intolérance. Le delirium tremens n'en reste pas moins sa principale indication. Le trional doit être préféré au sulfonal, mais surtout son union avec la paralaléhyde; soit: trional 1, paralaléhyde 2, huile d'amande douce 15, que l'on peut prescrire en émulsion, en suppositoire, en lavement.

C'est chez les neurasthéniques que les faibles doses d'opium sont particulièrement excitantes; les mélancoliques anxieux tolèrent admirablement l'opium, et chez eux il est quelquefois utile de supprimer brusquement le médicament après avoir atteint de fortes doses (1). L'opium agit spécialement contre les éléments spasme et douleur, alors qu'il y a asthénie, faiblesse, dépression vasculaire. La morphine est inférieure à l'opium dans l'agitation anxieuse, supérieure par contre dans l'état mélancolique simple. La combinaison morphine-atropine est sédative et narcotique. Le phosphate de codéine (0,10, hypodermiquement, 0,30 en pilules) serait l'hypnagogue par excellence du mélancolique. L'hyoscine et la duboisine sont essentiellement toxiques, la duboisine un peu moins. Ne pas dépasser les doses de 1 à 3 milligrammes.

Le bromure de potassium, en dehors de son action anti-épileptique, est essentiellement un sédatif; ce n'est pas un hypnagogue; il ne fait qu'inviter au sommeil. Son indication générale est la surexcitation du nervosisme, la neurasthénie. Chez l'épileptique, il ne faut pas oublier sa combinaison avec la diète des chlorures (Toulouse et Richet).

B) Agents physiques. Alitement. Il s'adresse surtout à l'agitation, plus spécialement à celle de la manie simple. Magnan le préconise surtout dans l'alcoolisme aigu et subaigu. Ce n'est pas un reproche sérieux à faire à la clinothérapie que la manie lectuaire, c'est-à-dire le refus opposé par le malade au lever. L'auteur s'occupe ensuite des bains prolongés et permanents, car il s'agit de tout autre

chose que du simple bain tiède, donné le soir contre l'insomnie. Mais par trop souvent l'hyoscine a été donnée en même temps; une statistique manque. Le bain sédatif prolongé doit être de 33 degrés environ. Le bain chaud de 40 degrés risque d'exciter trop, de trop élever la pression artérielle. La balnéation froide, complètement abandonnée dans les maladies mentales, serait formellement indiquée dans le delirium tremens. Quant à son emploi dans les psychoses et les délires aigus accompagnés de fièvre, les documents manquent. L'enveloppement humide est de moins en moins employé à cause de quelques cas de morts par congestion pulmonaire, par colapsus.

Discussion: Cullerre croit l'alcool utile contre l'agitation et l'insomnie des athéromateux et des déments séniles: un verre de vin de Bordeaux et même une potion de Todd. Est également sédatif de l'agitation incoercible de certains maniaques épileptiques, mélancoliques, l'injection de 3,00 à 5,00 gr. de sérum artificiel. — Deschamps repousse une thérapeutique violente, par trop symptomatique; il se borne le plus souvent au régime lacto-végétérien, aux laxatifs, à la balnéation, et la balnéation plutôt chaude lui paraît souvent indiquée. — Lallemand est pour la bromhydrate, de scopolamine 3 milligrammes en 24 heures; mais chez les déprimés celui-ci est plus nuisible qu'utile. — Devos croit à la codéine et au bromure de camphre pour amener le sommeil. Contre l'excitation, l'agitation, volontiers il recourt à la digitale, à la digitaline, à l'aconitine, à la cicutine. — M. Dubois, d'une manière générale, repousse les médicaments; il admet presque exclusivement le traitement psychique. — Pour Dautrebente les enveloppements humides à la température ambiante sont supérieurs à l'alitement; il repousse l'eau chaude, parce que le malade ne réagit pas.

(Congrès des aliénistes à Bruxelles.)

— : o : —

MODES D'ADMINISTRATION DE LA LEVURE DE BIÈRE.

Par M. le Dr. Lacombe.

1. Par la bouche 2 à 3 cuillerées à café par jour de levûre sèche (la levûre fraîche serait donnée à dose triple), entre les repas, dans un verre à Bordeaux, d'eau ou de lait sucré pour une cuillerée à café de levûre: 2. en lavements (affections intestinales, ordinairement donner en même temps la levûre par la bouche): une cuillerée à bouche de levûre pour un adulte, dans 150 grammes d'eau bouillie; 1 à 3 par jour; 3. en applications locales dans les affection génito-urinaires; la levûre est diluée dans l'eau en consistance sirupeuse. L'auteur en injecte 10 à 20 cent. cubes dans le vagin; un tampon empêche l'écoulement au dehors. Des injections au tome réussissent contre la blennorrhagie masculine.

(Presse Médic.)

— : o : —

QUELQUES CONSIDERATIONS SUR L'ADMINISTRATION PAR VOIE BUCCALE DE HAUTES DOSES DE CODEINE.

Par M. le Dr. Merlet.

Il est curieux de constater que la codéine qui a, en France, une réputation plutôt mauvaise, est au contraire très recommandée à l'étranger, même à doses élevées chez les enfants, les vieillards et même les cachectiques. Alors que l'École française, avec Berthé et Laborde, déclare qu'elle constitue un poison violent et que sa prétendue innocuité est due à une accoutumance rapide de l'organisme, l'École allemande est d'un avis diamétralement opposé. Le professeur von Mering, de l'Université de Halle, affirme que la toxicité réelle de la codéine est vingt fois moindre que celle de la morphine, et Kersch, est l'auteur des travaux les plus complets faits jusqu'ici sur cet alcaloïde, constate que l'homme a une bien plus grande capacité de résistance à son égard et qu'au surplus, ce médicament s'élimine à travers les reins, beaucoup plus vite que la morphine. Franckel, Fischer, Grunther déclarent que l'on peut donner la codéine sans aucune crainte, et Rheiner même l'a employée à doses relativement élevées chez des enfants, et il n'a jamais eu le moindre accident. Cependant, en France aussi, certains auteurs ont tâché de réagir contre cette tendance fâcheuse qui consiste à considérer la codéine comme un médicament difficilement maniable; voici déjà longtemps que Rabuteau écrivait que la codéine pure ne peut être dangereuse chez l'homme qu'à de hautes doses, qui doivent, dans tous les cas, être supérieures à 0.15 centigrammes chez l'adulte, et que G. Bardet faisait sur lui-même des expériences concluantes qui prouvaient que la dose de 0.40 centigrammes pouvait être dépassée sans danger. Ce sont ces expériences que le même auteur a renouvelées, il y a deux ans, et qui établissent nettement que la codéine n'est ni dangereuse, ni hypnotique, à la dose de 0.60 et même de 0.80 centigrammes par jour. Enfin, Clause, dans une thèse toute récente, recommande la codéine dans les états mélancoliques et, se basant sur ces expériences personnelles que sur l'opinion des auteurs précités et sur celles de nombreux autres expérimentateurs distingués, tels que Kobler, Lowenmayer, Braithwaite, Brunton, Preininger, etc., etc., il conclut que cet alcaloïde n'a aucune action fumeuse ni sur l'estomac, ni sur l'intestin, qu'il ne crée pas d'accoutumance chez le malade et qu'il n'occasionne aucun des accidents toxiques si fréquents après l'emploi de la morphine et de l'opium.

Pendant l'hiver de 1902-1903, ayant eu à soigner de nombreux cas de grippe infectieuse, pour combattre la toux si tenace, si opiniâtre, si pénible pour le malade, nous avons eu recours à la codéine, que nous avons pu employer à la dose de 0,30 centigrammes, pro die, sans observer, nous non plus, aucun accident toxique.

Nous ajouterons même que nous n'avons observé chez les malades aucun phénomène pénible, ni

même désagréable. Nous n'avons jamais vu de nausées, ni de vomissements, ni d'exaltation de l'excitabilité réflexe de la moelle épinière.

Pour renforcer l'action de la codéine, nous ajoutions une faible quantité de laurier cerise et, comme excipient, nous employons le sirop de capillaire ou le baume de Tolu.

La codéine était dissoute dans un mélange hydro-alcoolique; la solution était au vingtième, c'est-à-dire qu'un gramme du mélange contenait cinq centigrammes de codéine; et nous formulons alors la potion suivante:

Solution forte de codéine, 12 gr., soit 0,60 de codéine.

Eau de laurier cerise distillée, 15 gr.

Sirop de Baume de Tolu a. s. pour remplir une fiole de 210 gr., contenant environ 13 cuillerées à dessert de 16 gr. environ.

Comme nous nous servions de fioles graduées, et que nous visitions journellement les malades, nous avons toujours su avec une exactitude suffisante quelle quantité de codéine absorbaient les malades.

Disons, pour être complet, que nous mettions dans nos sirops une certaine dose d'alcool à 60 d., 15 gr. environ pour assurer la parfaite solubilité de la codéine.

De ces observations nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes: 1. La codéine prise à haute dose n'est pas toxique; on peut en donner à un adulte, sans inconvénient, une dose de 30 centigrammes; et, en surveillant le malade, cette dose pourra être dépassée. Quoi qu'il en soit, la dose de 30 centigr. est efficace dans bien des cas. 2. Elle est le plus souvent très bien tolérée. 3. Nous avons pu constater, comme les auteurs qui ont étudié la question avant nous, que la codéine pure était très peu soporifique.

(Gaz. Méd. de Paris.)

GYNECOLOGIE

MASSAGE GYNECOLOGIQUE.

D'après Madame Hélène Sosnowaska, la technique du massage gynécologique est très simple et se résume en quatre termes: appuyer, pousser, tirer et frotter.

La main gauche appuie, pousse et tire, la main droite frotte.

Dans tout traitement, nous commençons par le masso-diagnostic dont la technique est la suivante.

Les malades sont examinées d'abord debout, ensuite couchées.

Temps debout: l'index gauche dans le rectum appuie doucement sur toutes les parois du petit bassin, et explore la situation de tous les organes pelviens et leur sensibilité; pendant ce temps le pouce gauche appuie doucement sur la paroi antérieure du col utérin.

Pour le temps pendant lequel la malade est couchée, la manière de masser est la suivante:

1. L'index gauche soutient l'organe, et la main droite extérieurement fait des frottements circulaires en appuyant légèrement de la superficie vers la profondeur. Ces mouvements doivent être faits de la périphérie du bassin vers le centre.

2. Tout l'utérus est poussé de gauche à droite, de droite à gauche, d'avant en arrière et d'arrière en avant avec l'index gauche de la main droite combinés.

Voici maintenant la technique du massage proprement dit dans les différentes maladies des femmes.

1. Dans la cellulite. — L'index gauche, en même temps qu'il appuie, frotte doucement les parois du bassin par le rectum, la malade étant debout; par le vagin, lorsqu'elle est couchée.

2. Dans les anexites. — La malade étant couchée, la technique est la même que pendant le masso-diagnostic (temps où elle est couchée).

3. Dans les adhérences de l'utérus et des annexes, on tire, pousse et tend, tantôt avec l'index, tantôt avec les deux mains combinées.

4. Dans les rétro-déviations, trois cas peuvent se présenter, pour chacun desquels la technique du massage diffère:

1er cas. — L'utérus est très petit, très mobile et très facile à redresser.

La malade étant couchée, on appuie avec l'index gauche sur la paroi antérieure du col utérin, tandis que les doigts 2, 3, 4 de la main droite font des frottements doux semi-circulaires, de haut en bas de la face postérieure de l'utérus, en dirigeant cet organe vers sa place normale, c'est-à-dire vers le pubis.

2e cas. — L'utérus est gros, lourd et haut placé.

On fait le redressement en deux temps.

a) La malade est debout. — Avec l'index gauche placé dans le rectum, le plus haut possible, on pousse doucement l'utérus d'arrière en avant et de haut en bas. Si l'utérus n'est pas du tout sensible, on lui donne une petite secousse plusieurs fois répétée avec l'index d'arrière en avant, ce qui le pousse plus en avant, et le fait descendre un peu.

b) La malade est couchée. — L'index introduit dans le vagin appuie d'avant en arrière sur le col utérin et la main droite fait des frottements demi-circulaires sur la face postérieure de l'utérus de haut en bas, comme dans le premier cas.

3. — L'utérus n'est pas redressé par les deux procédés précédents.

Il faut agir ainsi:

L'opération se fait également en deux temps.

La première partie est identique au premier temps du procédé précédent, sauf que j'insiste davantage sur la petite secousse imprimée par l'index gauche à l'utérus d'arrière en avant.

Dans la seconde partie, la malade est couchée. L'index gauche est placé dans le cul-de-sac de Douglas aussi haut que possible, de manière que l'utérus soit couché sur la face palmaire de l'index,

Pendant ce temps, la main droite placée extérieurement aussi sur la face postérieure du fond de l'utérus le pousse et le relève d'arrière en avant simultanément avec l'index gauche.

Enfin, quand l'utérus est redressé, on replace l'index gauche sur la face antérieure du col utérin et la main droite fait des frottements semi-circulaires de haut en bas sur la face postérieure du fond et du col utérin.

5. Dans les latéro-déviations de l'utérus renversé, on doit faire le mouvement suivant:

La malade étant debout, l'index dans le rectum, contre le bord de l'utérus, et le pouce dans le vagin contre le bord du col, poussant simultanément tout l'utérus de l'extérieur à l'intérieur jusqu'à ce qu'il soit au milieu du bassin et ensuite on procède pour le redresser comme dans l'un des cas précédents.

6. Si l'utérus est très haut placé, on agira comme il a été indiqué dans le temps debout.

Dans les prolapsus utérins, la technique du massage est celle-ci:

Deux opérateurs sont nécessaires et la malade doit être couchée.

L'utérus est en antéversion:

L'un des opérateurs avec l'index gauche, appuie doucement sur la face antérieure du col utérin d'avant en arrière, tandis que la face palmaire des doigts 2, 3, 4, de la main droite appuie extérieurement aussi doucement que possible sur la face antérieure du col d'avant en arrière.

La main droite est retirée lorsque le second opérateur commence.

Celui-ci, agenouillé sur la chaise longue, en face de la malade, saisit l'utérus de ses deux mains profondément enfoncées dans le bassin et le tire de bas en haut et d'arrière en avant, puis le laisse doucement retomber.

Après chaque séance, il est nécessaire de faire toujours pendant dix minutes du massage vibratoire sur le ventre.

En terminant il est important de dire que le massage gynécologique ne doit jamais laisser de douleur, car si les manipulations avaient été un peu douloureuses, le massage vibratoire calmerait complètement la malade.

(Le concours médical.)

SYPHILICRAPHIE

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PENDANT LA GROSSESSE PAR L'HUILE GRISE.

Par M. le Dr. J. Isay.

"Toute femme enceinte syphilitique ou ayant conçu d'un syphilitique doit être traitée et le plus tôt possible". Déterminer le traitement de choix, tel est le sujet de la thèse du Dr. J. Isay.

Après un exposé rapide, l'auteur passe en revue les différents traitements de la syphilis pen-

dant la grossesse et conclut que l'injection est le meilleur mode d'administration du médicament. Pas de supercherie possible, le médecin donne des doses exactes, garde facilement son secret et ne lèse en aucune façon le tube digestif et la peau.

Mais quelle préparation employer? L'injection soluble est préférable, mais demande une trop grande dépense de temps et d'argent. Reste l'injection insoluble. "Dépot d'approvisionnement de mercure." Et c'est à l'huile grise que le Dr. Isay donne la préférence, laissant de côté le calomel qui, s'il est actif, provoque une douleur très intense, des nodosités fréquentes et des abcès pouvant entraîner l'escharre.

Pour l'injection d'huile grise, l'auteur recommande la formule de Lafay:

Mercure purifié... ..	40 gr.
Lanoline anhydre stérilisée... ..	12 —
Vaseline blanche... ..	13 —
Huile de vaseline médicale purifiée... ..	35 —

Tout doit être stérile avant la préparation. On détruirait l'émulsion en stérilisant l'huile grise ou en la chauffant outre mesure. Pour l'usage, chauffer légèrement le flacon puis l'agiter fortement. Employer une aiguille de 6 ou 7 centimètres, en platine, et injecter comme dose moyenne pour la femme de 5 à 7 centigrammes de mercure.

La région fessière est le lieu d'élection pour l'injection. Entre les points de Smirnof, de Galliot, de Fournier, de Barthélemy, c'est à ce dernier que l'auteur donne la préférence. Il se trouve situé au milieu d'une ligne qui joint le sommet du pli interfessier à l'épine illiaque antérieure et supérieure et qui répond à peu près exactement au bord externe du muscle grand fessier.

Pousser l'aiguille perpendiculairement à la peau, s'assurer qu'elle est bien dans le muscle et ne pénètre pas dans un vaisseau. Faire l'injection et ne pas masser consécutivement.

Au point de vue de la fréquence des injections, le Dr. Isay donne les conseils suivants:

I. — Syphilis paternelle datant de quatre ans, soignée mais non immédiatement avant le mariage — mère saine — une injection par mois.

II. — Syphilis paternelle datant d'un ou deux ans — mère saine — faire les injections par séries de six; une par semaine pendant six mois, une toute les trois semaines en fin de grossesse.

III. — Syphilis paternelle et maternelle sans accidents au moment de la grossesse. Une injection tous les quinze jours au début, une tous les mois ensuite.

IV. — Mère en pleine syphilis. Traitement intensif. Séries de six piqûres avec intervalle de trois semaines entre chaque série.

L'injection est toujours parfaitement supportée; la douleur nulle dans la majorité des cas. On constate parfois un peu d'engourdissement de la région pendant un jour ou deux. La marche n'est aucunement gênée, ni le sommeil suspendu. Sur 1,500 in-

jections faites à 130 femmes, on n'a pas observé un seul abcès et l'on n'a vu que 10 indurations, dont la plus grosse avait le volume d'une noisette. L'embolie n'est pas signalée et les quelques cas de névrite observés sont sans doute imputables à des injections faites en mauvaise place. La stomatite rare guérit très bien par le gargarisme d'eau oxygénée à 1-5.

La seule contre-indication sérieuse de l'injection d'huile grise est l'albuminurie.

Si le traitement a été institué à temps et bien dirigé, l'enfant naît à terme et sain; l'hydramnios ne se produit pas et le poids du placenta est sensiblement normal. Si le traitement n'a pu être appliqué dès le début de la grossesse, l'enfant naît cependant très viable et susceptible de bénéficier du traitement par les frictions mercurielles ou par la liqueur de Van Swieten administrée à l'intérieur.

(Le mois thérap.)

— : o : —

SUR L'ICTERE SYPHILITIQUE.

Par M. le Dr. Simionescu.

Jusqu'à preuve du contraire, il reste bien établi que, quand l'ictère s'observe chez un malade avec des manifestations secondaires, il y a une relation étroite et indubitable entre ces deux apparitions. Que tous les syphilitiques n'aient pas de l'ictère, cela tient aussi à la prédisposition individuelle et particulièrement des organes.

On sait que le cerveau et la moëlle épinière e première ligne, le foie, etc., en seconde, sont envahis par l'infection spécifique.

(La Presse Médicale.)

— : o : —

L'ATROPHIE CIRCINÉE DU SCROTUM EN TANT QUE STIGMATE DE LA SYPHILIS

Par M. le Dr. Nobb.

Il s'agit d'un signe de syphilis ancienne se présentant chez 18: 100 environ de sujets exempts de toute manifestation actuelle, autorisant l'affirmation de la syphilis, mais dont l'absence ne permet pas de la nier. Chez les 2 porteurs qui l'ont présenté, la syphilis remontait entre 2 ans 1-2 à 24 ans il paraît devoir être qualifié indélébile.

A la surface des parties antérieures et latérales du scrotum on découvre de petites marques circinées très délicates, brillantes comme du mica ou du satin, souvent nettement appréciables qu'à la lumière réfléchie. De près, ces formations sont constituées par des granulations à bords serpigneux, déchiquetés, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de millet, nettement délimitées par des facettes à bords curvilignes.

La couche normale de l'épiderme paraît interrompue au niveau de leurs bords. Ces îlots amincis et de coloration gris bleuâtre s'effacent complète-

ment lorsqu'on étale les téguments. De leur juxtaposition résultent parfois des disques de la dimension d'un pois, comme divisés en plusieurs fragments. Ces marques, pauvres en pigment, sont d'autant plus nettes que le scrotum est plus développé, plus pigmenté. J'ai dit le stigmate être indélébile; tout au plus l'application d'une pommade peut-elle effacer le contour des îlots atrophiques; cette application suspendue, ceux-ci réapparaissent avec toute leur netteté.

(Semaine médicale.)

— o o : —

OTOLOGIE, RHINOLOGIE, LARYNGOLOGIE.

OSTEITES APOPHYSAIRES DE CROISSANCE

Par M. le Dr. J. Comby.

Il existe dans la seconde enfance et l'adolescence, chez les sujets qui grandissent vite, une ostéite atténuée qui affecte spécialement les tubérosités antéro-supérieures des tibias.

Cette ostéite apophysaire de croissance est peut-être plus fréquente chez les filles que chez les garçons; elle affecte symétriquement les deux tubérosités; mais parfois elle peut être unilatérale ou prédominante d'un côté; elle se traduit par un gonflement notable, appréciable, à la vue à la palpation, sans chaleur ni fluctuation. Son symptôme capital est la douleur. Cette douleur survient spontanément, au repos; elle est surtout provoquée par les mouvements, par la marche, par la pression.

Il n'y a pas de fièvre, l'appétit est conservé, l'état général n'est pas atteint.

La durée peut être longue, mais la terminaison se fait par résolution.

Il est facile de reconnaître le siège et la nature du mal. La douleur et le gonflement sont nettement localisés aux apophyses tibiales; l'articulation du genou est indemne.

Comme traitement il faut prescrire le repos au lit pendant huit jours, au besoin trois semaines. Rapidement on voit, sous l'influence de cette simple mesure d'hygiène, les douleurs disparaître et la tuméfaction s'atténuer. Concurrément, on donnera des bains qui agissent aussi comme antiphlogistiques et sédatifs. On peut ajouter au bain, qui sera pris tiède (34 à 35 d.) pendant quinze à vingt minutes, un kilogramme de sel marin. On répétera le bain deux ou trois fois par semaine.

Localement, on agira sur la tuméfaction à l'aide de badigeonnages de teinture d'iode répétés tous les deux jours. Ou bien on se contentera de protéger les tubérosités avec une rondelle d'emplâtre de Viro.

On prescrira en même temps une bonne nourriture, l'huile de foie de morue, le glycéro-phosphate de chaux.

(Archives de Médecine des enfants.)

FORMULAIRE

FORMULAIRE ET APPLICATIONS DU GAÏACOL.

Par M. le Dr. Paul Lefert.

Le Gaïacol est le principe constituant de la créosote de hêtre. — On ne doit prescrire que le gaïacol cristallisé synthétique. On l'emploie à l'intérieur comme antiseptique des voies respiratoires, dans la phtisie pulmonaire, les bronchites fébriles, la gangrène pulmonaire, la pleurésie purulente. On l'administre par la voie buccale, à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 50 par 24 heures, en pilules, capsules, ou en solution alcoolique:

Gaïacol cristallisé synthétique...	10 grammes
Rhum... ..	30 "
Eau distillée... ..	200 "

8 à 10 cuillerées à café par jour, dans de l'eau ou du lait. Il a l'inconvénient d'être caustique et d'irriter le tube digestif. Par la voie hypodermique, on l'emploie à doses moins élevées: 0 gr. 10 à 0 gr. 25 de gaïacol cristallisé synthétique, dissous dans l'huile d'olive neutre et parfaitement stérilisée:

Gaïacol cristallisé synthétique...	5 grammes
Huile stérilisée... ..	100 —

On injecte tous les jours 2 à 5 centimètres cubes de cette solution. Son emploi doit être surveillé chez les sujets dont la fonction rénale est insuffisante.

Dans la dilatation des bronches, les bronchites chroniques, Grainger Stewart préconise le gaïacol en injection intra-laryngée. Il emploie la solution suivante:

Gaïacol cristallisé... ..	2 parties.
Menthol... ..	10 —
Huile d'olives stérilisée... ..	88 —

Il injecte, deux fois par jour, 4 grammes de cette solution dans le larynx. M. Naught a employé également cette méthode avec succès dans la bronchite fétide.

Dans les angines pultacées, les amygdalites, les badigeonnages pharyngés donnent de très bons résultats, non seulement contre la fièvre, mais contre la douleur.

La solution glycinée est alors préférable à la solution huileuse. On formulera chez l'adulte:

Gaïacol cristallisé... ..	2 grammes
Glycérine... ..	2 —

Chez l'enfant, la dose sera plus faible et l'action

du médicament surveillée de très près:

Gaïacol cristallisé... ..	1 gramme
Glycérine... ..	3 —

La première cuisson est vive, le goût assez désagréable, mais le soulagement est rapide.

Les badigeonnages externes de gaïacol sont employés comme antithermiques (Sciolla) dans la tuberculose, la fièvre typhoïde, les pleurésies, l'influenza, la pneumonie, le rhumatisme, l'érysipèle; on se sert d'un mélange à parties égales de gaïacol et d'huile d'olives stérilisée.

On ne dépassera pas, pour les premiers badigeonnages, 2 gr. de ce mélange, soit 1 gr. de gaïacol. Des doses plus fortes ont parfois donné des accidents d'agitation, puis du collapsus.

Le mélange sera appliqué sur une assez grande surface, 0.20 centimètres carrés environ. Il faut recouvrir la partie enduite d'un carré de tarlatane, de linge fin ou de flanelle et d'un taffetas gommé maintenu par une bande pour empêcher le liquide de fuser dans tous les sens et faciliter l'absorption.

Dans la pleurésie, on associe la teinture d'iode au gaïacol:

Gaïacol... ..	3 grammes
Glycérine... ..	20 —
Teinture d'iode... ..	20 —

Comme analgésiques, les badigeonnages de gaïacol sont usités dans les névralgies, sciatique, névralgie intercostale liée ou non à la tuberculose, douleurs de la coxalgie, du rhumatisme articulaire aigu: on emploie, soit le mélange à parties égales de gaïacol et d'huile, soit le mélange suivant:

Gaïacol... ..	5 grammes
Essence de térébenthine... ..	35 —
Alcool de lavande... ..	120 —

En résumé, le gaïacol trouve de nombreuses ap-

plications en thérapeutique, mais c'est surtout dans les affections tuberculeuses qu'il est indiqué.

(Formulaire des nouveautés médicales.)

NOUVELLES

Naissances.

—A Coteau Station, le 14 du courant, l'épouse du Dr. J. C. Ducharme, un fils: Joseph-Jean-Paul.

—Le 21 janvier, l'épouse du Dr. P. H. Bédard, de Québec, une fille, Marie-Joséphine Négédia.

Nécrologie.

—Nous avons le regret d'annoncer la mort de l'épouse de M. le Dr. A. Douth, née Marie-Thérèse de Beuillefeuille, décédée à Delorimier, le 17 courant, à l'âge de 23 ans et 4 mois.

Nos sincères sympathies au confrère si cruellement éprouvé.

SUPPLEMENT

HEMOPTISIE GRAVE TRAITEE DOSIMETRIQUEMENT.

Par M. le Dr. H. Vigouroux.

Je donne mes soins depuis huit années à une jeune demoiselle qui a aujourd'hui 23 ans. Elle présente, depuis l'âge de seize ans, une lésion grave au sommet du poumon droit. Tous les signes, en effet, de la période de ramollissement existent: toux très grave, crachats verdâtres et opaques le matin, jaunes dans la journée, homogènes, arrondis, lourds; matité, craquements, râles sonores.

La lésion a fait quelques progrès depuis l'écllosion de la maladie, mais l'état général s'est maintenu relativement bon. Comme elle passe tous les ans quatre mois à la campagne, comme, pendant l'hiver, elle peut se soigner aussi bien que possible, elle allait pour ainsi dire très bien jusqu'au commencement de juin dernier. Elle avait même pu, durant la mauvaise saison dernière, sortir, aller au théâtre en matinée, assister à des soirées où elle dansait de très bon cœur, sans fatigue aucune, en fin mener l'existence de tout le monde, comme si elle n'était pas malade. Elle était, du reste, convaincue qu'elle n'avait plus rien. Elle avait bien toussé de temps en temps, expectoré, surtout le matin, quelques crachats verdâtres, mais elle pensait qu'elle était guérie.

Et voilà que, tout à coup, au moment où elle s'y attendait le moins, une hémoptysie épouvantable, la première, vient la jeter dans des transes terribles. Elle n'avait fait aucune imprudence; elle n'avait pas pris froid; elle ne se sentait pas fatiguée son appétit était toujours excellent; sa respiration, bonne; elle avait pris un peu d'embonpoint, et, malgré tout, elle s'était mise à vomir une grande quantité d'un sang pur, rouge et bouillonnant.

Et aussitôt elle se trouble, se tourmente; sa gaieté disparaît, elle croit que ce sera bientôt fini, qu'elle ne tardera pas à mourir.

J'ai beau la reconforter, lui affirmer que ce ne sera rien, que dans une dizaine de jours elle sera remise, je ne peux lui ramener le sourire sur les lèvres, sourire qu'il était très facile auparavant d'obtenir.

Je l'ausculte et je n'entends pas plus de râles que d'habitude à la partie antérieure de la poitrine, mais j'entends davantage dans le dos jusqu'au milieu de l'omoplate.

Je fais appliquer immédiatement un sinapisme derrière chaque mollet, et, dans l'après-midi, deux aux cuisses.

Je prescris:

- Granules d'ergotine;
- de digitaline;
- d'arséniat de strychnine.

un granule de chaque toutes les demi-heures, et afin

de décongestionner le cœur et le poumon, j'ajoute la triade suivante:

- Aconitine,
- Vératrine,
- Caféine,

un granule de chaque toutes les demi-heures, à prendre en même temps que les précédents.

Comme nourriture, bouillon et lait.

Le lendemain matin l'expectoration n'est plus d'un rouge vil; l'hémorragie semble être arrêtée. Ma jeune malade se sent un peu mieux. Mais comme je crains que le sang ne revienne, je recommande qu'on continue à lui faire bien prendre les granules.

Le 3 juin, j'apprends que la veille à 4 heures de l'après-midi, la malade s'est sentie plus mal; la figure s'est congestionnée, une petite toux sèche est survenue, et, quelques secondes après, le sang a paru en grande quantité.

Comme l'hémoptysie s'était produite la première fois à 4 heures de l'après-midi, j'ai ajouté, dans le but de mieux combattre cette hémorragie périodique, les

granules d'hydro-cyanate de quinine, deux à la fois toutes les deux heures.

Le lendemain matin je trouve ma malade plus calme. Dans l'après-midi, elle avait eu encore un peu de congestion à la tête; elle avait bien craint de cracher de nouveau du sang, mais l'hémoptysie ne s'était pas produite. Elle se sent très faim; je ne juge pas cependant prudent de lui laisser prendre une nourriture solide et je ne permets que le lait. L'expectoration est encore abondante; elle renferme du sang noir. Les râles sont très nombreux au sommet du poumon, en arrière, jusqu'aux deux tiers inférieurs de l'omoplate, et, en avant, jusqu'à la naissance du sein. Je ne change rien au traitement.

(A Suivre.)

—: o: —

LA MORTALITE A MONTREAL EN 1903.

—La mortalité, à Montréal, a atteint pendant l'année 1903, le chiffre total de 6,941, soit une augmentation de 666 sur l'année 1902.

Voici le détail par mois:

Janvier, 550; Février, 484; Mars, 546; Avr'l, 583; Mai, 593; Juin, 764; Juillet, 834; Août, 606; Septembre, 477; Octobre, 472; Novembre, 477; Décembre, 555. — Total: 6,941.

D'après le recensement de 1901, le pourcentage de la mortalité est de 24.22 par 1,000. Cependant le Dr Laberge dit que le chiffre de 267,700 donné par le dernier recensement est trop bas, et il dit que cette année la population est de 324,000, ce qui donne un pourcentage de 21 par 1,000.

Ce chiffre serait très bas, si la mortalité infantile n'était aussi considérable.

Voici les chiffres de morts d'enfants pendant les semaines les plus chaudes de l'an dernier:

6 juin, 31; 13 juin, 70; 20 juin, 93; 27 juin, 81; 4 juillet, 87; 11 juillet, 110; 18 juillet, 47; 25 juillet, 81; 1er août, 45; 8 août, 52; 15 août, 40; 22 août, 49; 29 août, 43. — Total: 879.

Soit une augmentation de 129 sur l'année 1902.

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

IX.

Lord Dallshire, après avoir déjeuné, sonna son valet de chambre, serviteur qui répondait au nom de Jimmy et qui n'était à son service que depuis deux jours. Jimmy lui avait été recommandé par Sir Georges Brown.

—Je vais sortir, dit Dallshire et prévenez Lassy, la femme de chambre de dire à Milady, que je desire que ce soir elle se mette en toilette, car nous aurons quelqu'un à dîner.

—C'est bien, milord, je vais immédiatement prévenir Lassy. Jimmy toucha les talons et s'en fut trouver Lassy qui travaillait dans la lingerie.

—C'est moi, Miss Lassy dit le jeune homme en entrant, je viens de voir Milord Dallshire et il desire que Milady se mette en toilette ce soir.

—Et pourquoi? demanda Lassy en faisant un geste de surprise.

—Parce que Milord attend quelqu'un pour souper.

—Quelqu'un à souper! s'écria Lassy, qui tombait de surprise en surprise.

—Qui a-t-il de si étonnant, demanda Jimmy, cela n'a en soi rien d'extraordinaire.

—Autrefois, non, M. Jimmy, mais ici oui, car depuis cinq ans que je suis au service de Madame, c'est la première fois que cela arrive.

—Cela démontre que Milord a l'intention de changer ses habitudes.

—Non dit Lassy en secouant sa jolie tête. Il y a dans ceci quelque chose que nous connaissons avant longtemps.

—Alors, questionna Jimmy, cette maison doit être bien triste puisque jamais on y reçoit personne.

—Cette maison, répondit la soubrette, est une prison, qui voit plus de larmes que de sourires, plus de chagrins que de joie.

—Mais alors vous devez cruellement vous y ennuyer? s'écria le jeune homme.

—Je ne suis pas ici pour m'amuser, mais pour un devoir que j'accomplis avec autant de bonheur qu'il est sacré pour moi. Mais vous

M. Jimmy, vous ne pouvez rester ici.

—Je vous avoue, dit Jimmy en riant, qu'être valet de chambre de Lord Dallshire n'est pas chose intéressante, surtout pour un sergent qui a obtenu, à Spion Kop, la croix de Victoria. Mais à côté de ce devoir qui m'a été imposé par mon colonel Sir Georges Brown, j'ai quelque chose de plus doux qui me fait espérer que je resterai ici le plus longtemps possible.

—Que voulez-vous dire? demanda la jeune fille en regardant Jimmy comme pour essayer de deviner sa pensée.

—Je ne suis qu'un pauvre soldat, j'ai été élevé sur une ferme près de Stratford on Avon, chez Mrs Brown la tante du colonel. Lorsque celle-ci mourut ainsi que Nelly, le colonel Brown, qui était alors capitaine me fit engager dans sa compagnie et depuis je ne l'ai pas quitté.

—Mais qu'est-ce que ceci a de commun avec ce que vous me disiez tantôt? demanda Lassy.

Jimmy considéra la soubrette un instant puis se dirigeant vers la porte:

—Je vous le dirai un jour Miss Lassy, mais je préférerais que vous deviniez, de cette façon, j'obtiendrais peut-être votre confiance.

Lassy regarda le jeune homme qui prit congé d'elle, la jeune fille toute confuse ne savait que penser, mais elle avait bien deviné où voulait en venir Jimmy.

—J'en parlerai à Milady, pensa-t-elle, et je verrai alors.

Lassy s'en fut aussitôt prévenir Lady Dallshire et lui répéter les paroles du Lord.

—Un invité, ici, ce soir, dit Florence, qu'est-ce que cela peut bien signifier? Depuis quelques jours tout est changé ici, mon fils qui devait partir la semaine prochaine voit ce départ éternellement prolongé, Lord Dallshire ayant suspendu sa décision.

Florence écrivit à la hâte quelques lignes à Lady Clardy pour la prévenir de l'événement, puis vers les cinq heures s'habilla, se rendant ainsi au désir de son mari.

À sept heures un domestique vint prévenir Lady Dallshire, que le Lord l'attendait au salon.

Florence plus agitée qu'elle ne l'eut voulu paraître, franchit la porte du salon, mais au même instant elle resta là, paralysée par la surprise.

Avec Lord Dallshire elle venait de reconnaître le compagnon d'armes de son frère, le colonel Sir Georges Brown.

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 3 FEVRIER, 1904.

No. 32

Travaux Originaux

SÉRUM ET VACCIN ANTITUBERCULEUX

Par M. le Dr. Alexandre Marmorek.

(Suite et fin)

Avant de donner les résultats des expériences que nous avons entreprises avec ce sérum sur l'animal de laboratoire et ceux de son application à l'homme tuberculeux, nous nous permettrons de revenir au bacille rendu assimilable après avoir subi l'influence du sérum leucotoxique. On ne pouvait pas jusqu'ici injecter à l'animal des bacilles de Koch sans qu'ils fussent la cause d'un abcès. Même exposés à de hautes températures ou détruits par de puissants antiseptiques, ils ne furent jamais digérés par les leucocytes qui pourtant les englobent promptement.

Tout autre est le résultat quand on se sert de bacilles qui ont subi un long contact avec le sérum leucotoxique. On procède de la façon suivantes: on les laisse submerger pendant dix à quinze jours dans du sérum leucotoxique qu'on remplace ensuite par de l'eau physiologique; on chauffe à 100 degré. On retire les bacilles ainsi préparés pour les porter dans du sérum leucocytaire d'abord, et quelques jours après dans du sérum antituberculeux. On observe alors que les bacilles injectés à faible dose aux animaux disparaissent bientôt sans laisser de traces. Rarement une infiltration persiste. En tout cas, le vaccin ne cause jamais d'infection.

Aussitôt que nous avons pu constater la digestion de bacilles tuberculeux, l'idée se pré-

senta à notre esprit que le bacille vraiment assimilé pourrait peut-être conférer une certaine immunité à l'animal. Il est bien possible, en effet, que l'absence d'un état réfractaire chez l'homme ou l'animal provient de l'absence de digestion des bacilles.

Enfin, quand nous avons pu voir des cobayes et des lapins supporter sans formation d'abcès, les injections répétées de quantités assez fortes de bacilles ainsi préparés, nous les avons inoculés avec des bacilles vivants, et nous avons pu constater que même des inoculations particulièrement dangereuses, comme l'introduction abdominale chez le cobaye et l'injection intraveineuse chez le lapin restait sans effets, alors que des animaux de contrôle présentait des lésions très avancées. Il faut à ce vaccin six à sept jours au moins pour produire l'immunité. Elle est assez durable. Jusqu'ici chez le lapin, nous avons pu constater que cet état réfractaire acquis par l'injection de 8 centimètres cubes du vaccin, dure deux mois.

Nous ne savons pas encore si l'immunité ainsi acquise se prolonge au delà de ce terme expérimentalement trouvé. Si l'on pouvait arriver à l'étendre jusqu'à un an, il serait très important d'appliquer ce vaccin à l'espèce bovine, ce que nous nous proposons d'ailleurs de faire.

Un point seulement est à retenir. Comme l'unité de la tuberculose bovine et humaine ne fait plus de doute, il suffira probablement de se servir, pour ces expériences, du même vaccin que nous avons employé pour les petits animaux et qui proviennent de bacilles humains. Mais rien ne serait plus facile, si cela devenait nécessaire, que de préparer, selon la

même méthodé, un vaccin formé par des bacilles de tuberculose bovine.

Nous voulons rendre compte maintenant des effets du sérum antituberculeux sur l'animal, et des essais de son application sur des malades pendant plus d'un an.

Les premiers échantillons de sérum dont nous disposions, furent d'une efficacité beaucoup plus faibles que ceux qui nous ont servis dans ce dernier mois.. D'abord, parce que la toxine était relativement peu active, et ensuite parce que l'immunisation des chevaux n'était pas poussée aussi loin. Pour ces raisons, les résultats d'alors ne sont pas comparables à ceux d'aujourd'hui. Le sérum, en outre, étant passible de perfectionnements, il va sans dire qu'il pourra dans l'avenir être rendu encore plus efficace.

Que peut-on obtenir de l'expérimentation sur l'animal?

Nous nous sommes d'abord adressés exclusivement aux cobayes. Ces animaux, d'une sensibilité énorme pour le bacille de Koch, sont difficiles à immuniser. Il faut de fortes doses de sérum pour le protéger contre de légères quantités de bacilles. Et comment apprécier sa valeur s'il n'est pas encore d'une efficacité absolue? Le critérium admis dans les maladies aiguës — la survie de l'animal traité par rapport au témoin — ne peut pas être valable ici. On observe de trop grandes différences de sensibilité individuelle. La cachexie et la durée de la vie varient si souvent entre deux animaux, injectés dans les conditions identiques. Ce qui est égal et invariable, c'est la marche régulière des lésions anatomiques. Celles-ci furent pour nous le seul guide pour pouvoir constater les influences, même légères du sérum.

C'est pour ces raisons que nous prenons de préférence le lapin comme animal d'expérience. Il est moins sensible, certes, mais les effets de l'infection sont plus constants chez lui. Ici le sérum agit d'une façon nette et sûre sur la maladie expérimentale, et déjà à un moment

où son influence curative chez le cobaye n'est que médiocre. C'était toujours l'infection la plus grave — inoculation intraveineuse — que nous produisions chez le lapin. Le sérum exerce et une action préventive et une action curative. 15 à 20 centimètres cubes de sérum, injectés trois jours avant l'infection, préservent définitivement le lapin.

L'expérience suivante, maintes fois répétée, est encore bien plus intéressante. Des lapins de taille moyenne reçoivent une à deux gouttes d'une émulsion faiblement opalescente de bacilles virulents dans la veine marginale de l'oreille. Quelques heures après l'infection, on injecte à un lot 20 centimètres cubes de notre sérum sous la peau. Le lendemain, un deuxième reçoit 25 centimètres cubes et, deux jours après, un troisième la même dose. Pour les derniers lots nous effectuons encore une fois une injection de 20 centimètres cubes.

Nous gardons quelques animaux comme témoins. Or, vingt jours après l'infection, ces derniers présentent des tubercules innombrables de la grosseur d'une tête d'épingle dans les poumons. A la mort de chaque témoin nous sacrifions un animal de chaque lot. Ils sont toujours indemnes. Ceux que nous n'avons pas tués survivent dans un état de santé parfaite.

Pour l'immunisation préventive des cobayes et de lapins, nous avons constaté un grand avantage à éparpiller les doses, alors que, pour le traitement, nous avons pu nous contenter d'une injection massive. Les doses pour les deux espèces employées sont toujours sensiblement les mêmes; la grande taille du lapin, par rapport au cobaye, est compensée chez ce dernier par une réceptivité plus grande du bacille de Koch. Un sérum trop peu actif pour guérir un cobaye, tout en ralentissant chez lui la marche de l'infection, peut déjà être efficace pour le lapin. C'est donc par ce dernier animal qu'il faut commencer à essayer le sérum. A l'heure actuelle, nous n'avons que la méthode empirique pour l'éprouver. Il est

considéré comme suffisamment actif s'il peut prévenir la tuberculisation du poumon de lapin infecté par injection intraveineuse.

Il est donc expérimentalement prouvé aujourd'hui que le sérum agit contre les bacilles de Koch. Nous concédons volontiers qu'il en faut encore de fortes doses. Mais nous ne devons pas perdre de vue que nous avons expérimenté sur des animaux d'une sensibilité absolue et excessive et dont les moyens naturels de défense sont certainement insuffisants. Déjà le lapin exige, par rapport au cobaye, moins de pouvoir curatif de sérum. L'homme pourvu de moyens de défense très réels contre la tuberculose, devait davantage bénéficier du sérum antituberculeux. Nos résultats du laboratoire, acquis par des expériences les plus variées et sans cesse répétées, nous autorisèrent d'appliquer le nouveau sérum au traitement de la tuberculose humaine.

Il y a plus d'un an que nous avons commencé nos essais. Si l'on se rend compte que, d'une part, nous nous servions encore d'un sérum d'un pouvoir curatif plus faible que celui d'aujourd'hui, et d'autre part, que les malades de ces temps étaient des plus gravement atteints, les premiers résultats ne pouvaient que nous renseigner sur la qualité inoffensive du sérum. Lentement nos résultats commencèrent à se dessiner, car notre sérum devenait plus actif, et on nous confiait des malades moins désespérés. Sans vouloir entrer ici dans les détails d'une description clinique de nos malades, nous pouvons diviser ces derniers en deux groupes généraux: les uns avec des lésions telles que l'organisme entier était fortement intoxiqué; nous y rangeons les malades aux lésions pulmonaires étendues (avec caverne et fièvre persistante), et les méningitiques, les autres atteints d'une tuberculose locale quoique assez grave, mais sans influencer beaucoup l'état général des sujets. L'ordre de ce groupement correspond aussi à la suite chronologique des cas traités.

Nous nous sommes d'abord adressés à l'enfant méningitique se trouvant dans le co-

ma en nous servant de doses minimales (2 centimètres cubes de sérum par jour, les résultats furent également négatifs. Quelquefois l'espoir revenait de pouvoir sauver le petit malade. Quelques symptômes s'amendaient nettement, par exemple le pouls et la respiration devenaient meilleurs, des parésies semblaient rétrocéder, l'état comateux disparaissait, la méningite se prolongeait d'une façon insolite, même pour cette maladie si riche en surprises; mais la déception fut toujours la même. Nous pouvons attribuer notre échec à plusieurs causes. D'abord il est possible que la toxine tuberculeuse, comparable à celle du tétanos par exemple, soit déjà fixée à la cellule cérébrale au moment de l'éclosion des symptômes nets, et alors il serait impossible de détacher la toxine ancrée et impossible par cela d'influencer la méningite même avec un sérum plus perfectionné que celui dont nous disposons actuellement. D'autre part, nous ne pouvons pas oublier que toujours nous arrivâmes trop tard. Car, dans aucun cas, nous ne fûmes appelés à injecter le sérum avant le septième ou le huitième jour, souvent même le dixième ou douzième après le début de la maladie où toute la symptomatologie de la méningite était déjà au grand complet. Il est permis de penser qu'une intervention arrivant beaucoup plus tôt dans la période d'incubation si longue, ou tout au début de la période d'invasion, aurait pu peut-être, dans certains cas, éviter l'issue fatale.

Nous continuons nos essais par des formes très avancées de tuberculose pulmonaire, aux grosses cavernes, à la fièvre hectique, à l'infiltration très étendue, datant depuis des années.

Et ainsi, procédant des cas les plus graves compliqués encore par des infections secondaires, aux cas moins avancés, plus purs, n'ayant pas encore fait de destructions irréparables, nous avons passé par toutes les formes de l'infection tuberculeuse. Un fait prenait bientôt pour nous une importance croissante: c'était l'âge de l'affection. En continuant le

traitement des malades, que la bienveillance des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris a mis à notre disposition — ce dont nous leur sommes profondément reconnaissants — nos observations sur l'influence du sérum nous ont amenés à la conclusion que l'extension de la lésion a bien moins d'importance que son âge. A conditions égales, une lésion grande, mais jeune, peut plus vite et plus facilement guérir qu'une autre beaucoup plus petite, mais ancienne.

Presque tous les cas de tuberculose pulmonaire que nous avons à traiter, étaient avancés, aux crachats abondants, aux bacilles nombreux, très souvent avec fièvre et état général mauvais, et même quelquefois avec des cavernes.

La tuberculose qui nous paraît la plus indiquée pour de tels essais d'application d'un nouveau traitement, est celle que les chirurgiens ont à soigner. Presque toujours non compliquée au début par des infections mixtes fâcheuses, elle offre un tel ensemble de faits non controversés que les résultats ne sont presque pas discutables. D'ailleurs, ces formes permettent le mieux l'observation constante et progressive des effets de la sérothérapie. Car quoique nous n'ayons pas eu la chance de traiter beaucoup de cas au début, nous considérons que des cas très avancés de tuberculose chirurgicale correspondent à peu près, par l'importance des lésions relativement à l'organisme entier, aux manifestations du début de la tuberculose pulmonaire et laryngée. C'est pour cette raison que nous attribuons une certaine valeur aux résultats obtenus dans la tuberculose osseuse, articulaire, ganglionnaire et vésicale. Presque tous nos cas traités, sauf quelques rares exceptions, étaient des affections de vieille date, et ayant déjà, pour la plupart, subi des interventions successives et multiples. La guérison de tels cas à la suite des injections de sérum qu'on a faites à l'exclusion de tout autre traitement, justifie presque à donner à chacun

des cas la valeur d'une démonstration scientifique et d'une vérité expérimentale.

Dans plusieurs cas de tuberculose pulmonaire avancée que nous avons eu à traiter, une influence manifeste et favorable se montrait non seulement sur l'état général qui bénéficiait graduellement de la thérapie nouvelle, mais aussi sur les lésions mêmes. La quantité des crachats diminuait progressivement et aussi le nombre des bacilles; la dyspnée disparaissait, l'auscultation et la percussion laissaient voir la marche régressive des infiltrations et des ramollissements.

Ils nous permettaient de prévoir que des malades atteints de tuberculose pulmonaire moins avancée, et traités avec plus de persévérance que nous n'avons eu le temps nécessaire de le faire, pourront bénéficier d'avantage de la sérothérapie. Quelques guérisons, obtenues depuis ce temps, en sont la preuve. Nous ne voulons ici qu'effleurer l'importante question de l'infection mixte, dans laquelle le streptocoque joue un rôle prépondérant. Il est évident qu'elle aggrave beaucoup le pronostic. Cette question nous préoccupe du reste en ce moment, et nous essayons même d'y apporter une solution.

Une forme d'infection bacillaire que l'on pourrait considérer comme intermédiaire entre la tuberculose pulmonaire est celle dite chirurgicale, est l'épanchement pleural, Cette maladie aiguë permet par des signes sûrs de montrer l'influence thérapeutique. Sur sept cas de ce genre (dont deux chez des petits enfants), six fois nous avons pu constater une diminution rapide de la quantité du liquide transsudé, accompagnée d'une crise urinaire les plus fortes. Nous croyons pouvoir dire que le sérum a, chez ces malades, produit une amélioration rapide et manifeste. Il nous reste à donner un aperçu succinct des guérisons définitives que nous avons obtenues dans la tuberculose chirurgicale. Nous avons pu complètement guérir plusieurs cas de mal de Pott compliqués de fistules et d'abcès par

congestion ou de perforation intestinale, ou enfin d'une parésie des membres inférieurs. Nous avons pu obtenir la diminution progressive des masses ganglionnaires du cou, de l'aîne et du petit bassin, et la fermeture des fistules depuis longtemps ouvertes.

Dans plusieurs cas nous avons pu observer que du pus contenu au foyer de la caséification se résorbait sans aucune autre intervention. Des gommes de la peau multiples, rebelles depuis deux années à tout traitement se desséchaient et se fermaient rapidement. Plusieurs fois nous étions à même de diagnostiquer, par la résistance opiniâtre des fistules à se fermer, la présence d'un séquestre, seule raison, après la guérison de la lésion tuberculeuse, de la persistance de la suppuration. L'opération confirma toujours ce diagnostic *ex juvantibus*.

Un mot encore sur l'application pratique du nouveau traitement. Il ne faut pas oublier que c'est la première fois qu'on s'adresse à un sérum pour le traitement d'une maladie chronique. La quantité de sérum injecté doit donc être assez grande, et répartie en plusieurs doses. Le nombre le plus élevé d'injections a été de cinquante-deux; le plus petit, dans un cas de tuberculose ganglionnaire du cou, a été de sept, et de six dans le cas d'une fistule sternale. En ce qui concerne les accidents sériques, ils sont les mêmes et ne se produisent pas plus souvent avec notre sérum qu'avec n'importe quel autre.

Sur environ deux mille injections, nous n'avons observé que trois fois un abcès local.

Le sérum ne provoque d'habitude ni fièvre ni aucune réaction locale ou générale. Au contraire! La fièvre hectique, surtout cette forme qui est due principalement à la résorption de toxine tuberculeuse, et moins à l'infection mixte, descend à la suite de plusieurs injections de sérum. En tous cas, la fièvre n'est pas une contre-indication pour son application. Nous avons même cherché de tels cas, pour faire la démonstration de son action antifièvre.

Quant à la technique, nous nous proposons du reste d'en faire ultérieurement une description détaillée.

Tels sont, en somme, les résultats de notre travail. Et ici je prie l'Académie de me permettre une déclaration personnelle. Attaché depuis de longues années à l'Institut Pasteur, je me suis trouvé en désaccord scientifique, sur plusieurs points de ces recherches, avec sa direction.

Pour dégager complètement cette dernière, j'ai cru de mon devoir de donner ma démission de chef de laboratoire, afin d'assumer seul la responsabilité morale et scientifique de mon travail.

Nous ne nous dissimulons pas que c'est seulement une expérience beaucoup plus grande que la nôtre, faite sur une échelle plus vaste, qui pourra rendre un jugement définitif sur la valeur de notre sérum. Des expériences en ce sens se poursuivent déjà dans beaucoup d'endroits, même à l'étranger sous le contrôle de cliniciens compétents. Leurs résultats très encourageants vont être incessamment publiés. Ajoutés à ceux obtenus par nous au laboratoire, et à ceux observés sur beaucoup de nos malades pendant plus d'un an, ils peuvent justifier cette communication.

Voici quelques observations inédites, consécutives à la communication de M. le Dr. Marmoreck à l'Académie de Médecine de Paris.

Hôpital St-Antoine. — Une jeune fille de 23 ans ayant des ganglions tuberculeux multiples, avec suppuration abondante, traitée par le Dr. Monod au moyen du sérum Marmoreck, après 15 injections plus de suppuration et les trajets fistuleux complètement taris.

Un jeune homme de 18 ans ayant une ostéite tuberculeuse des deux olécranes—opéré sans résultat après 18 injections, les trajets fistuleux fermés et les mouvements des bras complètement revenus.

Une jeune fille de 21 ans, ayant une péritonite tuberculeuse du pied gauche opérée en 1901-1902-1903 sans résultat, après 18 injections augmentation de 8 kilos et complètement guérie.

Jeune homme de 23 ans. — Tuberculose pulmonaire — amélioration considérable, n'est pas revenu au dispensaire.

Jeune fille de 24 ans. — Gommages tuberculeuses du cou avec ulcérations multiples après 15 injections fermeture complète des fistules et disparition des gommages.

Jeune homme. — Ganglions suppurés du cou — après 16 injections augmentation de poids, guérison complète.

Jeune fille. — Ganglions non suppurés du cou après 20 injections, disparition des masses ganglionnaires et plus de douleurs.

Jeune fille souffrant depuis 3 ans d'un abcès froid suppuré du 5^e métacarpien gauche opéré deux fois sans résultat, a porté des pansements pendant 2 ans et demi, après 22 injections, plus de pansement plus de suppuration.

Dr. Soulier Mentimortre. — Une jeune femme 26 ans, souffrant de granulé, guérie après avoir reçu 42 injections de 40 à 60 cc.

5 autres cas de tuberculose pulmonaire à différentes périodes, guéris.

Une religieuse souffrant de tuberculose pulmonaire guérie après avoir reçu 560 grammes de sérum.

Polyclinique Rotschild.

Une jeune fille guérie de tuberculose sternale avec les injections — cette jeune fille ayant été opérée 2 fois sans résultats.

Un enfant en voie de guérison d'une coxalgie avec destruction de l'articulation — 10 trajet fistuleux complètement fermés à mon départ, et aucune douleur.

Un enfant, arthrite du genou, avec fistule, guérie après 2 injections.

Injecter de 10 à 40 c., 1 injection pendant 8 jours faire l'injection dans le ventre, entre 10 à 11 h. du matin.

S'il se produit de l'érythème, arrêter.

Société Médicale de Montréal

SEANCE DU MARDI, 26 JANVIER 1904.

Dr. Valin, Président au fauteuil.

MM. les Docteurs Décarv, Dubé, Lasnier, Marien, Riopel, Alph. Mercier, Laramé, Bernier, de Martigny, Laurier, Ricard, Bourgeois.

Syphilis et tuberculose. — M. le Dr. J. E. Dubé.

Le Dr. Dubé s'attache surtout à démontrer l'évolution possible et simultanée de la syphilis et de la tuberculose, de l'aggravation que l'une des deux maladies produit sur l'évo-

lution de l'autre et du pronostic plus sombre pour le malade. Il est d'avis avec beaucoup d'auteurs que quand un tuberculeux devient syphilitique ou vice versa, il faut suspendre le traitement antisyphilitique, mercure ou iodure.

Le Dr. de Martigny prie le Dr. Dubé de vouloir bien dans une prochaine conférence étudier la question du diagnostic différentiel et du traitement. Il existe sur les difficultés que le médecin rencontre dans certains cas et il cite comme exemple, les deux observations suivantes: un cas de gomme du frontal qui devait être opéré par un confrère distingué comme un exostose malin et qui disparut complètement après quelques injections de mercure; le cas d'une femme souffrant d'aménorrhée depuis trois ans et soigné par des gynécologues de Montréal et d'Ottawa, et qui après un traitement antisyphilitique mixte, vit tous ses troubles disparaître.

Le Dr. Le Cavalier croit qu'il serait intéressant de traiter la question à fond, surtout au point de vue du diagnostic différentiel entre la tuberculose et la syphilis; il a rencontré des cas où il était presque impossible de porter un diagnostic certain. Il rapporte un cas de syphilis pulmonaire qui a évoqué en même temps qu'une tuberculose de cet organe. A l'autopsie on trouva une caverne avec des bacilles de Koch et des gommages syphilitiques du poumon ainsi que des ganglions syphilitiques.

Le Dr. Mercier est du même avis que le Dr. Dubé au sujet du traitement des tuberculeux syphilitiques. Dans ces cas il faut suspendre le traitement antisyphilitique et ne s'occuper que de la tuberculose. Il fait toutefois exception, pour le traitement antisyphilitique par les injections au cacodylate de Mercure. Il traite par cette méthode en ce moment un tuberculeux syphilitique et il pourra le présenter à la société dans quelques semaines.

Le Dr. Valin est heureux que le travail si documenté du Dr. Dubé permette de dégager le fait suivant que presque tous les auteurs sont d'avis chez les tuberculeux syphilitique de ne s'occuper que de la lésion tuberculeuse.

Un cas d'hystéro-épilepsie chez l'homme. — M. le Dr. J. A. Lesage.

Le Dr. Lesage n'étant pas présent, la lecture du travail est remise à la prochaine séance.

Abcès reto uterin: observation. — M. le Dr. H. Lasnier.

Le Dr. Lasnier rapporte l'observation d'un abcès retro-utérin survenue chez une femme supposée en parfaite santé. Cette femme présentait comme histoire trois accouchements et une large déchirure du périnée. Le Dr. Lasnier crut après un premier examen qu'il s'agissait d'une retro version. Ce qui lui fit penser à ce diagnostic, c'est qu'il trouva le col très remonté et sentait une masse molle fluctuante dans le vagin. Dans le but d'assurer son diagnostic il fit un cathétérisme de l'utérus et ayant constaté que l'utérus était repoussé en avant et d'un autre côté par le toucher rectal sentant nettement la fluctuation il se décida à aller au plus pressé, et ouvrit cette masse par la voie vaginale, choisissant l'endroit qui lui parut culminant. Après l'ouverture au bistouri il s'écoula une grande quantité de pus, environ un litre. Il introduit ensuite par son ouverture vaginale, une longue pince à pansement et explora la cavité il ne put en délimiter le bord supérieur. Il plaça, sans le fixer, un gros drain de caoutchouc, et fit un tamponnement vaginal. Le drain sortit de lui-même quelques jours après et la malade guérit sans accidents.

Pour faire comprendre plus clairement cette observation, le Dr. Lasnier avait fait deux dessins l'un montrant les désordres produits par la collection purulente, l'autre montrant les organes génitaux revenus à leur place normale après évacuation de la collection purulente.

Le Dr. Lasnier ajoute que c'est à la demande pressante du dévoué secrétaire qu'il présente cette observation, qu'il considère comme un cas type d'abcès retro utérin.

Le Dr. de Martigny remercié le Dr. Decary, secrétaire, d'avoir grâce à son invitation, permis aux membres de la Société Médicale, de pouvoir juger le Dr. Lasnier sous un jour nouveau. Ils le connaissaient tous comme un brillant conférencier et un hardi chirurgien, maintenant ils l'admirent comme dessinateur habile et consommé. Il se permet cependant de critiquer l'observation du Dr. Lasnier à plusieurs points de vue. D'abord il condamne absolument comme dangereux et inutile le cathétérisme utérin que le Dr. Lasnier a pratiqué dans ce cas. Il ne voit pas le bénéfice que le docteur pouvait en retirer; d'un autre côté, cette manœuvre faisait courir les plus grands

dangers à la malade, dont le moindre était la déchirure des adhérences protectrices qui entourait la collection. Il insiste sur la fragilité des adhérences dans certains cas de collection purulente abdominale; il fait remarquer combien il est difficile sinon impossible de les respecter au cours de l'opération de l'appendicite suppurée. Il blâme aussi le Dr. Lasnier d'avoir ouvert cette collection par le vagin avant d'avoir tenté de désinsérer le col comme cela doit se faire. Un des dangers d'ouvrir directement des collections qui descendent si bas, est de blesser l'intestin. Des cas de gèrnies du cul sac postérieure méconnues et ouvertes par la voie vaginale sont rapportés dans les auteurs et les malades ont payé de leur vie l'erreur du chirurgien. Il croit que la manœuvre la plus dangereuse employée par le Dr. Lasnier a été celle d'aller par la brèche vaginale explorer avec une longue pince à pansement la cavité de cette collection abdominale. Il fallait, ajoute-t-il, que les adhérences fussent bien solides pour résister à cette exploration. Il ne peut s'expliquer non plus pourquoi le Dr. Lasnier n'a pas fixé son drain par un point à une des lèvres de son incision. De cette manière, il aurait évité le danger que le drain ne se perde à l'intérieur de la cavité abdominale ou qu'il ne se maintienne pas en place, ce qui est d'ailleurs arrivé. Il tient à féliciter le Dr. Lasnier du succès final qui a couronné ses efforts. Le Dr. Alph. Mercier condamne le cathétérisme dans ce cas et se demande ce qui serait arrivé si le Dr. Lasnier se fut trouvé en présence d'un utérus gravide prolabé dans le cul de sac postérieur.

Le Dr. Dubé est aussi d'avis que le cathétérisme était très dangereux et inutile et se demande pourquoi puisque le Dr. Lasnier n'arrivait pas à poser un diagnostic, n'a pas fait une ponction exploratrice avec une fine aiguille de Pravaz, ponction qu'il croit beaucoup moins dangereuse que le cathétérisme.

Le Dr. Lasnier répond que pour lui les reproches du Dr. de Martigny ne sont pas fondés, car en faisant le cathétérisme pour éclairer son diagnostic, il a agi avec une telle douceur qu'il ne risquait de produire aucun désordre ni de détruire les adhérences péri-utérines. Quand au reproche d'avoir ouvert la collection par la voie vaginale et au point culminant au lieu de l'avoir ouvert par la méthode classique il a d'abord essayé d'abaisser

le col avec son doigt et quand il a cru que l'utérus était bloqué en haut et ne pouvait s'abaisser il a ouvert carrément par le vagin. Il ajoute que les hernies du cul de sac sont si rares qu'en clientèle il faut les écarter de parti pris. Il a exploré l'intérieur de la poche parce que il voulait se rendre compte s'il ne se trouvait pas en présence d'un abcès de la variété décrite par Monod, abcès retro-utérin à plusieurs loges. D'ailleurs dans les flegmons diffus on déchire bien les différentes poches avec des instruments mousses. Il a éliminé la possibilité de grossesse par l'histoire de la malade, celle-ci ayant été toujours bien réglé dans les derniers mois et étant à une période menstruelle quand il l'a opérée.

Le Dr. de Martigny ajoute que pour lui les explications du Dr. Lasnier sont loin de le satisfaire et de lui faire approuver sa conduite dans ce cas. Il ne peut assimiler le flegmon diffus à l'abcès retroutérin, il croit que le fait de chercher à rompre avec une pince des cloisonnements supposés d'un abcès intra abdominale est une méthode si dangereuse que l'on ne pourra jamais trouver un seul auteur pour la défendre.

sio-pathologique : nature de la granulation acido-phile ; son rôle dans l'économie.

Première partie.— 1. Recherche de l'éosophile dans le sang. L'auteur indique les divers procédés usuels : il donne pa préférence pour la fixation au chloroforme, au réactif de Nikiforoff, à la chaleur. Les procédés de coloration les plus simples lui paraissent les meilleurs ; il critique le triacide qu'il accuse d'être d'un usage difficile dans la pratique courante. Quant à la numération des acidophiles, il donne la préférence au procédé de Zappert.

2. Morphologie de la cellule éosophile. Audibert fait remarquer qu'à côté de l'éosophile vrai, il existe : des mononucléaires éosiphiles dans la leucémie, l'anémie infantile pseudo-leucémique, la variole, etc... ; un pseudo-éosiphile à granulations plus petites, solubles dans l'acide acétique, plus éosiphile, qu'orenyéophile, plus indulinophile qu'éosiphile, souvent amphophile ; un leucocyte amphophile dont l'individualité n'est pas admise par tous les auteurs ; enfin, un faux éosiphile qui n'est qu'un polynucléaire coloré un peu irrégulièrement par les couleurs acides. Il faut connaître ces variétés pour éviter de les confondre avec l'éosiphile vrai.

3. Propriétés des éosiphiles. Elles peuvent se résumer : amœboïdisme, diapédèse, peut-être phagocytisme ou mieux une propriété spéciale qu'Audibert ne nous fait connaître qu'à la fin de sa thèse et que nous avons déjà signalée, la propriété antiphère. Nous laissons de côté l'étude de l'éosiphile dans la série animale ; retenons seulement qu'il paraît pouvoir naître d'organes différents chez les divers animaux, tandis que la moelle osseuse le produit seule chez l'homme par la transformation du myélocyte dasophile et polynucléaire granuleux ou par sa division directe.

Sous l'influence de certains processus inflammatoires des tissus qui, au stade embryonnaire, avaient donné naissance à l'éosiphile, deviennent à l'état adulte capables de le produire de nouveau : tels les ganglions lymphatiques, la rate.

Deuxième partie.— L'éosiphile. A) Eosiphilie hématique. L'auteur fait la revue générale des diverses variétés d'hyperleucocytose dans les processus aigus ; nous retiendrons seulement dans cette analyse ce qui a trait à l'éosiphilie. On la trouve à la période torpide de l'appendicite, dans le sang et dans l'appendice lui-même. Même éosiphilie à la période de défervescence du rhumatisme articulaire aigu ; elle est plus considérable que dans toutes les autres infections, 8 à 10 pour 100. Dans la pneumonie l'éosiphilie disparaît du sang dans la période aiguë ; à la période de défervescence, il reprend le taux normal ou légèrement supérieur, 4 à 5 pour 100. Même influence de l'érysipèle, les phlyctènes ne contiennent pas d'éosiphiles. La scarlatine ne fait jamais disparaître les oxyphiles du sang, et le quatrième ou cinquième jour leur taux s'élève brusquement à 13 et 15 pour 100 et la desquamation arrive parfois à 15 pour 100 ; ce n'est qu'au sixième mois que leur taux est redevenu normal.

La formule de la scarlatine est parmi celle des

Revue des journaux

MEDICINE

L'EOSINOPHILE.

Par M. le Dr. Victor Audibert,

Étude documentée d'une analyse difficile, sorte de résumé des faits connus avec la discussion des théories qu'ils ont suscitées. L'auteur y joint ses appréciations personnelles et toute sa longue étude le conduit à une conclusion, à la conception d'un système qui, "s'il s'appuie des faits expérimentaux, repose en grande partie sur la clinique", comme il le dit lui-même.

Nous allons donner une idée très rapide de ce travail considérable dont on ne saurait trop faire l'éloge. On sent en lisant cet ouvrage, la difficulté qu'il y a de plier la complexité des faits à la simplicité apparente d'une théorie, fût-ce celle des antiphères qu'invoque l'auteur.

L'ouvrage est divisé en trois parties : 1. l'éosiphilie en général ; 2. l'éosiphilie : éosiphilie locale ; éosiphilie hématique ; 3. le problème phy-

processus aigus une formule exceptionnelle. L'oxyphile disparaît du sang dans les premiers jours de la diphtérie, mais il y reparait bientôt et son absence prolongée est un signe de mauvais augure. La rougeole chasse d'abord l'oxyphile du sang, 1 pour 100, puis il y revient à la convalescence, et monte audessus de la normale. Dans la variole l'éosinophilie, nulle au début, remonte à la convalescence, mais ce qui est le plus remarquable, c'est l'apparition dans le sang en quantité anormale de myélocytes éosinophiles, ce qui a fait comparer les réactions de la variole à celles que produit la leucémie. Dans les pustules existent des mononucléaires éosinophiles, fort peu de polynucléaires éosinophiles. Dans la typhoïde même formule générale, abaissement des éosinophiles pendant le processus aigu, relèvement à la période de coalescence, 8 à 9 p. 100. Dans les processus chroniques, dans la syphilis, la formule est inconstante; la polynucléose, la lymphocytose, l'éosinophile s'y rencontrent tour à tour; la tuberculose a pour formule générale la lymphocytose avec légère éosinophile, cette dernière diminue progressivement. La coqueluche n'augmente la proportion des éosinophiles qu'à la période terminale, ils atteignent alors 12 à 15 pour 100. La lèpre entraîne une éosinophile très considérable, toujours supérieure à 8 pour 100, et qui a été jusqu'à 23 p. 100 (Jolly). Au moment des crises d'asthme, le taux monte de 10 à 22 pour 100. La chlorose n'a pas d'éosinophile appréciable, mais on a noté dans cette affection la déformation des éosinophiles, rappelant la leucémie. Presque toutes les néoplasies augmentent le taux des oxyphiles. Audibert consacre quelques pages à l'étude de la leucocytose dans la leucémie; il admet que la recherche et la découverte des grabulations éosinophiles deviennent une ressource précieuse, aucune affection ne présente le même type leucocytaire et les mêmes rapports des diverses variétés de leucocytes; on a trouvé jusqu'à 20 et même 80 pour 100 d'éosinophiles dans la leucémie et l'éosinophile existe dans la leucocythémie, au contraire de ce qui a lieu dans le plus grand nombre des autres processus. Dans les dermatoses, l'éosinophilie peut avoir un intérêt diagnostique considérable. Dans la maladie de Duhring, les lésions sanguines sont le plus souvent très accentuées, elles se caractérisent par une éosinophilie hématiche pouvant atteindre jusqu'à 30 pour 100 et par une éosinophilie concomitante dans le liquide des bulles.

Cette partie de l'étude d'Audibert est certainement la plus difficile à mettre au point à cause du peu d'accord qui règne encore actuellement en dermatologie sur la classification des dermatoses bulleuses. L'étude de la sérosité des soulèvements épidermiques du vésicatoire permet de constater l'influence considérable de l'intoxication sur l'apparition ou la disparition des oxyphiles dans la sérosité; tandis que le vésicatoire provoque une oxyphilie à l'état normal, on voit la proportion des éosinophiles augmenter ou diminuer avec l'intensité de l'intoxication. La formule éosinophilique donnée par l'auteur pour les diverses dermatoses: eczéma, urticaire, herpès, érythèmes, zona, psoriasis, myco-

sis. lichen, est assez variable pour chacune d'elles, mais il est cependant fréquent de constater pendant leur évolution, de l'éosinophilie. La raison de ces variations ne serait-elle pas dans la pluralité des causes capables de produire des apparences objectives identiques? Telle est la question qui nous vient à l'esprit en lisant les quelques pages consacrées par Audibert à l'étude de cette question.

L'éosinophilie est abondante, on le sait, dans un certain nombre de maladies parasitaires, 6 à 12 p. 100 dans le kyste hydatique, le taenia, l'ankylostomiasie; 8 à 72 pour 100 d'ascaride provoque jusqu'à 19 p. 100 d'éosinophilie, la trichine, 60 pour 100; la filariose. 18 pour 100; les éosinophiles augmentent pendant la nuit quand le parasite apparaît dans le sang: "les affections aiguës bactériennes exercent sur l'éosinophilie helminthique la même chimiotaxie négative que sur l'éosinophile normale" (Limasset). Les intoxications par la tuberculine, le mercure, l'acide picrique, etc., déterminent une éosinophilie variable, parfois très accentuée. Audibert conclut de toutes ces constatations que l'existence de l'éosinophilie témoigne d'une affection banale ou peu grave ou d'intensité très atténuée. Cette conclusion paraît comporter de nombreuses exceptions; la scarlatine, la lèpre, la leucémie, l'ankylostomiasie en sont des exemples.

B) Eosinophilie locale. L'histologie démontre l'existence d'éosinophiles dans un grand nombre de tissus inflammatoires et de tissus néoplasiques, polypes naso-pharyngiens, lymphomes, l'ymphadénome, lupus, etc. On les trouve dans les crachats de nombreuses affections pulmonaires, surtout dans l'asthme et dans la tuberculose, mais aussi dans une variété de bronchite éosinophilique tant est grande la teneur des crachats en acidophiles.

Audibert consacre quelques pages intéressantes à l'éosinophilie intestinale, il montre la coexistence fréquente de l'éosinophilie et des cristaux de Charcot-Leyden au cours des affections intestinales. Au cours de l'helminthiase, si cette apparition des leucocytes ne se fait pas dans les fèces, il se produit fréquemment des cristaux de Charcot-Leyden. Cependant l'auteur croit qu'il n'y a pas d'identité entre les principes chimiotaxiques qui engendrent l'éosinophilie et les cristaux de Charcot. Discutant ensuite l'origine de ces éosinophiles, l'auteur admet qu'ils arrivent aux points malades par diapédèse et qu'ils y sont appelés par des substances douées du pouvoir chimiotaxique positif.

Dans la troisième partie, l'auteur étudie la nature de la granulation acidophile et il termine par une étude d'un rôle de l'éosinophile dans l'économie. Il réfute successivement les hypothèses faites à ce sujet: théorie des oxyphiles régénérateurs du sang, théorie de l'oxyphile chargé de digérer les hématies dégénérées, les microbes en circulation. Il s'arrête davantage au système des alexocytes, les granulations éosinophiles seraient chargées de sécréter des substances bactéricides, mais il ne s'en déclare pas satisfait et il arrive à sa conclusion personnelle: "Le leucocyte éosinophile élabore des granulations dont le rôle est de maintenir constant l'équilibre

chimique du sang et de le rétablir, quand il est troublé. Ces granulations seraient donc des "antiptères" contre, nuire. La cellule éosinophile est chargée de contre-balancer l'influence de substances dont la virulence et l'intensité sont très atténuées." Dans beaucoup de processus, "l'intoxication dépasse les limites du pouvoir d'action de ce leucocyte".

Nous ferons seulement remarquer, en terminant l'analyse de cette thèse très travaillée, que le leucocyte oxyphile est regardé ici comme un agent préposé à la purification de l'organisme. Or l'oxyphilie hématique paraît, comme nous l'avons vu au cours de cette analyse, se manifester seulement quand des substances particulières sont versées dans le torrent circulatoire quelle que soit, d'ailleurs, la se produit l'oxyphilie; de ce que l'oxyphilie est apotoxicité absolue de l'affection au cours de laquelle pelé dans le sang par chimiotaxie il ne s'ensuit pas qu'il doive nécessairement jouer, comme le veut l'auteur, le rôle d'antiptère; peut-être n'est-il qu'un simple témoin.

(La Presse Médicale.)

CHIRURGIE.

LE TRAITEMENT DU CANCER PAR LES RAYONS X.

Par MM. les Drs Debaut-Manoir.

Les observations de guérison du cancer par les rayons X commencent à devenir fréquentes, et vont évidemment se multiplier. Il est, par suite, grand temps d'étudier le problème sous toutes ses faces, et surtout en prenant toutes les précautions voulues pour éviter les erreurs de diagnostic.

A chaque fois qu'il s'agit d'organes internes, il faut se méfier. Rien n'est plus fréquent encore aujourd'hui que de prendre, par exemple, une induration stomacale, avec adhérences périgastriques, pour un cancer de l'estomac; et, avant la laparotomie et surtout la gastro-entérostomie, ces erreurs, inévitables d'ailleurs à cette époque, étaient plus communes qu'on le pense.

Mais voilà qu'aujourd'hui on parle de guérir le cancer du sein, sous-cutané, par les rayons X, sans provoquer de lésions de la peau. Il est curieux de constater que ces rayons n'agissent ainsi que sur les tissus morbides et respectent les tissus sains intéressés; mais M. le Pr Cornil l'a affirmé, et personne ne peut plus douter.

On peut même aller plus loin; on peut ne faire agir ces rayons dans les profondeurs de l'organisme que dans un point donné: ce qui revient à dire qu'on peut localiser leur action à un centimètre carré, par exemple, de la tête du pancréas: cela au travers de la peau de l'abdomen et des intestins.

Si cette autre affirmation est exacte, et elle doit l'être, car elle a été encore soulignée par M. le Pr Cornil à l'Académie de Médecine, nous som-

mes évidemment en présence d'un moyen curatif des plus précieux pour le cancer.

Cette trouvaille va porter un coup terrible à la chirurgie des cancers, qui est la base de la pratique courante.

Tous les opérateurs ont donc intérêt à s'outiller de suite, pour pouvoir agir eux-mêmes à l'aide des rayons X, au lieu du bistouri. Mais la première chose qu'ils ont à faire, c'est de faire une prise histologique sur la tumeur à traiter avant l'application des rayons X, de façon à s'assurer de la réalité vraie des faits avancés.

(Gaz. Méd. de Paris.)

Thérapeutique et Mat. Médicale

MÉDICATION THÉRAPEUTIQUES TIRÉES DE L'EXISTENCE DE L'HYPOCHLORURIE DANS LA NEPHRITE.

Par M. le Dr. Strauss.

Le plus ou moins d'hypochlorurie est parallèle au plus ou moins d'œdème; l'œdème est fonction de la rétention des chlorures, de leur présence dans les tissus. La première indication est de diminuer leur rapport: restriction du sel alimentaire, régime lacté, puisque le lait est pauvre en sel. En cas de collapsus cardiaque, d'urémie, recourt-on aux injections hypodermiques de sérum, l'on emploie, non une solution chloruro-sodique, mais une solution de sucre isotomique aux liquides de l'organisme. La deuxième indication, qui vise l'augmentation de l'excrétion urinaire du sel, sera remplie par l'union des toniques cardiaques: digitale, strophantus, aux diurétiques: caféine, théobromine.

(Thee de Gegenw.)

MALADIES VENERIENNES

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT LOCAL DE L'URETHRITE BIENNORRHAGIQUE CHEZ LA FEMME. — SIMPLIFICATION DU MANUEL OPERATOIRE.

Par M. le Dr. F. Buret.

S'il ne peut exister aucun doute relativement au siège de la blennorrhagie chez l'homme, qui ne possède qu'un seul canal ouvert à l'extérieur, l'urètre, il n'en est pas de même chez la femme dont l'appareil génital externe est constitué par une surface. A cette surface aboutissent tous les orifices extérieurs des conduits excréteurs ou des canaux de ses glandes vulvaires. Seul, l'orifice du canal utérin échappe à cette règle générale. Or, comme tous ces conduits, sans exception, peuvent être atteints, soit exclusivement soit simultanément ou successivement par l'inflammation blennorrhagique, on comprend

qu'une certaine confusion ait pu régner à un moment donné relativement au siège de prédilection de la blennorrhagie chez la femme.

Il y a vingt ans à peine que l'obscurité, dont la vénéréologie fut entourée pendant des siècles, se dissipe à peu près complètement. Il ne faut guère remonter qu'à Grisolle pour voir que, dans certains cas, on considérait encore la blennorrhagie comme parente de la syphilis. Les découvertes bactériologiques ont porté le dernier coup aux préjugés, aux erreurs, aux explications fantaisistes quant au mode de transmission du virus, et nous savons maintenant qu'il ne peut y avoir de blennorrhagie sans contagement préalable. La découverte du gonocoque et des streptocoques blennorrhagiques nous permet d'affirmer qu'on ne peut, en dehors de la contagion médiate, communiquer une blennorrhagie dont on ne cultive pas les éléments. Seul, le repos des ménages nous fait accepter sans protestation des explications fantaisistes, telles que l'état leucorrhéique ou cataménial de la coupable, les excès des conjoints ou les libations exagérées de la victime. Ce fut Ricord qui lui lança cette légende qui nous fait sourire aujourd'hui, mais qu'on est encore fort heureux de voir accréditée dans le public en raison des situations délicates auxquelles je viens de faire allusion.

Pour le médecin versé dans la blennorrhagie prise au moment des règles provient non pas de l'âcreté du sang menstruel, mais bien du réveil de gonocoques assouplis que cette période a émoussés. Les fleurs blanches, si souvent provoquées et qui sauvent la mise à la coupable, ne peuvent être accusées que d'avoir masqué fort à propos une vieille vaginite chronique limitée au cul-de-sac postérieur. Enfin, la fameuse recette de Ricord pour attraper la chaudepisse, ne réussit que dans les cas où le vaillant jeune homme a eu le réveil tendre. En effet, certains urèthres féminins ne sont dangereux qu'à ce moment là. Dans la journée ou la soirée, la femme qui, le plus souvent, ignore elle-même qu'elle possède une urétrite torpide, à écoulement insignifiant, a plusieurs fois l'occasion d'uriner et de pratiquer des ablutions: celles-ci entraînent les sécrétions et suppriment pratiquement le danger, sinon théoriquement. Tandis que le matin, après plusieurs heures de sommeil, si le contact a lieu sans ablation ou miction préalable, la gouttelette muco-purulente, qui s'est formée dans l'urèthre, s'étale sur la vulve et peut être suffisante pour transmettre le contagement. La colonisation des gonocoques aura même d'autant plus de chances de réussir que la muqueuse uréthrale du jeune homme sera moins habituée à ces microorganismes.

Tous ces détails, un peu longs peut-être, aident à faire comprendre comment des erreurs magistrales ont pu être commises dans cette branche de la pathologie; il n'est donc pas étonnant non plus qu'on ait pu être trompé pendant longtemps sur le siège de prédilection de la blennorrhagie chez la femme. Comme je l'ai dit, chez l'homme, on ne pouvait incriminer que l'urèthre, seul canal d'où puisse sortir l'écoulement, et, en raisonnant par analogie, on ne vit, chez la femme, que la vaginite. On admettait

bien une urèthre possible, mais on y voyait une propagation de l'inflammation ou la contamination par les liquides vaginaux. Or, 9 fois sur 10, c'est le processus inverse qui a lieu, et l'on peut avancer hardiment que, comparativement aux urétrites, chez la femme, la vaginite est presque exceptionnelle.

Le type complet de la blennorrhagie féminine, c'est la vulvo-vaginite aiguë: toutes les muqueuses, depuis celle de l'urèthre jusques et y comprises les muqueuses du vagin et de l'utérus, sont rouges, desquamees et secretent un muco-pus abondant, c'est heureusement assez rare. Dans la pratique, nous rencontrons le plus souvent une urétrite intense, mais le vagin reste indemne. C'est que l'épithélium vaginal, pavimenteux est extrêmement résistant. On peut dire que, chez la femme comme chez l'homme, le siège primitif de la blennorrhagie est presque toujours dans l'urèthre. Et cela se comprend. Le liquide virulent, véhicule du contagement gonococcique, est tout d'abord déposé sur la vulve où il contagionne l'urèthre et parfois les orifices glandulaires, au moment des tentatives d'intromission, si courtes soient-elles.

C'est donc vers l'urèthre que notre attention doit être tout d'abord attirée chaque fois que nous avons à pratiquer un examen. Sans nous arrêter sur les urétrites suraiguës, où la miction est très douloureuse et où la goutte purulente, jaune verdâtre, se présente d'elle-même à l'orifice, — parfois c'est un écoulement continu — il faut introduire son doigt dans le vagin et le ramener vers l'extérieur en pressant de bas en haut. Il est souvent besoin de répéter cette manœuvre deux ou trois fois pour obtenir une goutte appréciable à l'œil nu. Ce sont alors des urétrites subaiguës ou même chroniques d'emblée, dont les femmes ignorent absolument l'existence. Pour les trouver, il faut les chercher, et encore ne les aperçoit-on, dans certains cas, que le matin, avant la miction. Aussi ne saurait-on prendre trop de précautions avant de certifier l'intégrité d'un urèthre féminin.

J'arrive enfin au traitement, qui n'est pas la partie la moins intéressante dans le rôle que le praticien est appelé à jouer. Pour l'urétrite aiguë, les bains d'amidon, les ablutions fréquentes, les diurétiques sont indiqués, comme chez l'homme. Mais dans l'urétrite subaiguë et surtout chronique, il faut agir plus vigoureusement. Les balsamiques rendront des services, mais il ne faut pas négliger un élément fort actif, c'est-à-dire le traitement local. L'urèthre féminin, très court, par rapport à celui de l'homme, puisqu'il mesure à peine 5 centimètres, et de plus assez dilatable, permet d'y porter directement les topiques, sans craindre de chagriner la prostate qui n'existe pas. Aussi a-t-on essayé divers procédés. M. Jullien, dans son service de Saint-Lazare, se sert d'une tige de cuivre rouge, rayée à la lime, autour de laquelle il enroule une légère couche d'ouate hydrophile. La tige, ainsi préparée, est plongée dans un mélange d'ichthyol et de glycérine, p. é., et introduite dans l'urèthre, jusqu'à la vessie.

J'ai employé ce moyen pendant des années, mais je dois dire qu'il est douloureux pendant les 3 ou 4 premières fois et que la guérison se fait attendre 3 mois, rarement moins. Il est très pratique pour les urèthres très larges et dans les cas chroniques; mais pour les urèthres étroits et enflammés, il est pénible et expose à des déchirures de la muqueuse, — même en prenant des précautions — ce qui est accusé par un petit écoulement sanguin. C'est ce qui arrive notamment avec la solution argentine, forcément astringente, et avec laquelle le glissement est difficile.

Ce que voyant, et surtout en présence des réclamations — fort légitimes — des intéressées, j'eus l'idée de substituer aux tiges métalliques la simple seringue en verre, comme chez l'homme. Il est plus que probable que cette idée — fort banale en soi — a dû venir à d'autres, mais je ne me rappelle l'avoir vue signalée nulle part.

Voici comment je procède.

Je me sers de la petite seringue en verre, classique, que vous connaissez tous et je la charge sur une hauteur de 2 centimètres au plus avec l'ichthyol dilué dans la glycérine, à parties égales. Introduisant le bec de la seringue dans l'urètre, je pousse avec force de façon à lancer le liquide le plus loin possible. Il est bon de dire que j'engage les malades à uriner avant de se présenter à la consultation; cet acte, purement mécanique, a l'avantage de laver le canal uréthral et d'éviter le refoulement du pus virulent dans la vessie. Disons tout de suite que la cystite du col n'est guère à craindre chez la femme car c'est une rareté pathologique qu'on n'observe guère chez elle dans la pratique; cette affection est plutôt une urétrite postérieure qu'une cystite vraie et ne paraît devoir ses symptômes cliniques spéciaux qu'à la présence de la prostate ou plutôt à la disposition anatomique de cette région.

De temps en temps, je remplace l'ichthyol par la solution argentine au 1-12, au 1-10 selon le cas. Or comme les malades n'accusent que fort peu de douleurs, j'en conclus que la sensation pénible antérieure était plutôt due à l'action brutale de la tige métallique qu'à celle du médicament. Les malades que j'ai eu l'occasion de soigner par les deux procédés, ont toutes été enchantées du nouveau, et beaucoup m'ont avoué avoir disparu avant la guérison définitive en raison de la terreur que la tige leur inspirait. Je ne viens pas prétendre que cette injection, chez la femme — car c'en est une, mais à des doses qu'on n'oserait se permettre pour un urètre masculin — ne puisse être attaquant théoriquement, mais je déclare que, dans la pratique, je n'ai jamais observé d'accidents, et cela, sur une proportion de blennorrhagiennes assez respectable. En outre, je les ai toutes vues guérir en 2 mois, quelquefois moins.

Maintenant, quand la malade est-elle guérie? Vous me direz: quand l'urètre ne recèlera plus la moindre goutte suspecte, malgré tous les efforts tentés pour la trouver. Eh bien! non, l'urètre peut être absolument sec et la blennorrhagie exister quand même. En effet, il ne faut pas oublier

que l'orifice externe de ce canal est entouré de glandes dites préuréthrales, où le virus peut rester cantonné. Aussi, ne faut-il jamais négliger d'exercer une pression à ce niveau, et le plus souvent on fera sourdre une goutte superbe, alors que l'urètre est guéri. On en aura le plus souvent raison par la cautérisation avec la solution argentine au 1-10.

(Ann. de thérap. derm. et syph.)

— o —

TRAITEMENT DES VERRUES.

Par M. le Dr. Altschul.

L'auteur recommande contre cette affection si rebelle (surtout s'il s'agit de verruca aggregata), l'onguent mercuriel proposé par Unna, mais additionné de 5 à 10 pour cent d'arsenic. On enduit de la mousseline de cette pommade et on la fixe par des bandes sur les verrues. Plus tard, il est utile de faire des badigeonnages avec du goudron. On n'a pas à craindre de phénomènes d'intoxication si l'on supprime ce traitement dès qu'il survient des excoriations de la peau.

(Ann. de thérap. derm. et syph.)

— o —

NOUVELLES

Mariage.

— Ces jour derniers, à l'église Saint-Louis de France, M. le Dr. Jules Lafleur, de Saint-Grégoire le Grand, Iberville, épousait Mademoiselle Berthe Bouchard, fille de feu J. E. Z. Bouchard, avocat. La bénédiction nuptiale a été donnée par M. l'abbé Boissonnault. Les témoins étaient M. Philippe Demers, M.P., et M. le notaire Anédé Bouchard.

M. et Mme Lafleur sont partis pour un voyage de noces.

— Le 26 janvier, à l'église Saint-Louis de France, M. le Dr. Massue Fortier, dentiste à Québec, conduisait à l'autel, Mademoiselle Marie-Louise Dupuis, fille de M. J. O. Dupuis de cette ville. Les témoins étaient M. le Dr. Tancrede Fortier, de Sainte-Marie de la Beauce, et M. J. O. Dupuis.

M. et Mme Fortier sont partis immédiatement après la cérémonie pour un voyage à Philadelphie et à New York.

Nécrologie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr. David-Louis Larose, décédé le 28 du mois dernier à Thetford Mines. Le Dr. Larose était âgé de 60 ans.

— A Verdun, le 23 de janvier, à l'âge de 9 mois et 23 jours, est décédé Jeanne Boucher, enfant de M. le Dr. Nap. Boucher.

Nos sincères sympathies aux familles si cruellement éprouvées.

Naissances.

— A Saint-Vincent de Paul, l'épouse de M. le Dr. Ad. Allaire, médecin du pénitencier, une fille.

SUPPLEMENT

HEMOPTISIE GRAVE TRAITÉE DOSIMETRIQUEMENT.

Par M. le Dr. H. Vigouroux.

(Suite et fin.)

Le 5, la mère de ma jeune malade me dit que la veille, à 4 heures encore, elle a été plus souffrante et que la toux a fait venir deux gorgées de sang bien rouge. Mais le malaise s'est dissipé rapidement; la nuit a été bonne, et je m'aperçois que ma malade n'est pas trop fatiguée. Je supprime la trinité (aconitine, véraltrine, caféine) et je n'autorise que du lait coupé avec de l'eau de Vals (Perle No. 3).

Le 6 juin, l'amélioration est sensible. La journée précédente s'est bien passée, et il n'y a eu aucun malaise ou moment critique, 4 heures. La malade a bien dormi, les traits du visage sont moins tirés. Je supprime les granules d'hydro-ferro-cyanate de quinine et je ne fais prendre les autres que toutes les heures.

Le 7, ma jeune malade se plaint que je la laisse mourir de faim, elle voudrait donc bien manger un peu. Comme l'hémorragie me paraît être complètement arrêtée, je lui laisse prendre un œuf à la coque sans pain et deux potages au tapioca.

Je supprime les granules d'ergotine et de digitale. Je remplace ces alcaloïdes par les granules d'arséniates de fer, quatre à la fois à midi et le soir avec la première cuillerée de potage.

Le lendemain, l'amélioration persistant et l'expectoration ayant repris sa couleur ordinaire, je permets deux œufs à la coque et trois potages au tapioca. On continue à prendre les granules d'arséniates de fer.

Je ne vais revoir ma jeune malade que le 10. Elle a repris toute sa gaieté. Elle crache encore plus que d'habitude, mais les crachats sont jaunes et l'appétit est excellent. Je lui dis de manger tout ce qu'elle voudra, ce qui lui fait un sensible plaisir.

Le 14, elle est tout à fait remise; je l'autorise à sortir un peu dans l'après-midi. Les râles sont toujours très nombreux, mais l'expectoration diminue petit à petit.

Huit jours après je fais prendre le traitement ordinaire de la tuberculose, traitement qu'elle suit avec la plus grande régularité depuis plusieurs années, et je l'autorise à aller à la campagne à la fin du mois.

(La Dosimétrie.)

:o:

L'EFFICACITE DES ANTISEPTIQUES DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES AFFECTIONS AVEC MENTION SPECIALE DE LA VALEUR DU GLYCO-THYMOLINE.

Par M. C. H. Powell, A. M., M. D.

Professeur de Pathologie interne et de clinique médicale, "Barnes Medical College", St-Louis, Mo.

Depuis l'introduction des principes de Lord Lister, la Profession médicale n'a cessé d'étudier avec grand soin, les divers agents antiseptiques portés à

sa connaissance par différents établissements pharmaceutiques. Certaines préparations n'ont pu subir l'épreuve, et comme résultat ont dû être mises de côté. D'autres, suivant leur valeur, ont gardé une place enviable dans la thérapeutique. Parmi ces dernières, peu nombreuses il est vrai, mon expérience me force à placer au premier rang la Glyco-Thymoline. Ce médicament, sans parler de ses propriétés non équivoques, est contrôlé d'une manière absolument conforme à l'étiquette professionnelle par la Compagnie Kress & Owen. La presse médicale, à l'exclusion de toute autre, a été choisie par cette maison pour porter avantageusement la Glyco-Thymoline à la connaissance de la profession. En outre, une preuve de la bonne foi de la Raison sociale, dans les mérites de leur produit, c'est qu'elle envoie un échantillon libéral à tout médecin désireux d'essayer la Glyco-Thymoline. Sans appuyer d'avantage sur la valeur thérapeutique de cette solution antiseptique, je rapporterai quelques cas où un usage judicieux et persévérant de cette solution alcaline et altérante m'a donné d'excellents résultats.

Cas I.— Madame M. W., veuve, 42 ans, me consulta pour des troubles nasaux datant de plusieurs mois. L'examen des fosses nasales révéla un état de choisis des plus intéressantes.

J'y trouvai six ou sept foyer d'ulcérations à quelques endroits l'ulcère prenait un caractère serpiginieux. Chaque ulcère était recouvert d'un exsudat grisâtre bien adhérent à la muqueuse. J'appliquai d'abord une solution à 50/100 de peroxyde d'hydrogène pour déterger la surface et je fis ensuite des vaporisations avec une solution à 25/100 de perveyde d'hydrogène pour déterger la surface et je fis ensuite des vaporisations avec une solution à 25/100 de glyco-Thymoline et d'eau distillée. Je fis revenir la patiente le lendemain, pour renouveler le traitement, et à ma grande surprise, je trouvai une surface d'apparence saine au lieu d'une plaie en suppuration. Les vaporisations furent répétées 3 ou 4 fois encore, et la guérison fut complète. Le nez revient à son état normal en moins d'une semaine.

Cas II. — Mde. F. K., mariée, âgée de 30 ans, vint me consulter pour un embarras dans la gorge, qui lui causait beaucoup d'inquiétude, une de ses parentes étant morte peu de temps auparavant, d'une maladie tuberculeuse. Les amygdales étaient un peu congestionnées et laissaient voir à leur surface plusieurs petits dépôts ayant tendance à gagner la profondeur des cryptes. Je fis séance tenante une vaporisation sur les amygdales, avec la solution même de Glyco-Thymoline et lui en prescrivis une bouteille de six onces à 500/00 en gargarisme. Dans trois jours elle revenait chercher une nouvelle bouteille du médicament qui l'avait débarrassée si rapidement de l'embarras pour lequel elle m'avait consulté. Un nouvel examen permit de constater la disparition entière des exsudats et de la congestion amygdalienne. Je fis une nouvelle vaporisation avec la solution même et lui ordonnai de faire renouveler la première prescription. Elle me revint au bout de quelques jours, me disant qu'elle était entièrement guérie et qu'elle croyait pouvoir se dispenser de tout traitement. Je lui donnai alors congé.

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

X.

Le dîner fut charmant, Sir Georges Brown étant en verve raconta sa campagne d'Égypte et celle du Sud Africain.

Florence sentant auprès d'elle un ami, fut heureuse. Quand à Dallshire, il sembla presque transformé tant l'énergie et l'intelligence de Dick, avait pris d'ascendant sur lui.

Brown en était donc arrivé à accomplir son projet, il était devenu le commensal de Dallshire et s'efforçait de réagir sur lui et de lui faire accepter ses conseils. La chose ne fut pas facile, le lord étant d'une nature froide et peu conciliatrice, mais la tenacité de Brown eut vite raison de ces difficultés. Tout d'abord il flatta les défauts et les vices de Dallshire, il joua avec lui, but avec lui et finit petit à petit par pénétrer dans l'intimité du gentilhomme, comme jadis il avait pénétré dans les rangs serrés des ennemis. Il eut vite compris que le lord était obsédé par un secret qui le minait petit à petit, Dick chercha de l'approfondir, mais sa diplomatie éprouva un échec. Il apprit que Dallshire n'avait pas de maîtresse, que la vie intime du foyer lui répugnait, enfin qu'il cherchait sans cesse le bruit et les foules, comme pour distraire son imagination et porter son esprit vers d'autres sphères. Dallshire lui fit part de son désir d'envoyer son fils en pension, voulant ainsi le soustraire à l'influence féminine et l'élever militairement.

—Je déteste la femme dit le lord, ce sont elles qui causent notre malheur ici bas. Elles me font l'effet de ces sirènes qui attirent les voyageurs attardés sur les grèves. Elles les charment de leurs beautés et de leurs chants et lorsque les malheureux sous les coups de la passion la plus ardente, se laissent tomber entre leurs bras, elles les entraînent au fond des fiots où sans pitié elles contemplent leur triste agonie.

—Mais les hommes, n'ont-ils pas aussi leurs victimes? lui dit Brown.

—Dallshire tressaillit, puis l'œil en feu, certes oui, mais c'est la passion qui les pousse

à cela, passion fatale qui est plus forte que la raison.

—Ceci est souvent le cas, mais il arrive aussi que des hommes, froidement portent le déshonneur et même la mort dans des familles jusqu'alors heureuses.

—Dallshire tressaillit, puis l'œil en feu, club à plusieurs reprises, puis s'arrêtant devant Dick Brown.

Plus le crime est grand, plus le remords est terrible, car on ne me fera pas croire, que chez des êtres l'indifférence est telle qu'ils oublient même l'existence de leurs infamies. Je veux bien que chez certains, le crime soit causé par une dégénérescence physique, état qui donne à la bête humaine l'ascendant sur l'essence spirituelle, et de tous les crimes la luxure est celui qui se rapproche le plus de cette théorie. Mais il arrive toujours un instant où l'âme se réveille et l'homme maudit sa victime, comme si elle était la cause de son acte. Alors dans sa rage, rage activée encore par le remords il se venge sur tout ce qui lui rappelle son crime.

Cet homme est fou, pensa Dick Brown, alors il lui fit comprendre que l'enfant avait besoin de sa mère, que pour lui c'était une nécessité. Dallshire écouta les avis de Sir Georges, ne répondit pas, mais à partir de ce jour il ne parla plus du départ de Lord Coventry.

—Vous me disiez, lui demanda un jour Dick, que vous haïssez la femme?

—C'est vrai, répondit Dallshire.

—Alors pourquoi vous êtes vous marié?

—Parce que la jeune fille que j'épousais était belle et que je désirais la posséder.

—Aujourd'hui? demanda Dick, dont le front s'assombrit.

—Aujourd'hui nous sommes tous deux malheureux, elle par moi, et moi..... par moi encore.

Vous n'avez cependant rien à lui reprocher?

—Non, répondit le lord, c'est un ange, comme cœur et comme dévouement. Venez demain chez moi, nous dînerons ensemble et je vous présenterai ma femme, Lady Florence Dallshire, alors vous pourrez la juger.

Enfin pensa Dick, l'entrée du port m'est ouverte, l'ennemi est à moi, mais plus je songe et plus j'étudie Dallshire et moins je le comprends. Décidément le Major Byme avait raison, cet homme est une énigme.

XI.

Lorsque le dîner fut terminé, Lord Dallshire fit visiter à son hôte les détails de son superbe hôtel. Tour à tour il lui fit admirer

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 10 FEVRIER 1904

No. 33

Travaux Originaux

LE MEDECIN ET L'HYGIENE. (1)

Par M. le Dr. E. P. Lachapelle,

Chevalier de la Légion d'honneur, Président du conseil d'Hygiène Provincial, Professeur d'Hygiène à l'Université Laval, à Montréal.

Monsieur le Président,

Messieurs,

Des diverses branches de la science médicale, il en est une dont je voudrais vous entretenir plus particulièrement aujourd'hui; car nous en avons besoin durant tout le cours de notre vie professionnelle; je veux parler de l'hygiène. Et je vais tâcher de vous démontrer que, sans l'hygiène, le médecin serait incapable de remplir sa mission dans la société.

L'hygiène est devenue une science positive, donnant des résultats certains, toujours les mêmes. Cela est dû en grande partie, aux progrès énormes accomplis par la médecine pasteurienne. Et c'est pour cela qu'elle est d'un si grand secours au médecin qui s'efforce de prolonger la vie de ses clients, soit en rétablissant la santé, lorsqu'elle est compromise, soit, ce qui est mieux encore, en empêchant la maladie de venir compromettre la santé.

Considérez l'hygiène un instant, et voyez quel vaste champ elle couvre. Par l'alimentation, la gymnastique et le travail, elle nous permet de développer la force et de fortifier la santé. C'est elle qui, par des régimes alimentaires spéciaux, par des règles bien comprises des soins à donner aux malades, nous fournit les moyens de soutenir ceux-ci à tra-

vers les maladies les plus longues et les plus débilitantes. Bien plus, en formulant les règles de la prophylaxie, elle, a suivant l'heureuse expression du Professeur Brouardel, rendu les maladies contagieuses évitables, et fourni ainsi, l'un des moyens les plus sûrs de protéger la santé. On peut rendre à l'hygiène ce témoignage, qu'elle a diminué, dans le monde entier, la mortalité générale, et jamais l'on ne pourra rendre à notre profession, un témoignage plus flatteur.

Le médecin, s'il veut remplir sa mission d'une manière efficace, doit être hygiéniste. Non-seulement il doit fixer l'hygiène générale des familles, afin de développer au foyer même la santé et la force; non-seulement il lui faut établir l'hygiène particulière à chaque maladie, s'il ne veut pas que le malade succombe; mais il doit encore, dans les cas de maladies contagieuses, protéger la santé du public. Son rôle ici n'est pas le moins important; car, suivant l'axiome bien connu, mieux vaut prévenir que guérir.

De toutes les mesures hygiéniques, c'est en effet la prophylaxie qui doit tenir la première place. Cette vérité est démontrée depuis longtemps par les faits. Elle est admise aujourd'hui sans conteste, et les autorités civiles en ont fait la base des organisations sanitaires dans les pays civilisés. L'hygiène internationale a ses lois écrites, et l'établissement des quarantaines aux frontières n'a été que le résultat de la prophylaxie armée; mesure pacifique s'il en fut, puisqu'elle ne vise qu'à sauvegarder la vie des habitants du territoire, mais mesure ayant force de loi tout de même, et à laquelle tout voyageur doit se soumettre.

Les grands centres de population agissant de même, désirant, eux aussi, protéger la

(1.) La devant l'Association Médico-chirurgicale du district de Jonette, le 15 décembre 1903.

santé publique sur leur propre terrain. L'hygiène municipale a ses règlements, qu'elle impose partout où l'autorité civile a le droit d'intervenir. C'est ainsi qu'elle veille à la bonne qualité de l'approvisionnement d'eau à la propreté des rues, à l'assainissement du sol, à la salubrité des logements, des écoles, des établissements industriels, etc. Il est bien qu'il en soit ainsi, puisqu'il s'agit, somme toute, de combattre l'éclosion des maladies, de conserver la vie des contribuables.

Mais si l'hygiène internationale, qui relève des gouvernements et l'hygiène municipale, qui ressort de l'administration civile, ont créé pour les médecins des positions dignes d'attirer l'ambition de ceux qui veulent faire, de l'hygiène, une étude particulière et complète, ce n'est pas sur ce terrain spécial que l'hygiène devient une nécessité première au médecin praticien. Sans doute, il agirait contrairement à l'esprit de sa profession s'il ne savait seconder l'action des autorités sanitaires, mais ce n'est pas à la frontière, ni à l'hôtel de ville que, dans le cours habituel des choses, on attend de lui une intervention active et efficace; c'est dans la famille, c'est dans son entourage qu'il doit agir. C'est là, ainsi que je vous le disais tout à l'heure que l'hygiène, qu'elle soit générale, spéciale ou prophylactique, lui fournira les plus sûrs moyens de maintenir la santé et de prolonger la vie.

Permettez-moi de développer quelque peu cette pensée.

I. L'hygiène générale.

Si la santé des masses dépend de l'hygiène internationale ou de l'hygiène municipale, la santé de la famille repose entièrement sur l'hygiène domestique, et c'est ici que nous entrons dans le domaine propre au médecin praticien.

L'hygiène domestique a aussi ses lois, et ce serait courir un grand péril que de vouloir s'en écarter. Tout le monde doit donc s'y soumettre, depuis le bébé jusqu'au vieillard, s'il veut maintenir sa santé dans un bon état,

s'il veut développer et conserver intactes ses fonctions physiologiques. La vie, disait Bichat "c'est l'ensemble des phénomènes qui s'opposent aux causes de mort". Développer et maintenir la santé, c'est-à-dire la vie, c'est donc accroître la résistance, et c'est en somme la meilleure manière de faire de la prophylaxie.

Aussi que n'a-t-on pas obtenu avec l'hygiène de la première enfance. Il a suffi de donner à l'enfant une nourriture appropriée, exempte de toute influence nocive, pour voir disparaître ces troubles digestifs dangereux qui venaient si fréquemment mettre en péril les fonctions physiologiques de ce jeune organisme. La simple aseptie du lait a fait plus, pour sauver la vie des enfants, que tous les traitements les plus en vogue de la gastro-entérite, et cela, par le fait seul qu'elle prenait le contrôle absolu de l'alimentation de l'enfant et qu'elle la mettait à l'abri de tous les germes de mort qui pouvaient l'envahir.

Ce que l'hygiène a fait pour les enfants elle le fait aussi pour les adultes. Je sais bien que l'enfant ayant grandi, le contrôle des ingesta ne sera pas aussi facile à établir. Mais il n'est pas à dire, pour cela, que l'hygiène doive disparaître de la maison. C'est au contraire, pendant l'âge mûr que l'hygiène devient de plus en plus nécessaire. Prenez une maison mal chauffée, mal ventilée, mal éclairée, et surtout mal drainée; les plus vigoureux n'y résisteront pas, et si l'hygiène n'intervient pas à temps, vous les verrez bientôt s'anémier et se cachectiser, en dépit de tous les toniques ferrugineux ou autres, que vous pourriez prescrire. L'alimentation doit, à tout âge, être réglée par des mesures sages et bien comprises, si l'on ne veut pas voir éclater, tantôt des accidents aigus, dus à des intoxications alimentaires, tantôt des troubles profonds de la nutrition causés par des erreurs prolongées de diète, et qui feront à la langue, de vos clients des goutteux, des obèses et des brightiques. Et alors que vous aurez épuisé sur vos patients les ressources li-

mitées d'une thérapeutique souvent impuis-
sante, ceux-ci, s'ils sont jamais mieux rensei-
gnés, regretteront amèrement les conseils que
vous ne leur avez pas donnés, et qui les au-
raient engagés, comme on dit à mettre un
peu d'eau dans le vin. Et que dire du vieil-
lard dont les artères sont envahies par la
rouille de l'arterio-sclérose, et que guette au
moindre écart l'apoplexie cérébrale? Une
diète appropriée, assurant la régularité des
intestins, empêchent la formation des pro-
teïnes, ne vaudra-t-elle pas cent fois mieux
pour lui que les meilleurs soins prodigués,
lorsqu'une hémorrhagie sera venu déchirer
son cerveau?

On a besoin de l'hygiène à tout âge, et
c'est par elle que l'on assure dans le milieu
familial, mieux que par le luxe et la dépense,
le bien-être et le confort. Que de fois ne vous
a-t-on pas demandé conseil à ce sujet. Avez-
vous toujours été prêt à répondre? Espérons
que oui, Messieurs, car vous avez à cœur de
bien remplir votre rôle social. D'ailleurs,
c'est à vous de connaître ces questions, et à
nul autre. Sur ce domaine vous êtes le con-
seiller naturel de la famille, son ami le plus
précieux. Accoutumez vos clients à recon-
naître la valeur de vos avis; l'on vous traite-
ra en familier de la maison, vous prendrez
part en quelque sorte à la vie familiale, vous
ne serez plus regardé comme un personnage
redoutable qui ne pénètre au foyer qu'avec la
maladie, et dont la présence fait redouter la
mort.

2. Hygiène spéciale.

Ce n'est pas que je veuille dire que le rôle
du médecin près du malade soit à mépriser,
loin de là. Ce ne serait pas tenir compte des
immenses services rendus en tout temps par
nos grands thérapeutes. Mais ce que j'affir-
merai hautement, sans crainte de me tromper,
c'est que la thérapeutique ne saurait s'appu-
yer uniquement sur la matière médicale;
c'est que, même dans son rôle de guérisseur,
le médecin ne saurait se passer de l'hygiène.
Un malade traité uniquement avec des dro-

gues ne serait qu'à moitié traité; ce serait
supprimer, d'un seul coup, les bons effets si
nécessaires du nursing.

Vous avez étudié longuement, durant vo-
tre cours universitaire, la pathologie interne,
la matière médicale et la thérapeutique, et
vous avez observé dans votre pratique une
foule de malades traités par les méthodes les
plus rationnelles. Eh! bien, n'avez-vous pas
été surpris de constater combien peu de ma-
ladies ont leur remède spécifique, combien la
plupart du temps, le traitement doit rester
symptomatique.

Nous devons être reconnaissant à la bac-
tériologie de nous avoir si bien renseigné sur
les modes de défense de l'organisme, et de
nous avoir démontré que, dans la grande ma-
jorité des cas, c'est à stimuler les défenses na-
turelles du corps que le médecin doit s'appli-
quer dans son traitement. Or, ici encore,
l'hygiène vous rendra des services inapprécia-
bles, et vous fournira non-seulement le moyen
de stimuler les centres nerveux, ces grands
régulateurs de la physiologie humaine, mais
encore d'oxygéner le sang et d'activer l'action
des émonctoires. Toute la défense physiolo-
gique est là. La ventilation de la chambre du
malade, la cure d'air, l'hydrothérapie, la
diète, le massage, l'exercice, le repos, sont
des traitements hygiéniques, qui n'ont pas
leur équivalent dans la pharmacologie la
plus élaborée.

Combien de maladies chroniques et des
plus graves, ne sauraient relever de la ma-
tière médicale. Par quels médicaments par
exemple, corrigerez-vous la diathèse arthriti-
que? Avec quelles drogues ferez-vous dispa-
raître les lésions d'un foie cirrhotique, d'une
moelle sclérosée, d'un rein brightique? Quel
spécifique prescrirez-vous contre la dyspep-
sie? Cependant la lésion existe, la vie du
malade est en danger. N'est-ce pas ici encore
l'hygiène qui vous aidera le mieux, et qui,
par le régime alimentaire, vous fera ajourner
pour une longue période l'échéance fatale d'un
mal inguérissable. Une lésion mitrale ne se

répare pas, mais l'hygiène du cardiaque aura cela de bon qu'elle maintiendra la compensation et reculera indéfiniment les indications de la digitale.

Qu'il s'agisse de maladies inflammatoires ou de maladies de la nutrition, je le répète, l'hygiène s'impose. Sans elle le traitement resterait forcément incomplet, et souvent même, elle seule, peut conjurer les mauvais effets d'un organe dont le fonctionnement fait défaut. C'est par une bonne hygiène, plus encore que par des médicaments, qu'on arrive à prolonger la vie des malades.

3. Hygiène prophylactique.

Mais si l'hygiène, Messieurs, joue un rôle secondaire, quoique nécessaire, dans le traitement des maladies inflammatoires et des maladies de la nutrition, ses prescriptions prennent la première place dès qu'il s'agit de maladies contagieuses, ou transmissibles.

C'est qu'ici le danger devient général. Il existe non-seulement pour le malade lui-même mais encore pour la famille et pour la société. Pour le malade, le danger vient de la nature infectieuse de la maladie, qui l'expose à des complications graves, à des lésions secondaires, à la toxémie, ce qui exige de la part de ceux qui en sont la garde des soins constants et minutieux, un nursing de premier ordre. Pour la famille, le danger réside dans la possibilité de la contagion, ou de l'infection, qui peut atteindre tous les enfants au lieu d'un seul, immobiliser les adultes et les travailleurs, mettre en danger la vie des vieillards et, faire de la maison, en même temps qu'une salle d'hôpital, un foyer de contagion. Et alors un danger sérieux menace la société, puisque cette maladie contagieuse et infectieuse peut franchir le seuil de la maison contaminée, envahir les maisons voisines, pénétrer jusqu'à l'école, l'atelier, le grand magasin, gagner bientôt tout un quartier ou toute la ville, et créer, non plus un foyer de contagion, mais un centre d'épidémie. Si certaines maladies contagieuses, comme la coqueluche, par exemple, ou la rougeole, ou les

oreillons sont d'une nature plutôt bénigne, qui peut jamais prévoir où s'arrêteront les ravages d'une épidémie de scarlatine, de diphtérie, de variole ou de méningite cérébro-spinale. Il arrive même souvent qu'une maladie contagieuse, sous des apparences bénignes, telle la grippe, soit une occasion aux complications les plus graves et donne un coup de fouet à toutes les tares constitutionnelles. Enfin, Messieurs, vous ne connaissez que trop les terribles ravages exercés par la tuberculose, ce fléau du genre humain, qui rampe sourdement dans toutes les classes de la société, et contribue pour plus d'un sixième à la mortalité générale de l'univers.

En face d'une maladie contagieuse, le médecin instruit et consciencieux éprouve un vif sentiment du danger qui existe, de la responsabilité qui lui incombe. Il sait fort bien qu'il ne s'agit plus d'une simple prescription chez le pharmacien mais qu'il y a autre chose à faire; qu'il ne doit pas chercher uniquement à sauver la vie du malade, mais qu'il lui faut encore protéger la santé de ceux qui l'entourent, qu'il s'agisse de ses parents, de ses amis ou de ses concitoyens. C'est pourquoi, dans un cas de maladie contagieuse, le médecin qui a conscience de sa responsabilité établit d'abord, et en premier lieu, la prophylaxie.

Vous connaissez les moyens de défense que nous fournit l'hygiène prophylactique. On peut les ranger sous quatre titres principaux: 1. l'isolement; 2. l'antiseptie et la désinfection; 3. la vaccination; 4. la déclaration aux autorités sanitaires. Je n'insiste pas davantage sur ces points, mais ce sur quoi je veux insister, c'est que la preuve de l'efficacité de ces mesures prophylactiques n'est plus à faire. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les résultats obtenus, soit dans les grands centres, soit dans les établissements spéciaux, soit dans la pratique journalière, pour s'en convaincre. N'est-ce pas dans les hôpitaux que l'isolement, la ventilation, l'antiseptie et la désinfection ont fait disparaître la septicémie, la gangrène, l'érysipèle, ont réduit à

leur minimum les complications purulentes des plaies ou des opérations et ont donné, à la chirurgie moderne, toutes ses audaces et tous ses résultats heureux? N'a-t-il pas suffi dans les maternités d'un peu de propreté hygiénique pour enrayer ce fléau des femmes accouchées, la fièvre puerpérale, et cela d'une manière si complète, si évidente que, s'il vous arrive maintenant dans votre pratique d'en avoir un cas, on vous en tiendra responsable? N'est-ce pas avec la simple stérilisation ou même l'asepsie du lait qu'on a transformé les crèches d'enfants, dont la mortalité, de 90 pour cent qu'elle était, est tombée à 20 ou 30 pour cent? N'est-ce pas avec la simple filtration de l'eau qu'on a réduit dans les casernes, en France, la fièvre typhoïde à son minimum? Que dire de l'efficacité de la vaccination, ce bienfait de Jenner à l'humanité, qui a fait disparaître la variole de l'Allemagne, et a permis dans les autres pays, de reléguer dans la légende, les grandes épidémies; n'est-ce pas grâce aux mesures d'hygiène si le choléra et la peste bubonique n'ont jamais pu envahir, depuis la création des quarantaines modernes les continents européen et américain, mais sont restés limités à certains quartiers des ports de mer? Voyez ce qu'on a fait en Angleterre pour la tuberculose, c'est en désinfectant les logis infectés et en vulgarisant les notions de l'hygiène moderne sur la prophylaxie de cette maladie, qu'on est parvenu dans ce pays à diminuer de 45 pour cent la mortalité de cette maladie.

Non, l'efficacité de l'hygiène est aujourd'hui reconnue; elle a fait ses preuves. Le fait est si bien admis, l'utilité de l'hygiène s'impose à un tel point dans les populations, que partout on met en force les règlements sanitaires, que les gouvernements réalisent la haute importance de l'hygiène, et la nécessité de la mettre en pratique, ont fait de la salubrité publique un département de l'Etat, et qu'une organisation spéciale (bureau d'hygiène, conseils d'hygiène, quarantaine, hôpi-

taux d'isolement, etc) existe dans tous les pays civilisés.

—:o:—

Revue des journaux

MEDICINE

LE DIAGNOSTIC DES MENINGITES TUBERCULEUSES PAR LES PROCÉDÉS MODERNES,

Par M. le Dr. Paul Huguenin.

M. le Dr. André Lutier a consacré sa thèse inaugurale à l'étude des procédés modernes d'investigation dans le diagnostic des méningites tuberculeuses. Il est inutile d'insister sur l'importance de cette étude de sémiologie et de diagnostic scientifiques, basée sur les plus récentes découvertes de bactériologie et de chimie physiologique; nous vous demandons, chers lecteurs, la permission de vous en faire profiter.

La méningite tuberculeuse est une maladie dont le médecin ne prononce le nom dans une famille, que lorsqu'il est absolument certain de son diagnostic: car on doit continuer à la considérer comme un arret de mort.

Dans la grande majorité des cas, les symptômes cliniques suffisent assurément pour diagnostiquer la nature de la méningite tuberculeuse. Mais quel est le médecin qui, dans certains cas, ne s'est trouvé dans l'impossibilité de formuler avec assurance une opinion?

Il n'est, en effet, aucun signe clinique pathognomonique de la méningite.

La méningite tuberculeuse peut parfois, surtout chez l'adulte, dans les formes de méningite en plaques décrites par le professeur Chantemesse, donner lieu à un minimum de symptômes, et être facilement méconnue.

D'autre part, le tableau classique de la méningite tuberculeuse peut se rencontrer au cours de diverses affections, comme la grippe, la pneumonie (pneumonie méningitique de l'enfant: Rilliet et Barthez) la gastro-entérite chez l'enfant, au cours de l'hystérie: pseudo-méningites, méningisme de M. Dupré.

Enfin, si le diagnostic de méningite est parfois difficile à établir, le diagnostic de la nature de la méningite ne laisse pas d'être épineux: certaines formes de méningite cérébro-spinale épidémique, surtout des formes chroniques, interrompues par des rémissions, peuvent simuler la méningite tuberculeuse. Le pronostic, si différent dans ces cas, est

très important et est lié directement au diagnostic: on avait fondé sur le signe de Kernig des espérances, qui ont été déçues.

La syphilis peut aussi provoquer une méningite aiguë de la base, simulant la méningite tuberculeuse.

C'est devant ces difficultés qu'on s'est efforcé de demander aux procédés de laboratoire un secours à la clinique.

On s'est d'abord adressé à l'étude du sang, à la numération des globules blancs, à la bactériologie du sang, puis à l'épreuve de la tuberculine, au séro-diagnostic, et à la réaction d'agglutination.

Grâce à la ponction lombaire de Quinke, les recherches ont pu se diriger vers l'examen du liquide céphalo-rachidien: c'était une attaque directe au siège même du mal. C'était de ce côté que les études devaient être les plus fructueuses, car elles portaient directement sur le milieu dans lequel s'aignent les parties lésées. On pouvait dès lors, par une sorte de biopsie, vérifier sur le vivant les lésions les plus légères des méninges.

On s'est d'abord contenté d'analyser les caractères macroscopiques, l'aspect du liquide, sa pression, sa teneur en albumine ou en fibrine: ce sont là des signes qui ont leur valeur, mais insuffisants pour étayer un diagnostic.

Un progrès considérable fut réalisé du jour où MM. Widal, Sicard et Ravaut appliquèrent la cytologie au liquide céphalo-rachidien et au diagnostic des méningites.

L'examen bactériologique, seul capable de donner une certitude, et qui était réduit, il y a quelques années, à la recherche directe, inconstante, du bacille dans le liquide céphalo-rachidien, s'est enrichi de procédés plus fidèles: des milieux de culture appropriés au développement du bacille ont été trouvés par MM. Bezançon et Griffon; l'inoculation au cobaye s'est perfectionnée et sa valeur a été fixée par MM. Widal et Le Sourd.

Les méthodes d'exploration se multiplièrent: la cryoscopie (Widal, Sicard et Ravaut), l'étude de la perméabilité méningée (Widal, Sicard et Monod), furent successivement proposées.

Nous sommes actuellement en possession de moyens d'investigation, dont quelques-uns (ponction lombaire, cytodiagnostics, inoculation, etc.) ne sont plus des procédés de laboratoire, mais des méthodes cliniques usuelles. Tout praticien peut faire une ponction lombaire aussi facilement qu'une thoracentèse: s'il ne possède pas l'outillage nécessaire pour l'examen du liquide céphalo-rachidien, il peut envoyer celui-ci dans un laboratoire. Ces moyens d'investigation nous permettent de dépister la méningite tuberculeuse dès le début, avant l'apparition du tableau clinique de la maladie et peuvent nous donner presque toujours une certitude sur la nature de cette méningite.

Avant de parler désormais de prétendues méningites tuberculeuses terminées par la guérison, il faudra donc toujours avoir le contrôle de l'examen du liquide céphalo-rachidien et surtout le contrôle de son inoculation qui est indispensable. Aucune

des observations citées jusqu'à présent ne peut en prévaloir de cette épreuve.

L

PONCTION LOMBAIRE.

En quelques lignes, rappelons la technique de la ponction lombaire, qui est fort simple;

1. Lieu d'élection. — Entre la membrane pie-mérienne tapissant le cône terminal de la moëlle et s'arrêtant en regard de la 2e vertèbre lombaire et le cul-de-sac inférieur formé par les membranes accolées arachnoïdo-durales, qui vont se terminer au niveau de la 2e vertèbre sacrée, existe un large confluent compris à l'intérieur du canal rachidien. Ce confluent mesure environ 20 à 25 centimètres de hauteur et 2 centimètres de largeur. C'est lui qu'il faut ponctionner. Il ne contient que du liquide céphalo-rachidien au sein duquel flottent les nerfs de la queue de cheval. Il est donc impossible de blesser la moëlle, si l'on ponctionne le 3e, le 4e ou le 5e espace lombaire.

Le 4e espace est préférable. On le repère aisément sur une ligne transversale qui réunit entre elles les deux crêtes iliaques et qui passe juste sur la 4e apophyse lombaire, ou bien encore avec le doigt qui va sentir la dépression lombo-sacrée, toujours facilement reconnue, et qui remonte en touchant la 5e apophyse épineuse lombaire, puis la 4e. Le 4e espace est situé entre la 4e et 5e apophyse épineuse.

Chez le vieillard, dont les cartilages tendent à l'ossification, on choisira, par tâtonnement, l'espace le plus dépressible.

2. Attitude du sujet. — En règle générale, le malade sera placé dans le décubitus latéral droit ou gauche, suivant l'éclairage de la salle, la tête légèrement soulevée par un coussin, les cuisses fléchies fortement sur le bassin, dans la position en chien de fusil. On recommande au malade de faire le gros dos. Dans cette attitude, les lames vertébrales s'écartent, au maximum, d'environ un centimètre et demi. Le dos du malade est rapproché du bord du lit.

La position assise tend à provoquer l'issue trop brusque du liquide fatigue les malades et favorise la réaction de défense musculaire.

3. Instruments. — L'aiguille à ponction lombaire est une aiguille en platine, de préférence, qui peut se tordre sans casser (en acier, elle plie mieux, mais risque de se casser). Cette aiguille a une longueur de 10 centimètres et un diamètre de 8 dixièmes de millimètre à 1 millimètre. L'une des extrémités est taillée en biseau pointu et assez court; l'autre est un pavillon qui peut se fixer à l'embout d'une seringue de Pravaz.

Les aiguilles ou les fins trocarts de l'appareil Potain peuvent servir également.

Pour les enfants, il suffit d'une aiguille de 4 à 5 centimètres de longueur.

4. Précautions aseptiques. — L'aiguille aura été maintenue pendant 10 minutes dans l'eau bouillante

ou mieux stérilisée à l'autoclave, dans un tube à essai. Dans sa lumière aura été passé un fil d'argent. Pour pratiquer la ponction, ce fil d'argent sera laissé dans l'aiguille, affleurant le biseau de sa pointe.

La région lombaire est désinfectée, à l'eau et au savon, puis à l'éther et à l'alcool.

L'opérateur se lave les mains.

5. Anesthésie. — L'anesthésie locale sera obtenue par un jet de chlorure d'éthyle ou la simple application de coton imbibé d'éther. La piqûre de la peau seule est sensible.

6. Opération. — L'index gauche de l'opérateur est posé sur l'angle inférieur de l'apophyse épineuse choisie, la 4^e en général. L'aiguille, tenue de la main droite, pénétrera immédiatement au-dessous de l'index gauche, sur la ligne médiane, traversera rapidement la peau, puis sera enfoncée, très légèrement oblique en haut et en avant, suivant la direction de l'apophyse épineuse, d'une façon progressive et sans à-coups, d'une profondeur de 4 à 6 centimètres environ chez l'adulte, de 1 à 2 centimètres chez l'enfant de 2 à 12 ans. Elle traversera successivement le ligament interépineux et le ligament interlaminaire. Elle pénètre alors dans le canal vertébral et on éprouve la sensation d'une résistance vaincue. L'aiguille va alors perforer le sac arachnoïdien. Elle peut aller buter, sans inconvénient, sur la face postérieure du corps vertébral, au niveau du ligament vertébral commun postérieur. Un très léger mouvement de retrait assure sa position en plein confluent sous-arachnoïdien. Le liquide céphalo-rachidien s'écoule alors.

On retire ensuite l'aiguille brusquement, et l'on obture l'orifice cutané par un peu de collodion.

Les quelques accidents qui surviennent parfois sont: le défaut d'écoulement, le léger écoulement sanguin, l'apparition de spasmes douloureux dans l'une des deux cuisses ou dans les deux à la fois.

Après l'opération, si la quantité du liquide retiré a été un peu forte, dépassant 10 centimètres cubes, on peut observer parfois de la céphalée, un léger vertige, et mêmes quelques nausées. Ces symptômes peuvent durer quelques heures, en moyenne 10 à 12 heures. Ils ne présentent aucune gravité, et n'apparaissent presque jamais si l'on a soin de faire garder le lit pendant 24 heures et même, pendant quelques heures, la tête plus basse que le siège et de ne procéder que goutte à goutte à l'évacuation du liquide, ce que l'on obtient, quand il y a hypertension, en adaptant un tube de caoutchouc au pavillon de l'aiguille et en réglant, par pression de ce tube, la sortie du liquide.

Ces troubles sont dus à ce fait que le liquide céphalo-rachidien continue à se répandre au niveau de l'espace épidual, grâce au petit pertuis durermierien créé par la piqûre de l'aiguille, surtout dans la position assise ou debout, dans laquelle la tension s'exagère.

Dans les méningites, on retire souvent une assez grande quantité de liquide (25 à 30 centimètres cubes) non seulement sans inconvénient, mais même pour le plus grand bien des malades: ce liquide

est vite remplacé, vu sa prodigieuse facilité de reproduction. En règle générale, il ne faut pas dépasser 30 centimètres cubes.

Loin d'être dangereuse, la ponction lombaire est au contraire souvent utile dans la thérapeutique de la méningite tuberculeuse.

Un certain nombre d'auteurs (Fürbringer, Oppenheim, Lenhartz) ont observé l'amélioration de certains symptômes tels que la céphalée, les vomissements, le nystagmus.

L'examen de la pression du liquide céphalo-rachidien montre que, dans l'état normal, cette pression est de 40 à 60 millim. d'eau, tandis que dans la méningite tuberculeuse, elle est de 500 à 700 millim. d'eau. On peut apprécier le degré de la pression au moyen du manomètre Widal et Sicard.

Plus simplement, on peut apprécier approximativement la pression par l'écoulement du premier jet à travers l'orifice de sortie de l'aiguille. Si l'on a soin de placer toujours la malade dans la même position et de se servir d'aiguilles de même calibre, on arrive rapidement à apprécier les différences de pression chez tel ou tel malade.

L'aspect macroscopique du liquide céphalo-rachidien varie selon l'état de santé ou l'état de maladie: dans les méningites, ce liquide est trouble ou trouble; dans l'état normal, il reste clair et incolore; dans la méningite tuberculeuse, le liquide peut rester incolore, limpide ou trouble, flocculeux. Un dépôt fibrineux se produit souvent dans le liquide céphalo-rachidien sous forme de voile mince, bleu grisâtre, quand il s'agit de méningite tuberculeuse.

En règle générale, le liquide des méningites tuberculeuses est limpide à son issue, mais il se trouble légèrement par le repos.

Dans les méningites bactériennes, cocciennes, le liquide est plus ou moins trouble à son issue ou même purulent.

Dans l'hydrocéphalie, il est clair comme de l'eau de roche et ne laisse pas déposer de sédiment ni de coagulum après repos.

Mais il ne faudrait pas attacher une trop grande valeur à ces signes.

Il est bon de se rappeler, pour la pratique, qu'un liquide s'écoulant sous forte pression, jaune ou plus ou moins trouble, indique un état pathologique du système nerveux. S'il se forme, après un repos, un coagulum fibrineux plus ou moins épais, on peut diagnostiquer le plus souvent une méningite aiguë, sans présumer de sa nature.

En résumé, les signes tirés de la pression et de l'aspect macroscopique du liquide céphalo-rachidien manquent de précision. Il faut néanmoins leur attacher une certaine importance clinique, car leur constatation immédiate, au moment même de la ponction lombaire, est facile, sans l'aide d'aucune manipulation, peut déjà mettre sur la voie du diagnostic.

Au point de vue de la composition chimique du liquide céphalo-rachidien, on trouve une diminution des chlorures, une notable augmentation d'albumine, avec présence constante de sérine, et une assez grande quantité de fibrine. Ces deux dernières mo-

difications chimiques se rencontrent dans tous les processus aigus méningés.

Mais les dosages analytiques sont longs et difficiles à faire et il faut disposer d'une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien (20 à 30 centimètres cubes). Ces recherches ne sont donc pas cliniques.

Le seul point à retenir, parce qu'il est facile à constater, sans aucune ressource de laboratoire, c'est que tout le liquide céphalo-rachidien, même limpide, qui laisse déposer en son sein un coagulum de fibrine, ou qui donne, par l'addition d'acide nitrique ou par la chaleur, un abondant précipité, doit être considéré comme un liquide pathologique et le plus souvent comme un liquide de méningite aiguë, (tuberculeuse ou bactérienne).

Quant à la question de la toxicité du liquide céphalo-rachidien, elle est nulle à l'état normal, aussi bien en injections sous-cutanées ou intra-veineuses qu'en injections intra-cérébrales, comme l'ont démontré Widal, Sicard et Lesné.

Peut-être existe-t-il dans le liquide céphalo-rachidien des sujets atteints de méningite tuberculeuse des produits tuberculeux, des toxines (tuberculine ou autres substances toxiques) décelables par l'injection intra-cérébrale au cobaye, suivant la méthode de Roux et Borrel.

Aucun fait précis ne l'a démontré jusqu'ici.
(Concours Méd.)

—:o:—

FAUSSES REPRISES DE LA DIPHTHERIE.

Par M. le Dr. Sevestre.

On fait une injection de sérum; tout va bien. Mais voilà que du huitième au douzième jour, une récurrence paraît se produire: souffrances à la gorge; celle-ci est rouge; plaques blanches même raucité croupale, voire rejet de fausses membranes, et de faire aussitôt une nouvelle injection de sérum; le lendemain plus rien. Eh bien! cette seconde injection était inutile, parce que, tous ces phénomènes de récurrence apparente, ce n'était qu'une manifestation sérothérapique sur les muqueuses, au même titre que certaines éruptions cutanées, arthralgies, toutes œuvres du sérum injecté disparaissant spontanément après 24 ou 48 heures.

(Presse méd.)

—:o:—

CHIRURGIE.

SARCOME DE L'EXTREMITÉ INFÉRIEURE DU FEMUR. ÉTUDE DIAGNOSTIQUE.

Par M. le Professeur Tillaux.

Nous allons examiner ensemble une jeune malade atteinte d'affection chirurgicale chronique du genou, dont le cas mérite quelque attention.

Cette femme, âgée de 22 ans, exerce la profession de vendeuse dans un grand magasin de nouveautés. Son travail l'oblige à rester debout une partie de la journée, à monter et descendre constamment les escaliers. Il y a environ 3 mois, la malade s'aperçut que son genou droit grossissait et que la marche, de ce côté, se faisait moins aisément. Après quelques jours de soins donnés dans sa famille, elle entra à l'hôpital de la Charité où on l'admit dans notre service. Depuis cette époque et sous nos yeux, l'affection s'est développée progressivement jusqu'à atteindre le degré où nous la voyons aujourd'hui.

Revenons maintenant en arrière et procédons à l'interrogatoire et à l'examen clinique de la patiente, en suivant l'ordre que nous devons toujours adopter et qui est le suivant: antécédents héréditaires, antécédents personnels, état antérieur, état actuel.

Antécédents héréditaires.

Ils sont bons et fournissent peu d'indications à retenir: le père, la mère et trois frères de la malade sont vivants et bien portants. Une de ses sœurs serait morte à 12 ans de fièvre cérébrale. Une telle qualification veut souvent dire méningite tuberculeuse, mais, dans les cas particuliers, manquant de détails, nous ne sommes pas en mesure de l'affirmer.

Antécédents personnels.

Ils sont également satisfaisants. La santé de cette jeune femme fut toujours bonne, à part une fièvre typhoïde qui n'a laissé aucun reliquat. On ne trouve pas, chez elle, de stigmates de l'ymphatisme, pas d'adénopathies, pas de cicatrices, pas de traces de kératite. Mariée depuis 8 mois, elle est actuellement enceinte: "de 5 mois, le 20 novembre exactement", dit-elle! Remarquez qu'elle précisait le jour et eût ainsi mérité les compliments de Pajot, qui s'ingéniait à connaître le jour et l'heure de la conception, notions que l'accoucheur possède assez rarement! J'insiste sur cette grossesse, car elle offre un certain intérêt chirurgical. La question des interventions opératoires chez les femmes enceintes a, effectivement, soulevé de longues controverses, de nombreuses discussions, et elle se posera ici, lorsque nous aurons à parler du traitement.

Cette grossesse est embarrassante à un autre point de vue. Je viens de procéder au palper abdominal et j'ai eu, du côté droit, la sensation de toucher une masse dure, inégale, rappelant beaucoup plus une tumeur qu'un utérus gravide. La surface que j'ai parcourue n'est pas lisse comme l'est l'utérus en état de gestation.

Je ne dis pas que la malade ne soit pas enceinte, mais je me demande si quelque néoplasie utérine n'est pas annexée au fœtus. La masse résistante que j'ai sentie et que je sens encore n'est ni une partie fœtale, ni la paroi normale de la matrice contractée: une contraction ne persisterait pas

aussi longtemps. Je reviendrai sur ce point, à propos de la conduite à tenir.

Etat local antérieur.

A quelle époque la patiente s'est-elle aperçue que son genou grossissait? Ses souvenirs ne sont pas extrêmement précis et ils fixent à environ trois mois le début de la maladie. Quand elle est entrée à l'hôpital, le 22 septembre dernier, le genou était déjà sensiblement augmenté de volume: depuis, il a progressé dans ce sens très rapidement, pour atteindre le degré avancé où nous le trouvons aujourd'hui.

Etat actuel.

Le genou droit est gros, arrondi, globuleux: il ressemble bien à une boule. La mensuration pratiquée juste au milieu, donne 45 centimètres de circonférence pour le genou droit et 31 pour le gauche, soit une différence de 14 centimètres. Faite au niveau de la cuisse, immédiatement au-dessus de l'articulation, la mensuration accuse 33 centimètres à droite et 31 à gauche, soit encore deux centimètres en plus pour le membre malade. Notez le fait qui a son intérêt. Nous sommes habitués à voir les lésions articulaires s'accompagner d'atrophie des muscles, conséquence de l'impotence fonctionnelle. Ici le résultat est inverse, la cuisse est augmentée de volume.

La peau recouvrant les parties malades, à part quelques cicatrices de pointes de feu, est d'aspect absolument normal. Nous n'apercevons ni parties congestionnées, ni points vascularisés à l'excès.

Tels sont les renseignements que nous donne la vue. Passons, ensuite, au toucher, à la palpation. Pour apprécier la consistance de la tuméfaction, je promène, sur toute son étendue, la pulpe de mes doigts. Je perçois d'abord une masse dure, osseuse, qui est la rotule. Elle est repoussée en avant et a conservé sa mobilité habituelle. Je puis la déplacer latéralement, de bas en haut, de haut en bas, mais pas du tout d'avant en arrière. Je n'obtiens pas le phénomène du refoulement de la rotule, signe morbide si net lorsque l'articulation contient du liquide.

La consistance générale du genou, chez notre patiente, est ferme, plutôt dure, sans élasticité ni rénitence, à plus forte raison sans fluctuation. Elle est uniforme, sans bosselures, sans irrégularités. C'est une masse qui ne se laisse déprimer fortement nulle part. Le palper ne donne donc pas les sensations que nous rencontrons lorsqu'il s'agit de fongosités: celles-ci sont molles et demi-fluctuantes. D'autre part, le refoulement de la rotule, symptôme pathognomonique de l'hvdrarthrose et du gros épanchement articulaire, fait défaut et permet de conclure à l'absence de liquide dans le genou.

La délimitation supérieure de la partie malade est facile. Si je porte les pulpes digitales vers la cuisse, je détermine aisément le bord supérieur du

genou. J'arrive sur une véritable encoche; la limite du tissu malade, sans être aussi tranchée qu'elle l'est dans le sarcome ossifiant, est cependant des plus nettes. A l'arrière, le creux du jarret est rempli partiellement.

Pour terminer cette énumération des signes physiques, ajoutons qu'à aucun endroit, à la surface de la tumeur, je n'ai trouvé de crépitation parcheminée. Dans la cuisse, vers son milieu, se rencontre un petit noyau dur. Pas d'adénopathies inguinales.

Reste l'étude des signes physiologiques, la douleur provoquée est nulle ou insignifiante. Nous venons d'examiner longuement la patiente, de palper toute la région atteinte, sans provoquer la moindre sensation douloureuse. Si maintenant nous demandons à cette femme: vous plaignez-vous du genou? Elle répond, j'en ai souffert seulement dans le plâtre et quand on me faisait de la compression. Nous avons essayé, en effet, depuis 4 jours, l'action du traitement compressif avec de l'ouate et des bandes immobilisant et serrant le membre. Eh bien, la malade n'a pas tardé à réclamer l'enlèvement du pansement qui l'incommodait. La compression qui, dans nombre de circonstances, soulage a au contraire exaspéré la douleur.

(A Suivre.)

Thérapeutique et Mat. Médicale

LES INJECTIONS INTRA-ARTICULAIRES DE VASELINE STERILE DANS LES ARTHRITES SECHES.

Par M. le Dr. L. Gayard.

H. Delagénère (du Mans) a imaginé d'injecter dans une jointure (l'épaule) atteinte d'arthrite sèche de la vaseline stérile pour rendre aux mouvements leur souplesse et pour diminuer les douleurs. Les résultats qu'il a obtenus à la suite de cette tentative, se sont maintenus excellents depuis trois mois. Voici, d'ailleurs, les réflexions pratiques que lui a suggérées cette nouvelle méthode:

1. L'injection intra-articulaire de vaseline stérile dans l'articulation de l'épaule est des plus faciles. Une aiguille de 5 à 6 centimètres et une seringue à injections hypodermiques ordinaires sont suffisantes. L'important est d'assurer l'asepsie de l'injection; il faut donc que l'aiguille et la seringue soient stérilisées.

Nous donnons la préférence aux seringues de Luer de 2 centimètres, munies d'une aiguille longue, comme celles dont on se sert pour la rachicocainisation. La seringue, l'aiguille et la vaseline sont stérilisées dans l'autoclave. Pour l'épaule, le point de repère est l'acromion; et le bras est porté en abduction. Il suffit alors d'enfoncer l'aiguille seule à 1 centimètre 1-2 au-dessous de l'acromion dans l'ar-

tication. On attend, pour laisser la synovie articulaire s'écouler par l'aiguille: puis, lorsqu'on est bien sûr d'être dans l'article, on pousse doucement l'injection. On ferme ensuite l'orifice de l'aiguille avec du collodion.

Si la malade est endormie, on fera exécuter à l'épaule tous les mouvements physiologiques; puis l'épaule sera abandonnée à elle-même.

Pour les autres articulations, en particulier pour la hanche et le genou, nous proposons d'étudier une technique spéciale.

2. L'innocuité de l'injection a été absolue. A aucun moment, la malade n'a éprouvé la moindre douleur. Au contraire, elle s'est trouvée améliorée aussitôt après et a pu exécuter spontanément des mouvements impossibles depuis longtemps.

Cette cessation brusque de la douleur, qui n'a pas reparu depuis, mérite d'attirer l'attention. Est-ce en supprimant les frottements articulaires, en tenant éloignées l'une de l'autre les surfaces dépolies que la vaseline injectée a produit ce résultat? Ceci est probable. Quant au retour presque immédiat des fonctions de l'articulation, il est plus facile à comprendre, la douleur étant, dans l'arthrite sèche, la cause principale de l'impotence fonctionnelle.

3. Nous voulons attirer maintenant l'attention sur la persistance de l'amélioration obtenue après l'injection. Plus de trois mois après, les douleurs n'ont pas reparu; les mouvements de l'articulation sont restés normaux; les frottements que l'on perçoit encore sont moins considérables qu'autrefois. D'autre part, sans aucun traitement local, l'atrophie de l'épaule, très manifeste au moment de l'intervention, a diminué au point de n'être presque plus appréciable. Ces constatations, très intéressantes en elles-mêmes, permettraient d'admettre que la vaseline stérile, dans l'articulation, jouerait plus un rôle mécanique: elle aurait peut-être une influence heureuse sur l'affection elle-même, c'est-à-dire sur la vitalité du cartilage et sur sa réparation.

(Gaz. des Hôpitaux.)

OBSTETRIQUE

DE LA COMPRESSION PUBIO-MANUELLE COMME TRAITEMENT DES HEMORRAGIES APRES LA DELIVRANCE.

Par M. le Dr Reure.

La délivrance est faite placenta et membranes ont été expulsés dans leur totalité; l'utérus est vide, néanmoins une hémorragie se produit; palpé, l'organe peut présenter une dureté ligneuse, l'inertie pouvant être limitée à la paroi postérieure.

On peut préparer une injection d'eau chaude à 48 degré; mais en attendant qu'elle soit prête (peut être pourra-t-on même s'en passer) l'auteur recom-

mande, d'après l'enseignement de son maître, M. Fochier, la compression pubio-manuelle.

L'accoucheur, à gauche de la malade, plonge au niveau de l'ombilic l'extrémité des quatre doigts réunis de la main droite, en arrière de l'utérus, entre celui-ci, et la colonne; la main est dirigée parallèlement à l'axe du détroit supérieur; on sent la face postérieure de l'utérus si celle-ci est suffisamment consistante; il faut aller aussi bas que possible. Et alors la main est reportée en masse en avant de façon à comprimer l'utérus dans toute sa hauteur, soit contre le pubis, soit contre la main gauche étendue à plat sur la paroi abdominale, au devant de l'utérus, main gauche dont le bord cubital appuie sur le pubis, de telle sorte que la paume de cette main gauche prolonge pour ainsi dire en haut le plan rétro-pubien. La compression de l'utérus ainsi pratiquée serait plutôt bimanuelle, ou du moins autant bimanuelle que pubio-manuelle. En outre, ce n'est pas comme une antéflexion que l'on cherche à produire, mais comme une translation de la totalité de l'utérus d'arrière en avant, en même temps que de bas en haut, de manière à faire saillir l'utérus hors du bassin, au lieu de l'enfoncer dans l'excavation pelvienne, d'où diminution certaine de la congestion utérine.

On doit chercher à se rendre compte — la chose est facile — des points inertés, afin de faire porter là l'excitation mécanique qui provoque la contraction idio-musculaire (Schiff); on cesse alors de faire une compression générale.

L'étendue de la compression, sa limitation, se règlent d'après le siège total ou partiel de l'inertie; l'interrompt, on la reprend suivant que l'inertie elle-même cesse ou revient; d'où des interruptions qui empêchent l'accoucheur de se fatiguer par trop. D'ailleurs, il n'y a pas à faire grand déploiement de force musculaire.

L'un des grands avantages de la méthode, c'est de fixer l'attention sur la paroi postérieure de l'utérus dont l'exploration doit toujours être faite.

(Lyon Méd.)

GYNECOLOGIE

L'ANESTHESIE GENERALE EN OBSTETRIQUE PAR LE CHLORURE D'ETHYLE.

Par M. le Dr. Plauchu,

Chef de clinique obstétricale.

Il arrive maintes fois dans la pratique générale des accouchements que l'indication se pose d'une intervention rapide dans le but de secourir la mère ou l'enfant, et un temps précieux s'écoule avant que l'on puisse agir activement, faute d'une anesthésie générale suffisante. Surtout s'il s'agit de parturientes nerveuses ou alcooliques, la narcose par l'é-

ther ou le chloroforme se fait souvent attendre dix minutes, si l'on a l'ambition de la bien conduire et d'éviter les accidents d'administration massive et brutale.

Aussi, l'idée devait-elle naître d'emprunter à la chirurgie un anesthésique permettant une insensibilisation presque immédiate: le chlorure d'éthyle.

Les premiers essais en ont été faits à Innsbruck par Von Hacker en 1898 et depuis plusieurs années déjà cet anesthésique est rentré dans la pratique. Une communication de Malherbe au Congrès de Chirurgie, 1901, le vulgarisa parmi les chirurgiens. Dans les hôpitaux de Lyon, notamment, nombre d'entre eux s'en servent pour commencer l'anesthésie qui est ensuite continuée le plus souvent à l'éther.

En 1902, Lepage et Le Lorier l'employèrent à leur tour pour les petites interventions obstétricales.

Nous l'avons employé cette année une quarantaine de fois pendant que nous remplaçons notre regretté maître le Prof. Fochier, à la Clinique obstétricale, et nous sommes convaincu qu'il peut rendre de nombreux services.

Le mode d'administration est des plus simples. Il suffit de diriger sur une compresse pliée en quatre doubles et tapissant l'intérieur de la main droite fortement creusée de façon à éviter une trop grande surface d'évaporation, le jet d'un tube de chlorure d'éthyle (Kélène) jusqu'à ce qu'il se soit écoulé 10 centimètres cubes de liquide environ. Puis on coiffe aussitôt la bouche et le nez de la patiente en lui recommandant de faire rapidement quelques fortes inspirations. La malade, surprise par l'anesthésique, résiste en général quelques instants, mais bientôt la respiration se régularise, et au bout d'une minute environ la narcose est complète. Dans la majorité des cas, l'agitation est très modérée, souvent nulle.

Le chlorure d'éthyle peut être employé en obstétrique de deux façons principales: soit comme anesthésique exclusif pour les interventions très rapides, soit pour commencer une anesthésie qui est ensuite continuée au chloroforme ou à l'éther.

I. Dans le premier cas, on peut prolonger au besoin l'effet anesthésique pendant trois à quatre minutes en remettant une nouvelle dose de 10 centimètres cubes. Nous n'avons jamais essayé de prolonger davantage, car dès qu'une intervention nécessite plus de temps, il vaut mieux continuer par l'éther ou le chloroforme.

On peut l'employer seul pour un toucher obstétrical douloureux, tels qu'on en rencontre fréquemment chez les primipares nerveuses ou présentant du vaginisme essentiel ou symptomatique, ou, lorsqu'il existe un rétrécissement du bassin qu'il faut soigneusement analyser. Et aussi dans nombre de petites interventions fort peu douloureuses, que la susceptibilité nerveuse des malades rend tout de suite compliquées. Nous y avons eu recours trois fois, pour introduire des bougies de Krause, et un ballon de Champetier chez une femme enceinte qui s'agitait violemment à toute tentative de toucher.

Le réveil est ensuite très rapide et la malade peut se lever au bout de quelques minutes. Elle ne garde pas un mauvais souvenir de la rapide administration de l'anesthésique.

II. Il est beaucoup plus fréquemment indiqué en obstétrique de commencer l'anesthésie par le chlorure d'éthyle et de la continuer par le chloroforme dans le cas de souffrance de l'enfant ou de mort imminente nécessitant une extraction rapide par le siège, ou une version, ou dans la procidence du cordon constatée par exemple au moment de la rupture de la poche des eaux et coïncidant avec la coloration verte des eaux de l'amnios. Il en est de même dans les applications de forceps indiquées par des modifications profondes des bruits du cœur foetal et pouvant faire craindre que l'enfant ne succombe avant ou pendant l'intervention. Tout instant perdu fait courir des dangers à l'enfant et l'anesthésie ainsi accélérée peut faire gagner 5 à 10 minutes.

Il y a aussi avantage à commencer l'anesthésie par l'insufflation de chlorure d'éthyle, et de la continuer par l'éther dans certaines hémorragies maternelles suivant l'accouchement (déchirure du col, du vagin, ou du segment inférieur), continuant après la délivrance et nécessitant par exemple un tamponnement utéro-vaginal; dans les délivrances artificielles, soit post-partum, soit post-abortum avec hémorragie importante. Enfin, dans l'extraction des membranes retenues après l'accouchement.

Pour tenter ces interventions, l'anesthésie n'est, le plus souvent, pas nécessaire chez les multipares et chez les femmes calmes et courageuses; mais la rapidité de la narcose rendra des services quand il sera impossible de compter sur le calme de l'opérée, ou quand l'agitation de la malade paralysera l'opérateur au cours d'une intervention déjà commencée sans anesthésie.

Ce n'est pas une quarantaine d'observations que l'on peut se rendre compte des dangers d'un anesthésique; nous nous contenterons de signaler que chez la femme enceinte ou en travail, nous n'avons jamais observé aucun accident. Il n'y a jamais eu d'alerte d'anesthésie. Le chlorure d'éthyle amène souvent de l'anesthésie du globe oculaire et la disparition momentanée du réflexe cornéen, même pour surveiller le degré de l'anesthésie.

Quand le kélène est employé seul, le réveil des malades est très rapide, et c'est là un avantage quand on a besoin d'obtenir, de la parturiente, des actes conscients consécutifs à l'intervention. Quelques minutes après, la malade ne se ressent plus de son anesthésie.

Il semble donc que le chlorure d'éthyle puisse rendre aussi en obstétrique des services. Il ne produit pas chez la femme enceinte plus d'accident qu'en dehors de la grossesse. Il est inoffensif et permettra, l'indication opératoire une fois posée, une intervention dont le succès réside souvent dans la rapidité de l'exécution.

Société Méd. des Hôp.)

Otologie, Rh.nologie, Laryngologie.

DES AFFECTIONS DU NEZ DANS LES MALADIES GENERALES.

Par M. le Dr. Raym. Luile.

Il est un grand nombre d'affections générales dans lesquelles l'état du nez pourrait être examiné avec profit.

Dans la période catarrhale de la coqueluche on note un gonflement de la muqueuse avec accumulation considérable de mucus dans le meatus interne. Plus tard, il y a hypersecretion du mucus. Aussi est-il bon d'employer dans cette période de la coqueluche des insinuations de poudre de quinine, de bismuth, etc., dans les fosses nasales.

Chappell a réuni plusieurs observations de rhinorrhée accompagnant régulièrement les accès paludiques.

Le tétanos peut suivre facilement une plaie du nez. Il semble même que les plaies de cette région favorisent la pénétration du germe tétanique, alors que les lésions de l'estomac, de l'intestin et des organes génito-urinaires ne le provoquent pas.

La tuberculose peut se localiser dans le nez sous trois formes différentes. Sous la forme de tuberculome, le mal se localise au niveau de la cloison cartilagineuse et atteint un volume considérable. La nature des tuberculomes ne peut être reconnue qu'à l'examen histologique.

Sous la forme de tuberculose des os du nez, le lissement ulcéreux, le mal siège, soit au niveau de la cloison dont il amène la perforation, soit au niveau du cornet inférieur, soit au niveau du plancher des fosses nasales.

Sous la forme de tuberculose des os du nez, le mal atteint les os du nez les uns après les autres.

Le lupus atteint fréquemment le nez. Il en est de même de la lèpre. Ici le mal peut atteindre la partie extérieure du nez et ces lésions sont connues. Mais, il peut aussi atteindre les parties aériennes élevées.

Sticker a eu le mérite de démontrer que c'était surtout par le mucus nasal que se faisait la propagation de la lèpre. D'où la nécessité de surveiller le nez chez les lépreux.

La morve ne se localise pas aussi constamment dans le nez chez l'homme que chez le cheval. Quand cette localisation se produit il survient un écoulement très abondant, visqueux, d'un jaune sale ou brunâtre, souvent sanguinolent. Dans les formes malignes la peau se gangrène, les cartilages et les os sont attaqués, la cloison, le voile du palais, les sinus voisins sont attaqués. Ce diagnostic se fait par l'examen bactériologique.

Dans les affections cutanées du nez il faut signaler l'acné rosacé et le pemphigus.

Les différentes formes d'eczéma peuvent prendre naissance au cours d'une affection quelconque du nez. Toutes les sécrétions nasales, qu'elles soient dues à l'ozène, la rhinite nerveuse, l'asthme des foies, les corps étrangers, les sinusites, peuvent irriter les téguments et déterminer un eczéma des narines et de la face ensuivante.

Il faut également signaler la diphtérie nasale qui est une localisation fréquente de la diphtérie, localisation parfois difficile à diagnostiquer quand elle ne s'accompagne pas d'une diphtérie pharyngée concomitante.

Friedreich a observé deux cas de rhinite purulente dans lesquels la sécrétion présentait des gonocoques.

La syphilis enfin est une des affections qui se localise assez fréquemment dans le nez. C'est surtout à la période tertiaire qu'on observe ces accidents. Cependant on a également noté la localisation dans les narines de l'accident primitif.

(La Cie. Médicale.)

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE CANADIENNE-FRANÇAISE.

Les membres de cette société ont eu leur premier dîner mensuel à l'Hotel Place Viger, samedi le 6 courant à 8 hrs. p. m. Parmi les dentistes présents nous avons remarqué: M. les Drs. Joseph Nolin, L. J. B. Leblanc, Joseph Versailles, J. G. A. Lendriau, L. P. Bernier, A. S. Brosseau, G. H. Kent, Eudre Dubeau, Louis Trudeau, jr., A. U. Gravelle, Arthur Beauchamp, Stanislas Gendreau, Louis N. Lemieux, Fred. Paquette, Arthur Langlois, Gaston Maillet, Louis Franchère, Ludger N. Trudeau, Ernest A. Vallée, C. W. H. Rondeau, J. E. Moussette, C. F. Morison, Hardouin Lionais, J. N. P. Fournier, J. H. Fortin, W. McCabe.

Le Dr. P. P. Boulanger, administrateur de la "Revue Médicale" avait été invité, mais n'a pu se rendre, étant indisposé.

Après avoir fait honneur à l'excellent menu, le président le Dr. Nolin invita les membres à lever leur verre au succès de la société, prononça un joli discours.

Le Dr. Hardouin Lionais vint ensuite et lut un joli travail, qui sera publié plus tard dans la Revue et qui avait pour titre "De l'intervention du chirurgien dentiste dans le traitement de la syphilis." a la discussion qui suivit, prirent part les Drs. Nolin, Leblanc, Versailles, Landriau, Langlois, etc.

Le secrétaire correspondant, le Dr. Esidore Dubeau, donna lecture de lettres d'excuses des membres suivants: — Drs. J. C. St-Pierre et A. Forest, Sherbrooke, P.Q.; J. N. Delisle, Hull, P.Q.; L. Trudeau sr., St-Hyacinthe, P.Q.; L. Tremblay, Chicoutimi, P.Q.; Eugène Lemieux, Montréal.

Le prochain dîner aura lieu au même endroit le premier jeudi de Mars.

NOUVELLES

Nécrologie.

—En cette ville, le 6 du courant, à l'âge de 5 ans et 32 jours, Charles-Auguste, fils de M. le Dr. M. T. Brennan.

—En cette ville, le 1er du courant, à l'âge de 5 mois, René Versailles, fils de M. le Dr. Joseph Versailles, dentiste.

Noa sympathies.

SUPPLEMENT

L'ABRUTI.

Chauve, imberbe, la face bouffie, les joues arrondies, gracilles, d'un certain embompoint mais les chairs flasques, terreuses, tel était au physique un quidam rencontré au cercle.

En outre de sa peu attrayante binette il était aussi affligé d'une voix flûtée, féminine et tellement criarde qu'elle provoquait sur le tympan l'effet d'un sifflet de locomotive en rupture de vapeur. Bonheurément la loquacité n'était pas le faible de ce personnage qui, à tout prendre était sinon un gai luron du moins une bonne pâte d'homme sachant lamper et surtout payer un petit verre à propos.

Nous l'avions surnommé "l'Abruti". — Or, un soir, une dizaine de copains étaient en train de faire la noce, un peu plus bruyamment que d'honnêtes bourgeois, mais fort déceimment car la gente enjuponnée n'était pas admise au cercle. On congitoit qu'en l'absence des "mimis" les caresses se concentrèrent vers la dive bouteille que plus d'un semblait vouloir épouser. L'abruti, entre autres s'alcoolisait gouloument. Vers la douzième heure le vacarme ne laissait rien à désirer. Histoires, et commérages scabreux s'harmonisaient au cliquetis des verres et des fourchettes. De potins en potins on en vint à discuter avec force commentaires l'action d'un vieillard qui avait la veille, occis le violateur de sa fille. Le meurtrier (en était-ce bien un) serait-il pendu, emprisonné à perpétuité, où libéré?

...La discussion dégénérait en cacophonie magistrale lorsqu'un jeune médecin réclama la parole avec une singulière insistance. Le silence se fit et les oreilles se tendirent: "Le bonhomme a eu tort de tuer le misérable et il aurait dû agir comme un certain chirurgien de ma connaissance dont la fiancée avait été lâchement violé par un soidisant ami. Estimant la mort un châtement insuffisant pour un tel crime, mon confrère conçut le projet de faire subir les pires souffrances mortales au sale individu en le condamnant à vivre châtié. Ce qui fut fait et promptement, grâce à un anesthésique administré à point: trente minutes suffirent. Le scalpel avait fait son œuvre et l'homme de tout à l'heure n'avait plus de sexe. Le narrateur en était là dans sa dissertation lorsque l'Abruti se leva, chancelant, titubant. Personne n'y prit garde et le jeune médecin continua: "Par un raffinement de vengeance l'homme de l'art traça à l'aide d'un thermocautère le mot "lâche" sur les chairs du sternum, tout comme autrefois on appliquait en France une fleur de lys sur l'épaule des criminels".....

Un grognement étouffé, rauque, interrompit le conteur et on vit l'Abruti, la figure pâle et contractée d'un rictus diabolique agiter ses longs bras au dessus de sa tête et tomber inanimé sur un di-

van. On s'empressa de lui porter secours et afin de le faire respirer plus librement quelqu'un entrouvrit sa chemise mais... oh! horreur... sur la peau nue apparurent des cicatrices plus pâles que le reste des chairs... le stigmate dénonciateur, infâme... le mot "lâche".

L'Abruti recouvra la santé mais non la raison et finit lamentablement dans un asile d'aliénés.

— N.

ARTHRITIQUE ET NEURASTHENIE,

Par M. le Dr. X., de Caen.

Deux mots dont la fortune fut peu commune ont joué et jouent encore un rôle considérable.

Quelques médecins en usent, c'est l'exception; beaucoup en abusent et le public d'emboiter le pas.

Un tel arthritique; une telle profondément neurasthénique; vous n'entendez que ça.

A l'origine, on a peut-être pu se représenter ce qu'étaient l'arthritisme et la neurasthénie; aujourd'hui, le domaine public s'en est emparé et il serait téméraire de tenter une définition.

Voulez-vous embarrasser un confrère? Demandez-lui ce qu'il entend par la neurasthénie. Arthritisme, neuçasthénie, ce sont là des typés de dénominations médicales, qui, pour être trop utilisées, ont perdu leur signification exacte (en admettant toutefois qu'elles en aient jamais eu). L'abus qu'on en a fait et qu'on en fait journellement encore leur a été fatal; il a tué leur entité.

Dans le monde paramédical, la neurasthénie semble actuellement l'emporter sur l'arthritisme. Il est de bon ton d'être neurasthénique, cela est bien porté, c'est presque un cachet de distinction.

Pour le moment, le mal paraît devoir sévir plus spécialement sur l'élément féminin (ce serait un apanage du sexe faible); mais, il est à craindre qu'avant peu, le sexe fort, en général réfractaire jusqu'à ce jour, soit lui aussi touché.

Et ce deviendra une nouvelle forme de snobisme il faut bien passer son temps.

Ne nous plaignons pas d'un tel état de choses; ce serait de l'ingratitude. Réjouissons-nous au contraire. Dans l'encombrement actuel, la neurasthénie est appelée à créer un débouché nouveau aux jeunes activités médicales inemployées. Avant longtemps, des stations climatiques spéciales, spécialement agencées pour le traitement de la dernière diathèse, seront lancées (peut-être même existe-t-il déjà). Puissent l'Allemagne et l'industrielle Suisse ne pas nous devancer dans cette voie nouvelle!

(Jour. de Méd. de Paris.)

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

XI,

Lorsque le dîner fut terminé, Lord Dallshire fit visiter à son hôte les détails de son superbe hôtel. Tour à tour il lui fit admirer sa galerie de tableaux, la bibliothèque et enfin la serre, au fond de laquelle on avait servi le café.

Sir Georges avait offert son bras à Lady Florence et durant les explications que son mari donnait au Colonel, elle avait su adroitement dire à son protecteur:

—“Je serai demain chez vous vers deux heures, car je désire vous parler de choses sérieuses”.

—En effet, la jeune femme se rendait le lendemain chez Sir Georges Brown, et c'est plus émue qu'elle eut voulu le paraître qu'elle serra la main de l'officier.

—Je sais combien ma visite est peu convenable lui dit-elle, mais vu les circonstances dans lesquelles nous nous trouvons, la première étiquette est celle du devoir et non celle indiquée par les lois mondaines.

—Milady, lui dit Sir Georges, en la conduisant vers un fauteuil, vous n'êtes pas ici chez un étranger, mais chez le plus respectueux des amis, le plus dévoué des frères. En entrant dans cette maison, vous n'êtes plus chez moi, mais bien chez vous.

—Vous me donnez chaque jour de nouvelles preuves de votre amitié, dit Florence, et je ne sais comment moi et ma mère arriverons jamais à vous rendre ce que vous faites pour nous. Hier lorsque je vous vis en compagnie de Lord Dallshire, ce fut tout d'abord une surprise dont je ne pus mesurer l'étendue, un bonheur immense m'envahit toute entière car je sentais que si vous étiez là, c'était pour me protéger.

—C'était en effet dans le but de continuer mes recherches et essayer d'approfondir le mystère enveloppant la vie de votre mari. Je vous avouerai, Milady, que chaque jour je comprends davantage vos souffrances et je me fais une idée presque exacte des tourments que vous avez du endurer.

—Hélas, dit Florence en soupirant, j'ai souffert comme femme et aujourd'hui il me frappe dans ce que j'ai de plus cher au monde mon enfant.

—Je connais Lord Dallshire depuis peu, cependant j'ai cru remarquer chez lui une idée fixe, quelque chose comme une obsession qui l'accapare tout entier et qui anéantit en lui tout sentiment et toute pitié.

—Mais alors c'est de la folie! s'écria Florence avec épouvante.

—J'en ai peur madame, et voici ce qui donne à mes soupçons une certitude croissant chaque jour. J'ai essayé de sonder Milord Dallshire, de connaître la raison de ces nuages qui obscurcissent sa pensée et qui souvent le font passer de la gaieté la plus exagérée, à la mélancolie la plus profonde. Non seulement je ne suis arrivé à aucun résultat, mais votre mari semble se méfier de lui-même. Il est donc un mystère impénétrable dans la vie de cet homme, mystère qu'il nous faut à tout prix connaître, car votre bonheur en dépend.

—Vous avez dit, ... mystère impénétrable... dit Florence.

—C'est vrai, répondit Sir Georges, mais ceci ne doit pas nous arrêter, je suis soldat et l'impossible ne doit pas exister pour moi; or lorsque je vis que par les moyens directs, je ne pouvais arriver, je m'efforçais de les pousser vers des sujets de conversation pouvant peut-être me mettre sur la voie. Mais ceci n'est qu'un résultat, celui de faire tenir à Lord Dallshire de telles théories, que vraiment cette fois je le crus complètement insensé. Je suis donc arrivé à croire que cet homme a eu dans son passé quelque chose de terrible qui le bouleverse et le pousse par haine ou par remords à une conduite incompréhensible. Il va donc falloir nous livrer à une enquête aussi immédiate que prompte, car si j'ai aujourd'hui la confiance de Lord Dallshire, je ne sais combien de temps cela durera. Vous connaissez le caractère changeant de votre mari et nous devons à tout prix profiter des avantages actuels. Je vais donc vous prier milady, de bien répondre à toutes les questions que je vais vous poser, et de bien vous souvenir des moindres détails dont l'importance peut être plus considérable qu'on le croit.

—Interrogez, Sir Georges, lui répondit la jeune femme, et je vous jure de répondre fidèlement aux moindres de vos questions.

—N'avez-vous jamais remarqué dans la conduite de Lord Dallshire quelque chose de particulier qui eut pu pousser vos soupçons et leur donner une direction déterminée?

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 17 FEVRIER 1904

No. 34

EDITORIAL

Il est rumeur qu'un certain journal de Québec, nous n'avons pas pu nous procurer, le numéro intéressé, aurait, paraît-il publié une attaque contre certaines idées énoncées par M. le docteur Laurendeau, le 14 décembre dernier à une séance de l'Association Médico-chirurgicale du district de Joliette, séance dont nous avons reproduit, dans notre numéro du 30 décembre, le rapport officiel que nous avait transmis le secrétaire de l'association.

Nous n'avons fait que citer ce que le conférencier a dit tout haut, ouvertement. Il porte, comme tout collaborateur, la responsabilité de ses énoncés. Était-ce à nous à corriger son travail? La liberté de la presse ne nous permettait-elle pas de porter à la connaissance de nos lecteurs, véritablement ce que l'on nous transmettait officiellement, sans que l'on nous fasse porter la responsabilité des croyances ou des idées d'un des membres d'une société médicale dont nous publions avec intégrité les débats?

Que nous partagions les idées d'un ou d'aucun de nos collaborateurs, ou d'aucune société, pas du tout?

Que l'on juge les idées d'un collaborateur à leur valeur, tout le monde en est libre. La Revue elle-même a-t-elle été criminelle en publiant ce rapport contre lequel on se soulève? Ce n'a jamais été notre intention de blesser qui que ce soit, de créer des ennuis à personne encore moins de vouloir—que l'on de garde de l'insinuer, ce serait faux, entièrement faux et malicieux — d'attaquer, d'insulter, ou d'amoindrir la religion ou ses pratiques.

Loin de nous d'avoir cru manquer de respect envers qui que ce soit, autorité religieuse ou personnalité quelconque.

Quant au collaborateur de ce que l'on appelle ce malheureux article, à lui de se défendre s'il le juge à propos.

Nos colonnes sont ouvertes à qui voudrait considérer la question, — aux correspondants francs et ouverts, mais pas aux lettres anonymes.

Nous espérons que ces remarques suffiront à convaincre tout le monde qu'il n'y a eu, de notre part, aucune intention malfaisante ou irréligieuse.

Si nous avons blessé les sentiments de quelqu'un, qu'il nous le pardonne. Si l'on croit que nous voulions manquer de respect envers notre sainte religion, que l'on se désabuse entièrement. Nous sommes catholiques, nous sommes soumis respectueusement aux autorités religieuses, et nous ferons, comme nous l'avons toujours fait, tout en notre pouvoir pour l'avancement de notre religion et pour apporter à elle tout ce que la science médicale peut lui fournir d'utile.

Travaux Originaux

L'ESPRIT PROFESSIONNEL (I)

Par M. le Dr. S. Gaudreau,

Chirurgien-Dentiste à Québec.

Messieurs,

On m'avait demandé de préparer un travail sur la pulpe dentaire; mais j'ai pensé qu'en remettant à plus tard cette étude, vos malades ne s'en porteraient pas plus mal; j'ai préféré, vu la jeunesse de notre société, vous soumettre quelques observations au sujet de l'esprit professionnel, et de l'influence des associations dentaires sur le développement de cet esprit.

(I) Travail lu devant la "Société d'Ontologie Canadienne Française" à Québec, le 9 janvier 1904.

La plupart des dentistes se sont souvent fait les réflexions que je ferai ici ce soir; mais si je considère la conduite d'un trop grand nombre de confrères depuis la formation de notre société, je crois qu'il est nécessaire de montrer clairement quel est le but de l'association des dentistes Canadiens-Français, et de considérer ensemble quelle doit être la conduite de tout homme se jugeant digne d'appartenir à une profession libérale.

Si l'on considère l'activité déployée de tous côtés pour l'avancement matériel, il semble que l'esprit professionnel soit réellement en danger. Nous sommes portés à oublier ce que nous devons à la dignité de la nature humaine quand nous appliquons notre attention et notre énergie uniquement au développement matériel. Cette pensée générale, nous pouvons la réduire en une pensée particulière si nous regardons notre profession; il me semble donc que le temps est venu de nous demander sérieusement si nous vivons suivant le véritable idéal de l'homme de profession. Il semble difficile de faire comprendre à certains dentistes de notre temps ce que c'est que l'idéal professionnel. Disons immédiatement que beaucoup ne sont pas nés pour faire des hommes de profession. Ils auraient fait de bons maçons, de bons mécaniciens, de bons tailleurs ou de bons garçons; mais être un homme de profession dans le vrai sens du mot mérite une vocation mûrement réfléchie et sérieusement développée. Qu'on dise ce que l'on voudra, il y a une immense différence entre la pratique d'une profession et l'exploitation d'un commerce ou l'exercice d'un métier, bien que beaucoup dans nos rangs semblent ne pas faire cette distinction.

La raison pour laquelle une tendance mercantile dangereuse se manifeste aujourd'hui dans notre profession, c'est que beaucoup manquent d'instinct professionnel et que dans l'étude de leur profession, cette qualité n'a pas été développée telle qu'elle aurait dû l'être.

Le jeune homme de cette province qui étu-

die l'art dentaire reçoit une double éducation: celle de son patron et celle du collègue. Est-ce que sur ce point le patron s'acquitte toujours de ses obligations. Il y en a qui montrent une grande négligence; j'en ai connu qui étaient sans reproches; mais sont-ils bien nombreux? Le patron devrait mettre autant de conviction à faire voir à son élève l'importance et la grandeur de sa profession, qu'il en met à lui expliquer les différentes phases d'une opération dentaire; mais pour un enseignement pratique, nous devons le demander au collègue. Le devoir du professeur sera d'observer constamment ses élèves avec le seul désir de faire d'eux des hommes qui fassent honneur à leur profession. Il ne devra jamais perdre l'occasion de mettre en lumière les obligations professionnelles et ce qu'elles signifient. Il va sans dire que pour accomplir quelque chose dans ce sens, il faudra que le professeur soit lui-même un homme de haute culture intellectuelle et morale. Il devra parfois souligner ses remarques de manière que l'élève comprenne de bonne heure qu'en étudiant l'art dentaire, il contracte des obligations différentes de celles du commerçant. Et si le professeur s'acquittait toujours de sa tâche avec cette idée en vue, cela servirait beaucoup à développer un tel esprit dans la profession. Mais il est bon de considérer pour un instant quelles obligations l'homme de profession a de plus que le commerçant.

La principale distinction, comme je puis me le figurer, consiste dans les services gratuits envers l'humanité. Un commerçant n'est presque jamais forcé de travailler sans rémunération, tandis que pour les hommes de profession surtout ceux qui s'occupent de médecine, ils sont souvent appelés à donner leurs soins avec la certitude de ne jamais être récompensés; c'est une des obligations morales auxquelles s'astreint celui qui se décide à entrer dans une profession libérale, et ces obligations sont telles, que la plus pauvre créature a un droit sur lui.

C'était autrefois l'habitude pour l'homme

de profession de travailler sans évaluer pécuniairement ses services; il soulageait ceux qui souffraient et au cas où il recevait une rémunération, elle lui était donnée par son client comme un cadeau purement volontaire. Cela était, surtout vrai au temps de l'esclavage, quand les esclaves d'une maison recevaient les mêmes soins que le maître, et à certaines époques, généralement à la fin de l'année, celui-ci envoyait à l'homme de profession ses honoraires. Elles ne lui étaient pas données comme le paiement d'une transaction commerciale; mais comme une offre volontaire. L'abolition de l'esclavage et l'élévation général du niveau des classes inférieures ont changé les conditions et un système différent est devenu nécessaire. Avec l'ancien régime et sous les conditions nouvelles, l'existence de l'homme de profession était devenue trop précaire; ainsi, à son corps défendant, il s'est vu forcé d'établir un prix défini pour ses services. Cela n'était que juste, et cependant, par l'introduction de cet élément commercial dans les professions, quelque chose du véritable esprit professionnel disparaissait.

Il n'est que juste et raisonnable que l'homme de profession ou autre, puisse pourvoir à son existence et à celle de ceux qui dépendent de lui quand il sera devenu vieux. C'est en effet plus que son droit, c'est un devoir; mais en s'acquittant de cette obligation bien évidente, il ne lui faut pas négliger les nobles sentiments qui doivent régler la conduite de tout homme qui se réclame d'une profession libérale. Et une des obligations morales que l'Eglise considère comme une des plus importantes, est celle de ne pas chercher à s'attirer de la clientèle en faisant tort à ses confrères.

Il est donc nécessaire de développer dans la profession un esprit d'humanité qui ne considère que le plus grand bien pour le plus grand nombre et qui exclut absolument tout égoïsme.

Pour mieux voir ce que l'esprit profes-

sionnel peut accomplir, nous devons considérer quelques uns des signes du temps. Il faut reconnaître qu'un des plus puissants facteurs du progrès dans notre art est l'établissement d'associations professionnelles. Ces associations ont fait plus pour l'avancement de l'art dentaire, qu'aucune autre entreprise, et elles ont à leur disposition des moyens uniques pour la formation et le développement de l'esprit professionnel.

Nous attendons beaucoup de notre société; mais elle est bien chétive la pauvrete, si je juge de sa santé d'après l'apparence extérieure seulement: nous sommes ici à peine une quinzaine; mais nous serons de bons pères et nous la soignerons avec tant d'amour qu'il faudra bien qu'elle survive et d'ailleurs en voyant le désintéressement de notre œuvre et le but élevé qu'elle se propose, les autres confrères finiront par s'unir à nous j'en suis sûr.

Plusieurs de nos devanciers dans cette province ont été des hommes de talent et même des travailleurs; mais ils n'ont pas fait tout leur devoir: ils n'ont pas fait suffisamment connaître le fruit de leur travail et de leur expérience, et cela, non pas pour leur avantage personnel; mais pour l'avancement de leur profession et pour l'honneur de leur race. Les autres professions libérales ont montré qu'elles se tenaient sur un pied d'égalité avec celles de n'importe quel pays; est-ce que nous pourrions en dire autant de la nôtre? il nous faudra beaucoup de travail, de persévérance et même d'ambition pour conquérir la place que doivent occuper dans le monde les dentistes français du Canada. Cette ambition que je considère nécessaire au travail est la seule chose qui tuerait notre association, si nous la faisons servir à notre avantage personnel. J'ai été souvent étonné de la singulière folie de certaines gens qui travaillent avec plus d'ardeur pour arriver à une place d'honneur dans leur profession que une place d'honneur dans leur profession que profession. La seule réputation durable à

Société Médicale de Montréal

SEANCE DU MARDI 9 FEVRIER 1904,

Dr. Valin, Président au fauteuil,

MM. les Drs. Décary, Dubé, LeSage, St-Jacques, Duhamel, Gagnon, Desmarais, Riopel, Roy, Asselin, de Martigny, Fleury, Cloux, Boucher, Bourgeois, Asselin.

Dr. St.-Jacques: Fracture de la rotule,

Le Dr. St.-Jacques passe en revue succinctement l'étiologie et le traitement de la fracture de la rotule. Il lit l'observation d'un cas personnel de fracture de la rotule. Il fut appelé quelques jours après l'accident et se trouva en face d'un malade à qui on fait une bonne compression. Il se décida à faire de suite le traitement chirurgical. A la suture osseuse il préféra l'enserclage de la rotule. Il nettoya son articulation soigneusement et fit un lavage avec une solution de sérum physiologique. Il immobilisa l'articulation pendant 12 jours. Après ce temps il commença à imprimer des légers mouvements. Le 18ième jour il permit au malade de faire des mouvements actifs et le 23ième de marcher. La fracture remonte à quatre mois et le patient est parfaitement guéri, et n'éprouve pas la moindre difficulté pour marcher. Il persiste encore un tout petit peu de raideur articulaire qui disparaît graduellement.

Malgré l'opinion de Lucas Championnière, il n'a pas employé de solution forte d'acide phénique pour laver l'articulation. Il ne croit pas que l'antiseptie soit nécessaire et il est d'opinion que l'asepsie parfaite est bien suffisante à condition d'être parfaite.

Il est fortement en faveur de l'opération pratiquée de six à dix jours après l'accident, dans tous les cas de fracture de la rotule ou il n'y a pas de contre indication organique. Il préfère l'enserclage de la rotule à la suture.

Le Dr. de Martigny tient à féliciter le Dr. St-Jacques du très beau succès qu'il a obtenu. Il trouve que ce cas illustre d'une manière frappante le résultat auquel le chirurgien peut prétendre. Il est en faveur dans tous les cas de fracture de la rotule, de l'intervention chirurgicale. Il préfère de beaucoup l'enserclage à la suture osseuse de la rotule, car il se produit souvent au cours de cette dernière opération, soit au moment de la perforation de l'os soit au moment de serrage des fils des petites esquilles secondaires qui compromettent le succès final. L'on rend souvent l'opération responsable du demi succès obtenu, quand ce n'est que le manuel opératoire qu'il faut blâmer.

laquelle un homme doit aspirer dans son art, c'est de faire quelque chose qui puisse élucider certains points de la science professionnelle.

L'esprit professionnel qui exige l'abnégation de soi-même ne saurait être trop vanté. C'est lui qui porte l'homme à travailler pendant des heures dans le calme de sa chambre avec le seul désir d'apprendre quelque chose qui puisse proliférer à ses semblables; et s'il est un homme de profession dans le vrai sens du mot, il le fait, non pas par un amour intéressé de la gloire, non pas pour les applaudissements de la foule, ou pour entendre son nom publié d'un bout à l'autre du pays; mais seulement pour que ses études et sa science puissent servir à ses confrères et par eux au soulagement de la souffrance humaine.

L'homme qui travaille surtout pour se faire une réputation, quelque consciencieux qu'il puisse être, ou quelque succès qu'il obtienne, n'a pas en lui le véritable esprit professionnel. La renommée vient souvent à celui qui travaille avec désintéressement pour le bien public; mais si le principal mobile de ses efforts était son intérêt personnel, la beauté de son œuvre en serait ternie. En outre, l'esprit professionnel élargit les idées et élève l'homme au-dessus des préjugés et le garantit du faux amour propre. Plus encore, il nous donne cette qualité rare entre toutes, de reconnaître franchement nos erreurs quand elles nous sont indiquées par un adversaire.

Beaucoup des idées que je viens d'énoncer vous étaient parfaitement connues; mais il n'a pas été inutile de nous en entretenir ensemble. Laissez-moi aussi vous rappeler un conseil qui n'est pas nouveau, mais qui a toujours sa valeur; c'est que les dentistes Canadiens-Français doivent s'aimer, se favoriser, se soutenir les uns les autres pour le plus grand bien de leur profession, et dans la limite de leurs moyens pour l'avancement et la bonne réputation du pays.

Il n'est pas en faveur non plus des solutions fortes d'acide phénique et comme le Dr. St.-Jacques il croit que l'asepsie est bien suffisante.

Le Dr. Lucas Championnière est un des seuls qui soit resté fidèle à l'acide phénique.

Le Dr. Dubé est heureux de constater que les chirurgiens canadiens-français sont en faveur d'intervenir chirurgicalement dans les cas de fracture de la rotule, quand il n'y a pas de contre indications organique.

Le Dr. Dubé rapporte le cas d'un homme qui, il y a six ans se fractura la rotule à la suite d'un violent effort musculaire. Le médecin traitant institua le traitement médical classique et le malade conserva une impotence de son membre. Il y a quatre ans seconde fracture par contraction musculaire de la même rotule. Appelé en consultation avec un chirurgien anglais, le Dr. Dubé conseilla l'intervention chirurgicale. Le chirurgien aimait mieux instituer le traitement médical. Le malade souffre actuellement d'une impotence beaucoup plus marquée qu'avant sa seconde fracture.

Le Dr. de Martigny croit que si le malade du Dr. Dubé voulait se soumettre à une intervention chirurgicale il en retirait un grand soulagement.

Dans ces cas toutefois de fractures anciennes avec impotence plus ou moins prononcée, on ne peut espérer un succès aussi complet que dans les cas récents traités huit ou dix jours après l'accident.

Le Dr. Ricard rapporte l'observation d'un malade opéré, par suture osseuse de la rotule, huit à dix mois après la fracture. Au moment de l'opération le malade souffrait d'une impotence très prononcée et rapidement tous les troubles disparurent et ce malade recouvra le parfait fonctionnement de son membre.

Le Dr. St-Jacques cite l'opinion du Dr. Lucas Championnière qui est partisan d'opérer les anciennes fractures de la rotule quand il persiste une impotence fonctionnelle. Le Dr. Lucas Championnière a opéré plusieurs cas de fractures anciennes, mais le succès final n'a pas été aussi brillant que dans les cas opérés rapidement après la fracture.

Le Dr. St-Jacques est d'opinion que le malade du Dr. Dubé retirerait un bénéfice marqué de l'intervention.

Le Dr. Le Sage: Un cas d'hystero épilepsie chez l'homme.

Le Dr. LeSage lit l'observation d'un malade âgé de 20 ans qui présenta sa première crise d'épilepsie à la suite d'une grande fra-

yeur, il y a quelques mois. Les crises augmentèrent rapidement en fréquence jusqu'à atteindre le nombre de 20 en 24 heures. Un confrère avait institué le traitement au bromure de potassium à doses massives. Le traitement n'avait donné aucun résultat. Le Dr. LeSage ayant trouvé des zones bien caractérisées d'abolition de la sensibilité, persuada à son patient qu'il guérirait rapidement et institua le traitement suivant: douches froides massages, marches forcées. L'amélioration survint avec une rapidité étonnante. Le malade présentait qu'une seule crise le lendemain et une seconde et dernière le surlendemain. Il resta trois semaines à l'hôpital sous observation. Il est retourné dans son village depuis trois mois. Le Dr. Lesage vient de recevoir une lettre du confrère qui le surveille et qui lui dit que le jeune homme n'a pas présenté une seule attaque d'épilepsie depuis son retour de l'hôpital.

Le Dr. Dubé trouve que c'est une des plus belles observations rapportées d'hystérie chez l'homme. Il croit que dans plusieurs maladies, si l'on recherchait l'hystérie sérieusement, on découvrirait plus souvent cette maladie que l'on ne le suppose.

D'après son expérience, la proportion des hystériques est sensiblement la même chez l'homme que chez la femme.

—o o:—

Revue des journaux

MEDECINE

PERITONITES TUBERCULEUSES ET ANNEXITES,

Par M. le Dr A. Boursier,

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Médecine.

Les rapports qui existent entre l'infection tuberculeuse des annexes chez la femme et la péritonite tuberculeuse plus ou moins généralisée ont été depuis longtemps méconnus. Cependant depuis un certain nombre d'années et principalement depuis que Brouardel, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1865): Sur la tuberculose des organes génitaux chez la femme, notait vingt cas de péritonite tuberculeuse coexistant avec des lésions annexielles, et que quelques années plus tard Peter étudiait la pelvi-péritonite tuberculeuse, l'attention a été attirée sur ce point particulier de la pathologie. Des travaux

nombreux ont été publiés sur ce sujet. On en trouvera l'énumération dans les ouvrages récents, et en particulier dans l'excellente thèse de Mlle. Gorowitz (Paris, 1900): De la tuberculose génitale chez la femme. Parmi ceux-ci, nous rappellerons ceux de Bouilly, qui a le premier montré la relation entre la tuberculose des trompes et la maladie que Cruveilhier avait dénommée l'ascite primitive des jeunes filles. Mais il est cependant bien des points encore restés obscurs dans cette étude des rapports de la tuberculose péritonéale et des tuberculoses annexielles, tant au point de vue de la pathologie que de la clinique.

Il y a lieu, en particulier, d'insister tout particulièrement sur les difficultés extrêmes de diagnostic que présentent certaines maladies chez lesquelles l'examen le plus attentif permet de diagnostiquer seulement des lésions annexielles inflammatoires doubles, étendues et complexes, et chez lesquelles la laparotomie démontre en outre l'existence d'une péritonite tuberculeuse généralisée, dont rien jus qu'à n'avait fait supposer la présence. J'ai déjà rencontré plusieurs cas de ce genre.

Il est d'abord nécessaire de se demander si dans les cas complexes la péritonite tuberculeuse est primitive, avec infection génitale secondaire, ou si, au contraire, la lésion génitale est primitive. Nous savons très bien qu'il existe des lésions tuberculeuses génitales primitives indépendantes de toute péritonite tuberculeuse, et aussi des péritonites chroniques sans lésions de l'appareil génital. Mais lorsque tout est pris à la fois, quelle est la lésion initiale?

Les auteurs actuels semblent enclins à admettre que le plus souvent la péritonite tuberculeuse est la conséquence de la lésion génitale. Ainsi, pour Oster 40 pour cent des péritonites tuberculeuses ont leur point de départ dans les lésions des annexes. Haene accepte une proportion de 32 pour 100; Zeaniche croit au contraire que la lésion initiale siège dans l'appareil génital 75 fois sur 100. C'est la doctrine admise dans la thèse de Mlle Gorowitz, qui dit très nettement que la lésion génitale débute et que la péritonite ne se développe que secondairement.

Cependant, la démonstration exacte de ces faits ne me paraît pas faite dans tous les cas. Bouilly a bien démontré, il est vrai, que dans la maladie baptisée par Cruveilhier ascite primitive des jeunes filles ou ascite idiopathique, il s'agissait d'une lésion tuberculeuse primitive des trompes ou des ovaires ayant envahi secondairement le péritoine. On peut aussi rappeler l'intéressante observation de Sippel (Deutsche Medicin. Wochenschr., 1804, No. 53) dans laquelle on trouva dans deux laparotomies consécutives chez le même sujet de la péritonite tuberculeuse localisée autour de l'orifice abdominal de la trompe, alors que celle-ci contenait des lésions tuberculeuses avancées. Ces lésions péritonéales, constatées autour de la trompe droite pendant la première laparotomie qui en causa la guérison, reparurent sept mois plus tard autour de la trompe gauche et furent guéries par une deuxième laparotomie.

Mais à côté de ces lésions génitales primitives, il peut en exister de secondaires. Schatlander, en 1897, a soutenu que souvent la tuberculose de l'ovaire était secondaire à la péritonite. Quant à la trompe, si sa lésion primitive paraît souvent indiscutable, d'après certains auteurs, la lésion tuberculeuse secondaire serait peut-être plus fréquente (Labadie-Lagrave et Legueu), et ces lésions secondaires s'observaient aussi bien pendant la vie sexuelle qu'à la puberté.

Il semble donc que cette question de l'évolution des lésions tuberculeuses soit encore incomplètement établie. Il y aurait lieu de rechercher, soit cliniquement, soit expérimentalement, dans quelles conditions on peut affirmer, en présence des cas complexes comme le nôtre, que la lésion tuberculeuse a été primitivement génitale ou primitivement péritonéale. Il est possible peut-être qu'à des pathogénies différentes répondent un pronostic différent et peut-être une évolution variable.

Le second point sur lequel je désire insister, c'est l'extrême difficulté du diagnostic. Dans le cas qui précède, l'attention a été surtout attirée par les lésions annexielles; et la péritonite généralisée méconnue. Comme je l'ai déjà dit plus haut, ce n'est pas la première fois que j'ai commis cette erreur, et je ne pense pas avoir été le seul à la commettre. Mais cette difficulté extrême du diagnostic tient à ceci que ni les lésions tuberculeuses des annexes, ni la péritonite tuberculeuse ne présentent de signes épathognomoniques, et que le tableau clinique présenté par chaque malade est bien souvent essentiellement variable.

Hégar en 1886, et Wieland en 1894 dans sa thèse, ont indiqué comme signe diagnostique important de la salpingite tuberculeuse l'existence de nodosités fibreuses du volume d'un pois à une noisette au voisinage de la corne utérine. Bulur a de nouveau, en 1897, attiré l'attention sur ce signe. Mais outre qu'il n'est pas constant, il ne peut guère se percevoir que dans les lésions récentes, alors que la trompe n'est pas encore perdue au sein des néomembranes de la pelvi-péritonise, et naturellement il échappe à tout examen quand la salpingite est environnée des lésions multiples dans la péritonite tuberculeuse.

On dit bien aussi que, dans ces cas, les masses salpingiennes sont plus volumineuses, plus adhérentes, plus immobilisées; mais il existe tant de variétés dans les annexites chroniques simples ou tuberculeuses qu'il est impossible d'accorder une réelle valeur à des caractères aussi vagues.

Quant au diagnostic de la péritonite tuberculeuse, tous les chirurgiens savent combien il est souvent difficile, combien ses symptômes sont variables et combien son tableau clinique est souvent incomplet. Je n'insisterai donc ni sur les troubles menstruels, ni sur l'amaigrissement et le mauvais état général du sujet, sur le volume exagéré du ventre, ni sur l'état de défense de la paroi abdominale et les inégalités de résistance à la palpation. Dans les cas où tous ces symptômes sont groupés, où il existe en outre une ascite généralisée ou par-

Mlle, le diagnostic est quelquefois facile. Mais lorsque le tableau symptomatique est incomplet, les quelques signes qui persistent peuvent facilement être attribués à l'annexite double dont on constate les symptômes, et la péritonite généralisée peut être méconnue, comme cela est arrivé dans l'observation rapportée ci-dessus.

Il semble donc qu'il y aurait intérêt à reprendre en détail cette histoire clinique, à grouper et à analyser de très près les observations connues qui deviennent de nos jours assez nombreuses et qu'il serait peut-être possible de mieux caractériser les symptômes et de rendre ce diagnostic plus souvent possible et plus certain.

Il reste enfin une dernière question à soulever en présence de ces cas complexes de tuberculose abdominale: c'est celle des indications opératoires et de la conduite à tenir en face de ces lésions multiples.

Logiquement, dit Mlle. Gorowitz, le traitement doit remplir deux indications: guérir la lésion péritonéale et surtout supprimer la lésion tubaire.

Cette ablation des annexes, pour laquelle dans les cas de tuberculose surtout la laparotomie paraît être le procédé de choix, est loin d'être toujours facile. Dans bien des cas, les lésions de pelvi-péritonite sont telles que cette ablation devient presque impossible. Quand l'extirpation des annexes demande des manœuvres trop pénibles et expose à des lésions graves de l'intestin, on est alors obligé de se contenter de la simple ouverture de l'abdomen. C'est ce que Bouilly a été obligé de faire dans deux observations sur les douze que rapporte Mlle. Gorowitz; c'est la conduite que j'ai tenue dans l'observation actuelle.

Or, il est intéressant de savoir ce que deviennent les lésions dans ces opérations incomplètes, dans ces laparotomies simples qui semblent s'adresser exclusivement à la péritonite tuberculeuse. Celle-ci, nous le savons, guérit souvent après la simple incision abdominale. Mais que deviennent les lésions annexielles? Dans quelques cas, la lésion péritonéale guérit et la tuberculose génitale persiste. C'est ce qui a été constaté dans certaines observations, et en particulier dans le cas de Jordan et dans celui de Terrillon et de Nélaton. Dans ce dernier fait, la malade avait été laparotomisée en 1890 par Terrillon pour une péritonite tuberculeuse. Après quatre ans, elle souffrait aussi du ventre. Nélaton, en 1896, fit une seconde laparotomie et put enlever deux volumineuses trompes tuberculeuses tout en constatant que la péritonite était tout à fait guérie.

Mais dans d'autres cas, il semble que la lésion tuberculeuse annexielle a été complètement guérie elle aussi par la simple incision abdominale. Aussi Schramm rapporte un cas de guérison totale persistant huit ans après la laparotomie. Mlle. Gorowitz cite plusieurs cas analogues et un autre où la guérison était constatée après neuf ans.

Si des faits du même genre sont connus de tous, il semble qu'il manque encore une étude assez approfondie des observations pour en déduire des in-

dications précises, pour savoir quand il faut de parti pris s'abstenir et se borner à la simple incision abdominale; quand, au contraire, le devoir de l'opérateur est d'aller plus loin et d'enlever les annexes malades. Sur ce point, comme sur les autres que j'ai signalés précédemment, la doctrine est incomplètement établie, et il me semble que les quelques desiderata que j'ai signalés suffisent, à démontrer que cette question des rapports de la tuberculose génitale avec la péritonite tuberculeuse est loin d'être complètement élucidée, et qu'il y aurait lieu, si possible, d'en reprendre et d'en compléter l'étude.

(Jour. de Méd. de Bordeaux)

CHIRURGIE.

SARCOME DE L'EXTREMITÉ INFÉRIEURE DU FEMUR. ÉTUDE DIAGNOSTIQUE.

Par M. le Professeur Tillaux.

(Suite et fin)

Les mouvements articulaires sont-ils conservés ou abolis? Pour les rechercher, soulevez le genou avec la main gauche placée au-dessous et prenez le pied à sa racine avec la main droite. Puis, faites exécuter à la jambe des mouvements verticaux, de haut en bas et de bas en haut, ainsi que des mouvements latéraux. Nous constatons que, dans une certaine limite, la flexion, l'extension persistent sont indolentes et ne s'accompagnent d'aucun frottement, d'aucun bruit de craquement.

Pour avoir des notions plus précises sur les rapports des surfaces articulaires, nous avons fait prendre deux radiographies de la région malade. A la vérité, les résultats de ces épreuves, que nous avons sous les yeux, ne sont pas très instructifs. Ils ne nous apprennent pas grand-chose. Ils montrent et confirment néanmoins, que les surfaces articulaires sont en contact immédiat et n'offrent rien d'interposé entre elles. On aperçoit l'un près de l'autre les bords libres du fémur et du tibia: une ligne plus sombre indique la périphérie de la masse néoplasique.

Diagnostic.

Le diagnostic n'est pas sans présenter quelques difficultés, au premier abord tout au moins. Une telle affection peut être ou bien une ostéarthrite bacillaire, ou bien un sarcome de l'extrémité inférieure du fémur.

Mon impression primitive lorsque j'ai vu cette malade, fut qu'il s'agissait d'une tuberculose du genou. Le siège, la tuméfaction arrondie y font penser immédiatement. Il n'en est rien cependant et l'examen complet que nous venons de pratiquer m'oblige à orienter le diagnostic d'un autre côté. Nous ne retrouvons, effectivement, aucun des caractères essentiels de la tumeur blanche.

Les surfaces articulaires, comme le montrent les épreuves radiographiques, ont conservé leurs rapports, ce qu'on n'observe pas dans l'ostéo-arthritis tuberculeuse. Les fongosités de cette dernière sont molles ou demi-molles, et une tuméfaction aussi considérable d'origine bacillaire serait certainement due à une accumulation de liquide et de pus dans l'articulation: or, la consistance du genou de la malade est dure et, nous l'avons montré, il n'y a pas d'épanchement.

De plus les signes fonctionnels sont en rapport avec une lésion extra-articulaire. Les mouvements de flexion, d'extension, de latéralité, sont conservés et se passent sans bruit: c'est un caractère propre au sarcome des extrémités osseuses de respecter les cartilages épiphysaires et de permettre les mouvements, sans douleur. Donc, le cartilage persiste, la synoviale persiste et les altérations morbides sont non pas intra, mais péri-articulaires.

L'expérience de la compression a sa valeur. Cette méthode de traitement soulage toujours les douleurs causées par les tumeurs blanches. Eh bien, écoutez notre patiente. Elle ne se sent bien qu'une fois sa jambé à l'air libre, lorsqu'elle la remue à son gré. C'est là un signe négatif si vous voulez, mais d'importance indiscutable. L'envahissement du jarret plaide également en faveur du sarcome fémoral, car il ne s'observe pas dans l'ostéo-arthritis tuberculeuse à moins qu'il n'y ait abcès et, alors l'infiltration est molle et fluctuante.

La marche rapide du mal, enfin, son évolution en trois mois, ne rappelle pas, non plus, la progression lente de la bacillose du genou.

Nous ne pouvons pas, dès lors, poser d'autre diagnostic que celui du sarcome de la partie inférieure du fémur.

Une question se pose, à ce moment; quid agendum, quel traitement conseiller? Avant d'intervenir, il convient de rappeler l'état de la grossesse de la malade. Je replace ma main sur la paroi abdominale et je ressens à nouveau cette résistance spéciale dont je parlais au début de ma leçon. Je trouve, à droite, une partie dure qui ne me semble pas être l'utérus normal, ni une partie foetale. J'ai peine à croire qu'une tête ou un pied de fœtus ressemblerait ainsi une heure entière immobile.

J'ai prononcé le mot de sarcome du genou, du fémur. Or, il existe également, ne l'oublions pas des sarcomes de l'utérus. Ce sont des masses dures, bosselées, inégales, ressemblant singulièrement à celles que l'on perçoit à droite, dans l'abdomen chez cette femme. Sa grossesse et sa néoplasie fémorale ne seraient-elles pas compliquées d'un sarcome de la matrice?

Ne nous pressons donc pas d'intervenir opératoirement. Pour nous faire hâter il faudrait qu'à un moment donné l'évolution de la grossesse fût compromise. Attendons la terminaison normale de celle-ci, tout en surveillant l'utérus, en recherchant la persistance ou la disparition de la masse dure du côté droit de l'abdomen.

(Le Concours Med)

—: o:—

PEDIATRIE

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE INFANTILE PAR LA GÉLATINE.

Par M. le Dr. Weil.

Voici le *modus faciendi*:

On formule une solution au dixième de gélatine (variété jaune ou blanche) dans l'eau bouillie (500 grammes ou un litre par exemple). On filtre soigneusement la solution de gélatine. Puis on porte le récipient dans un autoclave à 120 degrés, pendant une demi-heure. En cas d'urgence on pourrait se contenter d'une ébullition prolongée pendant trois quarts d'heure. On répartit ensuite, sans laisser complètement refroidir dans des tubes en verre, dits tubes à essais chimiques, dont chacun contient 10 centimètres cubes de la solution. Il ne reste plus qu'à incorporer le contenu de chacun de ces tubes à essai (renfermant par conséquent un gramme de gélatine) dans le biberon même; il faut, au préalable, chauffer légèrement le tube au bain-marie, car la gélatine se solidifie d'ordinaire autour de 22 degrés et — surtout si la température atmosphérique est basse — le contenu des tubes à essais est gélifié.

On peut donner de la sorte facilement 1 gramme de gélatine (en solution au 1/10e), avec chaque biberon, c'est-à-dire 6 à 8 grammes pour une journée. La préparation est bien acceptée par l'enfant. On peut même aller quotidiennement à 12 et 14 grammes de gélatine, jusqu'à cessation de la diarrhée et transformation complète de la morphologie des selles; pour cela, on administrera, par exemple, deux tubes dans un même biberon de lait. Dans la pratique, les auteurs commencent par trois tubes préparés comme il est dit, puis ils augmentent progressivement à raison d'un tube, c'est-à-dire un gramme, par jour. Les effets de cette médication sont en général très favorables.

Les selles diminuent de fréquence. Leur aspect est rapidement modifié: elles deviennent plus consistantes, mieux liées; les grumaux, qui souvent y abondent, disparaissent; progressivement elles se rapprochent des selles de type normal. La couleur change aussi: la teinte verdâtre s'atténue et cède peu à peu la place, au jaune foncé d'abord, puis au jaune franc. La mauvaise odeur disparaît, même la réaction, nettement acide d'abord au tournesol, vire à l'alcalinité normale. En un mot et souvent dès l'administration du quatrième ou cinquième tube, la morphologie des selles est nettement influencée. Souvent aussi et parallèlement la température décroît, les phénomènes généraux s'amendent. L'amélioration est parfois temporaire, mais il suffit après interruption, de donner à nouveau des tubes gélifiés pour que la transformation soit complète.

La solution de gélatine n'est pas toujours efficace et applicable indistinctement à tous les troubles digestifs aigus ou chroniques du nourrisson.

Elle réussit bien et régulièrement dans les cas de gastro-entérites simples, c'est-à-dire de troubles localisés à l'intestin, avec selles fréquentes, diarrhées, modifiées au point de vue chimique et bactériologique, souvent accompagnées de vomissements, mais sans retentissement notable sur l'état général. Au contraire, quand la maladie est diffuse, quand il s'agit moins de gastro-entérites que d'infections digestives, avec température élevée, broncho-pneumonie surajoutée, râles congestifs des bases, spléno et hépatomégalie, albuminurie, la gélatine, tout en modifiant les selles, qui même dans ces cas deviennent rapidement normales, n'exerce pas, bien entendu, d'action sur les complications.

Ce n'est qu'en cas de choléra infantile que les selles elles-mêmes ne subissent aucune modification.

Le mécanisme de l'action exercée par la gélatine est encore réduit aux hypothèses. Il semblerait qu'elle agit mécaniquement sur les ferments aussi bien que sur les acides et les sels; elle les neutralise vraisemblablement en les isolant par un procédé purement physique. Dans ces conditions, on peut concevoir que l'efficacité thérapeutique résulte d'une neutralisation analogue des produits toxiques, organiques et inorganiques, du tube digestif, chez les nourrissons atteints de diarrhée.

(Soc. des sciences médicales de Lync.)

OBSTETRIQUE

DE L'ACCOMMODATION PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL.

Par M. le Dr. Ch. Maygrier,

Professeur agrégé, Accoucheur de la Charité.

(Leçon faite à la Charité le 3 décembre 1903, et recueillie par M. Devraigne, interne du service.)

Messieurs,

L'idée première de cette leçon m'est venue en examinant dans le service une femme arrivée à la fin de sa grossesse, et dont le fœtus n'est pas placé normalement. Agée de 38 ans, multipare, elle a eu quatre grossesses antérieures, dont une seule est allée à terme; les trois autres se sont terminées par des avortements. Ses dernières règles ont apparu le 8 février 1903. Au cours de la grossesse actuelle, elle est venue plusieurs fois à notre consultation. Le 1er octobre, on constatait un sommet mobile au détroit supérieur. Le 29 octobre, elle avait une présentation du siège non engagé. A d'autres examens, pratiqués les 5, 12 et 18 novembre, le fœtus se présentait à nouveau par le sommet, alors nettement engagé. Dans la nuit du 27 novembre cette femme eut des douleurs utérines assez fortes et éprouva l'impression très nette que le fœtus s'était retourné. A l'examen, on trouva, en effet, une présentation du siège. Mon interne, M. Devraigne, vit

la femme à sa contre-visite et trouva la tête dans la fosse iliaque gauche. Il pratiqua la version par manœuvres externes et essaya de ramener la tête en bas; n'y parvenant pas, il fit basculer le fœtus en sens inverse, obtint une présentation du siège, et pour la maintenir appliqua un bandage de corps serré. Le 30, la même présentation existe encore.

Il s'agit donc d'une femme chez qui la présentation du sommet ne s'est pas maintenue. Il y a une série de mutations dues à un défaut d'accommodation chez une multipare, qui, de plus, présente au toucher vaginal un angle accessible.

Je veux vous entretenir aujourd'hui de l'accommodation pendant la grossesse et le travail.

Ce sujet sort un peu du cadre habituel de mes leçons qui sont avant tout cliniques. Mais il touche à l'obstétrique tout entière, à la grossesse normale et pathologique, à l'accouchement normal, à la dystocie, à la thérapeutique obstétricale enfin; et c'est parce que vous débutez dans la pratique des accouchements que je tiens à vous donner ces notions générales, préambule nécessaire à la facile compréhension de la clinique.

Et tout d'abord, que faut-il entendre par accommodation? Quand tout se passe normalement, le fœtus est, à la fin de la grossesse, longitudinalement placé, la tête en bas, plus ou moins descendue, plus ou moins fléchie: on dit alors qu'il y a présentation du sommet. On a longtemps cherché les causes de cette présentation. Je ne vous citerai que pour mémoire la théorie de la culbute des anciens: le fœtus, se présentant par le siège jusqu'au septième mois, fait à ce moment une culbute qui l'amène la tête en bas. La théorie de la pesanteur, qui remonte à Aristote, a été démontrée fautive par de nombreuses expériences. Paul Dubois et Tarnier pensant que le fœtus, être vivant, pouvait bien jouer un rôle actif, ont imaginé la théorie de l'instinct: le fœtus se présentait de lui-même par le nœud de l'utérus, il se trouve mieux à son sommet parce que, dans cette situation, étant donné

Enfin, la théorie de l'accommodation donne l'explication la plus plausible. Voici, synthétisant tout ce qui avait été dit avant moi sur l'adaptation naturelle qui doit exister entre la forme de l'utérus et celle du fœtus, formuler la loi suivante: "Quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est le siège d'alternatives de mouvements et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu tendra sans cesse à accommoder sa forme et ses dimensions à la forme et à la capacité du contenant. Sont régies par cette loi les présentations et les positions dans les bassins normaux et viciés." Or, le contenant, l'utérus, est un ovoïde dont la grosse extrémité est en haut. Le contenu, le fœtus avec ses membres fléchis, est un ovoïde aussi, dont la grosse extrémité est le siège; d'où il suit naturellement que le siège devra correspondre à la partie la plus large de l'utérus, c'est-à-dire en haut, la tête étant dirigée en bas. Cette loi est surtout vraie pendant le travail. Avant d'entrer dans l'étude des phénomènes mécaniques qui réagissent l'accommodation, je veux vous

dire quelques mots d'une théorie soutenue par le Dr. Larger, de Maisons-Laffitte, et reproduite par son fils en 1902, dans une thèse intéressante et très documentée sur les stigmates obstétricaux de dégénérescence. Pour ces auteurs, tout ce qui n'est pas normal pendant la grossesse est un signe de dégénérescence: ainsi les mauvaises présentations s'observeraient toujours chez des sujets entachés d'une tare quelconque, héréditaire ou acquise, telle que la syphilis, la tuberculose, l'alcoolisme, la consanguinité, l'épilepsie, les névropathies, etc. Cette théorie renferme sans doute une part de vérité, mais elle est beaucoup trop exclusive. Tout en accordant un certain rôle d'influence aux tares précitées, revenons donc aux causes mécaniques, à l'accommodation que MM. Larger ont le grand tort de jeter par dessus bord.

L'accommodation ne consiste pas uniquement, comme l'énonce la loi de Pajot, dans l'adaptation de la forme du fœtus à celle de l'utérus: bien d'autres éléments mécaniques entrent en jeu. Il suffit, pour s'en convaincre, de considérer les facteurs de l'accouchement qui sont, vous le savez au nombre de trois, a) Le corps à expulser: le fœtus; b) la force expulsive; c) Le canal à franchir. Quel rôle jouent ces différents facteurs?

a. Le fœtus, je viens de vous le dire, est un ovoïde dont la grosse extrémité correspond au siège: de plus, ce n'est pas un corps inerte, il a des mouvements actifs, instinctifs ou réflexes, dont il faut certainement tenir compte.

b) L'utérus est la principale force en jeu. Les contractions exagèrent sa forme allongée. Elles deviennent surtout efficaces pendant le travail. Pendant la grossesse, elles sont faibles, souvent insuffisantes pour provoquer à elles seules l'engagement de la tête.

Aussi un autre élément doit-il être invoqué. Dans un mémoire qui date de 1882, Thévenot publiait des observations de femmes chez qui l'engagement de la tête fœtale coiffée du segment inférieur s'était affectué nettement sous l'action des muscles dits utéro-pelviens, c'est-à-dire par la contraction des fibres musculaires hypertrophiées des ligaments ronds. Ces ligaments forment, chez la femme enceinte, comme vous pourrez vous en assurer facilement par le palper, deux gros faisceaux, situés sur les côtés de l'utérus, et dont on peut sentir sous la main les contractions et le raccourcissement. Les faits de Thévenot ont été confirmés par M. Budin qui en avait observé d'analogues dès 1878 et qui a publié sur ce sujet, en 1885 un mémoire avec des nouvelles observations à l'appui. L'action de ces muscles utéro-pelviens n'est pas toujours durable, et il peut arriver qu'après avoir déterminé l'engagement de l'utérus dans le bassin, ils se relâchent et laissent remonter la présentation. Il n'y en a pas moins là une force indéniable dont il faut tenir grand compte dans le mécanisme de l'accommodation.

M. Pinard a mis en valeur un troisième élément la tonicité des muscles de la paroi abdominale pendant la grossesse et leur contraction pendant le

travail. Dans ce dernier cas surtout, la paroi de l'abdomen joue un grand rôle: vous vous en convaincrez facilement, en suivant l'accouchement chez une primipare à paroi solide et chez une multipare dont la paroi flasque, relâchée, se contracte peu.

C). Voyons maintenant la filière pelvigénitale. Si l'entrée du détroit supérieur est normale, si le bassin n'est pas rétréci, il n'y a pas de raisons pour que l'engagement n'ait pas lieu. La forme du bassin, la résistance des parties molles, sont des facteurs importants. Quand la tête est au détroit supérieur, elle est toujours placée transversalement parce qu'à ce niveau le plus grand diamètre est le diamètre transverse. Quand elle s'engage, soit pendant la grossesse, soit au moment du travail, elle se fléchit, descend dans l'excavation suivant un des diamètres obliques, qui sont alors les plus grands. Puis, quand elle arrive au détroit inférieur sur le plancher périnéal, elle se place suivant le diamètre antéro-postérieur qui est ici le plus étendu. Ainsi s'explique le mouvement de rotation que doit accomplir la tête pour traverser le bassin et se dégager au dehors.

C'est de l'ensemble des éléments que je viens de passer en revue que résulte l'adaptation du fœtus aux parties maternelles. Si ces conditions normales ne sont pas réalisées, il se produit des troubles dans l'accommodation, troubles qui entraînent des anomalies dans la grossesse et dans l'accouchement.

Examinons donc, en reprenant dans le même ordre les facteurs de l'accouchement, les causes qui peuvent à propos de chacun d'eux, mettre obstacle à l'accouchement.

1. Du côté de l'œuf. — Si le fœtus est trop petit ou trop gros, s'il est hydrocéphale, s'il y a grossesse gémellaire, l'accommodation céphalique peut ne pas se faire. Si le placenta est inséré bas, il forme un coussin qui gêne l'engagement et favorise une mauvaise présentation. S'il y a exagération de liquide amniotique, hydramnios, le fœtus flotte dans son œuf. Si le cordon est trop court, soit par brièveté congénitale ou par suite de circulaires, le fœtus est gêné, ne peut évoluer. M. Lefour a montré la difficulté qu'on peut éprouver à faire la version par manœuvres externes, dans ces cas.

2. Du côté de la force expulsive, toutes les anomalies de l'utérus et de ses lavements ou de la paroi abdominale entravent l'accommodation. Wiggand, Herrgott père, ont insisté sur la fréquence des présentations de l'épaule dans les utérus développés transversalement, en forme de cœur de carte à jouer.

De même, les mauvaises présentations sont fréquentes dans certaines formes d'utérus double, bicorne, à cloison médiane incomplète, etc., dans des utérus dont la multiparité a affaibli la tonicité, ou dont la paroi est amincie par la cicatrisation consécutive à une rupture antérieure, à une section césarienne. Les fibromes utérins gênent un obstacle mécanique, surtout lorsqu'ils sont implantés sur le segment inférieur, soit en rendant par leur présence les contractions utérines moins efficaces. A la suite

de grossesses répétées, les ligaments utérins sont relâchés et affaiblis et il en résulte une certaine déchéance des muscles utéro-pelviens qui deviennent incapables à remplir leur rôle accommodateur pendant la grossesse et l'accouchement.

Même inaptitude s'observe du côté de la paroi abdominale lorsqu'elle est relâchée, éventrée à la suite de nombreux accouchements, ou même lorsqu'elle est très distendue pendant la grossesse par du météorisme, de l'ascite, etc. Je dois vous signaler encore ici les troubles que peuvent apporter à l'accommodation la réplétion de la vessie et du rectum, à laquelle il faut toujours songer, les tumeurs développées dans le voisinage de l'utérus, kystes ovariens par exemple.

3. Restent enfin les obstacles à l'accommodation céphalique qui sont causés par une anomalie de la filière pelvi-génitale; je ne fais que mentionner, sans y insister, toutes les variétés de viciations pelviennes et les tumeurs de l'excavation.

De la faillite des éléments qui entrent en jeu dans l'accommodation, résultent des mutations, des présentations du siège, de l'épaule, de la face, l'absence même de toute présentation avec toutes les conséquences qui en découleront au moment du travail.

Quelles sont les déductions cliniques que l'on peut tirer de tout ce qui précède? Un principe absolu s'impose: toute femme enceinte doit être examinée au cours et surtout à la fin de sa grossesse, et si l'accommodation céphalique ne se produit pas à un moment donné, on doit s'efforcer de la provoquer en vue d'un accouchement normal. Il existe aujourd'hui dans toutes les Maternités des consultations pour les femmes enceintes; il importe qu'elles soient fréquentées par les mères qui se proposent de venir faire leurs couches dans ces Maternités, afin qu'on n'en voie plus, comme cela arrive trop souvent encore, entrer en travail avec une présentation de l'épaule ou quelque autre complication due à une accommodation défectueuse.

Vous vous enquerrez donc de la situation du fœtus, et s'il n'y a pas présentation du sommet et engagement à partir de la fin du 7^e mois chez les primipares, dans les quinze derniers jours chez les multipares, vous rechercherez qu'elles sont les conditions de l'accommodation qui font défaut. Les différents modes d'exploration, palper, auscultation, toucher, toucher et palper combinés pratiqués avec soin, vous renseigneront à cet égard et la conduite à tenir découlera du résultat de votre examen. Avez-vous affaire, par exemple, à un défaut de tonicité de la paroi abdominale ou utérine à une forme insolite de l'utérus, vous ferez, s'il y a lieu, une version par manœuvres externes pour ramener la tête en bas et vous maintiendrez la présentation céphalique à l'aide d'une ceinture ou d'un bandage approprié. Ou bien s'agit-il d'un rétrécissement pelvien, vous aurez à décider d'après le degré de ce rétrécissement, d'après la forme du bassin, le volume de la tête fœtale, si vous pouvez attendre le terme de la grossesse avec quelques chances de voir l'engagement se faire ou s'il vaut mieux provoquer l'accouchement prématuré.

Mais ce ne sont là que des données générales sur lesquelles je n'insiste pas, car nous aurons souvent l'occasion d'en préciser ensemble l'application à propos des faits cliniques qui seront soumis à notre observation.

Les notions que je viens d'exposer vous sont indispensables à votre entrée dans un service d'accouchement. Vous en trouverez la confirmation dans l'examen des femmes enceintes et dans la pratique des accouchements à laquelle vous allez vous adonner. Plus tard, livrés à vous-mêmes, vous conserverez l'habitude de surveiller la grossesse de vos clientes, et vous vous efforcerez d'obtenir, toutes les fois que vous le pourrez, un accouchement normal, pour le plus grand bien de la mère et de l'enfant.

(Progrès Méd.)

GYNECOLOGIE

TRAITEMENT DE L'ENDOMETRITE CHRONIQUE PAR LA FORMALINE D'APRES LA METHODE DE MENGE,

Par M. le Dr. E. Odebrecht.

L'auteur emploie ce procédé depuis plus d'une année et s'en trouve bien. Il a complètement abandonné le chlorure de zinc et lui préfère la formaline qui pénètre mieux l'épaisseur des tissus tout en ne produisant pas d'escarre comme les caustiques violents. L'action bactéricide du formol est supérieure à celle du chlorure de zinc. L'application en est toujours un peu douloureuse, mais on ne peut lui attribuer des complications fâcheuses telles que paramétrites, périmétrites, salpingites. Sa supériorité est évidente pour la disparition des flueurs blanches, des hémorragies et des douleurs. Doit-on cautériser souvent? Le mieux est de laisser des intervalles d'une semaine entre les séances; suivant la sensibilité des sujets, l'état des organes, col plus ou moins perméable. On pourra parfois cautériser tous les 4 ou 5 jours. On prévient les douleurs par les tampons de glycérine ichtyolisée et les enveloppements humides de tout l'abdomen. L'auteur n'a pas eu des cas où il ait fallu plus de 8 à 10 cautérisations. En cas d'insuccès il changeait de thérapeutique si la malade n'avait elle-même changé de médecin!

Menge emploie la cautérisation de 50 o/o, Odebrecht ne trouve aucun inconvénient à user de 50 o/o; on doit moins répéter les séances. Menge use de préférence d'une sonde en gomme dure dont l'extrémité est garnie de ouate. L'auteur lui préfère la sonde de Playfair qui est plus résistante! L'antisepsie la plus minutieuse est indispensable; on peut sans cela produire des infections ascendantes.

Dans les endométrites végétantes hémorragiques, le curettage est toujours indiqué.

(Gaz. de Gyn.)

DERMATOLOGIE

TRAITEMENT DE LA SEBORRHEE DU CUIR CHEVELU.

Dans un intéressant article du Journal de Médecine et de chirurgie pratiques, M. le Dr. Brocq indique la meilleure méthode de traitement à opposer à la séborrhée du cuir chevelu. Il insiste, d'abord, sur ce fait que les cheveux présentent une véritable mue physiologique et qu'ils tombent régulièrement en plus grande abondance vers les mois de mai et septembre, pour repousser dans les intervalles. Aussi, une médication qui paraît réussir à certains moments, quand elle coïncide avec la repousse, pourra paraître sans effet, quand on la donne au moment de la chute périodique.

D'une façon générale, il est nécessaire de graisser les cheveux comme on le faisait autrefois, d'autant plus qu'avec l'habitude des lavages répétés qui s'est introduite, ils sont presque toujours secs et cassent avec la plus grande facilité. Lorsqu'on les lave pour combattre la séborrhée du cuir chevelu, on les sèche toujours trop, et, après avoir dégraissé la peau, il serait nécessaire de restituer aux cheveux une partie de la graisse qu'on a enlevée; mais les malades apprécient peu le graissage des cheveux qui ne favorise pas les coiffures actuelles.

Pour le traitement de la séborrhée, on peut tous les soirs, et dès qu'il n'y a plus de pellicules, deux fois par semaine seulement, étendre sur la cuir chevelu un peu de pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre au moyen d'une allumette recouverte d'ouate hydrophyle; après quoi, on enlève l'excès de pommade avec un peu d'ouate sèche.

Oxyde jaune d'hydrargyre... 0 gr. 75
Vaseline pure... 20 —

Tous les matins, une friction avec de l'ouate hydrophyle imbibée de coaltar saponiné du Codex étendu de six fois son volume d'eau.

On peut encore utiliser dans le même but la solution:

Polysulfure de potassium liquide... 20 à 200 gt.
Eau chaude... 1/4 de verre

Cette substance a l'inconvénient de foncer la couleur des cheveux. On peut y remédier en passant de temps en temps sur les cheveux un mélange d'eau sédative coupée de 5 à 10 fois son volume d'eau, ce qui leur donne un reflet blond.

Enfin, pour remédier à la sécheresse des cheveux il faut les humecter souvent avec la préparation suivante:

Huile de ricin... 38 grammes
Teinture de jaborandi... 8 —
— quinine... 8 —
— romarin... 8 —

FORMULAIRE

TRAITEMENT DU CORYZA AIGU.

Par M. le Dr. Laffont.

Iodure de sodium... 5 grammes
Eau distillée... 150 —

Une cuillerée à soupe toutes les trois heures dans du lait ou des infusions de sureau de 6 heures du matin à 6 heures du soir. Aux personnes qui ne peuvent se faire au goût de l'iode, doit être réservée la préparation:

Iodure de sodium... 5 g.
Sirop d'écorces d'oranges amères... .. 30 g.
Sirop de limons... 30 g.
Eau distillée q. s. p. 150 g.

La pommade à introduire dans les narines est composé de:

Iodure de sodium... 3 grammes
Bromure de sodium... 3 grammes
Vaseline... 30 grammes

Le bromure de sodium étant destiné à combattre l'éternement.

— : o : —

NOUVELLES

Naissances.

—A Sillery, le 8 février 1904, Mme Dr. Arthur Lavoie, une fille.

Mariage.

—A la chapelle Saint-Louis de la Basilique de Québec, M. le Dr. J. E. Boily, de Saint-Thomas de Montmagny, a épousé lundi Mlle Alice Dumas, fille unique de feu Francis Dumas. L'union a été célébrée par M. l'abbé Fillion. Les témoins étaient MM. J. B. Parent et Alf. Demers.

Nécrologie.

—Nous avons appris avec regret, la mort de l'épouse de M. le Dr. Allaire, médecin du pénitencier de Saint-Vincent-de-Paul.

Madame Allaire, née Evelina Joubert, est décédée le 13 de ce mois à l'âge de 32 ans, laissant sept enfants.

Les funérailles ont eu lieu mardi matin, à St-Vincent de Paul.

Nous prions le docteur Allaire et les membres de la famille affligée d'agréer nos condoléances les plus sincères.

—Nos sympathies à M. le Dr. H. Bédard, de Québec, qui vient de perdre un bébé de deux ans et demi.

SUPPLEMENT

LES MEDECINS DEVANT LES LOIS BABYLONIENNES AU XXe SIECLE AVANT JESUS-CHRIST.

Par M. le Dr. J. Jacquy,

Professeur à la Faculté de Droit de l'Université de Lille.

En ce temps-là, — quarante siècles nous en séparent, — il y avait des lois, il y avait des médecins, et il y avait des lois s'occupant spécialement des médecins. C'est ce que vient de révéler, au monde du XXe siècle après Jésus-Christ, la découverte, faite à Suse par M. de Morgan, d'un Code des lois de Hammurabi, lequel régnait à Babylone au XXIIIe siècle avant Jésus-Christ. Le texte de ces lois a été déchiffré et vient d'être publié par le Pr. Scheil, professeur à l'école pratique des Hautes-Études, en un volume in quarto, qui, sous le titre: Textes Elamites-Sémitiques, forme le tome IV des Mémoires de la Délégation en Perse, paraissant sous la direction de M. de Morgan.

Depuis qu'est ouverte l'ère des fouilles, nous apprend le Pr. Scheil, il n'a pas été mis au jour, ni en Egypte, ni en Assyrie, ni en Babylonie, pour ne nommer que les plus importants champs d'investigation, de document plus considérable par sa haute portée morale et son ample teneur, que le Code est l'un des monuments les plus importants, non seulement de l'histoire des peuples d'Orient, mais encore de l'histoire universelle. C'est un Code de droit privé, formulant ce droit en sentences claires, brèves, fixant ainsi, au centre des âges, les coutumes antérieures séculaires, pour demeurer la base de la législation future des pays babyloniens jusqu'à la chute de l'Empire.

C'est un Code d'inspiration divine. En tête de l'exemplaire trouvé à Suse, figure un bas-relief représentant le dieu Samas au moment où il dicte ses lois au roi Hammurabi. "Samas est le dieu par excellence des oracles, et, comme le dit l'inscription, celui qui inspère l'esprit d'équité et de rectitude. Soleil, dieu de lumière, deux faisceaux de rayons s'échappent de lui; une tiare à quatre rangs de cornes le coiffe; majestueusement assis, il tient, de la main droite tendue en avant, un stylet de scribe et un cercle, comme il convient au maître du cycle des temps et au dieu de la sagesse... Le roi Hammurabi, dans une attitude soumise, fixe attentivement le dieu et reçoit son saint enseignement."

Dans ce Code figurent les matières les plus diverses: condition des juges et des officiers publics, affermage des terres, irrigation, pâture des troupeaux, aménagement des champs ou jardins, pénalités en cas de violence contre hommes ou animaux, navigation, location d'hommes ou animaux, tarif des salaires, commerce, mariage entre époux de même condition ou de condition différente, loi sur les successions, situation des esclaves, etc., le tout réglé avec sagesse et équité, en 280 paragraphes.

Sur ce nombre, il est neuf paragraphes relatifs aux médecins. Peut-être les lecteurs de l'Echo médical du Nord nous sauront-ils gré de les leur faire connaître.

Dans le texte, les dispositions de chaque paragraphe sont inscrites brèves superposées de la façon suivante:

Si un médecin,
un homme, d'une plaie grave
avec le poinçon de bronze
a traité,
et guéri l'homme
et la taie de l'homme
avec le poinçon de bronze
a ouvert
et l'œil de l'homme
a guéri,
10 sicles d'argent
il recevra.

Mais, après avoir rapporté le texte ainsi traduit, le Pr. Scheil en donne une récapitulation, plus compréhensible. C'est à cette récapitulation que nous empruntons les dispositions qui suivent.

215. — Si un médecin traite quelqu'un d'une plaie grave avec le poinçon de bronze et le guérit, ou s'il ouvre avec le poinçon de bronze la taie de quelqu'un et sauve son Xil, il recevra dix sicles d'argent.

216. — S'il s'agit d'un noble, il recevra cinq sicles d'argent.

217. — S'il s'agit d'un esclave, le propriétaire de l'esclave donnera au médecin deux sicles d'argent.

218. — Si un médecin traite un homme libre d'une plaie grave, avec le poinçon de bronze, et le tue, et si avec le poinçon de bronze il ouvre la taie et crève un œil, esclave pour esclave il rendra.

220. — S'il ouvre la taie avec le poinçon de bronze et lui crève l'œil, il payera la moitié du prix de l'esclave en argent.

221. — Si un médecin remet un membre cassé ou guérit un viscère malade, le patient donnera au médecin cinq sicles d'argent.

222. — S'il s'agit d'un noble, il donnera trois sicles d'argent.

223. — S'il s'agit d'un esclave, le propriétaire de l'esclave donnera au médecin deux sicles d'argent.

Viennent ensuite deux paragraphes relatifs aux chirurgiens.

224. — Si un chirurgien, sans la permission du propriétaire, imprime à un esclave la marque d'esclave inaliénable, on lui coupera les mains.

225. — Si quelqu'un trompe le chirurgien qui imprime une marque d'esclave inaliénable, on le tuera et enterrera dans sa maison; le chirurgien jugera qu'il l'a fait par erreur, et il sera quitte.

Et voilà, sans commentaires, comment étaient réglées par la loi babylonienne, il y a plus de quatre mille ans, ces deux questions toujours actuelles de la fixation des honoraires du médecin, et de la responsabilité médicale.

(ECHO MÉDICAL DU NORD.)

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Des soupçons j'en ai bien eu, répondit Florence en penchant sa jolie tête, mais je dus les abandonner un à un, la conduite de mon mari à toujours été pour moi incompréhensible.

—N'avez-vous jamais surpris des paroles où des correspondances compromettantes?

—Non jamais, les appartements de Lord Dallshire ne sont ouverts à personne, et seul, son valet de chambre peut y pénétrer.

—Je vois, dit Sir Georges, il se cache, il doit donc avoir pour cela des raisons que je connaîtrai avant longtemps.

—Je venais donc, vous demander qu'elle serait aujourd'hui ma ligne de conduite et me dire toutes choses qu'il serait de me ressort dans l'intérêt de la cause?

—Je désire milady, que votre rôle soit aussi effacé que possible. Cet homme malgré son inqualifiable conduite n'en est pas moins le père de votre enfant. Il ne faut pas qu'à l'avenir aucun remords ne vienne assiéger votre esprit. Vous avez des amis qui veillent sur vous, reposez-vous donc sur eux et laissez les vous rendre le bonheur perdu.

—Je vous obéirai, Sir Georges, dit Florence en serrant avec émotion la main de l'officier.

—Tout ce que je vous demande, poursuit Sir Georges, c'est d'agir avec la plus grande prudence et de vivre comme si de rien n'était même plus, voyez votre mari le moins possible, et je vous conseillerais même de feindre une indisposition et rester confinée dans vos appartements.

—Dès aujourd'hui, je vais commencer cette comédie, mais comment pourrais-je communiquer avec vous?

—Par Jimmy que j'ai fais entrer comme valet de chambre chez Lord Dallshire et par votre soubrette.

—Et..... ma mère, questionna Florence avec des larmes dans les yeux.

—Je vais aller immédiatement chez elle, et chaque jour je la tiendrai au courant de nos moindres recherches.

Lorsque Florence fut partie, Sir Georges sonna son domestique lui disant de faire atteler le cocher,

—C'est singulier, se disait-il, mais il me semble que c'est ma propre destinée qui se joue en ce moment.

Une demie heure plus tard, la voiture du colonel s'arrêtait devant la maison de Lady Clardy.

XII.

—Je viens de serrer la main à votre fille, dit Sir Georges en saluant Lady Clardy, et nous avons longuement parlé de la triste histoire qui nous occupe en ce moment.

—Et comment va la pauvre enfant? demanda la vieille dame.

—Matériellement fort bien, mais excessivement nerveuse. J'ai su cependant la rassurer et lui faire entrevoir une victoire, qui quoiqu'éloignée ne manquerait pas d'être certaine.

—Alors vous espérez?

—Oui de toute mon âme, car je sens en moi quelque chose qui me dit que le voile qui nous semble si épais, va bientôt se déchirer pour nous permettre de voir la vérité.

—Vos recherches ont-elles abouties à quelque chose?

—Non rien encore, répondit Sir Georges, j'ai comme vous le savez fait entrer Jimmy, mon brosseur, en qualité de valet de chambre de Lord Dallshire. J'attends beaucoup de ce garçon qui est intelligent et qui en plus m'est absolument dévoué. Il doit observer les moindres mouvements de Dallshire et même pousser ses recherches dans les papiers du Lord.

—Oh! Sir Georges, s'écria Lady Clardy.

—C'est de l'indiscrétion, je le confesse, mais lorsque la justice doit s'éclairer il n'est aucun moyen qu'elle ne doive prendre. Vous m'avez choisi comme juge, milady, et quelque soient les répugnances que j'éprouve à certains moyens d'action, il n'en faut pas moins que je m'exécute et que j'accomplisse ma mission jusqu'au bout.

—Alors Jimmy.....? demanda Lady Clardy.

—Jimmy doit me donner son premier rapport demain. Ce matin j'ai reçu un des détectives de l'agence Pitt and Crawford, et celui-ci m'a rapporté des faits qui sont absolument insignifiants. Les seuls détails qui peuvent nous intéresser sont ceux prouvant que Lord Dallshire est un alcoolique et un morphinomane invétéré.

—Et du côté des femmes, ne lui aurait-on pas découvert une maîtresse, qui, par ses conseils le pousserait à préférer une autre femme au détriment de celle à qui il a donné son nom.

—Non madame, j'ai même poussé mon enquête sur ce sujet, d'une façon toute spéciale, mais ni les détectives ni moi avons pu rien découvrir.

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII,

MONTREAL, 24 FEVRIER, 1904

No. 35

Travaux Originaux

L'ART MEDICAL, AUJOURD'HUI ET AUTREFOIS.

Par M. le Dr. S. Bolduc,

Saint-Michel de Bellechasse.

Depuis quelques années, il s'est présenté, dans notre province, plusieurs occasions de parler des progrès de la médecine.

J'ai suivi avec attention, ce qui a été dit, sur ce sujet si plein d'intérêt et d'actualité, et je viens, à mon tour, présenter quelques considérations aux lecteurs de "La Revue Médicale".

On peut le proclamer hautement, les sciences médicales, en général, ont fait des progrès considérables dans la dernière moitié du siècle qui vient de disparaître: les mémorables découvertes de Pasteur ont suffi à elles seules, pour faire entrer l'histoire de la médecine dans une ère nouvelle.

Cependant, si l'on veut descendre de la région de la théorie et considérer attentivement ce qui se passe dans le domaine de la pratique journalière, il sera facile de constater, qu'en dehors de l'hygiène et de la chirurgie, l'art médical ne vaut pas aujourd'hui, ce qu'il valait il y a cinquante ans.

C'est ce que je me propose de démontrer.

La tâche est forte, peut-être trop pour mes forces; mais j'appartiens à la génération qui va bientôt disparaître, et je sens le besoin de dire un mot avant de quitter la scène.

Je pratique depuis plus de quarante ans, et par conséquent, j'ai été souvent en contact avec des médecins de l'ancienne et de la nou-

velle école; j'ai pu apprécier les uns et les autres.

Les anciens médecins donnaient peu de remèdes. Pour guérir, ils comptaient surtout, sur la nature, ce "Vix Medicatrix Naturae," qu'ils savaient si bien interpréter lors même, qu'ils n'avaient pas appris le latin.

En ces temps là, on n'avait pas encore découvert les microbes, mais on les supposait, on les soupçonnait; en tout cas, on les combattait tout de même, souvent, avec beaucoup de succès, par des agents thérapeutiques que le hasard ou l'expérience avaient fait connaître.

Vers le temps où je terminais mon cours, d'études classiques, pendant la vacance, j'avais souvent occasion de converser familièrement avec un bon vieux médecin, qui avait fait ses études médicales dans le bureau d'un patron.

C'est ce vieil ami qui, par des citations qu'il avait prise je ne saurais dire où, mais qu'il m'a répétées assez souvent pour que je les retienne, a commencé à me faire comprendre quelle idée on se faisait autrefois de l'art médical.

On voudra bien me permettre de reproduire ici, trois de ces réminiscences qui sont assez claires par elles-mêmes pour pouvoir se passer de commentaires:

1. Ars longua, vita brevis, experientia fal lax,
2. La médecine guérit quelquefois, soulage souvent, console toujours.
3. L'art de guérir consiste à aider la nature et à ne pas lui nuire.

Ces vieilles doctrines dont j'ai commencé à me nourrir quand j'étais encore sur les

bancs du collège, je puis proclamer ici qu'elles ont toujours été pour moi comme un flambeau éclairant mes pas à mesure que j'avais dans les sentiers incertains de la science médicale; j'en ai fait la base de mes études, j'en ai toujours tenu compte dans ma pratique. Et maintenant que j'ai vieilli, c'est avec un sentiment d'orgueil que je me réjouis de n'avoir pas abandonné ce terrain, car je m'aperçois que je m'y trouve en très bonne compagnie.

En effet, il n'y a guère plus d'une année, à l'occasion du 25ième anniversaire de l'Université Laval, de Montréal, monsieur le professeur Rottot disait : "N'ayant pas encore, une théorie médicale satisfaisante, nous sommes donc encore aujourd'hui, à part les progrès signalés, au même point où en étaient nos prédécesseurs il y a 50 ans, et nous traitons nos malades d'après les mêmes principes."

D'un autre côté, voici comment s'exprimait le fameux professeur Bouchard, dans une communication retentissante qu'il a faite tout dernièrement au Congrès de Médecine du Caire, ramenant, comme pour la faire revivre, toute la thérapeutique des anciens:

"Il n'est pas sans exemple qu'un malade, s'il guérit, attribue sa guérison au médecin. Il est rare qu'un médecin, s'il est instruit, se considère comme l'artisan de la guérison.

"Il est rare aussi qu'il n'ait pas été utile: il a soulagé, il a favorisé les actes qui amènent naturellement la guérison; il a écarté les accidents possibles; il a soutenu le malade, lui donnant ainsi le temps et la force de guérir par lui-même. Il n'a pas accompli les actes, qui guérissent. Ces actes, l'organisme les réalise graduellement pendant la succession des phases de la maladie; la nature les poursuit jusqu'au retour de la santé: la nature médicatrice!"

Après cela, n'est-il pas permis de se demander avec étonnement, comment il se fait que la médecine, après avoir réalisé tant de progrès, comme on se plaît à la proclamer

souvent, ne soit rendu aujourd'hui, qu'au point où elle était, il y a 50 ans?

Il n'y a pas d'autres réponse que celle-ci: la médecine a marché, mais elle n'a pas marché de l'avant.

Voici, d'ailleurs, ce qui s'est passé.

Après la découverte des microbes, on a semblé croire un peu partout dans le monde médical, que l'art de guérir allait désormais se réduire à ceci: faire la guerre à ces parasites malfaisants.

Alors, avec une activité fébrile, l'on s'est mis à la recherche d'agents pouvant exterminer enfin ces éternels ennemis du genre humain.

Dieu sait si l'on a en a trouvé de ces agents!

Dans l'espace de quelques années, la matière médicale s'est trouvée encombrée de remèdes de toutes sortes, et la thérapeutique est devenue ... une simple collection de recettes.

Et la chasse aux microbes a commencé; elle dure encore.

Maintenant, ceux qui veulent considérer attentivement ce qui se passe de nos jours, doivent s'apercevoir que les résultats ne sont pas brillants, que le carnage n'est pas extraordinaire du côté de l'ennemi, et qu'ils manquent quelque chose à ce fameux système bactéricide.

En effet, on connaît aujourd'hui le microbe, l'auteur de maladies sans nombre qui affligent l'humanité; c'est vrai. On connaît des milliers de moyens de le détruire; c'est encore bien vrai. Mais on ne connaît pas encore et l'on ne connaîtra probablement jamais le moyen de l'atteindre dans tous ses retranchements.

La chirurgie, il est vrai, obtient tous les jours des succès de plus en plus éclatants; mais la chirurgie attaque et combat le microbe avant qu'il ait pénétré dans l'organisme, quand il n'est, pour ainsi dire, que dans la porte d'entrée. Quand une fois le subtil ennemi a pu pénétrer dans l'économie, quand

Il est là comme dans une forteresse et qu'on ne sait pas même, quand, comment, par où il y est entré, oh! alors, c'est bien différent; les microbicides ne l'atteignent pas; au contraire, ils deviennent le plus souvent ses alliés et les complices contre le pauvre malade.

C'est-à-dire qu'avec ces innombrables remèdes nouveaux et ces méthodes de thérapeutique moderne, on fait souvent, à ceux que l'on veut guérir, plus de tort que l'on en fait aux microbes que l'on prétend exterminer.

Encore une fois, ce n'est pas brillant!

Voilà cependant ce que nous a transmis le siècle de lumière; voilà ce que nous vaut 50 années de progrès!

Je termine ici pour aujourd'hui, tout en me proposant de parler un peu plus tard, de quelques uns des agents thérapeutiques qui font rarement du bien, très souvent du mal, et qui, cependant, sont très en vogue et très, à la mode aujourd'hui.

Je dis donc aux lecteurs de la Revue Médicale: à revoir.

20 Février 1904.

—:o:—

Revue des journaux

MEDICINE

DU RHUMATISME INFECTIEUX D'ORIGINE URINAIRE,

Par M. le Dr. Georges Bodin,

Médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

L'auteur de cette intéressante monographie formule les conclusions suivantes:

Le cadre des pseudo-rhumatismes articulaires, considérablement agrandi dans ces derniers temps, par les recherches de M. le Prof. Poncet sur le rhumatisme tuberculeux, doit encore s'élargir pour faire place à un autre pseudo-rumatisme: le rhumatisme infectieux d'origine urinaire.

Les lésions inflammatoires des voies urinaires, les manœuvres chirurgicales qu'elles nécessitent souvent, peuvent retentir sur l'appareil articulaire

et donner lieu à des manifestations diverses, allant depuis la simple arthralgie jusqu'à l'arthrite suppurée.

Ces localisations présentent tous les caractères marche, symptômes, etc., des accidents infectieux que l'on observe dans les pseudo-rhumatismes.

Tous les agents pathogènes signalés chez les infectés urinaires peuvent, soit directement, soit par leurs toxines, donner lieu à un tel rhumatisme articulaire. En dehors des agents habituels de la suppuration, mentionnons le coli-bacille, signalé maintes fois dans les intoxications d'origine urinaire, et le bacille de la tuberculose qui, dans la bacillose de l'appareil urinaire, peut encore, là comme ailleurs, être la cause initiale du pseudo-rumatisme.

Nous devons également faire intervenir dans cette pathogénie une intoxication par uricémie, par rétention dans le sang de produits toxiques incomplètement entraînés par les reins malades. Mais, on le comprend, il est difficile de faire la part de ce qui revient à l'infection et à l'intoxication.

Nous avons réuni dans notre thèse quinze observations de rhumatismes infectieux d'origine urinaire. Nous avons lieu de croire qu'il ne s'agit pas là de faits exceptionnels. Des recherches ultérieures fruit d'une observation plus longue que nous n'avons pu le faire, viendront, nous n'en doutons pas, démontrer la valeur de nos appréciations et, tout en les faisant mieux connaître, justifier l'existence de cette variété de pseudo-rumatisme.

(Lyon Médical.)

—o o:—

CHIRURGIE.

LE BAUME DU PEROU DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES COMPLIQUEES.

Par M. le Dr. J. Dumont.

La plupart des chirurgiens traitent aujourd'hui les fractures exposées récentes par l'ouverture large du foyer, qui en permet la toilette, par l'ablation des esquilles ou la résection des fragments osseux, suivant les cas, par la coaptation bout à bout des extrémités fracturées, avec ou sans suture osseuse, et par le tamponnement superficiel.

M. van Stockum, chirurgien en chef de l'hôpital municipal de Rotterdam, c'est-à-dire d'un port de mer important, où les accidents et, partant, les fractures compliquées, sont nombreux, a commencé par traiter ces fractures de la manière que nous venons de dire. Peu satisfait, comme d'ailleurs nombre de chirurgiens, des résultats obtenus, il a songé à recourir à une méthode de traitement restée légendaire dans son service depuis les beaux succès qu'elle y avait donnés entre les mains d'un de ses prédécesseurs, J. van der Hoeven. La légende prétendait que, dans tous les cas de fracture compliquée traités par lui, la guérison avait été obtenue sans la moindre suppuration. Les résultats obtenus

depuis quatre ans par M. van Stockum à l'aide de cette méthode ont été si surprenants qu'il a cru bon d'en faire l'objet d'une communication au récent Congrès français de chirurgie.

La méthode est des plus simples: elle consiste dans l'imprégnation du foyer de fracture par le baume du Pérou. Quant à son application, voici la pratique suivie par M. van Stockum:

Aussitôt le blessé étendu sur la table d'opération, et la fracture diagnostiquée, on commence par enlever, avec une pince stérilisée, les corps étrangers qui se trouvent à la surface de la plaie. Ni le membre blessé, ni la peau avoisinant la plaie, ni la plaie elle-même ne sont lavés ou désinfectés d'une façon quelconque. On ne fait aucune ligature pour hémorragie, à moins que ce ne soit une grosse artère qui donne. On remplit ensuite tout le foyer de la fracture, toutes les anfractuosités de la plaie d'une grande quantité de baume du Pérou stérilisé, en écartant les lèvres cutanées à l'aide de pincés. On favorise la pénétration du baume par de légers mouvements qu'un aide imprime au membre pour obtenir un déplacement des extrémités fracturées. On réduit ensuite la fracture comme s'il s'agissait d'une fracture fermée. Lorsque l'orifice cutané est très petit, on remplit le foyer de la fracture à l'aide d'une seringue stérilisée. En aucun cas, il ne faut introduire de mèche de gaze dans la plaie.

Après la réduction, on applique un pansement aseptique à la gaze, dont la première compresse seulement est imbibée de baume, qui coule ainsi à la surface de la plaie environnante. Par dessus les compresses de gaze on met une couche épaisse de coton hydrophile; puis, le tout est fixé par quelques tours d'une bande également de gaze. Le pansement terminé, le membre est placé aussitôt dans un appareil plâtré ou un appareil à extension continue. M. Van Stockum préfère l'appareil plâtré, parce qu'une immobilisation rigoureuse lui paraît le plus précieux auxiliaire de la méthode employée.

Le premier pansement reste ordinairement en place durant trois semaines. Dans les premiers jours, la température s'élève régulièrement; souvent le quatrième ou le cinquième jour, elle monte jusqu'à 39 d. centigrades, mais, après le cinquième ou sixième jour, elle descend le plus souvent rapidement pour rester ensuite dans la normale.

Lorsqu'au bout de trois semaines on enlève le pansement, on trouve une plaie qui est déjà cicatrisée ou qui bourgeonne sans la moindre inflammation. Les tissus mortifiés se trouvent comme momifiés au milieu des bourgeons. Les bords de la plaie ne sont ni tuméfiés, ni rouges, et la pression la plus énergique ne parvient pas à faire sourdre du pus ou le moindre liquide louche. Dans la profondeur, la réunion osseuse est parfaite ou en voie de consolidation.

Un ou deux pansements au baume — rarement plus —, faits comme le premier, suffisent ensuite à parfaire la guérison.

Les résultats obtenus par M. van Stockum avec cette méthode ont été, suivant sa propre expres-

sion, "merveilleux". On ne peut qu'être de son avis lorsqu'on jette un coup d'œil sur le tableau statistique qu'il a produit au Congrès.

D'après ce tableau, on voit, en effet, que, sur 90 cas ainsi traités, comprenant toutes les fractures compliquées, sans exception aucune (58 de jambe, 4 de cuisse, 9 d'avant-bras, 6 du bras, 3 du bassin, 1 de rotule, 2 du calcaneum, 8 du maxillaire inférieur), qui se sont présentées à la clinique de Rotterdam d'Août 1899 à Octobre 1903, le traitement n'a échoué complètement que dans 4 cas (4,5 pour 100), ou les foyers de fracture suppurèrent. De ces 4 cas, 3 (1 fracture de jambe, 1 de cuisse, 1 de bras) guérirent cependant sans opération secondaire; une seule fois, une gangrène gazeuse nécessita l'amputation secondaire: la malade guérit également. Dans les 86 cas restants, c'est-à-dire dans une proportion de 95,5 pour 100, la fracture se consolida et la plaie compliquante guérit sans la moindre suppuration, sauf dans 8 cas, où il se fit une fistule. Dans la plupart de ces cas, la fistule était entretenue par la présence, dans la profondeur du foyer, d'un corps étranger infecté — morceaux de bois, brins de paille, esquilles osseuses — qu'il fallut extraire. Dans les 3 cas de fracture du maxillaire inférieur qui rentrent dans cette catégorie, on dut extraire une fois les extrémités fracturées qui avaient été réunies par un fil d'argent: la consolidation était cependant déjà complète; dans les 2 autres cas, on se contenta de curetter la petite fistule.

Comme on le voit, les résultats obtenus par M. Van Stockum sont tout à fait remarquables, et il suffit, comme il l'a fait lui-même devant le Congrès, de les comparer à ceux que fournissent toutes les autres méthodes de traitement des fractures compliquées, pour se convaincre qu'ils sont vraiment supérieurs et que la méthode "d'embaumement des plaies" mérite d'être essayé par tous les praticiens. D'autant plus qu'elle est d'une simplicité telle qu'elle peut être appliquée partout et par le médecin le moins habile en chirurgie; elle peut se passer de la narcose; enfin pour le blessé, elle diminue notablement les douleurs et tous les désagréments qui résultent des pansements fréquents.

Quel est le mode d'action du baume du Pérou? Agit-il sur les microbes en les tuant ou en diminuant leur virulence? M. van Stockum ne le pense pas, la puissance bactéricide du baume du Pérou étant presque nulle. D'ailleurs, la température élevée des premiers jours qui suivent le premier pansement, et qui monte encore davantage après un changement prématuré du pansement, prouve bien que la plaie est infectée.

Le baume agirait-il donc simplement en aidant la défense organique naturelle? C'est très possible. On peut appeler, dans cet ordre d'idées, les expériences de Landerer qui, après l'injection de baume du Pérou ou de l'un de ses éléments, l'acide cinnamique, chez les tuberculeux, a vu survenir une leucocytose abondante.

Ce sont là questions encoré à résoudre. L'essentiel, pour l'instant, était d'avoir montré l'efficacité de "l'embaumement" des fractures compliquées.

(La Presse Méd.)

PEDIATRIE

LA PARALYSIE INFANTILE AU POINT DE VUE CHIRURGICAL.

Par M. le Dr. Kirmisson.

La paralysie infantile est une affection médico-chirurgicale: médicale par sa nature et ses symptômes initiaux, chirurgicale par ses suites et sa thérapeutique.

Rare dans les premiers mois de la vie, elle est assez commune à la fin de la première et durant la seconde année; puis après 3 et 4 ans, elle devient exceptionnelle. Son maximum de fréquence se montre entre 18 et 24 mois, au moment de la sortie des grosses dents, particularité qui l'a fait attribuer à l'éruption dentaire: or, il est évident que si la dentition peut provoquer des troubles morbides, elle n'a rien à voir avec la paralysie infantile. Celle-ci offre tous les caractères d'une maladie infectieuse. Son début, sa manière de se comporter, la rapprochent intimement des lésions d'origine bactérienne. Les petites épidémies notées dans diverses localités plaident en faveur de cette hypothèse, qui reste encore à l'état de simple supposition puisqu'aucun micro-organisme n'a pu être découvert chez ces petits patients, aucune culture, aucune inoculation positive par conséquent n'a pu être effectuée.

Le début de la maladie se fait généralement par un accès de fièvre plus ou moins violent et par des phénomènes gastro-intestinaux sérieux ou légers, volontiers réduits à un peu de diarrhée. Quelquefois, cependant, l'invasion est indolente et les troubles initiaux sont si fugaces qu'il passent inaperçus, les parents constatant seulement la paralysie.

Aucun fait intéressant à enregistrer: les accidents éclatent fréquemment pendant la nuit. L'enfant se couche bien portant, il se réveille bientôt en proie à divers malaises et, le lendemain matin, la paralysie est installée.

Les phénomènes paralytiques atteignent leur maximum d'acuité d'emblée, dès le premier jour: il y a au début, congestion étendue de la moelle et, plus tard, circonscription du mal à certaines cellules. Au bout de peu de temps, en effet, les lésions qui avaient frappé d'abord, les membres inférieurs, les bras, voire la totalité du système musculaire, se circonscrivent et se cantonnent à quelques points du corps, dans la majorité des cas aux membres inférieurs, plus rarement aux membres supérieurs, exceptionnellement aux muscles du tronc et à ceux du rachis. Il en résulte des atrophies et des difformi-

tés nombreuses: paralysies atrophiques des bras, des jambes, du thorax, avec pied bot paralytique, genu valgum, ensellures lombaires, proéminences de la paroi abdominale, scoliozes paralytiques, etc., groupes de cas, selon que la paralysie est totale ou partielle.

Je désire aujourd'hui étudier surtout la paralysie atrophique des membres inférieurs, la plus fréquente et la plus importante d'ailleurs. Vous la verrez attendre un seul côté — ce qui est la règle — ou les deux côtés à la fois, en général d'une manière inégale, car il n'y a pour ainsi dire jamais altérations rigoureusement symétriques lorsqu'il s'agit de paralysie atrophique infantile.

Cliniquement, il convient de distinguer deux groupes de cas, selon que la paralysie est totale ou partielle.

I. Paralysie Totale.

La totalité du membre inférieur, la jambe, la cuisse et même la fesse sont atteintes. Le triceps fémoral étant lésé, le petit malade est dans l'impossibilité de détacher le talon du plan du lit; il n'y parvient que grâce à un subrochage, grâce à une sorte de mouvement de reptation. Le chat, d'abord présente un autre signe. La perte du triceps gêne considérablement la marche, le genou se fléchissant constamment sous l'influence des muscles antagonistes. Pour avancer, le patient immobilise la jointure, en mettant la main sur la face antérieure de sa cuisse. Le défaut de conservation du triceps, accident assez rare heureusement, offre un gros intérêt pratique; il modifie singulièrement le traitement qu'il rend plus complexe.

II. Paralysie Partielle.

La paralysie partielle ne peut pas être accompagnée de déformations. Lorsque l'attitude du membre est normale et sa direction conservée, un bon appareil orthopédique, convenablement appliqué permettra au sujet de marcher: il suffit, dans ces conditions, de donner un tuteur au membre affaibli.

Dans la pluralité des circonstances, néanmoins, il y a attitude vicieuse et l'intervention opératoire devient alors indispensable pour la corriger. Je vais vous exposer les principaux difformités d'origine paralytique observées au membre inférieur.

À la hanche les paralysies limitées aux muscles fessiers, aux pelvi-trochantériens de Bichat, placent la cuisse en flexion et rotation en dehors, la tête fémorale faisant saillie dans le triangle de Scarpa. La subluxation antérieure de la tête fémorale constitue un argument à opposer à la théorie, qui attribue à la paralysie infantile les luxations congénitales de la hanche. La paralysie infantile, disait Verneuil, supprime les fessiers, laisse les adducteurs antagonistes attirer la tête dans la fosse iliaque externe et cause ainsi la luxation (congénitale) de la hanche. Or, dans la paralysie infantile on n'observe jamais de luxation en arrière, fait à ajouter à beaucoup d'autres pour réfuter la théorie de Ver-

neuil. La déformation de la hanche que je viens de décrire demande évidemment le recuissement par une ténotomie portant sur le tenseur du fascia lata, le couturier, etc.

Au genou, la déviation principale est le genu valgum dont le mécanisme relève de l'affaiblissement des muscles de la patte-d'oie et de l'action prépondérante du biceps. Le genu valgum paralytique diffère du genu valgum des rachidiens par ce caractère essentiel: il peut se corriger spontanément. Je vous citerai à ce propos une communication originale de Desprès à la Société de chirurgie. Desprès, esprit de contradiction, nous presenta un jour un malade atteint de genu valgum en disant: Vous prétendez que cette affection est d'origine osseuse; eh bien! voici un sujet ayant un genu valgum, qui de lui-même peut parfaitement rapprocher ses jambes. Nous lui répondimes: C'est vrai, mais c'est un genu valgum paralytique! On rencontre quelquefois aussi la lésion de sens inverse, le genu recurvatum.

Au pied, les déformations comportent toutes les variétés du pied bot. Parfois les muscles sont tous paralysés, le pied est ballant, flottant. On appelle cela, à tort, un pied "bot", mot qui signifie déviation fixe et permanente. Les deux types habituels sont: a) la paralysie antéro-externe (jambier, extenseur des orteils, péroniers latéraux; b) la paralysie postérieure (muscles du tendon d'Achille). Dans la paralysie antéro-externe, vous voyez tomber l'avant-pied et il se produit comme conséquence un pied bot varus-équin ou équin varus. Dans la paralysie postérieure, le talon s'abaisse, d'où le pied bot talus, souvent associé au valgus et aussi, d'ailleurs, au pied creux, la paralysie n'ayant frappé que la couche superficielle du triceps sural, la couche profonde, conservée, creusant la voûte plantaire. En outre des paralysies antéro-externe et postérieure on en rencontre nombre d'autres, le varus, le talus pur, et, en définitive, tous les types de pied bot.

Voyons maintenant rapidement quelles sont les causes des déformations. Ces causes sont de trois ordres. L'influence de la pesanteur en premier lieu. Les muscles, en effet, sont non-seulement des puissances actives, mais encore des ligaments des articulations. Si on les supprime, les membres sont abandonnés aux effets de la pesanteur qui suffit déjà à produire certaines difformités. L'influence des muscles antagonistes, en second lieu: n'étant plus contre balancée par la tonicité des muscles paralysés, elle domine. En troisième lieu, enfin, l'usage du membre qui, dans de telles conditions, aggrave et accentue la lésion.

La paralysie infantile — et ceci offre un réel intérêt chirurgical, pour la thérapeutique par exemple — entraîne d'autres conséquences fâcheuses, parmi lesquelles je citerai les troubles trophiques et le raccourcissement du membre. Vous verrez, quelquefois, des modifications trophiques considérables, les régions malades devenant froides, violacées, la peau se recouvrant d'ulcérations tenaces qui ont conduit plusieurs patients à réclamer l'amputation d'une jambe ou d'un pied. L'arrêt de développement

du membre est, dans l'immense majorité des circonstances, peu prononcé et la plupart du temps le raccourcissement n'excède pas 2 à 3 centimètres. Il atteint très exceptionnellement 6 à 7 centimètres.

Un mot du diagnostic qui ne présente pas de difficultés sérieuses. La paralysie infantile se caractérise par la perte de l'action d'un groupe musculaire avec prépondérance des antagonistes. Les muscles pris sont flasques et les réflexes abolis, ce qui distingue cette affection de la maladie de Little accompagnée, au contraire, de spasmes et d'exagération des réflexes.

Dans les cas anciens, sans antécédents connus, on peut hésiter entre le pied bot congénital et le paralytique. A la longue, le pied bot congénital s'accompagne d'atrophies musculaires; cependant, d'une manière générale, la résistance, la rétraction est plus accusée dans le pied bot congénital; le pied paralytique se laisse mieux ramener, il est moins solidement rétracté.

Autre particularité qui mettra sur la voie du diagnostic. Dans les cas de difformités doubles, s'il s'agit d'un pied bot congénital, il est exceptionnel de voir des lésions en sens inverse, elles sont symétriques, semblables des deux côtés. Il n'en va plus ainsi dans le pied bot paralytique double.

Telle est l'étude symptomatologique de la paralysie infantile envisagée dans ce qu'elle a de fâcheux au point de vue chirurgical. Je vais maintenant vous en présenter un exemple chez un enfant de onze ans atteint de paralysie du membre inférieur gauche.

Les antécédents de notre petit malade sont vagues. Son affection, dit-il, a débuté vers l'âge de deux mois de bonne heure par conséquent) par de la fièvre et des convulsions. N'attachez qu'une importance relative à ce dernier symptôme. Souvent, si vous poussez l'interrogatoire et demandez aux parents: "Avez-vous vu ces convulsions?", ils répondent: "non, c'était... des convulsions internes." Ce début par des spasmes convulsifs, très rare pour la paralysie infantile, est par conséquent fréquent dans une autre affection, analogue de l'enfance, l'hémiplégie infantile.

Quoi qu'il en soit, les parents s'aperçurent dans la suite que le membre inférieur gauche était paralysé. L'histoire du malade d'ailleurs manque ici de précision. Il aurait été électrisé, traitement banal, communément employé et pas toujours judicieux. Il y a quelques années il me fut conduit à la consultation d'orthopédie, à l'Hôtel-Dieu. J'ai conseillé aux parents d'attendre et de me le ramener plus tard. On vient de me le reconduire ici, à l'hôpital Trousseau, et je l'ai admis pour l'opérer.

Sa difformité est une association du varus et de l'équin; elle représente un varus équin paralytique classique. Il n'y a pas de troubles trophiques: la peau du membre atteint a sa coloration normale, il n'y a aucune cicatrice, aucune trace d'ulcération antérieure.

Chez lui, la paralysie est partielle et non totale l'enfant peut soulever le talon du plan du lit. Le raccourcissement est à peine marqué, il atteint 2 à 3 centimètres. Conclusion: pied bot varus équin

paralytique gauche avec conservation du triceps et faible raccourcissement. Le pronostic est favorable. Il n'est pas possible, certes, de guérir à fond cet enfant; néanmoins la thérapeutique chirurgicale tirera de bons effets de son cas. Le pronostic est bon parce que la paralysie n'est pas totale et respecte le triceps; le malade pourra marcher sans appareil. D'autre part, il n'existe pas de troubles trophiques, circonstance heureuse, car ces altérations nutritives sont une calamité pour le chirurgien et empêchent tous les points d'appui.

Le traitement doit être opératoire puisqu'il y a déformation. Nous avons à choisir entre trois ordres de moyens:

1. La ténotomie.
2. La transplantation tendineuse.
3. L'arthrodèse.

La ténotomie serait une faute. Vous auriez un écartement post-opératoire des deux bouts de 2 à 3 centimètres, la cicatrisation ne se ferait pas, vous obtiendrez un pied ballant, c'est-à-dire une aggravation du mal.

La transplantation tendineuse ne me paraît guère applicable utilement. Transplaner quoi?

Resté l'arthrodèse, merveilleuse opération que j'emploie depuis 1889 et qui n'a jamais trahi ma confiance. Ses résultats ont toujours été bons et je vais la pratiquer chez notre petit malade. Je me propose de vous en reparler dans une prochaine leçon que je consacrerai au traitement orthopédique et chirurgical de la paralysie infantile.

(Concours Médical.)

OBSTETRIQUE

DE L'INSUFFISANCE DU MUSCLE UTERIN PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

Par M. le Dr. S. Rémy,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

J'ai cherché à établir ce que l'on considère souvent comme de l'inertie utérine, de l'épuisement de l'organe dans la période d'expulsion n'était pas toujours de l'épuisement, mais pouvait être le résultat d'une insuffisance du muscle utérin en présence de la tâche qu'il a à accomplir pour expulser le fœtus hors des organes pelviens.

Deux cas que j'ai observés dans ces derniers temps, m'ont confirmé dans mon opinion: en raison de l'insuffisance notoire de la force utérine, j'ai dû recourir au forceps pour mettre fin à une situation qui ne se modifiait plus.

Que constatons-nous d'abord? C'est que nous nous trouvons en présence des primipares, ni trop jeunes, ni âgées, dans l'âge de la plus grande activité. Elles sont vigoureuses; leur squelette est bien développé; leur grossesse a suivi un cours régulier

jusqu'au terme normal; le travail débute d'une façon naturelle; la dilatation se fait dans un temps qui n'excède pas celui que mettent les primipares. Les contractions se succèdent avec régularité, sans lenteur spéciale, comme sans précipitation. La dilatation se fait graduellement et laisse espérer une terminaison naturelle dans les délais normaux. Rien n'annonce l'accablement ou l'épuisement. La parturiente se déplace, se leve, se couche, comme cela se voit chez toute femme que le travail agace; elle ne manque ni d'énergie ni d'espoir.

Et cependant, quand arrive le temps de l'expulsion, la tête progresse déjà lentement dans le canal pelvien; elle arrive enfin sur le plancher pelvien: l'utérus s'annonce déjà moins vaillant que chez d'autres parturientes. La tête touche enfin le périnée: à ce moment elle devrait, par son contact avec la face interne du périnée, exciter le travail, éveiller le besoin de pousser, en somme, donner le coup de fouet qui à ce moment active les contractions et la douleur, mais aussi ranime le courage.

Il n'en est plus de même chez cette catégorie de parturientes: pas d'excitation, pas d'activité, mais de la lenteur, du découragement. Non pas que les contractions fassent défaut, non pas qu'elles s'éloignent comme pour s'éteindre. Non, les contractions se succèdent avec la même régularité; elles ont une durée suffisante, mais elles sont au-dessous de leur tâche, parce que l'utérus ne peut faire l'effort nécessaire, déployer l'énergie que réclame la lutte contre le périnée. A chaque douleur la tête appuie sur le plancher pelvien, la parturiente fait effort, mais quelle que soit sa bonne volonté, quel que soit son désir de coopérer par ses efforts volontaires, elle se rend compte, et ceux qui l'assistent se rendent compte que c'est le travail utérin qui ne rend pas, qui ne déploie pas toutes les ressources qui sont si nécessaires à cet instant; et la parturiente manquant du stimulant ordinaire, privée de son coup de fouet, pousse mollement, se décourage et abandonne la lutte. Et les contractions se succèdent sans progrès notable; le périnée tombe légèrement, la vulve semble s'entre'ouvrir, mais, en définitive, les progrès sont si lents que parturiente, famille, tous réclament l'intervention de l'accoucheur.

Rien de difficile dans l'application du forceps, mais pendant l'extraction vous reconnaissez que le périnée n'avait subi aucune distension; vous avez à vaincre sa résistance, faisant tout ce que la tête aurait dû faire.

Si c'était de l'inertie atérine, il y aurait tout lieu de la redouter au moment de la délivrance; elle ne cesse pas généralement aussitôt après l'extraction de l'enfant. Or, dans nos cas l'utérus se rétractait bien; la délivrance se fit dans des conditions normales; pas d'hémorragie. L'utérus forme globe de sûreté.

Une fois de plus nous avons constaté la petitesse relative de l'utérus vidé de son contenu. Nous aurons à revenir sur cette constatation. Nous tenons à bien faire remarquer qu'il ne pouvait être question d'une résistance insolite de l'hymen, ou encore d'une résistance particulière du périnée.

La résistance de l'hymen à un degré capable de retenir la tête est rare, et d'ailleurs elle ne se fait sentir qu'au moment où la tête ayant vaincu la résistance du périnée, ayant dilaté l'infundibulum périnéal, et franchi le diamètre bi-ischiatique, se trouve logée dans la poche périnéale.

La résistance anormale du périnée s'accuserait d'abord par la lutte énergique entre la tête poussée par des contractions fortes de l'utérus renforcées par de violents efforts volontaires et le périnée qui résiste sans s'amincir et se distendre. La main introduite pour conduire les cuillers du forceps constaterait cette résistance insolite.

Nous avons signalé une fois de plus le petit volume de l'utérus constaté aussitôt après la délivrance; c'est ce qui pour nous est la meilleure preuve de l'insuffisance de développement de l'utérus de ces femmes. Qu'on veuille bien dans une série d'accouchements comparer le volume des utérus après la délivrance; on sera frappé de la différence qui existe d'une femme à l'autre. Chez les multipares on le trouvera parfois si volumineux, si épais, si élevé, qu'on serait tenté de croire qu'il renferme des caillots. Il n'est pas étonnant qu'un organe aussi développé, expulsé en trois ou quatre contractions le fœtus et que n'ayant pas épuisé de la sorte toute son énergie, il continue à se contracter si puissamment sur le sang des lochies qu'il détermine la douleur si habituelle des tranchées utérines chez les multipares. Chez quelques-unes l'utérus sera de volume moyen. Enfin chez d'autres, il est si petit après l'expulsion du délivre qu'il semble s'enfoncer dans le bassin, comme si rien ne le retenait à son niveau habituel; c'est évidemment son petit volume qui lui permet de passer entre le promontoire et le pubis.

Il faut donc attribuer à la faible musculature de l'utérus de certaines primipares l'insuffisance de cette organe devant la tâche qu'il a à accomplir. Pourquoi en serait-il autrement pour les muscles lisses que pour les muscles striés? Tout muscle du bras n'est pas préparé à soulever le lourd marteau du forgeron. Ce ne sera qu'un jeu pour le bras dont la musculature s'est bien développée. L'utérus a-t-il ses faisceaux musculaires aussi développés chez une femme que chez une autre? N'y a-t-il pas de différence individuelle, des dispositions propres à certaines familles, à certaines races? La mère, la soeur aînée de notre dernière accouchée ont dû, toutes deux, être accouchées à l'aide du forceps.

Dans les traités d'accouchements, on confond dans le même chapitre toutes sortes d'insuffisances de l'utérus parturient; on fait figurer parmi les causes la fatigue, l'épuisement, l'état général du sujet, les maladies locales ou générales, les avortements antérieurs, etc., et l'on admet des degrés allant de la simple paresse utérine à l'inertie totale: dans cette catégorie de cas, il s'agit d'un épuisement du système nerveux qui ne commande plus ou commande mal au muscle utérin. Il ne faut donc pas les confondre avec ces autres cas où le système nerveux, tout en réglant bien la fonction du muscle, ne peut cependant pas donner à la musculature le

développement et la puissance qui lui font défaut.

Neagele dans le paragraphe des causes s'exprime ainsi:

"Souvent l'utérus est simplement faible par lui-même, indépendamment du reste du corps. Cette faiblesse n'est pas rare chez les femmes saines et fortes du reste... il semble qu'il faut en chercher la cause dans un développement incomplet des fibres musculaires produisant la minceur des parois utérines. Cette disposition est quelquefois commune à toutes les femmes d'une famille."

Schroeder dit: "Quelquefois cette faiblesse de douleurs tient à la faiblesse générale ou à des maladies qui ont épuisé la malade; plus souvent encore cela tient à un faible développement congénital du muscle utérin. L'état du muscle utérin est surtout d'une grande importance."

(Jour. de Méd. de Paris).

GYNECOLOGIE

TRAITEMENT DU PRURIT VULVAIRE ET DES AFFECTIONS PARASITAIRES.

Avant tout, il convient de traiter la cause, qui peut être très variable, c'est-à-dire, suivant les cas, combattre la métrite, la vaginose, enlever les polypes urétraux, faire disparaître les parasites (oxyures), traiter le diabète, etc. On ne considérera le prurit comme idiopathique, c'est-à-dire d'origine nerveuse, que si l'on ne peut incriminer une cause locale ou une affection diabétique.

Comme traitement local, on emploiera d'abord des lotions émollientes suivies d'application d'une poudre inerte, sous-nitrate de bismuth, oxyde de zinc, isolés ou mêlés à parties égales avec du talc pulvérisé.

L'eau très chaude en douche vulvaire, les grands bains tièdes prolongés donnent souvent de très bons résultats.

Brocq recommande, si le grattage a déterminé un état d'irritation des parties, d'employer des lotions additionnées d'un peu de bromure de potassium (1/500 ou 1/200 ou de chloral (1 à 2 o/o) ou encore de borate de soude, d'hydrolat de laurier-cerise ou de quelques gouttes d'essence de menthe.

Le sublimé est certainement l'agent le plus efficace contre le prurit vulvaire.

Bichlorure de mercure... ..	2 grammes.
Alcool... ..	10 —
Hydrolat de roses... ..	40 —
Eau distillée... ..	450 —

Les lotions sont répétées matin et soir. Les premières, causant une cuisson vive, seront suivies d'un lavage à l'eau fraîche.

L'acide phénique rend aussi de grands services.

Les solutions de cocaïne en lotions ou en applications permanentes n'amènent qu'une sédation momentanée.

On a encore employé des pommades contenant du bromure de potassium, de l'extrait de belladone, etc.

Dans les cas rebelles, l'électricité soit galvanique, soit faradique, ont donné l'une et l'autre des résultats satisfaisants. Il en est de même des scarifications linéaires quadrillées.

Comme moyens généraux de traitement, on emploiera contre le prurit idiopathique le bromure de potassium, les valériانات, parfois l'antipyrine, l'hydrothérapie, les douches froides.

Parmi les parasites que l'on peut rencontrer à la vulve, citons l'oïdium albicans, qui a été constaté chez les très jeunes enfants athrepsiques, malpropres, chez les vieillards cachectiques et parfois chez les jeunes femmes sous l'influence de la grossesse.

On le combattra au moyen de solutions de sublimé tièdes à 1/10000 (sans alcool), de lavages avec des solutions alcalines concentrées.

L'acné varioliforme de Bazin (*molluscum contagiosum*) est très fréquente à la face externe des grandes lèvres, dans les plis génito-cruraux, etc.

On a proposé des applications de savon mou de potasse, de teinture d'iode, de pommades mercurielles, naphtolées, tous moyens qui déterminent une inflammation superficielle exfoliante du derme et de l'épiderme.

Dans les cas d'éruptions très confluentes, aux éléments volumineux, Brocq conseille d'essayer des lotions astringentes, telles que les solutions d'alun, de sulfate de fer, etc.

Le traitement chirurgical est le plus simple et le plus efficace. On vide la tumeur par la compression avec une pince à disséquer et l'on en cautérise la base avec la pointe d'un crayon de nitrate, on peut encore exciser la tumeur au niveau de la base avec des ciseaux courbes. On supprime la douleur en anesthésiant chaque élément avec un jet de chlorure d'éthyle. Le thermocautère (pointe fine) permet aussi de détruire complètement la tumeur; mais il faut lui préférer le galvanocautère à peine douloureux.

Les oxures qui ont émigré vers la vulve sont facilement détruits par les lavages à l'eau salée, à la glycérine pure. Les pediculi sont détruits par des lotions de vinaigre additionné de sublimé (1/300). On calmera l'irritation consécutive par l'application de cold-cream ou de vaseline boriquée. Il ne faut pas employer les pommades mercurielles, en raison des dangers d'absorption du mercure par les régions couvertes de poils.

On peut employer le naphtol en suspension dans l'huile d'olive.

Naphtol B... .. 5 grammes
Huile... .. 50 —
Deux applications par jour.

(Gaz. de Gyn.)

ENDOMETRITE SEPTIQUE PUERPERALE

Par M. le Dr. Gui,

Professeur agrégé à l'Université de Lille.

Informations Cliniques. — Une nouvelle accouchée, deux, trois ou quatre jours, selon le cas, après la délivrance, accuse, au lieu du bien-être habituel, qu'elle a jusqu'alors éprouvé, une sensation de malaise général, de la céphalalgie, quelques douleurs lombaires. La température, qui n'avait pas dépassé 37 degrés à 37,5, monte à 37,8, 38, 38,5 et quelquefois au-delà. Le pouls, qui était resté aux environs de 80 pulsations à la minute, bat à 100, 110, 120. Le ventre est souple, bien que parfois légèrement ballonné. Le palper, pratiqué avec douceur, détermine de la douleur au niveau de l'utérus, surtout sur les bords. Dans certains cas, les lochies sont fétides. Dans la plupart des cas, elles ne présentent pas de modifications sensibles.

Cet ensemble symptomatique est caractéristique de l'endométrite septique puerpérale, premier degré de l'infection et source de toutes ses complications.

Indications Pathogéniques. — Les indications sont: 1. débarrasser la cavité utérine des caillots ou des débris membraneux qui peuvent y être retenus et qui fournissent aux agents infectieux un milieu de culture favorable; 2. détruire, à l'aide d'un agent antiseptique, les microbes qui occupent les couches superficielles de la caduque; 3. au cas où ce traitement antiseptique serait insuffisant, détruire mécaniquement la caduque infiltrée par les agents infectieux.

Il faut se rappeler qu'une intervention rapide est absolument nécessaire. Toute temporisation a pour résultat de permettre aux agents infectieux de pénétrer plus profondément et rend, par conséquent, la guérison plus difficile et le pronostic plus grave.

Traitement. — Le traitement local prime le traitement général, qui a aussi son importance.

Traitement Local. — Les interventions locales peuvent être isolées ou multiples.

A. Première Intervention. — a) Il y a rétention. — Lorsqu'il y a rétention de débris membraneux ou que l'on soupçonne la présence dans l'utérus de caillots retenus, après avoir pratiqué soigneusement la désinfection de vos mains, mettez la femme en position obstétricale, faites une toilette vulvaire complète: savonnage à l'eau chaude, après avoir coupé les poils vulvaires très courts ou les avoir rasés, irrigation abondante avec un liquide antiseptique (de préférence avec la solution de sublimé à 0 gr. 25 pour mille). La toilette vulvaire sera suivie d'une injection vaginale de deux litres de solution de sublimé à 0 gr. 25 pour mille. Pendant l'injection, introduisez deux doigts dans le vagin et frottez-en les parois de façon à bien rincer toute la muqueuse. Relavez-vous les mains; puis, abaissant le fond de l'utérus à l'aide de la main gauche appuyant sur la paroi abdominale, introduisez l'index et le médius de la main droite dans le vagin et, de là, dans la cavité utérine. Si vous y

trouvez des corps étrangers (caillots, débris membranux), retirez-les et faites ensuite une irrigation intra-utérine.

b) Il n'y a aucun motif de supposer une rétention. — La femme étant mise en position obstétricale, vous prenez les mêmes précautions antiseptiques que ci-dessus, puis sans exploration digitale préalable de la cavité utérine, vous pratiquez une injection intra-utérine.

Rappelez-vous que, pour être efficace, l'injection doit être assez abondante. Ne vous contentez donc pas d'injecter un litre ou deux dans la cavité utérine. Faites-y passer dix à douze litres de liquide antiseptique. L'injection doit être faite de telle façon que le liquide irrigue complètement la surface interne de l'utérus. La sonde intra-utérine employée doit donc être percée de trois ou quatre orifices de manière que le liquide puisse couler dans toutes les directions. Les meilleurs sondes intra-utérines sont: la sonde en verre de Tarnier et la sonde métallique de Pinard. Vous pouvez négliger les sondes à double courant et les sondes dilatatrices généralement moins commodes et en tous cas inutiles. La sonde doit être introduite jusqu'au fond de l'utérus.

Le liquide employé doit avoir une action antiseptique suffisante. La solution de sublimé à 0 gr. 25 pour mille sera employée de préférence, ou la solution de bi-iodure à la même dose. Cependant, dans les cas d'albuminurie, laissez de côté ces solutions trop toxiques et employez la solution d'iodol à un pour quatre mille, la solution de permanganate de potasse à un pour mille ou l'eau iodée selon la formule de Tarnier:

Iode.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	3 grammes
Iodure de potassium.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	6 "
Eau.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	1.000 "

Vous pouvez également employer l'hypochlorite de chaux (deux cuillers à soupe de liqueur de Labarraque pour un litre d'eau), à condition que la solution soit fraîchement préparée.

Quand vous aurez utilisé une solution antiseptique toxique, terminez l'injection en faisant passer dans l'utérus deux litres d'eau bouillie, de façon à mettre la femme à l'abri de tout risque d'empoisonnement.

Rappelez-vous, enfin, que l'injection intra-utérine est une opération toute de délicatesse et de douceur; que la sonde doit être introduite jusqu'au fond de l'utérus sans la moindre violence; que, avant de pénétrer dans la cavité utérine, la sonde doit être soigneusement purgée d'air pour éviter l'entrée de l'air dans les sinus: que l'injection doit être donnée sous faible pression (injecteur élevé à 25 ou 30 centimètres au-dessus du siège de la malade), pour éviter la pénétration du liquide injecté dans les veines utérines.

B. Interventions Ultérieures. — a) La température redevient normale après la première injection intra-utérine. — Si le thermomètre marque une température inférieure à 37°. 5, ne renouvelez pas

l'injection intra-utérine. Donnez seulement, pendant deux ou trois jours, deux injections vaginales antiseptiques et surveillez attentivement la température pour faire sans tarder un nouveau lavage intra-utérin en cas d'hyperthermie.

b) La température a baissé sans revenir à la normale. — Donnez deux fois par jour, matin et soir, une grande injection intra-utérine. Vous obtiendrez le plus souvent, en quarante-huit heures, la chute définitive de la température.

c) La température reste aussi élevée qu'avant les injections intra-utérines ou continue à s'élever. — Dans ces cas, l'action des lavages intra-utérins est évidemment insuffisante. Il devient nécessaire de pratiquer le curettage.

Curettage. — Faites le curettage, autant que possible, sans avoir recours à l'anesthésie chloroformique qui prédispose aux hémorragies. Servez-vous de larges curettes de Pinard et Wallich avec lesquelles vous éviterez les risques de perforation utérine. Râclez bien toute la surface de l'utérus et en particulier les cornes utérines. Agissez énergiquement, mais sans brusquerie et sans violence. Donnez ensuite une injection intra-utérine chaude, écouvillonnez l'utérus et placez-y une forte mèche de gaze iodoformée que vous enlèverez au bout de vingt-quatre heures.

Lorsque les premiers symptômes de l'infection se montrent de très bonne heure, rappelez-vous que le curettage ne doit être pratiqué que trois jours au moins après l'accouchement si vous ne voulez pas risquer de déterminer la mort par entrée de l'air dans les veines (Pinard).

Le curettage est contre-indiqué également dans les cas où il existe des localisations inflammatoires péri-utérines (pelvi-péritonite, salpingite, phlegmon du ligament large). Il ne pourrait avoir, dans ces cas, qu'une action nuisible en donnant un coup de fouet à ses lésions inflammatoires.

C) Dernière Intervention. — a) La température tombe définitivement à la normale. — Lorsque après le curettage, la fièvre cesse, après avoir retiré la mèche de gaze, vous ferez donner deux fois par jour des injections vaginales.

b) La température s'abaisse progressivement. — Si c'est graduellement que baisse la température, administrez tous les jours une injection intra-utérine jusqu'au retour définitif de la température à la normale.

c) La température continue à s'élever. — Si la fièvre persiste ou augmente, faites un nouveau curettage, après vous être assuré que l'hyperthermie n'est pas due à une localisation péri-utérine de l'infection ou à une phlébite.

Si, après ce second curettage, la température reste élevée ou continue son ascension, vous avez affaire à une infection généralisée contre laquelle le traitement local devient impuissant.

Traitement Général. — Le traitement général a pour but de soutenir les forces de la malade, de faciliter l'élimination des toxines microbiennes.

Alimentation. — Vous alimenterez la malade: lait, œufs, viandes grillées.

Sommeil. — Vous procurerez le sommeil, s'il fait défaut ou est insuffisant, à l'aide du chloral ou de l'opium.

Anémie. — Les injections hypodermiques de sérum artificiel vous rendront service, surtout chez les femmes anémiées par une hémorrhagie, à la fois comme tonique et comme diurétique.

Coprostate. — Veillez à la liberté de l'intestin que vous entretiendrez par des laxatifs légers et par des lavements.

(Gaz. de Gynécologie).

: o :

DU RÔLE ÉTIOLOGIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES DANS L'APPENDICITE.

D'après M. le Dr. Ch. Bardou, dans sa thèse, l'appendice vermiforme est, par sa constitution histologique, prédisposé aux localisations infectieuses comme les autres organes lymphoïdes.

Il existe des appendicites héréditaires et familiales, qui peuvent s'expliquer par l'influence du milieu et de l'hygiène, mais aussi par la transmission d'une malformation appendiculaire et le défaut de résistance à l'infection; cette notion de l'infection est notoire dans beaucoup d'appendicites familiales, dont la cause paraît souvent méconnue, et dans les appendicites épidémiques.

Une infection larvée peut se manifester par une crise appendiculaire aiguë, ou une infection aiguë laisser à sa suite des lésions appendiculaires latentes susceptibles d'évoluer ultérieurement; l'autopsie a révélé des lésions histologiques de l'appendice au cours de maladies infectieuses qui ne s'étaient compliquées d'aucune crise d'appendicite. Dans l'un et l'autre cas, il n'est pas toujours facile de rattacher le syndrome à sa véritable origine, et il est vraisemblable que beaucoup d'appendicites qui paraissent relever de causes banales sont sous la dépendance, directe ou indirecte, d'une infection antérieure ou concomitante.

Les microbes retrouvés au niveau de l'appendice peuvent être les microbes de l'infection causale; mais dans la grande majorité des cas, c'est le colibacille ou souvent ses variétés qu'on doit incriminer.

La crise appendiculaire aiguë fait souvent défaut dans certaines maladies infectieuses comme la variole et l'érysipèle, et les symptômes de l'appendicite larvée doivent alors être recherchés avec soin.

Le facteur principal de l'appendicite est la grippe.

Puis, viennent la fièvre typhoïde, les infections gastro-intestinales, si souvent subordonnées elles-mêmes à un processus général infectieux, les angines, les fièvres éruptives, les infections biliaires, thoraciques, abdominales, et diverses autres infections, de nature bien déterminée, comme la diphtérie, ou indéterminée, comme les oreillons, le rhumatisme articulaire aigu.

L'appendicite de cause générale est très fréquente, et, dans ce cas, il y a lieu d'instituer, indé-

pendamment de tout autre traitement, un traitement général.

(Concours Médical.)

: o :

SYPHILIGRAPHIE

LE TRAITEMENT MIXTE DE LA SYPHILIS.

Par M. le Dr. Gailleton.

Le mercure et l'iode peuvent être associés dans un sel double ou administrés isolément dans des préparations distinctes.

Sels doubles de Hg et de KI. — Biiodure de mercure et iode de potassium. — La formule la plus usitée est le Sirop de Gibert, qui contient, par cuillerée à soupe de 25 grammes, 0,01 cent. de biiodure et 0,50 d'iode, 1 à 3 cuillerées à soupe par jour.

Les pilules, moins usitées, contiennent:

Biiodure 0,005 m. et KI 0,25.

Deux à trois pilules.

Iodhydrargirate d'iode de potassium. — Est la base du Sirop de Puche, qui contient par cuillerée à soupe de 25 grammes:

Iodhydrargirate de KI... 0 gr. 05

Iode... 0 gr. 05

Iode de potassium... 1 gr.

1 à 2 cuillerées.

Les sels doubles ont cet avantage d'être commodes à prendre: ils sont, par contre, l'inconvénient de ne pouvoir modifier la proportion des deux composés. Si le médecin désire augmenter la dose journalière de KI, par exemple, il est obligé d'élever dans la même proportion la dose de Hg, ce qui bien souvent serait excessif.

Hg et KI administrés séparément. — Voie digestive. — On prescrit un des sels mercuriels biiodure, bichlorure, etc.; à prendre matin et soir, à la dose ordinaire, et dans la journée, avant ou après les repas, l'iode de potassium. Cette méthode a le sérieux inconvénient de soumettre le tube digestif à une épreuve assez rude et qui ne pourrait continuer longtemps. Il est préférable de faire absorber le mercure par les voies cutanées ou hypodermiques, afin de ménager les fonctions digestives qu'il est de la plus haute importance de maintenir en bon état chez les syphilitiques. Le mode d'administration que nous conseillons est le suivant:

Accidents syphilitiques de moyenne intensité. — Friction mercurielle, le soir, avec 4 grammes d'onguent napolitain: dans la journée 4 grammes de KI aux repas.

Accidents graves. — Une injection de biiodure de 2 à 3 centigrammes et 4 grammes KI aux repas. Continuer pendant 25 à 30 jours, suspendre pendant 10 jours et suivant l'effet produit, recommencer une nouvelle série, ou si les accidents sont en voie de disparition donner simplement une à deux cuillerées à soupe de sirop de Gibert. Si le malade

ne peut suivre ce traitement journalier, remplacer l'injection de biiodure par celle d'huile grise une fois par semaine.

Indications du traitement mixte. — Quelques praticiens croient multiplier les chances de succès en associant les deux spécifiques à toutes les périodes et dans tous les cas de syphilis. L'expérience montre qu'il n'en est rien, et que le traitement mixte doit être réservé pour certains accidents des âges secundo-tertiaires et tertiaires. Ainsi les syphilides crustacées résistent parfois opiniâtement au mercure seul et sont heureusement modifiées par l'adjonction de l'iodure. Il en est de même des syphilis psoriasiques palmaire et plantaire, des nodules tubéreux, etc., de l'infiltration scléreuse de l'épididyme et du testicule.

On a depuis longtemps remarqué que l'iodure de potassium n'était pas le spécifique exclusif du tertiariisme, et que dans nombre de cas le mercure exerçait une action salutaire. La pratique des injections hypodermiques est venue confirmer ce fait; mais il ne faut pas tomber dans l'excès opposé et méconnaître la puissance de l'iodure dans les affections des os, des articulations, des syphilides cutanées et muqueuses. Dans ces diverses affections, aussi bien que dans la syphilis viscérale, le traitement mixte rend de précieux services. Le traitement mixte a été préconisé également dans les syphilides malignes et particulièrement dans les malignes précoces au début de la syphilis.

(Jour. de Méd. de Paris.)

FORMULAIRE

EPILOTOIRES

Par M. le Dr. Heymann.

Sulfure de baryum... .. 6 grammes.
Oxyde de zinc... .. 24 —
Carmin... .. 0 gr. 66

Mélanger avec de l'eau pour faire une pâte. Étaler sur la peau. Enlever au bout de 3 minutes. Savonner.

Sulfure de sodium... .. grammes
Craie préparée... .. 24 —

Faire une pâte en ajoutant un peu d'eau. Appliquer une couche mince pendant 10 à 15 minutes. Enlever dès qu'on éprouve de la cuisson. Laver, puis pommade calmante.

Gomme arabique... .. 6 grammes
Ichtyocolle... .. 16 —
Cochenille... .. 4 —
Curcuma pilé... .. 8 —
Alun... .. 4 —
Crème de tartre... .. 4 —
Carbonate de potasse... .. 4 —

Faire bouillir une heure avec un litre d'eau de chaux filtrée. Mélanger avec 250 grammes de pierre ponce et du blanc d'œuf pour former une pâte qu'on laisse sécher. Frictionner les parties velues. Les poils se détachent.

(Annales de Thérapeutique.)

LAVEMENTS CARMINATIFS A L'ASSA FOETIDA.

Par M. le Dr. Martinet.

Gomme résine d'assa foetida... 1 gramme
Décoction de guimauve... .. 150 —

ou mieux:

Teinture d'assa foetida... .. 5 —
Eau d'anis... .. 50 —
Décoction de guimauve... .. 100 —

F. S. A. pour lavement.

(Jour. de Méd. de Paris.)

INJECTIONS CONTRE LA VAGINITE.

Par M. le Dr. Lutaud.

Acide phénique cristall... .. 1 gramme
Sous-nitrate de bismuth... .. 6 —
Glycérine pure... .. 25 —
Eau distillée... .. 1 litre.

F. s. a. une solution, dont on injecte une petite quantité après avoir fait une irrigation vaginale avec de l'eau boriquée.

(Jour. de Méd. de Paris.)

NOUVELLES

Naissances.

—A Sainte Hyacinthe, le 10 du courant, l'épouse de M. le Dr L. V Benoit, une fille.

Mariage.

—A Saint-Roch, de Québec, le 19 février, est décédée à l'âge de jours, Marie, Françoise-Jeannette, enfant du docteur Alphonse Lessard.

Nos sincères sympathies.

Nécrologie.

—Nous avons le regret d'annoncer la mort accidentelle du Dr I. A. Heroux, de Saint-Narcisse. Le docteur qui a dû être frappé par une locomotive en mouvement, a été trouvé mort, le 16 courant près de la gare de cette paroisse.

SUPPLEMENT

LE TABAGISME ET SON TRAITEMENT.

Une thérapeutique bien comprise ne doit pas se borner à une diminution, mais à la suppression complète de l'emploi du tabac.

Il existe quelques médicaments dont l'emploi judicieux m'a donné d'excellents résultats, tant pour combattre l'intoxication elle-même que pour relever l'organisme général, en lutte contre la dépression qui atteint certains organes ou certaines fonctions.

La strychnine a une efficacité remarquable contre les troubles nerveux et pendant la période de désaccoutumance. Dans plusieurs cas d'intoxication aiguë, j'ai employé la strychnine à la dose de 3 à 5 milligrammes. Dans l'intoxication chronique, la strychnine trouve son emploi comme stimulant du système nerveux et tonique en général, pour combattre l'adynamie, la dépression, la neurasthénie et dans certaines conditions elle doit être continuée pendant un certain temps à la dose de un milligramme par repas.

D'après le Dr. Zalackas (Progrès Médical, 1902), l'ésérine est un excellent antidote de la nicotine; ici l'antagonisme est très marqué: une dose non toxique d'ésérine, à condition que la nicotine soit administrée avant l'alcaloïde du *Physostigma venenosum*; par contre une dose toxique de nicotine ne neutralise nullement une dose toxique d'ésérine; cependant, si cette neutralisation n'a pas lieu effectivement, elle est apparente, car la nicotine masque complètement les effets de l'ésérine; par conséquent nous nous trouvons en présence de ce fait curieux, qu'à si bien démontré Martin-Damourrette, à savoir: la nicotine possède deux propriétés, une excitante et une paralysante, l'une inverse de l'autre; or il arrive parfois, que les effets paralysants qui forment, probablement, une minorité parmi les effets totaux de l'ésérine, s'ajoutent aux effets paralysants qui sont les principaux de la nicotine et ainsi les deux antagonistes, dans quelques cas, deviennent des auxiliaires.

On ne doit donc jamais utiliser l'ésérine dans les accidents du tabagisme à forme adynamique.

C'est pour la même raison que dans les cas d'artério-sclérose, je préfère l'emploi des iodures alcalins associés et des antispasmodiques, cicutine, hyosciamine, digitaline.

Le sulfate de spartéine donne aussi d'excellents résultats. Il aide à soutenir l'organisme privé de son excitant habituel, et s'oppose à la défaillance du cœur.

"Nous savons que le sulfate de spartéine est un médicament dynamique et régulateur du cœur, qui en relève les mouvements ainsi que ceux du pouls."

Le sulfate de spartéine est indiqué dans les affections cardiaques graves, atoniques, avec irrégularité ou ralentissement des mouvements du cœur, quand le cœur est atteint d'une altération du tissu ou qu'il est devenu insuffisant pour compenser les obstacles à la circulation.

Quand le pouls est faible, irrégulier, arythmique le sulfate de spartéine, rétablit l'état normal.

La connaissance de ces deux phénomènes capitaux de l'action de la spartéine, relèvement et régularisation des fonctions cardiaques, devait forcément conduire à l'emploi de cette substance pour combattre divers états névropathiques, s'accompagnant d'affaiblissement et irrégularité du cœur, (Revue Thérapeutique des alcaloïdes, juillet 1902.) Tel est le cas du tabagisme.

J'ai personnellement retiré de véritables succès dans ce cas, analogues à ceux obtenus par ce procédé dans le morphinisme, par MM. Ball, Demings et Barnay. Seule la manière de formuler ce médicament varie suivant les cas et les sujets, car suivant le Dr. Barnay:

"Le mode d'administration varie sensiblement, qu'on se trouve en présence d'un malade qu'il faut guérir vite ou d'un autre pour lequel la durée de la cure est de peu d'importance, et qui peut y consacrer tout le temps nécessaire."

On peut alors employer la méthode lente, suivant les principes que nous avons indiqués à plusieurs reprises. Elle évite au patient presque tous les inconvénients inhérents à cette suppression. Avec un malade dont le moral n'est pas encore absolument perverti, et qui est très surveillé, le traitement peut à la rigueur être abandonné au malade.

Mais pour tous les cas où l'on doit opérer une cure rapide, la façon d'agir doit très sensiblement différer, et la cure ne peut se faire qu'avec une étroite surveillance.

Sous l'influence de ce traitement, les symptômes cardiaques disparaissent très rapidement, l'érythème cardio-vasculaire s'apaise en moins de dix à douze jours, le sommeil redevient normal et l'état général se remonte. La confiance du malade renaît avec la disparition de troubles dépressifs de la volonté et avec un peu d'énergie il recueille tous les bienfaits d'un traitement rationnel bien dirigé.

S'il y a palpitations avec syndrome de congestion, et angine de poitrine, on se trouvera également bien de l'emploi de la caféine et de la véraltrine, le tout associé à un régime hygiéno-diététique, avec antiseptie intestinale, à cet égard le Sulfhydryl est un précieux auxiliaire.

(La Dosimétrie.)

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Peut-être se cache-t-il si bien, qu'il à su déjouer vos recherches ?

—Je ne le crois pas milady, et je suis plutôt porté à croire qu'une ancienne histoire d'amour le porterait à détester aujourd'hui un sexe qu'il aurait trop aimé jadis.

—Croyez-vous ?

—Du reste, l'alcool et la morphine, ces deux poisons qui le tuent, ne paralysent pas chez lui non seulement tous principes moraux mais aussi toutes fibres vitales. Lord Dallshire est donc un dégénéré, un être digne de justice, mais contre lequel la société ne doit pas moins se protéger.

—En attendant, dit Lady Clardy, il n'en continue pas moins son œuvre abominable, la destruction du bonheur de ma fille, la ruine du futur de son fils.

—Ceci est vrai madame, mais nous n'avons pas le droit de douter des décrets de la Providence, elle seule peut nous éclairer.

XIII.

Jimmy passait chez Lord Dallshire des jours couleur de rose. Certes, la position d'éclaireur chez l'ennemi lui semblait être beaucoup plus de l'espionnage qu'autre chose, mais les jolis yeux de Lassy lui enlevait tout préjugé. Pour un homme pris d'amour. Jimmy était un homme pris d'amour et s'il eut été poète il aurait composé des chants dont le refrain eut été :

Lassy et mourir.

Mais Jimmy était poète à sa façon, il n'allignait pas des vers pour dire en vingt pages ce qu'il pouvait dire en trois mots et le "Je t'aime" traditionnel se résumait pour lui à emmener sa petite Lassy à Garry-Fen, de vivre là de la bonne vie d'autrefois et avoir beaucoup d'enfants. Pour moi, je considère que la philosophie de Jimmy était fort logique et la vie la plus poétique, la plus belle est celle passée loin du monde avec la femme que l'on aime, n'ayant pour tout bruit que le chant des oiseaux pour toute odeur, celle des fleurs. Dame pour arriver à réaliser ces beaux projets il fallait deux choses; primo, convaincre Lassy, secondo, obtenir le consentement du Colonel,

Jimmy se creusait donc la tête en époussetant systématiquement les meubles de Dallshire lorsque soudain il s'arrêta devant un portrait qu'il se mit à examiner avec attention.

—Par Saint Georges, se dit-il, il me semble que j'ai déjà vu cette tête là quelque part, Plus il regardait plus sa conviction s'affermait. Mais où ? ?

—Au moment où Jimmy se livrait à ses recherches, Lord Dallshire entra dans l'appartement.

—Pardon, milord, lui dit Jimmy, votre seigneurie aurait-elle l'obligeance de me dire quel est cet officier dont voici le portrait ? je suis ancien soldat et l'uniforme m'intéresse,

—Ce portrait me représente, il y a dix ans lorsque j'étais lieutenant dans le régiment des Horses Guards. J'ai bien changé n'est-ce pas ?

—Oh! j'aurais du reconnaître votre seigneurie, j'ai mal regardé, il y a beaucoup d'ombre dans cet appartement.....

—N'essaye pas de t'excuser, j'ai bien changé, oui... bien changé depuis dix ans... et Dallshire en soupirant passa dans son cabinet de travail.

—Changé, je te crois que tu as changé, se dit Jimmy aussitôt que Dallshire fut sorti, mais on ne viendra pas me faire accroire que je connais pas cette figure là... mais où..... mais où. Et Jimmy se prit à réfléchir en chantonnant the "Last rose of summer."

—Toute la nuit le brave garçon ne put dormir tant l'obsédait le souvenir de ce portrait. Enfin le lendemain tout nerveux et tout brisé de son insomnie il se rendit au rendez-vous de son colonel.

—En route, le long du Hyde Park, sur la Victoria Street, il accompagnait son pas en murmurant avec rythme... mais où donc... mais où donc. Tout-a-coup il s'arrêta.

—Lieutenant, se dit-il, lieutenant il y a dix ans dans les Horses Guards, ah! non, l'autre était marin, cependant c'est la même tête, les mêmes yeux, le même regard. Enfin je suis fou, l'autre était un pauvre diable tandis que celui-ci... j'en parlerai tout de même au colonel, murmura Jimmy en continuant sa route.

—Eh bien Jimmy, s'écria Dick Brown en voyant entrer son fidèle compagnon, as-tu pour moi de bonnes nouvelles ?

—Rien, colonel, rien de rien.

—As-tu investigué dans les papiers et correspondances de Lord Dallshire.

—Oui, colonel, malgré la répugnance que j'éprouvais moi un soldat, de me livrer à un pareil travail, j'ai obéi à vos ordres, car vous le savez mon colonel, pour vous, c'est à la vie et à la mort.

—Et tu n'as rien trouvé ?

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 2 MARS, 1904.

No. 36

Travaux Originaux

APPENDICITE.

(Une complication inédite).

Par M. le Dr. Albert Laurendeau,
Saint-Gabriel de Brandon, P. Q.

En janvier dernier, j'ai eu l'occasion de traiter un cas d'orchite, ou plutôt d'orchite-appendidymite, survenue durant la convalescence d'une appendicite. Vu les relations qui m'ont paru exister entre ces deux affections, j'ai résolu de faire paraître cette observation dans "La Revue Médicale", afin d'attirer l'attention des cliniciens sur ce sujet.

J'ai fait quelques recherches, au point de vue des complications de l'appendicite, et je n'ai pas trouvé de cas analogue au mien, dans la littérature médicale.

S. B. de St-Zénon, en visite à St-Gabriel de Brandon, chez son père, tombe malade le 6 janvier. J'ai été appelé le lendemain. E. B. fort, bien constitué, n'a jamais eu de maladies graves — âge: 31 ans; antécédents héréditaires: bons.

Douleurs violentes et sensibilité exquise au point McBurney. — Je remarque que la douleur semble plus superficielle peut-être qu'à l'ordinaire, et paraît avoir tendance à descendre vers le scrotum. Il n'y a cependant ni sensibilité, ni inflammation du cordon, de l'épididyme ou du testicule. Pouls 100; température 103 1/2.

Pas d'hésitation possible; diagnostic ferme: appendicite classique.

J'appliquai dans toute sa rigueur le traitement que j'ai adopté et auquel je suis resté

fidèle depuis plusieurs années. Les symptômes s'amendèrent promptement, et au bout de huit jours, je considérais S. B. à peu près guéri. Il fit alors sa première sortie, et se rendit à pieds chez l'un de ses oncles; soit, une marche totale d'environ quatre arpents. Le lendemain, je fus appelé de nouveau et ne fus pas peu surpris de constater que le testicule droit était pris d'orchite grave. La phlegmasie portait sur tous les éléments testiculaires: glande, épидидyme et cordon. Rien dans les symptômes prémonitoires, ou dans les commémoratifs; ne pouvait faire prévoir cette complication. Jamais aucune gonorrhée, ni aucune autre affection du système génito-urinaire. Abstraction faite de cette légère douleur le long du trajet inguinal, mentionnée plus haut, laquelle douleur semblait s'irradier le long du cordon spermatique, rien ne pouvait me mettre sur la voie d'une orchite-épididymite. S. B. souffrait énormément. Température: 101 1/2; pouls: 80. Aucun symptôme d'appendicite. Comme dit le malade: "Je n'ai plus mal au ventre du tout." A la suite d'une appendicite classique, je me trouve donc avec une orchite classique, et cette dernière a bien les caractères de l'orchite infectieuse; la glande, l'épididyme de même que le canal déférent sont pris d'inflammation. Le testicule a plus que triplé de volume, le scrotum est rouge luisant et chaud; mais il ne paraît pas y avoir d'épanchement dans la vaginale.

Traitement: Six grains de calomel à l'intérieur; localement, je fais faire des applications de tincture d'iode et de cataplasmes chauds de graine de lin. Les symptômes s'amendent peu à peu, et après huit jours,

mon malade pouvait marcher, monter et descendre les escaliers sans provoquer aucune douleur. Mais la résolution se fit très lentement, et aujourd'hui encore, après un mois de traitement, l'engorgement des parties malades est passablement considérable. Toutefois S. B. vaque actuellement à ses occupations. Je lui fais prendre de l'iodure de potassium et lui fais faire quelques applications d'onguent mercuriel. Il se trouve bien aussi du port d'un suspensoir.

Maintenant, je me pose trois questions :

1. Y a-t-il un rapport de causalité de l'appendicite à l'orchite ?

J'ai dit que je n'ai pu trouver aucun cas analogue dans la littérature médicale à ce sujet ; cependant en consultant mes notes, je vois qu'en 1892, j'ai eu un cas en tout semblable, et je retrouve cette observation sous le titre de "Orchite à la suite de typhlite." Je dois dire que l'année 1892 a été pour moi l'année de transition entre la typhlite et l'appendicite ; et maintenant, révision faite du diagnostic typhlite, cet ancien cas est exactement le calqué de celui de janvier dernier.

2. Quelle est la nature de l'orchite de S. B. J'ai dit plus haut qu'elle avait tous les caractères de l'orchite infectieuse, non gonococcique, et pour faire cette affirmation, je me suis basé sur les symptômes cliniques, ainsi que sur les commémoratifs fournis par le malade lui-même. Je viens de lire la description du procédé de Baerman, assistant du professeur Neisser (Deutsche Medicinische wochenschrift), sur la recherche des microbes pathogènes dans l'orchite-épididymite par la ponction directe de l'épiderme. Seule cette ponction aurait pu lever tout doute dans mon cas ; car le gonocoque se rencontra en culture pure ou à peu près dans le liquide tiré de l'appendicite gonococcique.

3. Quelles pourraient être les voies de transmission de l'infection ? Si l'on songe aux diverses anomalies de siège de l'appendice, il sera facile de comprendre comment en certains cas, la

voie de transmission peut être directe. J'ai fait observé plus haut que la douleur chez mon malade durant la période aiguë de l'appendicite, semblait fuser le long du cordon, et de plus, le maximum de sensibilité au toucher était un peu plus bas que le point de McBurney. D'ailleurs, je n'insiste pas sur cette explication, car ce n'est là qu'une hypothèse. Mais si je demandais quelles sont les voies de transmission de l'orchite ourlienne ; personne ne pourrait répondre catégoriquement ; et cependant, l'orchite ourlienne est admise par tout le monde.

En résumé, voilà deux cas d'orchite que je rencontre à la suite d'appendicite et je crois pouvoir supposer qu'il existe un lien de causalité entre ces deux affections. Je reconnais cependant que les bases de ces observations ne reposent pas sur tous les procédés scientifiques actuellement à notre usage, que ces bases sont simplement cliniques ; mais tout de même, j'attire l'attention de la profession médicale sur ce sujet, et demande à mes confrères d'observer et de publier les cas analogues qu'ils pourraient rencontrer. Autrement, je croirais que mes deux orchite-épididymites ont été le fait de simples coïncidences rares, sans doute, étonnantes même, vu que dans ma clientèle, l'appendicite est très fréquente, tandis que l'orchite et la gonorrhée sont raretés : étant donné les conditions de milieu où j'exerce.

Février, 1904

Société Médicale de Montréal

SEANCE DU MARDI 23 FEVRIER 1904.

Dr. Valin, Président au fauteuil.

Drs. Décary, Asselin, O. F. Mercier, Laramé, Monod, Boucher, Cormier, Bernier, Foucher, Cléroux, Lasnier, St. Jacques, Bourgeois, de Martigny, Lasalle, C. N. Roy, Rousseau, Fleury, Desmarais, Lesage.

Le Dr. Cormier présente un corset ortho-

pédique de son invention. L'avantage du modèle du Dr. Cormier, réside en sa légèreté et sa solidité. Ce corset est destiné aux cas de scoliose.

Le Dr. Mercier préfère au modèle Cormier, les anciens corsets de cuir à armature en acier.

Le Dr. Monod trouve le modèle Cormier bien supérieur au corset de cuir ou au corset de celluloid de Ducroquet.

Le Dr. St. Jacques dit qu'en Allemagne, on se sert beaucoup du corset en celluloid, mais le corset est secondaire et que la gymnastique doit primer tout.

Le Dr. Dubé demande au Dr. Cormier, s'il croit que la scoliose est guérissable.

Le Dr. Cormier est d'opinion que oui. Il a dans ses notes plusieurs cas de scoliose bien guéris. Sayre de New York est aussi de la même opinion.

Dr Dubé.— Pyonephrose.

Le Dr. Dubé rapporte l'observation d'un cas de pyonephrose droite, intermittente chez une femme de 34 ans, qui a eu 6 accouchements, avec infection puerpérale aux troisièmes et quatrième fausses couches. La maladie a été grandement améliorée par l'huile de halem. Malgré l'amélioration, il est en faveur de l'intervention chirurgicale dans ce cas.

Le Dr. Décarry rapporte l'observation d'un de ses malades, atteint d'une double pyonephrose bien améliorée par la térébentine et il est d'opinion que dans les cas de pyonéphrose, l'on ne doit pas dédaigner le traitement médical.

Le Dr. Monod n'est pas partisan d'opérer tous les cas. Pour le cas du Dr. Dubé en particulier, il s'assurerait du rein malade et de l'état du rein opposé. Il insiste sur l'importance du diagnostic et passe en revue les moyens classiques que le praticien a entre les mains, pour établir son diagnostic : injection de bleue de méthylène, division des urines, cathétérisme des uréters.

Le Dr. O. F. Mercier attache au point de vue diagnostic, une grande importance à la sensibilité costo-lombaire et est très prudent, avant d'intervenir, s'il ne sent pas le rein. Dans le traitement médical antiseptique, il emploie le salol avec de bons résultats.

Le Dr. St-Jacques ajoute que le diagnostic a une importance capitale dans ces cas. Il est d'avis que le praticien en doit rien négliger pour poser un diagnostic précis.

Le Dr. C. N. Roy lit l'observation d'un malade qu'il a eu l'occasion de traiter à Paris. Le malade présentait une tumeur tuberculeuse primitive de la fosse nasale droite. La tumeur a été enlevée à l'anse galvanique. Six mois après l'intervention, il n'y avait

pas de récurrence. Le diagnostic a été confirmé par le microscope et par le laboratoire (injection d'un morceau de tumeur dans le péritoine d'un lapin qui est mort farci de tuberculose.)

Le Professeur Fouché est d'avis que la tuberculose des fosses nasales, est assez fréquente et que l'on la trouverait beaucoup plus souvent, si l'on examinait plus attentivement les malades. Il a en ce moment trois cas de tuberculose de la cloison sous ses soins, deux à l'hôpital et un à la ville. Les trois cas sont en bonne voie de guérison.

L'Union des peintres demande à la Société Médicale, de nommer un comité pour s'entendre avec l'exécutif de la société, pour arriver à faire adopter un règlement forçant les gens qui font poser un papier neuf sur leurs murs, de faire enlever le vieux avant de poser le neuf.

La société est unanimement d'avis qu'un tel règlement serait d'une grande utilité publique et décide de nommer un comité.

Le Docteur Valin, président, le Dr. Décarry, secrétaire, sont nommés pour s'entendre avec l'union des peintres et faire rapport.

—:o o—

Revue des journaux

MEDICINE

LE DIAGNOSTIC DE LA NATURE D'UNE CÉPHALÉE PERSISTANTE PAR LA PONCTION LOMBAIRE.

M. le Dr Milian, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, a fait dans la Tribune médicale une longue étude de la ponction lombaire au cours des céphalées syphilitiques, d'où il résulte que la connaissance de ces céphalées bénéficie considérablement de celle du liquide céphalo-rachidien.

Il faut se souvenir, avant de tirer des conclusions des réactions méningées observées, que les éruptions cutanées de la période secondaire s'en accompagnent volontiers, alors même qu'il n'y a pas de phénomènes morbides nerveux appréciables cliniquement (Ravaut). Cela prouve que l'infection syphilitique est, à ce moment, générale et envahit tous les viscères ; mais, dès lors, cette lymphocytose perd toute importance pour l'interprétation d'une céphalée.

La ponction lombaire conserve, au contraire, toute sa valeur à la période tertiaire, surtout s'il n'existe chez le malade aucune manifestation cutanée.

Ces remarques étant faites, il semble qu'on puisse conclure :

La céphalée contemporaine de la roséole ne s'accompagne ordinairement pas de leucocytose. Lorsqu'il en existe, il s'agit d'une pure coïncidence qui dénote l'intensité et la profondeur de l'infection. Cette céphalée ne relève donc pas d'une méningite syphilitique ; elle est ou purement fonctionnelle, ou attribuable à une altération organique du cerveau lui-même, analogue à celle du tétanos, qui ne s'accompagne d'aucune lymphocytose céphalo-rachidienne.

Les céphalées secundo-tertiaires ou tertiaires s'accompagnent d'une leucocytose qui démontre nettement leur nature organique. La plupart du temps il s'agit de lymphocytose. Pourtant il existe des cas de céphalée à type méningitique, où la polynucléose est presque égale à la lymphocytose, et où le liquide céphalo-rachidien trouble renferme des filaments fibreux visibles à l'œil nu et de l'albumine décelable par la chaleur.

Les céphalées hystériques ou neurasthéniques ne s'accompagnent d'aucune réaction du liquide arachnoïdien.

La présence d'une lymphocytose permettra donc d'affirmer la nature organique d'une céphalée qui, au premier abord, pourrait paraître, comme il arrive si souvent, de nature hystérique ou neurasthénique.

Les céphalées par névralgie du trijumeau ne s'accompagnent de lymphocytose qu'au cas de compression gommeuse du nerf dans son trajet intracranien ou au cas de névrite tabétique.

La ponction lombaire a paru quelquefois soulager la céphalée syphilitique, surtout celle de la roséole, mais ce moyen reste inférieur au traitement mercuriel et ioduré.

(Concours Médical.)

— o o —

SUR LE DIAGNOSTIC ET LA THERAPEU- TIQUE DE LA MIGRAINE

Il faut distinguer la migraine proprement dite, et les crises de migraine, qui, de même que pour l'épilepsie, n'appartiennent pas toutes à l'entité morbide migraine, mais peuvent être les manifestations symptomatiques d'états pathologiques différents. Cette distinction en migraines idiopathiques et symptomatiques possède une grande importance pour le diagnostic et le traitement de l'affection.

La migraine idiopathique, congénitale, est le plus souvent héréditaire, et quand on ne trouve pas chez les ascendants des accès absolument identiques, quand l'hérédité n'est pas similaire, il faut une fois de plus rechercher si cette affection n'est pas symptomatique (état cérébral, syphilis, etc).

La crise de migraine consiste en une céphalalgie, caractérisée par la présence de phénomènes prémonitoires, par une douleur particulière, et par une tendance à la périodicité.

Les phénomènes prémonitoires (aura) sont des

nausées, des vomissements, ou bien des manifestations sensitives, plus rarement des manifestations motrices : on note du côté de la vue un scotome (voile, nuage, étincelle, étoile) apparaissant dans une moitié du champ visuel, et persistant quelquefois durant dix ou vingt minutes. Moins souvent ce sont des paresthésies, des troubles de la parole.

Parfois les douleurs de tête apparaissent d'emblée ; elles débutent dans une zone circonscrite et s'étendent le plus souvent dans une moitié de la tête ; quelquefois elles l'envahissent tout entière. Ces douleurs peuvent être légères ; mais le plus souvent elles sont sourdes, continues, quoique d'intensité intermittente. C'est par ce dernier caractère que la migraine se différencie des douleurs névralgiques. A noter aussi que pour ces-ci le nerf sus-orbitaire est douloureux à la pression. La migraine enfin s'accompagne d'une hyperesthésie particulière des organes des sens de la vue et de l'ouïe notamment : le malade cherche volontiers le repos dans une chambre très obscure. Dans la névralgie, le pouls est accéléré ; dans la migraine, au contraire, il est normal ou ralenti. Comme troubles vaso-moteurs, il faut remarquer que le côté malade est plus chaud, plus congestionné que l'autre. Dans les cas légers, l'absorption d'aliments possède un effet calmant ; dans les cas graves, par contre, l'anorexie est complète.

La migraine vraie apparaît généralement dans le jeune âge ; plus elle est tardive, moins elle a de chances d'être congénitale. Parfois les accès cessent à la fin de la croissance ; parfois aussi, ils persistent durant toute la vie. Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes.

Dans bien des cas, le diagnostic de migraine est posé à tort ; il faut toujours auparavant examiner soigneusement tous les organes, et surtout le cœur, les vaisseaux, l'intestin, le cerveau ; les yeux. En dehors de l'attaque, la migraine ne se révèle par aucun symptôme objectif. On évitera de la confondre avec une névralgie du trijumeau, dans celle-ci, en effet, on ne relève ni hérédité, ni périodicité, ni besoin de repos, ni aura, mais bien une douleur à la pression au niveau du nerf sus-orbitaire.

Quant à la douleur neurasthénique, elle est surtout en casque ; il semble qu'une lourde pierre, posée sur la tête, soit sur le point de la faire éclater.

Il est plus difficile de distinguer la migraine de l'hystérie, car les deux affections peuvent d'une part coexister chez le même individu, et que d'autre part l'une d'elles revêt facilement les caractères de l'autre. Cependant, il est à noter que, si le migraineux cherche le repos, l'hystérique ne cesse de parler et de s'agiter ; en outre, la douleur histérique est surtout crânienne.

Quant à l'épilepsie, elle se rapproche davantage de la migraine ; car, elle aussi, est périodique, débute dans le jeune âge, présente des phénomènes prodromiques. De plus il existe une migraine symptomatique dans l'épilepsie, comme des crises d'épilepsie symptomatique dans la migraine.

Enfin des lésions cérébrales en foyers peuvent, au début, se révéler par des crises de migraine

(gommés syphilitiques, tumeurs cérébrales); tout particulièrement intéressants sont les cas où des ophthalmoplégies, des paralysies faciales, ont fait suite à des crises de migraine.

Dans la migraine, le médecin doit avant tout s'efforcer de relever l'état général du malade, surveiller son régime, supprimer l'alcool, éviter toutes les autres causes nocives susceptibles de réveiller les crises (séjour dans une atmosphère confinée, surmenage du système nerveux par le théâtre, la musique, etc).

Parfois on réussit à supprimer les crises par une cure de bromure; on donne par jour 3 grammes de bromure en solution, et on porte progressivement la dose quotidienne à 5 et 6 grammes. Quand les crises ont disparu, on revient peu à peu à 3 grammes par jour, et l'on continue cette dose pendant plusieurs mois. Dans certains cas, les accès ne se sont plus jamais reproduits grâce à ce traitement.

Si le malade supporte mal le bromure il faut s'en tenir au traitement des crises; si elles sont périodiques, on commence l'administration quotidienne de 2 ou 3 grammes de bromure deux ou trois jours avant l'époque présumée de leur apparition. S'il existe des phénomènes prémonitoires qui se manifestent la veille ou l'avant-veille de la crise, la chose est encore plus facile: dès leur apparition on prescrit le bromure (2 ou 3 grammes).

Différents remèdes se recommandent encore de la même façon: l'antipyrine, la phénacétine, le pyramidon (30 centigrammes), la migraïne, et le citrate de caféine.

Les médicaments vaso-constricteurs ou vaso-dilatateurs sont contre indiqués, car nous ne connaissons pas les phénomènes vasculaires, qui se passent au niveau du cerveau ou tout au moins faut-il les interrompre au moment des crises (0.2 à 0.4 mg. de nitroglycérine par jour, 2 gr. de diurétique).

Une injection de morphine serait indiquée pour des crises très intenses, mais peu fréquentes, alors que d'autres remèdes restent sans effets.

(Concours Médical.)

CHIRURGIE.

TYPHLO-COLITE, APPENDICITE ET DYSMÉNORRHEE.

M. le Dr Le Gendre insiste dans une note clinique du Bulletin Médical sur les difficultés du diagnostic précis entre l'appendicite et les névralgies ovariennes dues à la dysménorrhée ainsi que sur la nécessité de traiter l'appendicite pour combattre certains cas de dysménorrhée. "On observe, en effet, souvent un syndrome dans lequel s'associent, à parts variables, des troubles intestinaux et des troubles menstruels avec grave retentissement sur le système nerveux et la nutrition générale. Voici quelques-uns des cas auxquels je fais allusion.

"Une fillette a eu, dans sa première ou sa seconde enfance, une de ces atteintes de colite ou de typhlo-colite, si fréquentes de plus en plus fréquentes de nos jours; il y a eu des rechutes et la guérison n'a jamais été complète. Il y a eu ou il a pu y avoir une localisation plus accentuée de la colite sur le caecum ou même une appendicite très nette, mais les manifestations typhlo-colites sont redevenues silencieuses lorsque s'établit la menstruation.

Celle-ci se manifeste très souvent alors par des douleurs, non seulement dans la sphère génitale avec le retentissement sur le plexus lombaire et sacré (douleurs de reins, dysurie, ténésme), mais s'accompagne d'un réveil des troubles intestinaux et même de localisations douloureuses dans la zone appendiculaire. Il peut y avoir, outre un ballonnement du ventre, des nausées, des vomissements, de la constipation. Le médecin appelé est embarrassé pour se faire une opinion précise: congestion de l'ovaire droit? douleur salpingienne? appendicite? Il arrive fréquemment que, les règles une fois terminées, les troubles intestinaux s'amendent rapidement et disparaissent. Dans certains cas, les lavages intestinaux amènent une débâcle de glaires ou de muco-membranes. Alors on constate parfois un certain mouvement fébrile et même de hautes températures passagères, car, s'il s'agissait d'entéropathie mucino-membraneuse, lorsque les membranes mucineuses, à moitié flottantes dans l'intestin, formant pseudo-occlusion, servent de bouillon de culture aux microbes intestinaux, on peut voir survenir des accidents secondaires d'ordre infectieux et inflammatoire, c'est-à-dire de véritables typhlo-colites greffées sur l'entéropathie dystrophique primitive.

"On peut voir aussi, chez certains sujets, la débâcle de lithiase intestinale accompagner l'expulsion muco-membraneuse.

"Chez certains sujets la localisation appendiculaire, douleur limitée dans la zone de Mac-Burney et même au point classique, s'accompagne de défense musculaire, d'une tuméfaction limitée au niveau du caecum et de l'appendice.

"Tout l'orage, se dissipe d'ordinaire par des moyens simples: la diète, des applications très chaudes, ou la glace, sur le ventre, des suppositoires opiacés, belladonnés, un petit lavement d'antipyrine et de laudanum à garder et, après la détente, des lavages intestinaux pendant quelque temps. Tout rentre dans l'ordre jusqu'à une prochaine époque menstruelle."

Dans un certain nombre de cas de ce genre, M. Le Gendre ayant été appelé à donner son avis, la solution radicale a été la meilleure; la résection de l'appendice a été suivie rapidement, ou même, dès le mois suivant, de la disparition de tout le cortège dysménorrhéique.

"Dans les cas que j'ai fait opérer, on a trouvé tantôt un appendice anciennement malade, ayant contracté des adhérences avec les annexes droites, tantôt un appendice simplement tuméfié, congestionné ou très long, plongeant dans le petit bassin, avec de la folliculite récente ou ancienne, deux fois du pus et des ulcérations.

" Ces faits sont fréquents, quoique peu connus ; aussi nous paraît-il très utile de ne pas les perdre de vue.

(Concours Médical.)

— o o : —

TRAITEMENT DES FRACTURES DU POIGNET.

Chez un malade atteint de fracture du poignet, il convient de procéder au massage de la région atteinte par le traumatisme. Le malade sera placé de telle façon qu'il soit permis de masser sans trop de fatigue et pour lui et pour le médecin.

" La main du chirurgien est enduite d'un corps gras quelconque (vaseline camphrée, par exemple.) On commence la manœuvre par une friction douce superficielle ; les doigts entourent le segment fracturé du membre, de façon à lui constituer une sorte de bracelet. Le blessé a le coude appuyé sur une table ou sur quelque autre objet pour éviter le tremblement, la fatigue et la douleur. Cette friction est d'abord douce, ce n'est qu'un effleurement ; il faut commencer par le poignet pour remonter au coude comme pour tout massage, puis on augmente progressivement la pression en veillant surtout à ce que le blessé ne ressente aucune douleur. Au bout d'un certain temps de cette manœuvre, on sent que la peau est plus souple et que le tissu cellulo-graisseux qu'on vient de malaxer se prête à l'exploration. C'est à ce moment qu'on fait intervenir le pouce. Celui-ci cherche à sentir le contour de l'os, peu à peu il étale et dissocie pour ainsi dire les groupes et faisceaux musculaires et suit le squelette dont il apprécie les particularités. Quand on est arrivé à ce résultat méthodiquement, le diagnostic est bientôt fait. On ne tarde pas à discerner la portion douloureuse, c'est le foyer de fracture." (Lucas-Championnière.)

On peut de la sorte suivre avec une très grande facilité les directions anormales, juger de la déviation s'il y en a, en un mot obtenir tous les éléments d'un diagnostic complet.

(Concours Médical.)

— : o : —

Thérapeutique et Mat. Médicale

PRINCIPES DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

D'après M. le Dr Huchard, dans un extrait de ses nouvelles consultations médicales, paru au Journal des Praticiens, le traitement curatif de la tuberculose pulmonaire ne paraît pas devoir être obtenu par un sérum comparable au sérum antidiphthérique, comme on essaie actuellement de l'obtenir.

Les deux maladies ont des allures absolument différentes, et la sérothérapie, si efficace dans l'une,

peut être sans action sur l'autre. A mon avis, voici comment il faut comprendre le traitement de la tuberculose :

La granulation tuberculeuse est une néoplasie pauvre qui tend d'elle-même à la guérison. Ce qui fait son principal danger, ce sont les infections secondaires, et le fait est prouvé par la guérison des tubercules, laquelle survient chez un assez grand nombre de malades, surtout parce qu'ils n'ont pas subi ces infections secondaires.

Ces dernières ont pour propriété d'exalter la virulence de l'infection primitive, c'est-à-dire du tubercule, et diriger de bonne heure la médication contre les infections secondaires, c'est préparer, favoriser la curabilité de la bacillose, c'est indirectement s'attaquer à l'infection primitive ; chercher à combattre directement cette dernière, c'est perdre son temps, au moins jusqu'à ce jour et, tant que le remède vraiment curateur ne sera pas trouvé, nous serons obligés d'adopter une thérapeutique visant les infections secondaires dès le début même de la tuberculose, ou au commencement de la seconde période. Comme les sérums antistreptococciques, antistaphylococciques ou antipneumococciques n'ont pas encore fait leurs preuves, il faut recourir aux inhalations médicamenteuses qui agissent d'autant plus qu'elles impressionnent facilement les voies respiratoires supérieures riches en microbes, tandis qu'à l'état normal, les petites bronches en sont presque dépourvues. Sans doute, les inhalations médicamenteuses sont connues depuis longtemps, mais elles n'ont pas été soumises à des règles suffisamment précises et sévères.

Voici comment on procède : Trois à cinq fois en 24 heures, cela pendant une à deux heures de suite, on répand dans la chambre habitée par le malade des vapeurs émanant par l'ébullition des substances suivantes à l'aide de l'appareil vaporisateur de Lucas-Championnière. Il suffit de verser une à deux cuillerées à soupe de ce mélange dans le récipient en verre de l'appareil :

Gaïacol	50 grammes.
Eucalyptol	40 —
Acide phénique	30 —
Menthol.....	20 —
Thymol	10 —
Essence de girofle	5 —
Alcool à 90 degrés	q. s.

Pour un litre.

Sous l'influence de cette médication (dont on peut varier la formule, le gaïacol et l'eucalyptol étant remplacés par le goménol), les bacilles de Koch diminuent de nombre d'abord et disparaissent ensuite.

De nombreux malades ainsi traités ont été notablement améliorés, sans l'adjonction de médicaments internes. Toutefois, nous conseillons d'employer concurremment les toniques, phosphates, iode et tannin, quinquina et arsenic, qui sont loin d'être inutiles.

Contre la fièvre, on se trouve fort bien actuelle-

ment de la cryogénine à la dose quotidienne de 1 gramme d'abord, puis progressivement descendante de trente et vingt centigrammes.

(Concours Médical.)

— : o : —

LE TRAITEMENT DU CANCER PAR LA QUININE.

M. le Dr Vallas, de Lyon, critique dans le Lyon Médical les travaux de M. Jaboulay concernant l'administration de la quinine dans le cancer.

"La quinine, dit M. Jaboulay, entrave à son début le développement de l'agent pathogène du cancer, comme elle est le poison de son confrère, l'hématozoaire du paludisme. Plus tard, quand la tumeur est constituée la quinine serait encore le meilleur moyen thérapeutique que nous ayons pour l'arrêter dans sa marche et retarder la cachexie. C'est par une action spéciale de la quinine sur la fonction glycogénique que ce résultat est atteint." M. Jaboulay conseille donc vivement l'emploi de la quinine contre le cancer. Il dit même que c'est le remède spécifique du cancer.

"Lorsque M. Jaboulay a commencé à préconiser ce traitement il y a environ trois ans, dit M. Vallas, je l'ai essayé sur quelques cancéreux opérables. Les malades que j'ai soumis à la quinine étaient porteurs de cancers du sein, de l'utérus, du rectum. La marche de l'affection n'a pas été retardée et je n'ai jamais observé de rétrocession véritable, capable de m'encourager à instituer, dès le début, ce mode de traitement. Je ne prétends pas nier que la quinine n'ait eu quelque action. J'ai vu des cancers de l'utérus s'arrêter de saigner, des malades accuser une sédation de leur douleur, j'ai même constaté que de gros seins cancéreux diminuaient de volume. Mais, en y regardant de près, on se rend bientôt compte qu'il n'y a là aucune action spécifique de l'agent médicamenteux sur la masse cancéreuse. La quinine agit sur le système circulatoire et, quand on se trouve en présence de tumeurs volumineuses, avec de l'œdème, avec de grosses veines dilatées et parfois même thrombosées, l'action du médicament se fait sentir. La circulation se rétablit, les œdèmes diminuent, la congestion disparaît. Les hémorragies cessent, les douleurs névralgiques s'apaisent et la masse totale semble rétrocéder. Mais sous ces apparences trompeuses d'amélioration, la tumeur est toujours là, qui continue sa marche et son évolution fatales. La quinine peut donc avoir une action favorable sur les phénomènes paranéoplasiques mais elle n'influence en rien le néoplasme lui-même.

"Je ne veux pas être pris pour un adversaire systématique du traitement par la quinine, je l'ai employé et l'emploie encore quelquefois, mais je le considère comme un simple palliatif, et je reste persuadé que l'intervention chirurgicale, malgré ses trop nombreux échecs, est encore le seul traitement capable de donner quelques guérisons. Or il est à craindre que, s'abritant derrière l'autorité chirur-

gicale du promoteur de la méthode, les médecins ne s'endorment dans une sécurité trompeuse et n'amènent tout doucement leurs malades jusqu'à la période où il n'y a plus rien à faire... qu'à donner de la quinine.

"Il est si humain de repousser les décisions énergiques et si doux de se bercer d'illusions! C'est par là que les publications répétées de M. Jaboulay sur ce sujet peuvent devenir extrêmement dangereuses."

(Concours Médical.)

— : o : —

PEDIATRIE

LE DRAP MOUILLE FROID CHEZ L'ENFANT.

La Rev. internat. de clin. et de thérap. insiste avec nombreux témoignages à l'appui sur la nécessité de l'emploi du drap mouillé froid chez l'enfant.

D'après Strasser le drap mouillé aurait une action très heureuse dans les maladies du cœur d'origine nerveuse (maladie de Basedow), et les rhumatismes musculaires et articulaires.

Dans les cas de chorée grave, M. Joffroy a recommandé le drap mouillé : ce moyen, dit-il, associé à l'emploi du chloral, donne d'excellents résultats.

Dans les convulsions, dans le spasme de la glotte, l'effet sédatif du drap mouillé semble assez net.

D'autres phénomènes spasmodiques sont heureusement modifiés par l'emploi du drap mouillé: torticolis spasmodique, spasme nutant.

L'insomnie est heureusement influencée par l'hydrothérapie; les applications douces de l'hydrothérapie sont seules utiles. En première ligne vient l'enveloppement humide.

Lorsque l'incontinence d'urine ne dépend pas d'un vice de conformation des organes génito-urinaires externes, lorsqu'elle est d'origine névropathique, "l'usage des toniques, surtout de l'huile de foie de morue, des douches et des affusions froides, peut suffire à amener la guérison" (Guinon). Le drap mouillé doit être employé en pareil cas.

G. Lyon recommande l'emploi du drap mouillé dans les diverses formes de neurasthénie. Les résultats sont toujours excellents; on l'emploiera surtout avec avantage dans la neurasthénie de l'enfant.

Dans les dyspepsies accompagnées de signes d'atonie gastro intestinale, de constipation, formes qui s'observent souvent chez des enfants issus de souche arthritique, l'hydrothérapie agit heureusement en combattant l'atonie générale (Klibanski).

Dans l'épilepsie, le drap mouillé est un moyen préventif dont on ne doit pas oublier l'importance. Cette pratique jointe aux traitements et surtout à la bromuration peut contribuer à rendre les crises moins fréquentes et moins intenses.

L'hystérie infantile bénéficie de l'usage du drap

mouillé comme d'ailleurs de l'hydrothérapie froide en général.

Quand il y a lésion organique du système nerveux, les indications de l'hydrothérapie sont restreintes et "elle peut même devenir dangereuse lorsque des productions morbides siègent dans les organes importants comme le poumon, le cerveau et le cœur" (Beni-Barde).

Cependant, il semble que, dans certains cas, le drap mouillé appliqué avec prudence puisse rendre quelques services et amener une amélioration notable. Dans certains cas de sclérose cérébrale, on a vu se produire une amélioration des symptômes spasmodiques à la suite de l'usage du drap mouillé; la raideur des membres si pénible dans la paralysie spasmodique de l'enfance, est quelquefois heureusement influencée grâce au drap mouillé.

L'âge du malade peut donner lieu à quelques contre-indications. Généralement bien supporté même chez les enfants d'un an, on devra cependant surveiller de très près les effets de l'enveloppement. Dans les névroses fonctionnelles, il exerce un effet sédatif très important; il est mieux toléré que le bain froid et a une action plus prolongée et par conséquent souvent beaucoup plus efficace (Klibanski).

Pour appliquer le drap mouillé, on étend sur le lit où doit avoir lieu l'enveloppement, une toile cirée puis une couverture de laine sur laquelle on étale le drap mouillé. Ce drap a été trempé dans de l'eau à une température de 15 degrés centigrades et assez fortement exprimé.

Le malade complètement déshabillé est couché sur le lit; on ramène alors les parties latérales du drap en ayant soin que le contact du drap se fasse sur toute la surface du corps. Ne pas trop serrer le drap.

On roule alors la couverture autour de l'enfant en repliant l'extrémité sur les pieds. Le malade ainsi enveloppé est recouvert d'un ou deux étreillons. La durée de l'enveloppement varie suivant l'âge et la nature de la maladie. Dans les troubles nerveux, M. Comby applique l'enveloppement tous les jours pendant une demi-heure chez les très jeunes enfants et pendant une heure chez les enfants plus âgés.

Le drap mouillé une fois retiré, frictionner légèrement l'enfant et le coucher ensuite dans un lit bien chaud.

Le drap mouillé sera appliqué à une heure variable, suivant le moment où l'on veut obtenir un effet sédatif.

(Concours Médical)

DE L'ABUS DU LAIT DANS LES TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX CHRONIQUES DE L'ENFANT APRES LE SEVRAGE.

(Par M. L. Billon, interne de l'hôpital St-Joseph)

Sur la foi de nombreux traités classiques, il est très fréquent que le médecin, en présence d'un en-

fant sevré, atteint de troubles gastro-intestinaux, mette le malade au lait. Or, on peut se demander si, dans certains cas, ce régime lacté n'est pas une arme redoutable, et si, au lieu de guérir, il ne fait pas de victimes. Tantôt comme aliment absolu ou mitigé, tantôt comme remède, on administre le lait aveuglément: "Lorsque dit Meunier, dans une consultation le médecin s'arrête à ces simples mots comme traitement: "Mettez-vous au lait," il nuira à son malade plus souvent qu'il ne le croit".

Et, en effet, à la suite de quelques troubles gastro-intestinaux, si on prescrit le lait, en supprimant toute nourriture, l'enfant éprouvera d'abord une certaine amélioration, puis bientôt après il aura des sensations de pesanteur et de plénitude gastriques. Le lait a distendu l'estomac, car coagulé, il passe que lentement le vestibule pylorique; l'intestin grêle se surmène; le gros intestin s'irrite sous l'influence des matériaux mal élaborés: il s'ensuit une crise de colite aiguë.

Chose à noter, ces surmenages gastro-intestinaux se rencontrent plus souvent chez les enfants très soignés que chez les pauvres. On veut avoir un gros enfant, on le suralimente avec du lait, il le prend mal, irrégulièrement, en trop grande quantité.

Dans sa remarquable thèse inaugurale, M. Ripart s'est attaché à faire le tableau clinique de l'enfant atteint de gastro-entérite chronique auquel on donne comme aliment et médicament du lait, encore du lait; le même auteur, après cela, étudie la pathogénie des accidents dus à l'abus de ce régime; enfin, il indique les moyens d'y remédier.

Les petits malades se présentent sous trois types, qui peuvent, en clinique, empiéter l'un sur l'autre.

Dans le premier type, l'enfant est atteint de gastro-entérite chronique avec constipation. Les selles sont dures, desséchées, comme "cuites"; elles ont la forme de boules enrobées dans des glaires. L'expulsion de ces billes est extrêmement pénible, douloureuse; les efforts aboutissent à la production d'hémorroïdes, de prolapsus du rectum ou encore à des fissures très pénibles; parfois il y a fausse diarrhée. L'enfant a un faciès anémique, pseudo-tuberculeux; ses membres sont grêles, son teint terreux, jaune; le ventre est souple, quoique volumineux, parfois il est étalé, rappelant le ventre de grenouille. L'estomac est dilaté, plutôt par les gaz que par les liquides, car la stase véritable est rare chez l'enfant. L'examen du colon descendant montre dans sa portion supérieure un véritable cordon, corde colique de Glénard, qui roule sous les doigts. Le foie est gros. Dans les urines, on trouve de l'indican et souvent un peu d'albumine. Les globules rouges sont en faible quantité, 2 000 000 par millimètre cube (Comby). En somme, c'est un enfant qui a passé par les phases successives d'une constipation, avec toutes les modalités et complications locales, pour aboutir finalement à "une véritable cachexie par excès de nourriture" (Guinon).

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un enfant qui est pris d'entérite d'abord aiguë avec diarrhée ver-

te, dans laquelle on trouve des grumeaux de lait non digéré. D'aiguë, l'entérite, non soignée, ou mieux trop soignée par le lait, devient chronique. Les selles sont pointillées de grumeaux blancs; elles sont plus fréquentes le jour que la nuit; elles sont accompagnées de glaires. Le ventre du malade est tendu, ballonné, douloureux. Indican dans les urines. Les poussées se succèdent, et l'enfant se cachectise rapidement; ou encore il se produit une cachexie lente par auto-intoxication, car la constipation bientôt s'installe.

Le dernier type est celui d'un enfant atteint de gastro-entérite aiguë, qui fait une poussée à la suite d'un écart d'habitudes. Le régime lacté est appliqué; peu à peu l'enfant, qui ne cesse de vomir, est abattu, son faciès est plombé, les yeux sont cernés; le malade est dans le même état de faiblesse qu'après l'administration d'un vomitif, mais de plus, le lait continuant à être ingéré, devient un terrain d'ensemencement, et la toxi-infection s'établit. L'état général est grave, l'haleine fétide, d'odeur butyrique; les traits sont amaigris, parfois les convulsions se montrent; il y a méningite vraie ou méningite toxique (Czerny, Guinon et Simon).

Telles sont la marche, l'évolution et les complications de nombre d'entérites chroniques, avec ou sans poussées aiguës, sous l'influence du lait. Toutes certainement ne sont pas aggravées ainsi, mais un certain nombre peut évoluer de cette manière.

Le diagnostic sera très généralement facile. Il convient de le faire aussi tôt que possible. Après avoir éliminé la tuberculose, la syphilis, le paludisme, l'attention portée sur le tube digestif sera vite éveillée et on enquêtera sur le mode d'administration du lait. Parfois, il est utile de faire comme un traitement de pierre de touche en modifiant le régime de l'enfant. En ce cas, on sera prudent.

Traitement.—Deux cas peuvent se présenter. Le médecin est appelé à soigner le petit malade lors d'une poussée aiguë ou bien au cours d'une phase torpide de l'affection.

1. Poussées aiguës.—Pendant vingt-quatre heures, diète hydrique. Puis pendant quelques jours, comme transition, on donnera au malade des décoctions aqueuses de plus en plus épaisses des farines d'orge, de riz, d'avoine; le riz sera recommandé dans les cas de diarrhée, l'orge, l'avoine lorsqu'il y aura constipation. Aux décoctions épaisses feront suite des bouillies faites avec les mêmes farines. Ces bouillies seront préparées sans lait. On pourra délayer les farines dans le bouillon de légumes préconisé par Méry (Soc. de pédiat., 1903). L'enfant étant intoxiqué, on poussera à la diurèse avec des tisanes diurétiques, des eaux d'Alet, d'Evian.

Après ce traitement, on autorisera peu à peu les purées de pommes de terre tamisées, les panades bien cuites, puis les purées de pois, lentilles, haricots décortiqués. Ce n'est qu'à ce moment qu'on pourra permettre l'emploi de farines lactées du commerce dont les compositions sont variables suivant les marques. Enfin, le bouillon nouveau fait avec de la viande très fraîche pourra être essayé dans la préparation des bouillies.

L'entérite ainsi arrive à sa phase torpide.

2. Périodes de calme.—Deux idées doivent dominer ici tout le traitement: éviter la surcharge alimentaire et tâcher de fournir aux bacilles de l'intestin le moins possible de matériaux pour se développer; en somme, agir de manière à ce que le lait et les matières albuminoïdes indispensables soient tolérées sans accident.

S'il s'agit d'un enfant sevré depuis peu, la seule indication est alors de le remettre au sein; un peu de patience aidant, on arrivera à triompher des difficultés. Le lait d'ânesse peut donner de bons résultats.

Il peut s'agir d'un enfant d'une dizaine de mois. On lui permettra 250 à 300 grammes de lait bouilli ou stérilisé incorporé aux bouillies; les grumeaux de lait dissociés par les grains de fécule sont plus vite et plus complètement digérés que si le lait était pris isolément.

Parfois le lait de vache cru est bien supporté, il faut en connaître la provenance et les pérégrinations. Pas de lait pur aux repas. On se servira aussi de képhir qui, gras ou maigre, c'est-à-dire privé ou non de sa crème, offre l'avantage d'être d'une digestion facile et grâce à ses trois numéros d'être laxatif (1), indifférent (2), constipant (3).

3. Prescriptions hygiéniques.—Les repas seront minutieusement réglés. Quatre par vingt-quatre heures. L'estomac pour bien fonctionner a besoin de repos. Pour un enfant de 2 ans, Comby (Arch. de méd. des enf., 1900) donne le type suivant: "Premier repas à sept ou huit heures du matin: un œuf à la coque, une panade, une petite tasse de lait. Deuxième repas à midi: purée de légumes, marmelade de pommes, une tasse de lait. Troisième repas à trois ou quatre heures: bouillie, potage ou œuf, une tasse de lait. Quatrième repas à sept heures, une purée fruits cuits, tasse de lait." On peut remplacer totalement ou en partie le lait par l'eau d'Evian, d'Alet ou du képhir.

On veillera à l'hygiène générale: frictions sèches ou aromatiques, bains salés, grand air, bord de mer.

Résultats du Traitement.—Dans le cas de constipation, les matières perdent leur dureté et leur forme ovillée, les glaires se font rares. Dans le cas de diarrhée, les selles, moins fréquentes, sont moins abondantes et perdent leur fétidité; l'enfant de grognon devient en quelques jours gai, il reprend son entrain. Le teint jaunâtre persiste plus longtemps. Les déformations rachitiques disparaissent; la dilatation d'estomac peut subsister (Comby).

L'intestin malgré tout restera longtemps susceptible.

Pathogénie.—1. La viciation des processus chimiques de la digestion peut-elle expliquer à elle seule les troubles observés?—Evidemment non. La vie en milieu aseptique est possible, mais anormale. Les micro-organismes sont répandus à profusion dans notre tube digestif. Pasteur et Duclaux ont émis l'opinion que parmi les hôtes des cavités digestives, certains étaient utiles pour la transformation des aliments. Il faut donc d'autres causes.

2. Autres causes.—a. Insuffisance fonctionnelle

du tube digestif.—Moncorps a montré que, dans les troubles gastro-intestinaux, il y avait ana ou hypochlorhyde, très rarement hyperchlorhydrie. Finzión prétend que, dans ces cas, il y a diminution du pouvoir des ferments normaux. La trypsine pancréatique qui n'agit sur les albuminoïdes qu'à condition que le suc intestinal contienne une entérokinase, ne pourra être efficace si ce ferment est diminué de pouvoir; d'où accidents dus à la caséine inattaquée par une trypsine inactive.

b. Suralimentation.—Le lait de vache demande un temps très long de digestion. Si on ingère du lait à deux heures d'intervalle, l'acide chlorhydrique libre, qui n'apparaît qu'à la fin de la digestion (Reichmann, Heubnee), coagule le lait qui arrive à ce moment. Il se forme de gros blocs de coagulum, car la coagulation a été faite par acide et non par présure, d'où digestion indéfiniment prolongée, et terrain de culture favorable aux microbes.

c. Influence du lait de vache.—Dans le lait de vache, la caséine entre pour 35 grammes par litre, tandis qu'elle n'est, chez la femme, que de 16 grammes. Le lait de vache, par la présure, se transforme en un seul bloc, le lait de femme donne un coagulum fin, poreux et partant plus facilement assimilable que le précédent. Les albuminoïdes du lait de femme, traités par la pepsine chlorhydrique, ne donnent pas de paranucléine, tandis que ceux du lait de vache en fournissent (Arthur). Le sucre est plus abondant dans le lait de femme; le lait de vache est pauvre en fer.

3. Causes déterminantes de l'infection. — a. A quels microbes est-elle due?—Normalement voilà l'allure progressive d'invasion microbienne dans l'intestin. C'est d'abord une période aseptique suivie, après la naissance, de l'arrivée du bifidus, du bacterium coli, du streptocoque, du bacterium lactis aerogenes, microbes accessoires chez l'enfant au sein. Chez l'enfant nourri au lait de vache, la flore est légèrement différente, on y trouve en plus le b. acidophilus, le b. exilis, l'entérocoque (H. Tissier, 1900).

Dans les états pathologiques le terrain favorable donne culture à d'autres hôtes. Le lait de vache véhicule de microbes, transporte le subtilis, le staphylocoque blanc, le b. enteriditis sporogenes, le proteus vulgaris, le b. fluorescens, le b. pyogenes liquefiens.

L'infection est exogène. Peut-elle être endogène? cela est vraisemblable; l'étude microscopique des selles tend à le faire admettre, mais les faits ne sont pas prouvés.

b. Ces microbes par leur action, donnent-ils l'explication des troubles observés?—Les microbes de l'intestin peuvent agir soit par leurs toxines, soit par les produits résultant du dédoublement des matériaux qui leur ont servi de milieu de culture. Les effets dus aux toxines sont peu importants dans les phases torpides. S'il y a intoxication, elle est due surtout à la putréfaction intestinale qui se fait aux dépens des matières azotées.

En outre, il est très vraisemblable que les troubles observés solent sous la dépendance d'une per-

turbation quelconque apportée dans l'ordre de transformation microbienne des aliments.

De l'action favorable de certains aliments. — a. Féculents.—Le lait donne de mauvais résultats parce qu'il est mal ou insuffisamment digéré, d'où excellent milieu de culture, soit pour microbes endogènes, soit pour microbes exogènes. Il n'en est pas de même des hydrates de carbone. En effet :

1. Les farines diminuent le travail de sécrétion et de digestions gastriques. Suivant M. Mathieu, l'ingestion des hydrates de carbone provoque une abondante sécrétion muqueuse; or on a signalé le rôle antiseptique des mucus.

2. Les farines n'exigent que peu d'intervention de la part de l'intestin. La ptyaline salivaire, en effet, supplée à l'insuffisance possible de l'amylase pancréatique.

3. Les farines constituent un milieu défavorable au développement des bactéries protéolytiques.

4. Les farines exercent une action antiputride (Combe, nov. 1903) en diminuant le plus possible les éléments azotés, excellent milieu de culture, et aussi en saturant l'intestin d'hydrocarbures, milieu dans lequel les microbes ne trouvent pas les éléments nécessaires à leur alimentation et à leur vie.

5. Enfin les farines jointes au lait fractionnent le coagulum massif dû au lait de vache; elles le rendent plus poreux et plus facilement digestif; la digestion sera plus rapide.

Mais, et M. Ripart insiste là-dessus, les féculents ne sont pas une panacée universelle; ils ont leurs inconvénients, ils peuvent provoquer la maladie de Barlow, le scorbut infantile, c'est donc un régime médicamenteux et non alimentaire. Il faut aussitôt que possible le mitiger et ordonner des aliments frais qui feront éviter tout danger.

b. Lait crus.—Parfois les lait crus sont très utiles. Il y existe en effet des diastases qui ne se conservent pas après l'ébullition ou la pasteurisation.

Le lait cru contient des enzymes qui peuvent suppléer, partiellement au moins, aux ferments digestifs. L'ingestion de bon lait cru peut ramener à la normale la flore bactérienne, et introduire dans le tube digestif de l'enfant tous les microbes de la fermentation normale du lait.

c. Kéfir.—Le kéfir, qui n'est que du lait de vache ayant subi une certaine fermentation, est plus digestif que le lait ordinaire, et de plus est anti-microbien, grâce à certains éléments vivants et à son acide lactique.

Le kéfir coagule en grumeaux très fins. Une partie de la caséine est solubilisée soit sous forme de peptone, soit à l'état de protéose (Hallion et Carrion). Tandis que 250 grammes de lait cru séjourner sept heures et demie dans l'estomac, le kéfir maigre ne stagne que trois heures et demie (Gilbert et Chassevant).

D'autre part, l'action antimicrobienne est due soit à l'acide lactique, soit à l'acide succinique à faibles doses, ou encore aux ferments képhiriques eux-mêmes. Dans les cas d'entérites chroniques, le kéfir donnera donc les meilleurs résultats. Les

matières grasses y font presque défaut, ce qui favorise la transformation de la caséine en flocons très fins.

De plus, le médecin ayant trois sortes de képhir trouve à sa disposition un laxatif, un indifférent, un constipant.

En résumé, si le lait est le seul aliment au premier âge, après le sevrage ce n'est pas un liquide indifférent. C'est un auxiliaire de l'alimentation et un médicament : il devra donc être manié avec discernement. Mal administré, donné à un enfant atteint de gastro-entérite aiguë, il peut déterminer des accidents graves. On pourra y remédier en donnant avec discernement des féculents, du képhir et parfois des laits crus.

(Gaz. des Hôpitaux).

Otologie, Rhinologie, Laryngologie.

LA PONCTION LOMBAIRE DANS LES AFFECTIONS DE L'OREILLE.

Par M. le docteur Babinski.

L'auteur étudie l'utilité de la ponction lombaire, opération inoffensive, contre divers symptômes pénibles des affections de l'oreille et surtout du vertige.

Des trois symptômes essentiels des affections de l'oreille, le vertige, le bourdonnement et la surdité, c'est assurément le premier qui est le plus souvent et le plus notablement influencé par la rachicentèse. Sur trente-deux malades atteints de vertige auriculaire, onze seulement ont été ponctionnés sans succès ; dans les vingt et un autres cas, le résultat a été très net et parfois tout à fait remarquable ; il y a plusieurs malades dont le vertige datait de nombreuses années, qui avaient été traités en vain par divers auristes et qui sont actuellement guéris à la suite d'une seule ponction.

Le symptôme bourdonnement est plus rebelle au traitement que le vertige ; sur quatre-vingt-dix malades atteints de bourdonnements, il n'y en a guère que trente qui aient été guéris ou améliorés ; néanmoins, ce résultat est encore satisfaisant quand on considère l'inefficacité ou le peu d'efficacité des moyens classiques employés en pareil cas.

Enfin, la surdité est encore plus réfractaire que le bourdonnement. Ce n'est guère que dans le septième des cas que la rachicentèse a été utile. Mais, en revanche, il y a eu quelques succès surprenants ; tel malade, par exemple, complètement sourd d'une oreille depuis six ans, recouvre l'ouïe à la suite de l'opération, au point d'entendre distinctement la voix à plus de deux mètres ; tel autre, âgé de trente-cinq ans, sourd depuis l'âge de trois ans, est sensiblement amélioré après trois ponctions successives.

L'auteur se considère donc en droit de conclure :

1. Que la rachicentèse exerce sur le vertige au-

riculaire une influence remarquable ; ordinairement, elle l'atténue ou le fait disparaître ;

2. Qu'elle peut agir aussi d'une manière favorable sur les bourdonnements et sur la surdité ; mais là son champ d'action est moins étendu ;

3. Qu'en raison de son innocuité, cette opération doit être tentée chez tous les malades atteints d'affections auriculaires ayant résisté au traitement local.

(Arch. de Med. et de Chir.)

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DU LARYNX.

Par M. le docteur Kronenberg.

Les résultats qu'on obtient dans le traitement de la tuberculose laryngée dépendent d'une foule de circonstances (état du malade, forme de l'affection laryngée, son siège, internement du malade dans un sanatorium, etc.)

S'il s'agit d'une infiltration tuberculeuse du larynx, il faut être réservé dans le traitement, parce que ces infiltrations guérissent parfois spontanément. Les ulcérations, surtout celle de l'épiglotte, demandent un traitement chirurgical ; mais il ne faut pas avoir trop d'optimisme. Si les ulcérations sont trop étendues il faut se contenter d'insuffler de l'iodoforme, de l'iodol, après avoir enlevé les sécrétions. L'acide lactique, autrefois tant vanté, n'est utile que dans le traitement post-opératoire des ulcérations. L'auteur conseille surtout la galvanocautérie pour le traitement des granulations et ulcérations de la paroi postérieure.

Les inhalations de différents médicaments ont une valeur symptomatique. C'est le traitement général qui est capital.

(Ann. des mal. de l'oreille, etc.)

BIBLIOGRAPHIE

G. W. Overall.—A non-surgical Treatise on Diseases of the Prostate Gland and Adnexa.—Rowe Publishing Co., Chicago.

C'est un excellent petit volume de 200 pages, qui mériterait les honneurs d'une traduction française, tant il est pratique. Le médecin peut retirer de sa lecture, sur tout ce qui concerne la prostate et les organes voisins, une foule d'idées utiles ; les traitements, qui sont non-chirurgicaux, sont bien donnés et à la portée de tous. C'est un sujet qui mérite l'attention du praticien, car beaucoup ignorent, ou ne possèdent que très superficiellement, les notions modernes sur cette glande importante—ce nid par excellence du gonocoque.

Hinds & Noble—Howe's Handbook of Parlia-

mentary Usage.—Hinds & Noble, New York, 50 cents.

C'est un livret des plus utiles concernant la manière de tenir, de conduire des assemblées parlementaires, des sociétés, etc. L'ordre alphabétique rend les recherches faciles. Ce petit livre pourrait être d'une grande utilité pour les membres, et surtout les officiers de nos sociétés, où souvent les séances ne sont pas marquées de toute la méthode, de tout le decorum que l'on aimerait à y voir regner, et qui ainsi dégènerent en perte de temps et en réunions de tabagie.

International Clinics, 13th series. Vol. III. — Lippincott Co., Philadelphie.

C. Roberts, agent, 1524, rue Ontario, Montréal. Téléphone Bell, NO. 2404, Est.

Il semble futile—il est même impossible, dans une analyse comme celle-ci, de faire ressortir la juste valeur de cet ouvrage. Comme ses prédécesseurs, il est des plus intéressants. Je ne ferai que citer—c'est suffisant pour donner un aperçu de son utilité et d'une garantie de sa science—certains des articles qu'il contient. Il y a toute une série de bons travaux sur les maladies de la vésicule et des enduits biliaires, par des savants comme J. H. Musser, de l'Université de Pennsylvanie; J. T. Deaver, de Philadelphie; F. Lejars, de Paris; F. P. Weber, de Londres; C. Stockton, de Buffalo; R. Rudolph, de Toronto.

En chirurgie, d'excellentes monographies sur l'anesthésie, l'asepsie et l'antisepsie, la gastrostomie, les tumeurs intrascrotales, les veines varigieuses, par J. Bodine, de New York; J. Lewis, de Kentucky; Lucas - Championnière, de Paris; W. Rodman, de Philadelphie; Dr. Belfield, de Chicago; Schwartz, de Paris.

En médecine, Robin, de Paris, expose le traitement médical du cancer de l'estomac; A. Rose, du Post-Graduate de New-York, parle de l'emploi de l'acide carbonique dans les maladies du rectum; Chantemesse discute la sérumthérapie de la fièvre typhoïde, et aussi de plusieurs autres sujets éminemment pratiques.

Une vingtaine de figures démonstratives, de gravures et de planches en couleur, aident à l'intelligence du texte.

M. T. B.

FORMULAIRE

ACIDE SALICYLIQUE DANS LES MALADIES CUTANÉES.

Acide salicylique...	2
Oxyde de zinc...	25
Amidon...	25
Vaseline...	50
Pom., Eczéma (Lassar).	

Acide salicylique...	3
Vaseline jaune...	24
Oxyde de zinc...	24
Amidon...	q.s.
Pâte, Eczéma (Idem).	

Acide salicylique...	1
Teinture de benjoin...	2
Lanoline...	50
Ong., Eczéma.	

Acide salicylique...	1
Souffre précip...	4
Vaseline...	20
Pom., Pityriasis (Besnier).	

Acide salicylique...	1 à 2
Collodion élastique...	20
Cors, etc.	

Salicylate de soude...	1
Acide phénique...	2
Axonge...	40
Pom., Pelade (Eichorst).	

(Jour. de Méd. de Paris.)



NOUVELLES

Mariage.

—A Paris, le 2 février, 1904, le mariage de mademoiselle Marie Lancereaux, fille de M. le professeur Lancereaux, avec Monsieur Léon Bour, avocat de la Cour d'Appel.

—En juin dernier, notre collègue et ami, le docteur René Gauthier, interne des hôpitaux de Paris, avait épousé mademoiselle Henriette Lancereaux, également fille du docteur Lancereaux, président de l'Académie de Médecine.

Nos meilleurs vœux.

Nécrologie.

—En cette ville, le 23 du mois, est décédé à l'âge de 1 an et 2 mois, Marie-Madeleine-Gertrude, enfant de M. le Dr. M. T. Brennan.

—A Louisville, le 23 de janvier dernier, est décédé Madame Anaïste Vadeboncoeur, épouse de M. le Dr. J. L. Hamelin.

Nos sympathies.



SUPPLEMENT

QUELQUES NOTES SUR LE DOCTEUR BEAUMONT ET SUR ALEXIS SAINT-MARTIN.

Nous croyons intéresser nos lecteurs en publiant sur la vie du célèbre Saint-Martin, des extraits de quelques articles parus dans le *Physician & Surgeon*, de Detroit; articles suscités par le dévoilement d'un monument élevé à la mémoire du docteur William Beaumont, au Fort Mackinaw, Michigan, le 10 juillet, 1900. Comme beaucoup le savent déjà, Saint-Martin était un Canadien, dont le nom, ainsi que celui de Beaumont, est cité dans presque tous nos traités de physiologie.

Les extraits que nous publions ont un intérêt tout spécial et absolument inédit pour le Canada en particulier et pour les amis de la science expérimentale en général.

Il s'agit plus particulièrement d'études sur les organes digestifs auxquelles s'est livré le docteur William Beaumont, sur ce Canadien, Saint-Martin.

William, fils de Samuel Beaumont, un fermier de la Nouvelle-Angleterre, naquit à Lebanon, Conn., en 1785.

Il m'a été impossible de trouver aucun renseignement sur les études de sa jeunesse. Cependant, nous avons une preuve évidente de l'ardeur de ce jeune homme dans la recherche des connaissances, par ce fait que, peu après avoir atteint sa majorité, il devint professeur à Champlian, côté de Clinton, New-York. A la même époque, il commença à étudier la médecine et il continua ses études médicales sous la direction du docteur Benjamin Chandler, de St.-Albans (Vermont). Il n'est pas certain, malgré toutes mes recherches, que Beaumont ait jamais suivi les cours de l'école de médecine. Le 2 décembre, 1812, il était enrôlé comme assistant-chirurgien, dans le 60e régiment d'infanterie, puis versé au 6e d'infanterie, le 6 juin, 1813. Quelques mois plus tard, le jeune assistant-chirurgien fut à même d'étudier les blessures de la guerre lors de la prise et de la destruction d'York, aujourd'hui Toronto, lorsque les Anglais, battant en retraite, firent sauter un magasin contenant une centaine de barils de poudre, sous les pieds des Américains qui s'avançaient.

En 1815, la guerre étant terminée, le docteur Beaumont résigna sa commission et pratiqua la médecine à Plattsburgh.

Durant son service comme assistant-chirurgien il conquiert l'estime et l'amitié du docteur Joseph Lowell, qui devint, en 1818, le premier chirurgien en chef de l'armée des Etats-Unis. En 1820, le docteur Beaumont rentra dans le service de l'armée avec le rang de chirurgien en second; il était attaché au poste de Michillmackinac, maintenant Ile Mackinaw.

Deux ans après, le six juin, 1822, arriva l'accident qui ouvrit les parois de l'estomac d'Alexis Saint-Martin et permit à Beaumont d'étudier à son goût la digestion gastrique. Il décrit la blessure comme suit: "Il avait reçu dans le côté gauche une charge de poudre et de gros plomb, à une distance de pas plus d'une verge de la gueule du fusil. Toute la charge pénétra d'arrière en avant, dans une direction oblique, intérieurement, balayant littéralement les téguments et les muscles sur une circonférence de plusieurs pouces, fracturant et arrachant la moitié antérieure de la sixième côte, fracturant la cinquième, lacérant la partie inférieure du lobe gauche du poumon, ainsi que le diaphragme sur ce côté."

Cette blessure fut traitée avec le plus grand soin par le docteur Beaumont, et enfin, comme on le sait, elle fut guérie, laissant une fistule gastrique permanente, qui était ordinairement fermée par une excroissance valvulaire de la membrane muqueuse.

En mai, 1825, environ trois ans après l'accident, le docteur commença des études expérimentales sur son patient. Au mois de juin de la même année, le docteur Beaumont fut envoyé de Mackinaw au Fort Niagara. Il emmena Saint-Martin avec lui et continua ses études. Au mois d'août il visita Burlington et Plattsburg, et à cette dernière ville, le patient qui trouva, sans doute, qu'il était maintenant plus utile au docteur que le docteur ne lui était nécessaire, partit sans en donner avis. En mai, 1826, le docteur Beaumont fut envoyé à Fort Howard, puis en 1828, à Fort Crawford, sur le Mississippi supérieur. Pendant ce laps de temps, le docteur faisait de grandes recherches pour connaître l'endroit où s'était retiré son patient. Enfin il apprit que Saint-Martin s'était marié, était père de deux enfants et habitait dans le Bas-Canada, à environ deux mille milles de Fort Crawford.

Il chargea les agents de la "American Fur Company" de transporter, à ses propres frais, toute la famille, malgré la longue distance, et au mois d'août, 1829, après une interruption de quatre années, le docteur put reprendre ses expériences. Ses études continuèrent jusqu'au printemps de 1831. A cette époque il consentit à ce que Saint-Martin retournât, avec sa famille, dans le Bas-Canada, mais avec la promesse qu'il reviendrait lorsqu'il en serait requis. Au mois d'août, 1832, le docteur Beaumont obtint un congé et se rendit à Plattsburgh, où il avait rendez-vous avec Saint-Martin, et de novembre, 1832, à mars, 1834, il résida à Washington, consacrant tout son temps à ses expériences. Dans le milieu de 1834, le docteur publia la première édition de son ouvrage: "Physiologie de la digestion, avec expériences sur les sécrétions gastriques."

(A Suivre.)

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Que des papiers et des lettres absolument étranges à ce que vous cherchez et ne présentant rien pouvant nous faire connaître les raisons de la conduite de Milord Dallshire.

—Et dans ses manières, ses paroles ?

—Pas plus, répondit Jimmy, la seule chose que j'ai découvert c'est une seringue à morphine qui se trouvait dans sa table de nuit.

—Il va falloir continuer nos recherches Jimmy, et rester quelques jours encore chez Dallshire.

—Oui colonel, je resterai chez Lord Dallshire car je crois avoir trouvé quelque chose, qui, quoique n'intéressant pas Lady Clardy ni Lady Florence, nous touche à vous et à moi de très près.

—Que veux-tu dire ? dit Dick vivement intéressé.

—Avez-vous déjà entendu parler de Donald Lington ?

—Donald Lington, s'écria Dick Brown en bondissant, par le Ciel dis moi, ce que tu veux dire ?

—Eh bien alors, mon colonel, écoutez moi ?

XIV.

—Je ne suis qu'un pauvre paysan, élevé à Garry Fen par les bontés de votre tante, qui eut pitié de moi, lorsque mes parents moururent. Plus tard, c'est vous colonel qui m'avez fait incorporer dans votre régiment et qui m'avez ouvert la carrière militaire, carrière grâce à laquelle, je suis aujourd'hui sergent et croix de Victoria. C'est donc plus que de la reconnaissance que je vous dois, c'est ma vie toute entière que je veux vous consacrer.

—Tu oublies mon ami, que tu as sauvé la mienne dans un engagement contre le Mullah.

—Je n'ai fait que mon devoir colonel, rien de plus. Or dans toutes les campagnes, dans toutes les batailles que j'ai faites à votre côté, j'ai vu bien de tristes choses. A Spion Cope, j'ai vu tomber mon meilleur camarade, plus tard votre jeune ami le fils de Lady Clardy,

mais tous ces événements n'ont pu effacer de ma mémoire les tragiques circonstances qui accompagnèrent la mort de Mrs. Brown, et de la pauvre Miss Nelly. Comme tous, j'ai compris qu'un mystère enveloppait ce drame et souvent j'ai cherché à l'approfondir, mais hélas sans pouvoir y parvenir. Hier matin, je m'amusais à épousseter dans la chambre de Lord Dallshire, lorsque soudain mon attention fut attirée par une photographie. Ce portrait représentait un jeune homme revêtu du costume d'officier des *Horse Guards*. Je ne sais ce que j'éprouvai en regardant les traits que représentait cette photographie, mais il me sembla que j'avais déjà vu cet homme et qu'il avait même joué un rôle dans mon existence, je cherchais en vain où et dans quelles circonstances je l'avais connu, lorsque Lord Dallshire pénétra dans la pièce dans laquelle je me trouvais, alors je me permis de l'interroger et lui demandai le nom de la personne dont la photographie m'intriguait si fort. Alors Lord Dallshire me répondit avec ce pâle sourire que vous connaissez :

—Ce portrait c'est le mien, mais il y a dix ans de cela, n'est-ce pas que je suis changé ?

Alors je n'eus plus l'ombre d'un doute, j'avais déjà vu Lord Dallshire, mais où ! j'en étais là, lorsque ce matin avant de sortir, j'en pris cette photographie pour vous la montrer. Plus je la regardais et plus ma mémoire semblait soulever la voile du passé. Du doute je pensais à la certitude et dans Lord Dallshire je reconnus Donald Lington.

—Tu rêves, dit Dick Brown en prenant le portrait que lui tendait Jimmy.

—Non je ne rêve pas colonel, je me souviens bien de Lington, c'est moi le premier qui le vit à Garry Fen et pendant plusieurs mois j'ai vécu près de lui. Ce sont les mêmes traits, les mêmes yeux, la même expression, enfin c'est lui, c'est l'assassin des dames Brown, en un mot c'est Donald Lington.

—N'es-tu pas victime d'une ressemblance, tous les jours on rencontre des gens qui ressemblent à d'autres, même à s'y tromper.

—Je ne dis pas non, mon colonel, mais là dans mon cœur je sais bien que je ne me trompe pas.

—J'ai ici le portrait que j'ai trouvé jadis dans la chambre de Nelly, nous allons les comparer et cela nous donnera une certitude de plus.

—Dick Brown tira de son secrétaire l'épreuve photographique que nous connaissons, mais à peine l'eut-il approché de celle qu'il avait déjà en main, qu'il poussa un cri.

—C'est étonnant ! !

—Je vous le disais bien colonel, dit Jimmy en regardant à son tour.

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 9 MARS, 1904

No. 37

M. LE DR. M. T. BRENNAN.

Nos lecteurs ont appris avec peine la grave maladie de notre distingué Rédacteur en-chef M. le Dr. Brennan souffre d'une affection pulmonaire grave, une pneumonie grip-pale.

M. le Dr. Brennan est sous les soins de M. le Dr. Wm. Jas. Derome et de MM. les Drs. J. P. Rottot et L. N. Delorme, comme médecins consultants.

Au moment d'aller sous presse, nous ap-prenons de source autorisée, qu'il y a lieu d'espérer le retour à la santé du distingué malade.

Notre confrère a reçu la visite de Sa Grandeur Mgr. Bruchési et du Rev. P. Doherty, S. J., qui lui a administré les derniers sacrements.

Des télégrammes de sympathies arrivent dz toutes les parties du Canada et de plusieurs villes des États-Unis.

LA REVUE MÉDICALE forme des vœux pour le prompt et le complet rétablissement du Dr. Brennan.

—:o:—

Travaux Originaux

UN CAS DE TUMEUR TUBERCULEUSE PRIMITIVE DES FOSSES NASALES. (1)

Par M. le Dr. J. N. Roy,

Membre de la Société Française d'Ophthalmo-logie, membre correspondant de la Société Française d'Oto-rhino-laryngologie.

Pendant mon séjour à Paris, lorsque j'appartenais au service d'Oto-rhino-laryngologie de l'hôpital St-Antoine, j'eus à donner mes soins à une malade qui m'était recommandée par un confrère, et qui souffrait d'une tumeur tuberculeuse primitive des fosses nasales. Vu la rareté du cas (puisqu'à la fin de l'année

1902, la littérature médicale n'en rapportait qu'une quarantaine) j'ai cru devoir publier cette observation.

Melle G., 20 ans, se plaint depuis un an, d'un enchiffrement de la fosse nasale droite; elle mouche beaucoup plus du côté droit, et a de temps en temps des épistaxis légères. L'obstruction nasale a progressivement augmenté, et c'est à cause de cette gêne de la respiration nasale, de la sécheresse de la gorge, et des épistaxis quand elle se mouche, que la malade vient à la consultation.

Voilà un an, elle constata à la partie antérieure et sur le bord de la cloison cartilagineuse du côté droit, une petite tuméfaction un peu rouge, qu'elle avait l'habitude de gratter. Cette surélévation à la suite des lésions de grattage, s'ulcérait et saignait légèrement. Une petite croûte se formait à sa partie supérieure, et, se reformait à mesure que la malade l'enlevait par le grattage.

Bientôt cette tumeur grossit sans donner lieu à des l'inflammation du voisinage, sans occasionner de souffrance, mais simplement en exagérant la sécrétion nasale de ce côté.

Après des périodes stationnaires, elle augmenta peu à peu, produisit de la gêne respiratoire et une obstruction nasale, au bout d'un an n'était pourtant pas complète.

L'état général de la malade avait toujours été excellent; elle n'avait pas maigri, elle ne toussait pas, et à part cette manifestation nasale, sa santé ne s'est pas ressentie du tout de la présence de cette tumeur nasale.

Comme antécédents personnels, la malade avoue la rougeole dans notre enfance; elle n'a jamais eu de bronchite, rien du côté des poumons, elle n'a jamais toussé.

(1.) Lu devant la Société Médicale de Montréal, le 23 février 1904.

Comme antécédent héréditaire: son père est atteint de bronchite chronique depuis très longtemps, s'enrhume tous les hivers et tousse pendant toute la période froide de l'année.

Son père est mort de tuberculose pulmonaire, sa mère et sa sœur sont bien portantes.

A l'examen rhinoscopique on constate, adhérente à la partie antérieure de la cloison cartilagineuse, une tumeur gris rougeâtre, grosse comme une demi-noisette, reposant par une large base sur la cloison.

Sa partie libre ne vient pas encore au contact de l'aile du nez correspondante, et laisse entre elle un espace d'environ un demi centimètre.

Le contact avec le stylet permet d'apprécier la consistance assez molle, friable de la tumeur: il provoque une légère hémorrhagie.

On contourne la convexité de la tumeur avec le stylet coudé à l'angle droit, ce qui permet de mesurer son épaisseur, environ deux centimètres.

Pas de rougeur du dos et de l'aile du nez, pas de douleur à la pression.

La fosse nasale gauche est normale: la muqueuse correspondante de la cloison est absolument saine, pas tuméfiée, il n'y a pas de trace de perforation. La pression n'est pas douloureuse.

Il n'y a aucune lésion cutanée de l'aile ou du dos du nez.

Pas d'écoulement purulent, pas de fétidité.

La rhinoscopie postérieure montre un pharynx un peu tapissé de muco-pus venant de la choane droite.

L'examen des poumons n'a fait décélérer aucune lésion tuberculeuse aux sommets.

Pharynx et larynx normaux.

Etat des autres organes absolument sain.

En présence de cet ensemble de symptômes, il s'agissait de faire un diagnostic avant d'en arriver au traitement, et par élimination nous fîmes celui de tumeur tuberculeuse primitive.

S'il y avait eu perforation de la cloison,

nous aurions pu penser à la syphilis. Mais la syphilis tertiaire du nez se manifeste par de vives douleurs, entretient un écoulement fétide, provoque une réaction vive, attaque enfin tout le squelette du nez.

Dans le papillome des fosses nasales l'examen au spéculum montre des masses grisâtres, mûrifformes ou en chou-fleur, et le lieu d'implantation de cette tumeur est en général sur le cornet inférieur.

Vu l'âge de notre malade, nous avons éliminé l'épithélioma; car il n'y avait pas d'histoire cancéreuse dans sa famille, et avec cette tumeur, il y aurait eu un écoulement fétide du côté de la narine affectée.

Il nous restait enfin le sarcome qui se présente sous forme d'une petite tumeur rouge sombre, peu pédiculée, et à sa surface lisse.

D'ailleurs, nous avons aussi le microscope pour nous aider à faire notre diagnostic.

Après avoir fait pendant quelques jours de la désinfection nasale à l'huile mentholée au 1/50, on fait l'ablation de la tumeur sous l'anesthésie locale.

Nous avons employé pour cela une solution de cocaïne au 1/20, qu'on a appliquée tout d'abord sur le champ opératoire, et cinq minutes après badigeonnage avec une solution d'adrénaline. au 1/1000.

Immédiatement après rétraction énorme du cornet inférieure et de toute la muqueuse saine de la cavité nasale.

Nous avons pu ainsi enlever la plus grande partie de la tumeur avec l'anse galvanocaustique.

Le curettage de tout le tissu tuberculeux a pu être fait immédiatement après, le champ opératoire étant absolument exsangue.

Le curettage a été aussi complet que possible, et n'a provoqué qu'un écoulement insignifiant de sang. Le tissu pathologique faisant saillie dans la cavité nasale retractée, l'on a pu tout enlever. Nous avons gratté jusque sur le cartilage quadrangulaire qui était sain.

Après le curettage, nouvelle application de cocaïne et cautérisation à l'acide lactique

pur, qui a provoqué une assez forte douleur,

Tamponnement assez serré avec une gaze antiseptique: l'hémorrhagie secondaire a du être insignifiante, car la malade ne s'en est pas aperçu.

Au bout de huit jours l'épidermisation a commencé, et quinze jours après la malade était guérie.

Elle est revenue six mois après; il n'y a pas de récurrence, et la muqueuse nasale est normale, il n'y a pas de perforation.

L'état général est toujours excellent.

L'examen histologique faite sur un fragment de la tumeur a montré la nature tuberculeuse de la lésion.

Nous avons fait en plus une inoculation dans le péritoine d'un cobaye. Au bout d'un mois l'animal a été sacrifié. Il présentait des lésions ganglionnaires de la région inguinale et crurale.

Le poumon, les ganglions bronchiques, le foie et la rate étaient farcis de tubercules.

On était donc bien en présence d'une tumeur tuberculeuse des fosses nasales.

— o o: —

Memoire

LE FLAMBAGE A L'ALCOOL ET L'ASEPTISIE CHIRURGICALE.

Depuis plusieurs années dans nos cours et à l'hôpital, nous avons énoncé notre croyance que le flambage des plats et des instruments à l'alcool ne donnait pas une stérilisation parfaite. Le fait que les essayeurs d'alcool trempent leur doigt dans le liquide puis mettent le feu à celui-ci, sans que leur peau en souffre, cela étant dû à une couche d'air, d'humidité, et d'alcool liquide, entre elle et l'alcool qui brûle, nous avait frappé et fait songer que ce phénomène pourrait bien se répéter pour l'instrument, le plat et surtout pour le germe organique.

Voici que de sérieuses études viennent confirmer péremptoirement ce que nous avions soupçonné depuis longtemps.

A la société de chirurgie de Lyon, le 7

janvier dernier M M. Claudot et Niclot ont présenté une communication fort importante sur ce sujet de flambage à l'alcool. Nous allons analyser ce travail succinctement; publié dans le Lyon-Médical: —

Déjà le médecin-major Godin avait fait quelques recherches incomplètes dans cette direction avec le bacille de charbon (caducée, 22 août 1903).

Claudot et Niclot ont repris cette étude avec le programme suivant:

Apprecier: —

- a) La température atteinte par le fond des cuvettes après le punch.
- b) L'action sur les microbes aérobies (staphylocoque doré, bactérie charbonneuse) ou anaérobies (tétanos).
- c) L'action sur les mêmes microbes protégés par un coagulum organique (sang, pus).
- d) Cette même action lorsqu'on procède à plusieurs flambages successifs (trois dans l'espèce).
- e) Cette même action lorsqu'on augmente la quantité d'alcool employée au chauffage.

Nous avons utilisé une cuvette émaillée de 0 m. 36 cent. de diamètre à l'ouverture, de 0 m. 10 de profondeur.

Sauf dans la dernière opération, nous avons ainsi procédé:

30 centimètres cubes d'alcool à 95 degrés (dans la pratique l'alcool n'atteint pas ce degré) sont versés et roulés puis reversés dans l'éprouvette: il en demeure 12 cent. que l'on roule en brûlant et en promenant la flamme sur les parois et même le fond jusqu'à extinction: c'est le procédé classique.

A ce moment les deux mains placées extérieurement ont peine à soutenir le contact qui doit être fort court; elles doivent déposer cette paroi brûlante ou lui imprimer de petites secousses qui suppriment l'appui continu.

Le dispositif adopté pour apprécier d'une part les températures, de l'autre l'action subie par les cultures des microbes sus-indiqués a été le suivant:

A) Nous avons constitué au fond de la cuvette dans trois des quadrants du fond circulaire, des logettes formées d'une très mince lamelle de verre couvre-objets, lutée avec du plâtre solidifié, recouvertes ensuite de silicate de potasse.

On plaça, dans l'une des logettes, quelques cristaux de naphthol, dans l'autre de l'acide benzoïque et de l'éosine, et dans la troisième de l'acide salicylique et du violet de méthyle. Ces corps ou mélanges chimiques représentaient des températures de fusion correspondant respectivement à 94 degrés 118 et 156 degrés (144-202-203 F.) Les cristaux de naphthol ont seuls subi une légère altération. D'autre part, un trou pratiqué artificiellement au fond, bouché à la paraffine à 54 degrés (129 F.), et recouvert d'un amas d'instruments métalliques, est redevenu perméable dans ces conditions. La plus haute température atteinte, et sans doute pendant un temps très court, "a donc été sur un point de 94

degré, (202 F.)" quelques fines aiguilles de naphthol ayant à peine fondu; bien plus, les fines rugosités d'une tige d'albage de Darcet, (1) trempée dans l'alcool et enflammée se conservent intactes.

Au point de vue de la vitalité des microbes pathogènes, voici les résultats obtenus:

B et C) Le dernier quadrant a servi à des expériences successives avec les différents microbes ci-dessus énumérés.

Les cultures étaient du staphylocoque doré, de la bactériidie charbonneuse et du tétanos, toutes en bouillon à virulence éprouvée.

Chacun de ces microbes a été déposé sur une surface d'environ un centimètre carré et desséché à l'air libre. Une tache comportait seulement le bouillon, une seconde le bouillon protégé par du sang desséché, une troisième du pus stérilisé mêlé à la culture. Ces trois expériences ont été faites pour les trois microbes. La surface traitée était reprise avec un écouvillon stérile sur tige métallique et après un court frottement, celui-ci servait à l'ensemencement en culture aérobie ou anaérobie, suivant le cas. Le sang dans tous les cas avait viré au brun et adhérait fortement à la cuvette.

"Les neuf ensemencements ont donné des résultats positifs: donc la stérilisation n'avait été obtenue pour aucune des surfaces en expérience."

D) Dans le but de prolonger l'action du flambage, nous avons procédé à trois opérations successives en laissant s'intercaler entre celles-ci une légère période de refroidissement. Le récipient trop chaud devait être déposé par instants. Pour le reste la technique est demeurée la même.

Les neuf résultats se sont encore montrés positifs, sauf un léger retard dans la culture du staphylocoque (48 heures).

E) Au lieu de multiplier les flambages, nous avons porté à 30 cc. la quantité du liquide combustible employé: il paraissait sans grand avantage d'en employer une plus grande quantité: l'action utile, en effet, ne s'exerce que pendant le laps de temps assez limité où la flamme touche la surface infectée, et non tant que celle-ci est recouverte d'alcool en couche profonde. En effet, la couche qui reste à l'état liquide, ne s'élève, comme le prouve l'état des mélanges fusibles, qu'à une température de 60 à 70 degrés, puisque l'alcool à 95 degrés bout à 79 degrés (140 à 158; 174 F.)

Ajoutons à ce titre purement documentaire, qu'avec la technique prévue en D., l'opération dure environ 20 secondes, et qu'avec la technique E, elle dure à peu près 1 minute et 10 secondes.

Dans ce dernier cas, la cuvette ne pouvant pas être tenue et roulée à la main, nous l'avons déposée sur une table de lave, et laissé flamber jusqu'à extinction.

Les mêmes résultats positifs avec un léger retard de toutes les cultures ont été obtenus.

Il y a là un faisceau de preuves convergentes qui sert à démontrer "l'insuffisance relative de ce mode de stérilisation. Ce procédé, si commode, est

infidèle". Il convient donc de ne l'employer qu'avec une certaine réserve et à la condition d'un nettoyage préalable très rigoureux, et de le compléter par le flambage direct, c'est-à-dire de bas en haut du fond de la cuvette (côté interne) sur une lampe à alcool.

Nous prions en effet de remarquer que nos cultures sont restées vivaces et rapidement cultivables (dans les délais habituels), même lorsqu'elles étaient placées sans aucune protection en couches très minces et préalablement desséchées, au contact direct de l'alcool. Il n'y a aucune différence à cet égard entre les taches nues et celles qui étaient protégées par un vernis de pus ou de sang. En outre, non seulement les microbes sporulés ont résisté, mais il en a été de même des staphylocoques, qui sont assurément doués d'une grande vigueur de végétation, mais qui passent avec raison pour l'un des microbes pathogènes les plus fragiles. Enfin, en ce qui concerne les microbes sporulés, sans doute le bacille de Nicolaïer humanisé et de virulence exaltée, est devenu tout à fait rare dans nos hôpitaux, tant civils que militaires: il peut toutefois y être introduit fréquemment à l'état saprophytique, soit avec les poussières, soit au voisinage même des plaies de beaucoup de blessés.

Pour bien assurer la netteté de nos conclusions et éviter toute méprise, nous avons strictement limité nos expériences non seulement au flambage, vraisemblablement le plus défectueux, mais aussi très généralement employé, c'est-à-dire au flambage que l'on désigne habituellement sous le nom de "punch". Il est probable, malgré notre expérience négative, avec l'alliage de Darcet, que le flambage direct est plus efficace, puisque la flamme lèche toutes les parties de l'objet; encore le terme même "lécher" fait-il pressentir que la stérilisation ne pénètre qu'à une bien faible profondeur. Aussi importerait-il, à notre sens, de bien préciser dans quelles conditions (durée exacte d'application, nettoyage préalable avec une solution alcaline chaude, etc.), le flambage direct peut donner une sécurité absolue. Là encore, il y aurait à instituer de multiples séries d'expériences, suivant que l'on flambe à la lampe à alcool, au bec Bunsen, etc.

Il serait utile d'examiner aussi les conditions spéciales que présente le matériel à injections hypodermiques: est-on bien sûr, par exemple, qu'il suffit de passer dans une flamme d'alcool une aiguille hypodermique qui, à moins d'une ébullition préalable dans le carbonate de soude, doit contenir bien souvent des concrétions salines ou organiques qui protègent les microbes et leurs germes contre l'action du calorique. Il est vrai que les aiguilles en platine iridié peuvent, sans grand inconvénient, être chauffées au rouge sombre avant chaque emploi; encore faut-il le savoir et le prescrire.

Nous croyons devoir ici donner l'intéressante discussion que cette communication a soulevée.

DISCUSSION.

M. Horand. Les conclusions du travail de MM. Claudot et Niclot sont d'un haut intérêt pratique. Depuis longtemps déjà nous ne nous servons plus,

(1) L'alliage fusible de Darcet est un composé de dix parties de bismuth, une partie de plomb et une partie d'étain, qui fond à 99° C. (200 F.)

pour les injections sous-cutanées, que d'aiguilles en platine iridié.

Pour les cuvettes, il est très important de savoir que le flambage ne les stérilise pas; ce moyen doit être d'autant plus insuffisant que les cuvettes de fonte émaillée se fissurent très vite à l'usage, et même que lorsque l'émail est intact, il est très difficile de les débarrasser par les moyens mécaniques de la couche des poussières qui y adhèrent. Je préfère les cuvettes de verres.

M. Durand. La communication de MM. Claudot et Niclot m'engage à mettre à exécution une petite transformation que j'ai conçue. A l'Hôtel-Dieu, la présence de l'étuve centrale dans les salles d'opérations fait que dans beaucoup de services on use du flambage pour stériliser les grandes cuvettes plates où l'on dépose les instruments après les avoir stérilisés dans s,huile de vaseline ou la paraffine liquide. Les liquides peuvent être portés à 130 degrés environ, stérilisant d'une façon parfaite les instruments et ne les altèrent absolument pas. C'est donc un moyen parfait. Or, les instruments ainsi stérilisés sont déposés dans la cuvette flambée. Là ils peuvent être souillés par la cuvette elle-même incomplètement stérilisée et par les contacts qui peuvent se produire pendant la séance d'opérations souvent multiples. J'ai l'intention de faire construire une série de petits plateaux renfermant l'un les instruments courants, l'autre les instruments pour les os, un autre pour la gynécologie, etc. Ces plateaux superposés seraient stérilisés en bloc. On prendrait chacun d'eux au fur et à mesure des besoins et on aurait ainsi pour chaque opération des instruments et une cuvette parfaitement stériles.

M. Bérard. Les desiderata de M. Durand se trouvent déjà réalisés depuis longtemps dans un certain nombre de services. Lorsque j'ai pris possession du mien, l'an dernier, j'ai immédiatement supprimé l'étuve à huile ou à pétrovaselins dont j'ai apprécié tous les inconvénients à l'Hôtel-Dieu, pour la remplacer par le bouilleur à carbonate de soude. Sans doute l'étuve à pétrovaseline porte les instruments à une température plus élevée; mais elle ne se prête pas à une stérilisation continuée pendant la séance opératoire; elle laisse les instruments plus ou moins gras (presque toujours j'ai vu l'infirmier les essuyer ensuite avec un tampon et des mains stérilisées??); elle est encombrante et surchauffe la salle où elle fonctionne.

La pratique d'une stérilisation unique de tous les instruments que l'on expose ensuite dans un plateau, couvert ou non, et que l'on remue plusieurs fois au cours de la matinée pour prendre à chaque opération ceux dont on a besoin, n'est pas défendable. Je fais faire cette stérilisation en masse, mais quand tout est fini et avant de remettre les instruments dans l'arsenal.

Avant d'opérer, je fais préparer à part, dans un plateau, les instruments dont j'ai besoin. Ces instruments ont été stérilisés; on les passe au bouilleur de suite avant chaque intervention; dès qu'ils ne servent plus, on les y plonge à nouveau. De cette façon, avec un arsenal même peu riche, et en sériant les opérations du moins au plus infecté, on est à peu près à l'abri des contaminations par les instruments.

La solution de carbonate de soude a en outre l'avantage de pouvoir être renouvelée chaque jour.

Pour les cuvettes et plateaux, j'avoue qu'à l'hôpital on se contente de les flamber, soit au punch, soit sur le bec Bunsen; à l'avenir, nous devons nous organiser pour les étuver. D'ailleurs, pour toute intervention au dehors déjà je fais stériliser les cuvettes, enveloppées dans les linges qui protègent le champ opératoire, par l'ébullition dans l'eau salée.

M. Vialle. A l'Hôpital militaire, tous nos instruments sont étuvés avec le matériel des pansement (gaze, coton), dans l'autoclave à 150 degrés, fermés dans des récipients en cuivre que l'on ouvre avec des tubes témoins. Les instruments sont renouvelés au moment de l'opération. Nos cuvettes sont en porcelaine; nous les faisons bouillir.

M. Horand. Le carbonate de soude n'altère-t-il pas les instruments?

M. Bérard. Quand on ne sait pas le manier, il expose en effet à de sérieux déboires, les deux premiers jours où j'en ai chargé l'infirmier, habitué jusque là à l'étuve à pétrovaseline, il a retiré les instruments rouillés, inutilisables. Depuis, nous n'avons plus eu de ces incidents. C'est une question de durée d'ébullition et de concentration de la solution.

M. Claudot. J'avais remarqué à la Charité, dans des services très bien tenus, que les instruments stérilisés d'une façon irréprochable, étaient toujours placés dans des plateaux simplement flambés au punch. L'ébullition des cuvettes dans l'eau salée est à généraliser; en cas d'urgence, on peut faire bouillir dans la cuvette elle-même la solution salée. Ces cuvettes autant que possible, seront en verre ou en porcelaine, car les inconvénients des cuvettes en émail (craquelage, incrustation) sont réels. J'ai demandé depuis longtemps que l'on supprimât les cuvettes en fonte émaillée du Service de santé; mais comme elles sont moins fragiles et plus facilement transportables que les cuvettes en verre ou en porcelaine, je n'ai pas obtenu satisfaction.

L'ébullition dans la solution de carbonate de soude, quand elle est bien maniée, n'altère pas les instruments; cette pratique constitue, au contraire un moyen de nettoyage parfait; elle enlève mieux que le brossage et le savonnage les taches fixées sur l'acier.

Ce travail, ces expériences, peuvent bien se passer de commentaires.

Le flambage est une méthode absolument défectueuse; défectueusement comme agent de stérilisation, défectueuse en ce que des instruments, pièces à pansements, etc., stérilisés à l'étuve ou autrement rendus aseptiques, doivent souvent être contaminés par ces vases non stériles; il en est de même de l'eau pure que l'on y met.

Ne sera-t-il pas facile aussi d'expliquer nombre de ces suppurations dont on ne pouvait jadis trouver les causes?

Depuis longtemps, dans notre service hospitalier, on les plats à instruments ainsi

flambés sont abandonnés, ou bien nous mettons les instruments sur des serviettes stériles et non en contact directe avec le plat.

Reste la sérieuse, peut-être la plus importante question: celle des cuvettes destinées aux solutions, à l'eau stérile, aux compresses, aux mains. Une fois ces cuvettes souillées comme elles doivent mettre du temps à devenir stériles par le lavage et le flambage! Et pendant tout ce temps, comme elles doivent contaminer tout ce qui vient en contact avec elles! Quant à être fréquemment septiques, le fait est certain chaque fois que l'on a affaire à une opération septique.

Le danger est, comme on le voit, des plus grands. A tous, chirurgiens et infirmiers à s'en préserver en faisant bouillir ou étuver ces cuvettes et en employant le moins grand nombre possible; aussi en faisant disparaître complètement les plats à instruments: ceux-ci peuvent être facilement et avec plus de sûreté déposé directement sur des serviettes stériles, comme nous le faisons et comme cela se fait dans beaucoup d'hôpitaux américains.

En terminant, nous ne pouvons que sourire en pensant que lorsque cette communication tombera entre les mains de notre collaborateur Mire, il lui échappera un long sifflet et l'exclamation typique "Encore un ballon crevé; ho, hé les ballons!"

BRENNAN.

— o o —

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE CANADIENNE-FRANÇAISE.

Jeudi soir, le 3 mars a eu lieu le dîner mensuel de cette société à l'Hotel Place Viger. Étaient présents: — Drs. Jos. Nolin, J. S. A. Gendreau, J. E. Mauffette, Eudore Dubeau, Georges Kent, Joseph Versailles, Hardoin Lionais, A. U. Gravelle, Arthur Beauchamp, L. N. Trudeau, C. C. Warren, etc. Après un délicieux repas auquel les convives surent faire honneur, le Dr. Jos. Versailles donna lecture d'un magnifique travail sur "Les anesthésiques." Ce travail sera publié dans cette Revue prochainement. A la séance du mois d'avril, le conférencier sera le Dr. Gendreau.

— o o —

Revue des journaux

MEDICINE

LA PERIGASTRITE DOULOUREUSE

Par M. le Professeur Hayem.

Je désire appeler aujourd'hui votre attention sur un malade reçu dans notre service, salle Béhier, le 5 octobre dernier. Avant de le présenter, toutefois, je vais vous donner quelques renseignements sur sa situation morbide antérieure. Ses antécédents personnels d'une grande banalité. Vers l'âge de 2 ans, il aurait eu une affection indéterminée à la suite de laquelle son organisme serait resté délicat. A 16 ans, il commença à travailler comme aide-cuisinier, profession qu'à cette époque déjà il supportait mal. Il prétend n'avoir pas fait d'excès alcooliques mais je n'ai qu'une demi-confiance dans ses dires. Les névroses et les troubles mentaux sont presque fatalement des buveurs. son témoignage car, vous le savez, tous les cuisiniers sont presque fatalement des buveurs.

Sa maladie actuelle débuta à 23 ans, alors qu'il était au régiment. Il se plaignit d'une sensation de pesanteur et de brûlure stomacales. Il n'avait pas de vomissements alimentaires, pas d'hématémèses, ni de méloena. Il éprouvait quelquefois, le matin, des pituites, des éructations et, d'autre part, dans la journée, il lui arrivait fréquemment de chercher à se faire vomir pour soulager ses douleurs épigastriques. Il employait également contre celles-ci un autre moyen qui lui réussissait un peu: la compression de la région stomacale. Ceci démontre tout au moins, que l'estomac n'était pas sensible au contact,

Placé dans les bureaux et dispensé des exercices, notre patient se soigne, à ce moment, avec du bicarbonate de soude, des eaux purgatives, un régime lacté mixte, puis, un mois avant sa libération, il entre à l'hôpital militaire de Lyon: un diagnostic d'un ulcus simplex et un traitement approprié, lait, lavements alimentaires, etc., est institué. Une amélioration, passagère il est vrai, se produit: les douleurs reviennent dès que l'alimentation est reprise et le sujet arrive, avec ces alternatives, au terme de ses 3 années de service sous les drapeaux.

Libéré, il va se soigner dans sa famille, à la campagne. Il boit du lait, se remet à manger, et une nouvelle amélioration s'ensuit, sans guérison complète, toutefois. Il continue encore, irrégulièrement, les soins médicaux. Il se sent assez bien et alors, deux à trois ans plus tard, il reprend ses occupations de cuisinier; ses douleurs cessent complètement pendant une année entière et il se considère, à tort, comme guéri définitivement.

Vers le milieu de novembre 1902, il a une rechute: des symptômes semblables, constipation,

douleurs, troubles digestifs réapparaissent, et il se voit contraint d'abandonner à nouveau son métier. Ainsi que la plupart des vieux dyspeptiques, ses idées en matière de thérapeutique sont arrêtées. Il se traite à sa façon, s'administre du bicarbonate de soude, de la magnésie, des eaux minérales purgatives. Le résultat presque nul de ces tentatives le décide à retourner à Lyon où il consulte un médecin des hôpitaux. Le confrère qui le voit, imbu comme le sont beaucoup de nos collègues des théories étrangères, des idées allemandes particulièrement, me soumet à la suralimentation. Elle ne lui réussit pas. Il recommence, pour la troisième fois, une cure alcaline et, n'obtenant aucun mieux, il vient finalement demander son admission dans notre service, à l'hôpital Saint-Antoine. Je vais vous le présenter: nous nous rendrons compte de son état actuel et nous discuterons le diagnostic de son cas qui offre de réelles difficultés. A cette occasion, nous passerons en revue certains côtés de la pathologie stomacale importants à connaître.

Cet homme est aujourd'hui âgé de 30 ans. Il est malade depuis 7 années et, malgré cela, remarquez-le, son état général demeure assez satisfaisant. Il n'a pas mauvaise mine, son teint est frais, coloré. Il se nourrit suffisamment pour pouvoir travailler. Ses masses musculaires sont molles, ses chairs flasques, sa conjonctive oculaire pâle: il est incapable de supporter la fatigue.

Il souffre continuellement et il éprouve constamment, dans la journée, une sensation de pesanteur intense sous les fausses côtes gauches. La nuit, son sommeil est conservé, mais il se plaint le matin, au lever, d'un sentiment de courbature, sans maux de tête. Il est nerveux et irritable comme la majorité des dyspeptiques.

La douleur dont il se plaint est sourde: c'est un poids, une vague pesanteur avec, de temps en temps, des exacerbations comparables à des brûlures. Ces souffrances, bien qu'obligeant parfois le patient à se coucher, ne sont cependant jamais extrêmement violentes. Elles sont calmées par le décubitus dorsal et la pression, par l'immobilisation plutôt.

Quels rapports affectent-elles avec l'alimentation? La prise d'aliments, loin de les aggraver, les diminue durant quelques instants. Elles reviennent presque immédiatement et s'accroissent d'une manière progressive une fois le repas terminé.

Il s'agit donc, en résumé, d'une affection dont le principal élément est la douleur. Celle-ci comprend deux variétés: une pesanteur continue siègeant au creux épigastrique, plus particulièrement à gauche au-dessous des fausses côtes; en second lieu, une sensation de brûlure gastrique, revenant par accès. Cette douleur n'irradie pas la pression la diminue et le décubitus la modifie légèrement. Elle est sans rapport bien net avec l'alimentation, soulagée au début du repas, elle est augmentée après.

L'examen chimique du liquide extrait de l'estomac dénote une hyperpepsie modérément accentuée avec hyperchlorhydrie. Il n'y a pas de liquide à jeun,

Quelles déductions allons-nous tirer maintenant de cet ensemble de signes: à quelle lésion avons-nous affaire? La symptomatologie n'étant pas classique, il est difficile de le dire d'emblée et nous devons nous livrer à une sorte de discussion des éléments morbides observés.

La douleur stomacale, nous le savons, reconnaît pour cause des états cliniques extrêmement variés. Le mieux connu est la gastralgie: certainement, pour nombre de médecins, les souffrances du genre de celles dont se plaint notre malade rentreraient dans le cadre des troubles purement nerveux. Eh bien, ce serait une mauvaise interprétation. On ne trouve pas ici en effet le caractère véritablement distinctif de la gastralgie, l'intermittence. La gastralgie est essentiellement paroxystique, elle présente des crises plus ou moins violentes, plus ou moins espacées, mais dans leur intervalle le calme reste complet.

Sommes-nous en présence d'une hyperesthésie gastrique? Les auteurs entendent sous cette qualification tout estomac se faisant sentir douloureusement à l'occasion d'un contact avec un aliment, un corps étranger (hyperesthésie mécanique), ou avec une substance chimique quelconque (hyperesthésie chimique). Telle, par exemple, l'hyperesthésie pour les acides. Je ne crois pas qu'il s'agisse d'un cas de cette nature. Ici les sensations douloureuses sont nettement réveillées par l'ingestion de produits alimentaires liquides ou solides.

Un individu atteint d'hyperesthésie ne dirait pas comme notre malade, qu'il souffre continuellement, à jeun aussi bien qu'au moment des repas.

Voilà déjà le sujet éclairci par ces diverses éliminations. Dans quel cadre pathologique peut donc rentrer une douleur stomacale qui n'est ni gastralgique, ni hyperesthésique? On peut rencontrer un tel symptôme dans l'ulcère, dans le cancer et dans une affection à laquelle on ne songe pas suffisamment, la hernie de la ligne blanche. Nous avons à nous demander également si la douleur en question n'est pas péri-stomacale, ne relève pas d'une péri-gastrite. Examinons successivement ces différentes hypothèses.

De toutes les maladies douloureuses de l'estomac, l'ulcère vient en tête. Essentiellement protéiforme il engendre des douleurs à caractères variables. Chez notre patient, évidemment, il ne saurait s'agir que d'un ulcère chronique cicatrisé ou non, avec irritation persistante de la plaie gastrique ou avec péri-gastrite.

Je ne rencontre pas dans l'histoire clinique de cet homme de signe permettant de porter le diagnostic d'ulcère. Il n'a jamais eu d'hématémèse ou de mélœna. Notez en outre, l'absence de douleur à la pression et de douleurs irradiées, ce qui est rare, même dans les formes dyspeptiques de l'ulcus simple. Je ne rejette pas ce diagnostic, mais je dis que nous n'avons pas les éléments nécessaires pour l'admettre.

Du cancer, je ne parle pas. L'âge du sujet (30 ans), l'évolution du mal qui dure depuis 7 années, l'état général présent, suffisent à écarter cette supposition.

J'ai cherché avec un grand soin s'il existait une hernie de la ligne blanche: celle-ci se traduit, souvent, uniquement, par une petite nodosité et de la sensibilité localisée. Elle est parfois difficile à découvrir, même en faisant tousser le malade et en palpant minutieusement la ligne médiane, elle est nettement fixée à gauche; de plus, la pression au lieu de la réveiller, la soulage.

Nous sommes ainsi amenés, par voie d'élimination, au diagnostic de périgastrite douloureuse, diagnostic présentant cependant quelques points obscurs qui le contredisent. D'une part, en effet, la cause de cette gastrite reste obscure, et d'autre part nous ne voyons pas pourquoi le patient a bénéficié d'une accalmie complète, pendant un an: ce n'est pas la marche habituelle de la périgastrite.

Je suis néanmoins en mesure d'affirmer ce diagnostic, grâce à certains moyens précis d'exploration de l'estomac dont j'ai réservé l'exposé pour la fin. L'analyse du suc gastrique permet de ranger ce cas dans le groupe des gastrites parenchymateuses avec prolongation de la digestion. De plus, l'estomac n'a pas sa mobilité normale et c'est là le signe essentiel, qui ne trompe pas, de la périgastrite. Pratiquons l'insufflation de cet organe: il suffit, pour cela, de faire avaler au patient le tube de caoutchouc (de la grosseur d'un porte-plume) d'une soufflerie et, une fois le tube arrivé dans l'estomac, de presser sur la boule de la soufflerie. La poche stomacale se distend: normalement, la grande courbure descend au-dessous de l'ombilic et la petite courbure devient perceptible. Ici, au contraire, la grande courbure s'abaisse à peine elle reste au-dessus de l'ombilic et la petite courbure s'insinue sous le foie qui est refoulé vers le haut, ainsi que la pointe du cœur. Un semblable résultat démontre l'immobilité de l'estomac et indique la présence d'une périgastrite, d'adhérence entre l'estomac et la face inférieure de la région sous-diaphragmatique gauche.

La périgastrite est donc complètement caractérisée. Reste à préciser son étiologie. Elle relève dans la majorité des circonstances, de l'ulcus simple stomacal, et quelquefois de la simple gastrite parenchymateuse. J'ai vu des adhérences périgastriques provoquées par cette dernière affection mais toujours elles étaient localisées au voisinage du pylore.

Ma conclusion, quelque peu forcée, est donc la suivante: ulcère stomacal fruste, rendu évident aujourd'hui par la périgastrite. Ulcère ayant présenté une première poussée légère, il y a 7 ans, et un retour l'année dernière. Je suis contraint d'admettre un ulcère quasi-latent, se révélant seulement par les symptômes d'une complication: la périgastrite. Celle-ci, par contre, est parfaitement caractérisée: les particularités de la douleur m'avaient déjà conduit à l'admettre; les signes physiques révélés par l'insufflation ne laissent aucun doute.

Le pronostic est d'une certaine gravité. Le malade est exposé à toutes les complications de l'ulcère, à la perforation, aux hématomésés, etc. C'est en un mot, le pronostic de l'ulcère lui-même, avec

toutes les réserves qu'il comporte. L'existence de la périgastrite ne l'aggrave pas mais ne l'améliore pas non plus.

Cet homme est incapable de se livrer à une occupation fatigante. De plus, n'oublions pas les suites éloignées des ulcères: les malades peuvent vivre de longues années; ils sont, néanmoins, du fait de la dénutrition qui les frappe, menacés par les infections et les maladies spéciales sujets aux débilités; la tuberculose les atteint fréquemment.

Quelle est la conduite à tenir en pareille circonstance? Le traitement médical ne donne aucun résultat. L'ulcère est sensible à certaines médications, la périgastrite ne peut être attaquée que par des moyens mécaniques agissant sur les parois adhérentes ou par des interventions opératoires. Beaucoup de chirurgiens sont partisans de l'opération et personnellement, j'y ai eu quelquefois recours. Elle est surtout indiquée lorsque la périgastrite siège au voisinage du pylore et gêne l'évacuation stomacale: les bons effets sont plus aléatoires s'il n'y a pas stase et si on intervient uniquement pour détruire les adhérences. Le patient est soulagé durant un certain temps puis les adhérences se reforment et tout est à refaire. Il est difficile d'empêcher la néo-formation de tissu cicatriciel.

Je ne suis donc pas tenté de proposer, pour le moment, une opération à notre malade. Je lui ai cependant demandé s'il l'accepterait le cas échéant pour me rendre compte de son état mental. Il m'a répondu qu'il s'y soumettrait si cela devenait nécessaire: preuve que le moral est demeuré bon.

Les moyens mécaniques ont procuré à divers auteurs des succès. Roux, de Lausanne, a remarqué qu'à la suite de l'insufflation stomacale, les douleurs étaient diminuées. De là à recommander les insufflations répétées comme moyen thérapeutique il n'y a eu qu'un pas, facilement franchi. On tire ainsi sur les adhérences et on rend l'estomac plus mobile. Nous avons essayé ce procédé chez notre malade, et nous y avons joint une diète appropriée, quelques lavages de l'estomac, une cure au bismuth pensant que peut-être l'ulcère était encore en activité. Le patient a été amélioré: nous allons continuer les insufflations et tâcher de rendre l'estomac plus mobile sans y compter beaucoup cependant. Les adhérences paraissent ici très solides et très probablement le traitement mécanique donnera peu de chose. Aussi, plus tard, si la santé générale périclité, conviendra-t-il de s'adresser à la cure chirurgicale, au décollement des adhérences.

(Le Concours Médical.)

—:o:—

UNE EPIDEMIE DE FIEVRE PARATYPHOIDE.

De Feyfer et Kayseä (Minchener Medicinische Wochenschrift, 1902, vol. xiix, pp. 1692-1752) rapportent une étude très approfondie d'une épidémie de fièvre paratyphoïde qui éclata à Eiberg, en Hollande.

L'épidémie comprend douze cas, dont l'un était apparemment une fièvre infectieuse mélangée de

fièvre typhoïde. Les symptômes caractéristiques étaient des prodromes de un à quatre jours, avec élévations irrégulières de la température, perte d'appétit, douleurs dans la tête, le dos et les jambes. Le cours de la maladie fut bénin dans tous les cas et elle n'eut pas de suites bien sérieuses. La nature infectieuse aiguë de la maladie était évidente. La marche de la température était typique, aussi bien dans les cas légers que dans les cas graves. Il y eut une période rémittente et intermittente. Dans la forme rémittente il y eut parfois, matin et soir, des exacerbations. Quelquefois la fièvre tombait par crise.

Le cas d'infection mélangé à la typhoïde suivait son cours sans fièvre. Le pouls, en général, battait en relation directe de la hauteur de la température. En rapport avec l'état intestinal, il y eut au commencement de quelques cas des vomissements et des horborygmes, la langue était presque toujours plus ou moins chargée, il y avait des douleurs abdominales, bien qu'il n'y eut pas de sensibilité au toucher. On rencontre toujours un bruit ileocecal. La rate était en règle générale non palpable, mais le gonflement se traduisait par la percussion. Il y avait presque toujours de la diarrhée, suivie parfois de constipation. Les selles étaient claires, jaunâtres et d'une odeur infecte. L'urine était, en grande partie, sans albumine. Dans tous les cas examinés dans ce but il y avait la réaction diazoïque et une augmentation de l'indican. L'esprit était resté généralement lucide, bien que les patients étaient quelquefois somnolents et apathiques. Une roséole se montrait dans la moitié des cas. Dans tous les cas, le sérum du sang du patient contenait des bacilles paratyphoïdiques aglutés. La bronchite était une complication habituelle. L'angine se déclarait souvent au commencement de la maladie. Dans quelques cas, il y eut une faible hémorrhagie intestinale. Les auteurs concluent qu'il y a évidemment dans la fièvre paratyphoïde une maladie infectieuse à symptômes typhoïques aigus qui peuvent déterminer une épidémie.

Les cas observés jusqu'à présent ont eu une issue favorable.

Suivant notre opinion, la paratyphoïde doit être traitée au point de vue des mesures sanitaires-hygiéniques, de la même manière que la fièvre typhoïde.

Et il est de l'intérêt de la santé publique d'insister pour que les cas soient rapportés et soumis aux mêmes règles de désinfection que la fièvre typhoïde.

Le diagnostic sera établi au moyen de l'analyse du sérum au point de vue agglutinatif, ou par la culture des bactéries.

LEUCOCYTOSE DANS L'APPENDICITE ET DANS LA PERITYPHLITE.

M. le Dr E. Ricklin publie dans la Clinique thérapeutique les résultats pratiques que peut fournir l'examen de la leucocytose pour le diagnostic de l'appendicite et de la pérityphlite.

1. Une augmentation modérée (moins de 18.000 par millimètre cube) et transitoire des leucocytes du sang, constatée au début d'une appendicite aiguë n'a pas grande signification.

2. Au contraire, si l'augmentation progresse les jours suivants, jusqu'à dépasser le chiffre de 22. à 25.000, ou si, ayant atteint d'emblée cette valeur, elle s'y maintient, c'est la preuve de la présence du pus dans la fosse iliaque droite—toutes réserves faites relativement à l'existence éventuelle de quelque complication pneumonie (etc), susceptible de rendre compte de la leucocytose.

3. L'hyperleucocytose qui revêt les caractères susdits peut être le seul signe révélateur d'une suppuration profonde; à juste titre on l'a dénommée la réaction la plus fine des suppurations appendiculaires.

4. Toutefois une appendicite peut revêtir un caractère de haute gravité et l'hyperleucocytose faire défaut. En ce cas, l'absence de l'hyperleucocytose est d'un fâcheux augure; elle trahit soit une péritonite généralisée, ou l'imminence d'une septicémie foudroyante, ou un état épuisé de l'organisme devenu incapable de réagir aux infections microbiennes.

Inversement, la constatation d'une hyperleucocytose, dans ces cas d'appendicite grave, autorise à écarter l'hypothèse d'une péritonite généralisée.

5. Dans les cas d'appendicite chronique suppurée, la leucocytose peut faire défaut, en raison de l'enkystement du pus.

6. Quand, après incision d'un abcès appendiculaire, la leucocytose tarde à se dissiper, il y a lieu de soupçonner l'évacuation incomplète du foyer incisé ou la persistance d'un autre foyer.

(Concours Médical.)

Thérapeutique et Mat. Médicale

A PROPOS DE QUELQUES NOUVELLES APPLICATIONS DE L'ADRENALINE.

Par M. le Dr. J. Péry.

Depuis l'époque où Takamine fit connaître au monde médical les merveilleuses propriétés de l'adrénaline, il semblait que les nombreuses publications et les recherches exécutées à ce sujet eussent dû faire connaître toutes les vertus de ce médicament. Il n'en est rien cependant et chaque jour nous apporte de nouvelles applications pratiquées, basées sur le pouvoir vaso-constricteur de l'adrénaline.

Employée, tout d'abord, uniquement en applications locales dans le but de produire l'ischémie des muqueuses pituitaire ou conjonctivale, l'adrénaline est actuellement employée aussi par la voie digestive et par la voie sous-cutanée, voire même intraveineuse, comme nous le verrons plus loin.

MM. Loeper et Crouzon ont eu recours à son emploi dans un cas de purpura des plus graves, caractérisé par des hémorrhagies cutanées, des métorrhagies et des hémorrhagies gingivales en nappe,

Après avoir essayé vainement l'ergotine, le sérum, le chlorure de calcium eù même l'adrénaline en gargarisme, les auteurs eurent recours à l'ingestion de quatre milligrammes d'adrénaline qui amenèrent en cinq jours la disparition des phénomènes morbides. La dose fut répartie en quatre jours et on donna de plus, deux jours après, un demi-milligramme du médicament. La guérison fut rapide et définitive.

Dans un autre ordre d'idée, l'adrénaline a été appliquée avec succès par deux médecins américains, Mme Bullova et M. Kaplan, au traitement de l'asthme. Les auteurs se sont basés sur une théorie un peu spéciale de l'affection, admettant que le spasme des petites bronches est en relation étiologique avec une tuméfaction concomitante de la muqueuse par hypotonie vasculaire.

Ils espéraient en obtenant la contraction des vaisseaux faire disparaître la tuméfaction de la muqueuse et secondairement le spasme des muscles de Reissessen. Il était permis, a priori, de se demander si, au contraire, l'adrénaline n'aurait pas pour action de contracturer davantage les fibres lisses des petites bronches; quoi qu'il en soit, le résultat a été favorable. Les auteurs ont eu recours à l'injection hypodermique de cinq à six gouttes de solution de chlorhydrate d'adrénaline au millième. Chez les malades, qui n'avaient nullement bénéficié des antispasmodiques habituels, les crises ont été rapidement calmées par les injections sous-cutanées d'adrénaline: chose remarquable, les pulvérisations de cette substance dans la bouche, de même que son ingestion, n'avaient produit aucun effet.

Enfin une autre application pratique de l'adrénaline vient d'être préconisée par MM. Edward Martin et Pennington, deux américains, encore dans le traitement du shock post opératoire. Se basant sur les expériences de laboratoire, qui ont prouvé que l'adrénaline en injections intra-veineuses est un stimulant cardiaque énergique en même temps qu'un vaso-moteur puissant, ces praticiens se sont servis dans six cas de shock post-opératoire. Se basant sur les expériences de laboratoire avec symptômes graves faisant craindre une mort rapide. L'effet a été, dans deux cas surtout, immédiat et indéniable et la disparition du shock opératoire a suivi de près l'injection. Toutefois, celle-ci ne paraît pas être sans danger en raison de l'ischémie extrême que provoque l'adrénaline, surtout si on emploie la solution à 1 p. 1,000, et l'on risque en faisant une injection hypodermique, de voir se produire des abcès. D'autre part, on ignore encore quelle est la dose toxique pour l'homme, et chez un sujet shocké et par conséquent en état de procéder avec la plus grande prudence. Les auteurs conseillent de se servir de la solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1 p. 10,000, et de l'injecter en même temps qu'une certaine quantité de solution salée physiologique, soit 100 centicubes de sérum pour 2 centigrammes d'adrénaline. Avec ces précautions, ils estiment que l'adrénaline pourra rendre des services et compléter l'action du sérum et de la caféine.

Mais il est rare qu'un médicament, à côté d'avantages plus ou moins marqués, ne présente pas quelques inconvénients. L'adrénaline n'échappe pas

à cette loi générale si nous en croyons les expériences de Josué (Presse médicale, 18 novembre 1903). Cet auteur a injecté à des lapins, à plusieurs reprises, quelques gouttes d'adrénaline au millième, et il a vu se produire sous l'influence de ces injections intra-veineuses des lésions typiques d'athérome: dans deux cas même, il a constaté l'existence d'anévrismes parfaitement constitués. La chose est d'autant plus remarquable que les injections sous-cutanées ont toujours été impuissantes à produire ces lésions athéromateuses. Josué en conclut que l'adrénaline doit avoir une action propre sur les tuniques vasculaires. Il pense aussi que l'artério-sclérose et l'athérome sont peut-être liés dans certains cas chez l'homme à un fonctionnement défectueux des capsules surrénales. C'est là encore une simple hypothèse que des recherches ultérieures vérifieront peut-être.

(Jour. de Med. de Bordeaux.)

— : o : —

EFFETS THERAPEUTIQUES DU BISMUTH ET DE SES COMPOSES, (BISMUTHOSE)

Dans un article récent des "Archives de médecine des enfants, (1903, No. 6,)" M. le docteur Laquer rappelle la place que tiennent en médecine, infantile, les composés à base de bismuthose. Trousseau insistait déjà sur les excellents résultats que donne la cure de bismuth dans le traitement du choléra infantile; Monneret prescrivait le bismuth, dans la dysenterie, Desplats, dans la fièvre typhoïde.

On pensait jusqu'ici que l'action curative de ce médicament était due à son poids spécifique et à son insolubilité dans l'eau, on admettait que, en suspension dans l'eau, le sous-nitrate de bismuth se précipite sur les parois de l'estomac pour y former une couche protectrice contre les irritations mécaniques et chimiques de toute nature. Les expériences dues à M. Fuchs ont modifié cette conception et prouvé que l'action des différents sels de bismuth dans l'ulcère de l'estomac n'est pas purement une action mécanique, mais consiste plutôt dans un échange chimique: l'acide chlorhydrique et le chlorure de sodium se combinent avec le sous-nitrate de bismuth pour former du nitrate de soude, et un chlorure double de bismuth et de sodium, sel soluble qui, grâce aux mouvements péristaltiques, viendra toucher à toutes les parties de la paroi gastrique.

La bismuthose, substance albuminoïde qui contient à peu près 20 p. 100 de bismuth, se comporte d'une façon semblable, mais sa répartition à la surface de la muqueuse gastrique s'exerce plus uniforme que celle des autres sels de bismuth. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas par simple action physique, mais bien par action chimique que le bismuth exerce une influence favorable sur les ulcérations gastriques.

Les mêmes phénomènes se passent au niveau de la muqueuse de l'intestin, mais il faut noter qu'ici les choses sont plus complexes et qu'aux actions

chimiques pures vont se superposer : 10. une action antiseptique, qui entrave la putréfaction des matières albuminoïdes (Quinke), 20. une action, catalytique : le protoxyde de bismuth est capable, d'absorber l'oxygène, de le condenser et de le transmettre à d'autres substances, (Fuchs).

Voici le résumé des conclusions auxquelles M. Fuchs arrive dans ses recherches sur l'action des composés à base de bismuth :

I. L'augmentation du mucus, que l'on observe régulièrement après l'ingestion du sous nitrate, de bismuth, n'est point due à une irritation mécanique de la part des cristaux de protoxyde de bismuth, mais bien à une influence spécifique des diverses préparations de bismuth. Bientôt après l'ingestion de celles-ci, nous retrouverons le bismuth, à l'état soluble, dans une couche de mucus, qui s'étale, d'une façon uniforme, sur toute l'étendue de la paroi gastrique.

II. L'effet thérapeutique du sous-nitrate de bismuth n'est point un phénomène d'ordre physique ou purement mécanique, mais bien un phénomène chimique dû à son pouvoir de se réduire en protoxyde de bismuth qui, en pénétrant dans le tissu granuleux, agit sur la néoformation de l'épithélium, d'une manière toute spécifique, et ce n'est qu'à l'intestin seulement qu'il s'en développe une action désinfectante et catalytique.

III. La bismuthose, au point de vue de l'application pratique en médecine, paraît préférable aux autres composés à base de bismuth, parce que ce corps réagit plus énergiquement et se répartit plus lentement et plus régulièrement.

Les recherches pratiques de M. Laquer confirment les résultats expérimentaux de M. Fuchs. Après Elsner, Starck, M. Lequer montre que la bismuthose est avant tout, indiquée dans le choléra, nostras, puis, dans tous les vcas de catarrhe gastrique, enfin dans les cas de catarrhe gastro-intestinaux, aigus ou chroniques des petits enfants ; qu'elle est préférable à toutes les autres préparations de bismuth et parfaitement inoffensive, la meilleure manière de l'employer serait la potion (Starck) :

Bismuthose ââ 30 grammes.

Mucilage de gomme arabique " "

Eau stérilisée. Q. s. pour ... 200 —

F. s. a. Une à deux cuillérées à café par heure.

Lorsque la potion n'est pas acceptée, on peut administrer le médicament par la voie rectale, en employant comme excipient une décoction d'amidon contenant de 10 à 20, p. 100 de cette substance (Gaz. des Hôpitaux.)

—:o:—

EFFETS FACHEUX DE L'ARSENIC DANS LA CHOREE RHUMATISMALE.

Par M. le Dr. Roeder.

L'arsenic n'est indiqué que contre la chorée purement nerveuse; il est contre-indiqué contre la

chorée infectieuse, rhumatismale. Dans celle-ci, il peut produire de l'hyperthermie, un pouls très accéléré, l'arythmie, renforcer les souffles endocardiques, augmenter la dilatation du ventricule droit, la récurrence des arthropathies provoquer l'intolérance gastro-intestinale, un état typhique qui, même, a été mortel.

A remarquer que pareil arsénisme n'a été observé qu'après des doses considérables, 30 à 36 gouttes de liqueur de Fowler, prises 12 à 14 jours consécutifs.

(Bull. méd.)

—:o:—

BIBLIOGRAPHIE

L'ENTERO - COLITE MUCO - MEMBRANEUSE.

Par M. le Dr. Froussard.

Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin-consultant à Plombières - les - Bains

Un Volume in-8 2 fr.

Ce petit volume n'est nullement une nouvelle édition de la thèse de doctorat de l'auteur, intitulée "Contribution à l'étude de l'entéro-côlite muco-membraneuse." Dans la présente monographie, les différentes discussions théoriques sont reléguées en seconde ligne; on y trouvera, par contre, une définition nette de l'entéro-côlite muco-membraneuse qui permet de différencier cette affection des différents états pathologiques avec lesquels elle peut être confondue grâce à la similitude de certains symptômes. La constipation entrecoupée ou non de débâcles diarrhéiques, le rejet par l'anus de galires ou de fausses membranes, les douleurs, enfin, ne peuvent suffire à individualiser une affection. Ces symptômes, en effet, n'ont rien de caractéristique; ils sont sous la dépendance de l'excitation morbide de l'intestin, quelle qu'en soit la cause immédiate; aussi les retrouve-t-on plus ou moins accusés, plus ou moins au complet dans les différentes affections aiguës, subaiguës, chroniques, infectieuses ou organiques du tractus intestinal.

Une définition nette s'imposait surtout aujourd'hui où l'étude clinique de l'appendicite larvée peut produire une confusion regrettable entre l'infection primitive et chronique de l'appendicite et l'entéro-côlite muco-membraneuse.

L'auteur s'est appliqué à décrire en détail les symptômes capitaux de l'affection, à préciser les modifications de l'état dynamique de l'intestin qui la caractérisent, et, à en montrer les aspects cliniques protéiformes. Il formule, d'autre part, nettement les indications thérapeutiques.

Ce petit ouvrage, éminemment pratique, permettra donc au praticien de trouver facilement, sans se noyer dans des détails inutiles, tous les renseignements nécessaires pour assurer son diagnostic dans les cas difficiles et pour instituer une thérapeutique, reposant sur les données pathogéniques, judicieuse, par conséquent, et véritablement efficace.

—:o:—

FORMULAIRE DES MÉDICAMENTS NOUVEAUX POUR 1904,

Par M. H. Bocquillon-Limousin,

Docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le Dr. Huchard, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 322 pages, cartonné: 3 fr, (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

L'année 1903 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux: le Formulaire de Bocquillon-Limousin enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent, L'édition de 1904 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

Citons en particulier: Acétyl-salicylate de méthyle, Atoxyl, Bismutose, Bromipine, Bromoquinol, Cacodylate de magnésic, Citarine, Collargol, Epithol, Ether amido-benzoïque, Eugénol iodé, Gaïsañol, Gelée antidiarrhéique, Glycogène, Glycolate de menthyle, Helmitol, Huile de cèdre de l'Atlas, Ioaipine, Iodocacodylate de mercure, Iodoline, Iodothyridine, Iodure de codéine, Iodure de méthyle, Iodyforme, Lacto-sérum, Mercure colloïdal, Mésotane, Phospho-mannitate de fer, Purgène, Pyranum, Quinaphénine, Septoforme, Stypticine, Tannate de pyridine, Théocine, Thériaque minérale, Trichloracétate de thymyle, Véronal: et un grand nombre de plantes coloniales et exotiques, récemment introduites en thérapeutique.

Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur les médicaments importants de ces dernières années, tels que Aïrol, Benzacétine, Cacodylate de soude, Caféine, Chloralose, Cocaïne, Eucaïne, Ferripyridine, Formol, Glycérphosphate, Ichyol, Iodol, Kola, Levure de bière, Menthol, Pipérazine, Résorcine, Salophène, Salipyrine, Somatose, Strophantus, Trional, Urotropine, Vanadate de soude, Xéroforme, etc.

Le Formulaire de Bocquillon-Limousin est ordonné avec une méthode rigoureuse. Chaque article est divisé en alinéas distincts intitulés: synonymie, description, composition, propriétés thérapeutiques, modes d'emploi et doses. Le praticien est assuré de trouver rapidement le renseignement dont il a besoin.

La nouvelle école aura son siège à Montréal et s'appellera "l'École de Chirurgie Dentaire de l'Université Laval."

Le bureau des administrateurs et gouverneurs de l'Université Laval de Montréal a mis à la disposition de l'école l'espace nécessaire pour y installer les salles de cours, salles de professeurs, et laboratoires.

La durée des cours sera de quatre années et les élèves qui passeront avec succès l'examen final, recevront le degré de docteur "en Chirurgie Dentaire".

L'association des dentistes de cette province occupera vis-à-vis de l'école la même position qu'occupe actuellement le Collège des Médecins vis-à-vis de l'École de Médecine, c'est-à-dire qu'elle enverra des assesseurs aux examens des élèves sous brevet, et sur rapport favorable, elle accordera une licence pour pratiquer dans la Province de Québec, sans autre examen.

L'Université McGill, ayant de son côté, décidé de donner l'éducation dentaire aux élèves de langue anglaise, l'Association des Dentistes agira de même vis-à-vis d'elle.

Les professeurs titulaires de la nouvelle école sont, le docteur Eudore Dubeau, président et directeur de l'école; le docteur Joseph Nolin, vice-président et régistrateur; le docteur J. G. A. Gendreau, secrétaire-trésorier. — Les professeurs agrégés seront nommés d'ici à quelque temps.

Les nouveaux professeurs se sont mis immédiatement à l'œuvre, et se basant sur le programme d'études de l'École Dentaire de Paris, ainsi que des principales écoles dentaires américaines, ils ont l'intention d'en faire une institution digne de l'Université Laval et en position dans un avenir prochain de rivaliser avec n'importe quelle autre école.

La création de l'École de chirurgie Dentaire de l'Université Laval est due en grande partie au travail de M. le docteur Dubeau, qui depuis plusieurs années s'est dévoué au perfectionnement de l'éducation dentaire en sa qualité de secrétaire de l'Association des Dentistes de cette Province.

M. Dubeau fait aussi du journalisme dentaire durant ses loisirs; il est directeur associé du "Dominion Dental Journal" de Toronto; rédacteur du département dentaire de la "Revue Médicale du Canada" et collaborateur de "l'Odontologie" organe officiel de l'École Dentaire de Paris.

NOUVELLES

Nécrologie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de Marie, Corinne, enfant de notre distingué collaborateur, M. le Dr. C. N. De Blois, des Trois-Rivières. Cette gentille fillecette est décédée le 2 mars à l'âge de 4 ans.

Nos sincères sympathies à notre confrère et à saq famille.

INTERETS PROFESSIONNELS

LA CHIRURGIE DENTAIRE A L'UNIVERSITE LAVAL. CREATION D'UNE NOUVELLE CHAIRE.

Le conseil de l'Université Laval à Québec a définitivement décidé de faire droit à la demande qui lui a été faite de donner l'enseignement dentaire aux étudiants de langue française, et Mgr. Archambault, le Vice-Recteur à Montréal, vient d'être informé officiellement à cet effet.

SUPPLEMENT

QUELQUES NOTES SUR LE DOCTEUR
BEAUMONT ET SUR ALEXIS SAINT-
MARTIN.

(Suite et fin.)

Au commencement de 1834 il reçut l'ordre de se rendre à "Jefferson Barracks," près de St-Louis. Il venait d'être désigné pour ce nouveau poste lorsque le secrétaire de la guerre, Lewis Cass, reçut d'Edouard Everett, la pétition suivante, signée par plus de deux cents membres du Congrès : "Ayant été informés que le docteur Charles E. Jackson, un chimiste éminent de Boston, poursuit avec succès une analyse sur le "fluide gastrique" d'Alexis Saint-Martin, le Canadien, sujet du docteur Beaumont, et que cette analyse ne peut être faite d'une façon satisfaisante sans la présence du docteur Beaumont et de Saint-Martin, et, considérant ce cas comme fournissant une heureuse et rare occasion de démontrer d'importants principes physiologiques, qui apporteront un grand éclat à la science médicale de ce pays et une augmentation importante de bienfaits pour l'humanité; en outre sachant que plusieurs savants de nationalité étrangère désirent fortement faire conduire Saint-Martin hors de ce pays, dans l'intention de poursuivre des études, faites maintenant par un de nos compatriotes, qui est en tous points compétent dans ce travail, et, persuadés que l'occasion maintenant offerte, si on la néglige, sera perdue à tout jamais pour notre pays; nous présentons cette requête à l'effet que l'honorable secrétaire de la guerre, place le docteur Beaumont à Boston, ou dans les environs, pour un terme de quatre mois, ou plus, si cela est nécessaire, pour les expériences."

Le secrétaire répondit ainsi à cette pétition :

"Je considérerais comme un devoir envers les respectables signataires de la requête d'y donner mon acquiescement si je n'étais pas informé qu'un autre engagement a été fait par le chirurgien-général, avec le consentement du docteur Beaumont, plus avantageux pour ce dernier que la mesure proposée: de l'envoyer à Boston. Avant la réception de votre lettre, le docteur était en route pour Saint-Louis, sa nouvelle résidence. Dans ces circonstances j'espère que vous conviendrez avec moi qu'un nouveau changement est impossible pour le moment." Le docteur Lowell, le chirurgien-général, écrivit, au verso de cette réponse : "Le docteur Beaumont ayant déjà compris qu'il ne serait pas convenable qu'il soit placé à Boston, a déclaré que cette demande avait été faite hors de sa connaissance et de son désir. Il est parti pour son poste et ne désire pas le quitter à présent."

Le docteur Beaumont avait souvent exprimé le désir de conduire Saint-Martin en Europe, où les meilleurs chimistes et physiologistes utiliseraient puissamment cette occasion pour étudier la digestion gastrique avec les plus grands développements, et M. Everett proposa un amendement au bill des subsides de 1834, demandant dix mille dollars pour

l'aider dans ses expériences, mais l'amendement n'aboutit pas.

En 1846, Beaumont envoya son fils Israël pour rechercher Alexis et, dans une lettre datée de Troy, Israël avertit son père : "qu'il arrive de Montréal sans Alexis et qu'il a appris que ce dernier était fermier à environ quinze milles de Berthier."

En 1856 nous trouvons Saint-Martin en observation chez le docteur F. G. Smith, de Philadelphie, qui rapporte toute une série d'expériences.

Saint-Martin voyagea quelque temps exhibant sa blessure aux médecins, aux étudiants en médecine et aux sociétés médicales. Dans un exemplaire de l'ouvrage du docteur Beaumont, autrefois appartenant à Austen Flint, junior, et actuellement en la possession d'un jeune médecin de Saint-Louis, se trouve une photographie d'Alexis.

Il y a des on-dit tendant à prouver un voyage de Saint-Martin en Europe, mais je n'ai pas pu en trouver de traces.

Dans l'été de 1880, habitant encore Montréal, je vis dans les journaux l'avis du décès de Saint-Martin, à Saint-Thomas.

J'écrivis immédiatement au docteur et au curé, les priant fortement de me procurer l'avantage de faire l'autopsie et offrant de payer une forte somme pour l'estomac, que j'aurais voulu placer dans le musée médical de l'armée, à Washington, mais ma demande ne réussit pas. Plus tard, par la générosité de l'honorable juge Baby, j'obtins les détails suivants sur la fin de la vie de Saint-Martin et son portrait. Ce portrait fut pris un an avant la mort et montre la blessure.

Le juge Baby envoie à son ami, le professeur MacCallum, de Montréal, les détails suivants : "Je suis heureux de vous adresser aujourd'hui quelques informations relatives à Saint-Martin, détails que le révérend M. Chicoine, curé de Saint-Thomas, vient de me communiquer. Alexis Bidigan, dit Saint-Martin, mourut à Saint-Thomas de Joliette, le 24 juin, 1880, et fut enterré dans le cimetière catholique, le 28 du même mois. Il fut administré par le révérend curé Chicoine. Le cadavre était dans un état de décomposition tel qu'on ne put le rentrer dans l'église et qu'on dut le laisser dehors pendant le service funèbre. La famille a résisté à toutes requêtes, les plus pressantes que l'on puisse faire, de la part des médecins aux fins d'autopsie. La famille a gardé le corps à la maison plus longtemps que d'usage durant les grandes chaleurs de l'été, dans le but, comme ils le pensaient, de jouer les docteurs du pays et autres, en laissant la décomposition s'effectuer complètement. On le plaça dans une fosse de huit pieds de profondeur, pour prévenir toute violation de sépulture. Lorsque Saint-Martin mourut il était âgé de 83 ans, il laissait une veuve qui s'appela de son nom de fille Marie Jolly.

Le docteur William Beaumont, qui fut en Amérique un des pionniers de la physiologie de la digestion, mourut le 25 avril, 1853.

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Cependant fit Dick Brown, ceci n'est toujours qu'une ressemblance.

—C'est vrai, répondit Jimmy, mais vous pouvez changer l'incertitude en certitude en poussant Lord Dallshire à se trahir lui-même.

—Je vais aujourd'hui même me mettre en campagne, toi Jimmy, retourne chez Dallshire et fais en sorte que rien ne t'échappe.

—Lorsque Jimmy fut parti, Sir Georges Brown écrivit ces quelques lignes à Lady Clardy.

Milady,

«La providence vient de nous éclairer, priez que cette fois nous soyons dans le bon chemin.»

Georges Brown.

XV

Aussi sceptique qu'il eut voulu le paraître "Dick" avait été violemment bouleversé par les révélations de Jimmy, la preuve en fut la lettre qu'il s'était empressé d'envoyer à Lady Clardy. En effet il existait dans l'étrange vie de Dallshire un mystère impénétrable jusqu'alors, mais un coin du voile semblait vouloir se lever et la réalité toute entière apparaître dans tout son éclat.

Pour un homme qui, comme Dick avait étudié le cœur humain dans les moindres de ses recoins, il était fort possible qu'il y eut des relations entre le héros du drame de Carry Fen et le Lord, mais d'un autre côté pouvait-il croire que Dallshire en supposant qu'il fut Lington eut poussé la sensibilité jusqu'à empoisonner son existence toute entière par l'existence d'un remords.

Il savait Dallshire égoïste, emporté, débauché, mais il ne pouvait se le représenter poétique romantique. Alors, cet homme est un déséquilibré, un névropathe à la responsabilité limitée.

Enfin, je saurai, mais il me faut une prudence excessive, car il ne faudrait qu'un instant pour perdre Florence et la vengeance de Nelly Brown.

A ce moment l'image des deux femmes se présenta à son esprit il vit la pauvre enfant

de Garry Fen et la sœur de son compagnon d'arme. Son âme en fut étrangement émue, puis il murmura d'une voix qui ne devait être entendue qu'au delà de la tombe.

—Nelly, et toi cher ami, pardonnez-moi tous deux, mais Florence, ... oui Florence je l'aime.

Alors Dick redevenu lui-même Sir Georges Brown, saute dans son coupé et se dirigea vers la résidence du Major Bymme.

Les deux hommes restèrent longtemps en conférence puis le Major vint reconduire Sir Georges jusqu'à la porte.

—Alors c'est entendu ?

—Oui colonel, à neuf heures je serai au Club, et je vous prie d'une chose c'est de me confier tout et de me laisser agir seul.

—Vous êtes le juge major, car dans de telles circonstances, un homme aussi calme qu'il puisse être ne peut toujours modérer ses impulsions.

A neuf heures le major arriva au Club et trouva Lord Dallshire qui causait dans un groupe de gentlemen dans lequel se trouvait Sir Georges Brown.

Le Major Bymme qui était très populaire fut chaleureusement reçu de tous, c'était à qui lui serrerait la main. Mais le major ne semblait pas de bonne humeur et répondait froidement aux compliments qu'on lui faisait.

—Eh bien Major? lui dit un des membres du Club en lui frappant familièrement sur l'épaule, vous ne me paraissez pas à votre aise ce soir, que vous arrive-t-il donc?

—Il y a, répondit Bymme, que je promène ce soir le spleen le plus ridicule qui soit jamais né sur les bords de la Tamise.

—Avez-vous perdu au jeu? demanda Lord Dallshire.

—Je ne perds que rarement au jeu, et ceci pour la raison que je joue presque jamais, tout le monde ne saurait en dire autant.

Lord Dallshire se mordit les lèvres et ne répondit pas.

—Votre maîtresse vous aurait-elle abandonné, dit un jeune baronnet irlandais qui se trouvait à côté de Sir Georges Brown.

—Non, Sir Patrick O'Brien, je crains les femmes comme l'onde et il y a longtemps que le beau sexe a cessé de me lancer ses pavelots.

—Voyons Major, insista O'Brien, il est si extraordinaire de vous voir morose, que vraiment vous devez excuser notre juste curiosité.

—Non seulement je l'excuse, mais je vais aussi y répondre. Mon spleen vient, non pas du jeu ni des femmes, de la politique ou des cours de la bourse, mais d'un roman que je viens de terminer et qui m'a horriblement fatigué. D'abord mes amis ce roman se passe en Amérique...

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 16 MARS, 1904.

No. 38

MICHEL THOMAS BRENNAN.

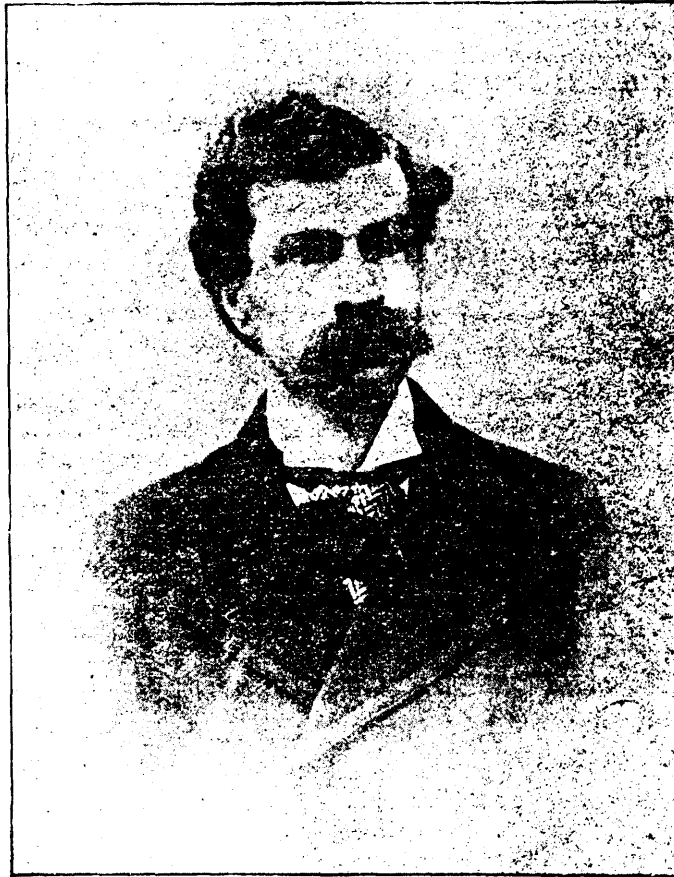
Ce fut, il y a quelques jours, un douloureux étonnement pour le public canadien, d'apprendre que le Dr. Brennan était gravement malade, qu'il était si sérieusement atteint que le mal ne pardonnerait peut-être pas. Mais l'on se prenait à espérer — et ce-

lui là même qui écrit ces lignes, le premier appelé au chevet du pauvre confrère malade, aimait à se faire illusion. — L'on ne pouvait s'arrêter à la sinistre pensée que cet homme relativement jeune, à peine âgé de quarante ans, allait être terrassé en pleine activité, dans l'épanouissement de son talent transcendant. Hélas ! notre dévoué rédacteur en chef était mortellement frappé, et dans la nuit du 11 au 12 mars, il

succombait à l'implacable maladie qui le minait depuis dix jours seulement: une pneumonie grippale l'avait marqué pour une de ses victimes.

Par cette mort imprévue, le corps médical du Canada tant anglais que français est cruellement éprouvé.

Nous ne craignons pas d'affirmer que le Docteur Brennan a été chez nous un précurseur, qu'il a ouvert des voies jusqu'alors inexplorées, c'était un hardi pionnier. Avant tout, ce fut un laborieux, un rude travailleur. A 13 ans, il obtenait avec grande distinction son diplôme d'école modèle. Ce fut sous la direction sage et éclairée du sa-



FEU LE DR. M. T. BRENNAN.

vant abbé Verreau, qu'il fit ses études classiques. Elève, interne, professeur, praticien, il continuait de travailler avec persévérance, avec acharnement. A l'heure matinale ou nous aimons à nous reposer encore, le Docteur Brennan était dans son laboratoire, ou son cabinet de travail, tentant quelques nouvelles expériences, ou étudiant le dernier ouvrage paru sur la question médicale à l'ordre du jour.

Le Docteur Brennan fut aussi un noble et beau caractère, du jugement le plus droit, de la rectitude professionnelle la plus impeccable. Passionné pour les choses de la médecine et de la chirurgie, mais épris aussi des sciences exactes et naturelles — c'était un esprit ouvert sur toutes les ques-

tions qui captivent l'attention des grands savants d'Europe et d'Amérique,

Son activité physique et son activité intellectuelle marchaient de pair et l'on peut dire qu'elles étaient inlassables; avec cela l'ami le plus sur et le plus dévoué, un cœur chaud entre tous, sous un extérieur glacial, un entrain et une vaillance qui ne se démentaient jamais. Mais n'insistons pas sur ce que ces souvenirs pourraient avoir de trop personnel. Il est un témoignage que tous ses amis — et ils sont nombreux — tiennent à lui rendre — c'est de dire combien en lui ils estimaient l'homme et admiraient le médecin.

Le Docteur Brennan était le type du praticien, opérateur méthodique et adroit, il ne s'aventurait jamais sans avoir fait un diagnostic affiné; c'était en outre un clinicien de premier ordre, imbu, saturé de tous les principes de la médecine générale qu'il possédait merveilleusement. Aussi était-ce plus qu'un très habile opérateur, c'était le vrai chirurgien dans l'acception la plus élevée du mot. Sa méthode d'observation, son diagnostic avisé, sa correction opératoire en faisaient un des maîtres, — selon quelques-uns — le premier des maîtres — de la chirurgie canadienne-française.

Le Docteur Brennan fut aussi un écrivain distingué en matière médicale — comme il sut être à l'École Normale et à l'Université Laval un professeur émérite. Voici une liste des consciencieux travaux qu'il a publiés durant sa trop courte carrière :

Empoisonnement par la nitrobenzine, "Union médicale du Canada," 1887, p. 449. Notes cliniques: 1. Spasme sous-mentonnier; 2. Le réactif de Wedekind — compression des nerfs sus-orbitaires, "Union méd. du Can., 1888, p. 457. La chirurgie usuelle antiseptique, Ibid., 1888, p. 512. Hygiène scolaire et domestique des enfants, Ibid. 1889, p. 17. La lithiase biliaire traitée par l'huile d'olive. (Communication faite à l'Associat. des internes de l'Hôpital Notre-Dame, mai, 1889). Utérus bifide — mort par métrorragie. (Ass. Int. H. N.-D. — "Un. méd. Can., 1889, p. 292. Maladie de Paget. (Ass. Int. H. N.-D. — "Un. méd. Can., 1889, p. 398.) Deux cas de vice de conformation de l'anus. Ibid. — Ibid., 1889, p. 456. Hystérectomie pour inversion utérine — mort. Ibid. — Ibid., p. 456. Monoplégie brachio-crutale, Ibid. — Ibid., p. 565. Trois cas de méningite tuberculeuse. Ibid., p. 567. Péricardite purulente — pyohémie. — Note d'autopsie. Ibid., 1890, p. 12. Cancer de l'ovaire — opération — mort. Ibid., 1890, p. 12. Tétanos à la suite d'une colpopérinéorrhaphie. Ibid. — Ibid., 1890, p. 63. Hydronéphrose double et pneumonie

grippale. Ibid. — Ibid., 1890, p. 66. Symphyse cardiaque et pneumonie grippale. Ibid. — Ibid., p. 66. Appendicite (Note d'autopsie, No. 15, H. N.-D., 1890. Notes sur la pneumonie grippale à forme descendante, (Ass. Int., 1890.) Absence du vagin. de l'utérus et des ovaires, (Ass. Int. — "Un. méd. Can.," 1890, p. 72.) Prophylaxie des maladies utérines, "Un. méd. Can.," 1890, p. 225. Leucocythémie splénique. (Note d'autopsie, No. 23, H. N.-D. 1890.) La fécondation artificielle comme correctif des déviations utérines. (Ass. Int. — "Un. méd. Can., 1891.) Symphyse cardiaque chez un tuberculeux; pleurésie et carie tuberculeuse de la 2ème vertèbre lombaire. (Notes d'autopsie, No. 43, H. N.-D., 1891.) De la blennorrhagie lacunaire et glandulaire. (Ass. Int. "Un. méd. Can., 1893, p. 65. De la vaginotomie postérieure. "Un. méd. Can.," 1894, p. 337. De la vaccination aseptique, Ibid., p. 338. A few remarks on school hygiene, "American Health Ass.," Sept., 1894. A plea for Aseptic vaccination, Ibid. Epithéliome de l'oesophage et de la trachée. (Note d'autopsie, No. 63, H. N.-D., 1895.) Le rôle des lymphatiques de la tête dans les infections. (Ass. Int. — Cité par Wm. Jas. Derome, "Un. méd. Can.," 1896, p. 439.) Papillome énorme de l'ovaire. Opération, guérison. (Rapportée par Wm. Jas. Derome, "Un. méd. Can.," p. 443, photographie, p. 499, 1896.) Nouvelle méthode d'hystéropexie. (Ass. Int., oct., 1896.) Les rapports entre la blennorrhagie et l'infection puerpérale. (Ass. Int., "Un. méd. Can.," 1897, p. 142.) Kyste paraovarien adhérent à la trompe. Ibid., p. 141. Cancer primitif de l'oesophage. "Un. méd. Can.," 1897, p. 335. De la varicocèle, sa cure radicale par la ligation double et l'excision des veines, combinées à la résection étendue du scrotum. (Ass. Int., oct., 1898. "La Revue Médicale," vol. II., p. 145.) Traitement des hyarthroses par les badigeonnages à l'acide phénique pur. "La Rev. méd. du Can.," 1899, vol. III, p. 57. Myomes utérins multiples — grossesse — myomectomie. Ibid., p. 145. Tumeur crânienne opérée pour symptômes épileptiformes — amélioration. Docteur Brennan et Chagnon, Ass. Int., nov., 1899. Observation inédite, notée dans la "Rev. méd.," p. 192. Hématomes tubaires rupturés. (Ass. Int., Obs., inédite, notée dans la "Rev. méd.," p. 192. La sympathiectomie abdominale chez la femme; 14 opérations. (Ass. Int. Obs. inédites, mars, 1900. Notée dans la "Rev. méd.," p. 338.) Pyloroplastie pour rétrécissement spasmodique et vomissement incoercibles — guérison. (Obs. inédite — Ass. Int., mars, 1900. Notée dans la "Rev. méd.," p. 338.) Note sur la gravité des laparotomies sus-ombilicales, surtout dans les maladies du foie. (Ass. Int., mars, 1900. Obs. inédite.) Note sur la gasoline en chirurgie. "La Rev. méd.," vol. III, (1900-1901, p. 1.) Le cathétérisme et le lavage de la vessie chez la femme. Ibid., p. 1. Inversion utérine irréductible. Nouvelle technique opératoire. Guérison. Ibid., p. 57. Note sur le traitement de la folliculite de l'aisselle par la gasoline. Ibid., p. 137. La panniculite et la cellulite extra-génitale ou juxta osseuse. Ibid., p. 193. Cys-

tomie sus-pubienne avec drainage dans les infections de la vessie chez la femme. Ibid., 1899. Déontologie en gynécologie et sujets collatéraux. Ibid., 1889. Traitement des hyarthroses par l'acide phénique. Ibid., 1899. De l'examen de la patiente — l'interrogatoire. Ibid., 1899. Les irrigations vaginales et les hautes injections rectales en gynécologie. Ibidem, 1899. Hernie de la ligne semilunaire de Spigel, opération, guérison. Ibid., 1900. Hernie sus-ombélicale de la ligne blanche; hernie gastrique. Ibid., 1900. Kyste du mésantère — Hématome de la trompe droite. Ibid., 1900. Les désordres urinaires chez la femme. Ibid., 1900. Evidemment préalable et hémisection médiane antéro-postérieure dans un cas de fibrome intraligamentaire enclavé et d'utérus fibromateux. Ibid., 1900. Panniculite, de la cellulite pelvienne extra-génitale ou extra-osseuse. Ibid., 1900. Note sur le traitement de la phlegmasia alba dolens par une solution picrique. Ibid., 1900. Inversion utérine, nouvelle technique opératoire, guérison. Ibid., 1900. Anesthésie par la voie lombaire, certaines particularités. Ibid., 1901. De l'intervention abdominale dans l'inversion utérine irréductible — note complémentaire. Ibidem, Kystes multiples et tumeur fibreuse congénitaux coxyciens. Ibidem, 1902. Une nouvelle position pour l'examen gynécologique. Ibid., 1902. De l'emploi de l'huile d'olive stérilisée dans les opérations abdominales. Ibid., 1902. Un cas rapidement fatal de malaena chez le nouveau-né. Ibid., 1902. De l'importance qu'il y a de donner aux élèves en médecine un enseignement pratique sur les différentes méthodes d'anesthésie. Ibid., 1902. Note sur la transmission des maladies vénériennes par les sièges des latrines. Ibid., 1902. La mouche, comme agent de propagation des maladies, et comme milieu de métamorphose microbienne. Ibid., 1902. Nouvelle opération pour la cure de l'inversion utérine irréductible et instrument pour opérer la réduction. (IVème Congrès International d'Obstétrique et de Gynécologie, Rome, 1902). De la symphictomie pelvienne. Ibid., titre, Ibid. De la cellulite juxta-osseuse pelvienne chez la femme. Ibid. Quelques usages de l'acide picrique, (La Revue Médicale" 1903. De l'importance qu'il y a de donner aux élèves en médecine un enseignement pratique sur les différentes méthodes d'anesthésie. Ibid., 1903. Certains méfaits des lavements en chirurgie abdominale et en gynécologie. Ibid., 1903. Epilepsie menstruelle traitée par la transplantation ovarienne, Ibid., 1903. Hernie ombélicale traitée par la méthode de superposition des plans fibreux. Ibid., 1903. Note complémentaire sur la transmission des maladies vénériennes par les sièges des latrines. Ibid., 1903. Une des causes de l'insalubrité de nos maisons. Ibid., 1903. Distocie par fibrome enclavé dans le bassin. Ibid., 1903. De l'emploi de l'huile stérilisée en chirurgie abdominale. Ibid., 1903. Les poux du pubis. Ibid., 1903. Le flambage à l'alcool et l'asepsie chirurgicale, Ibid., 1904.

Directeur scientifique de la "Revue Médicale" il en était l'âme. Pour lui ce titre n'é-

tait pas seulement nominatif et honorifique: toujours il tint à jouer au milieu de nous, comme c'était son droit et son devoir, un rôle effectif. Qu'il me soit permis de dire au nom de ses dévoués collaborateurs quels services précieux il nous a toujours rendus pour guider la marche de la "Revue Médicale" et en assurer l'entier succès.

Le Docteur Brennan est maintenant au nombre des disparus, mais sa mémoire vivra longtemps dans le cœur de ses élèves, de ses patients, de ses confrères et de ses amis. Son travail assidu et constant sera pour ses contemporains un exemple éloquent. Quant à nous, nous n'oublierons jamais les leçons d'un tel maître. Nous avons vu notre pauvre ami au cours de la maladie qui l'a emporté, souffrir physiquement et plus encore moralement, car il suivait scientifiquement les progrès du mal qui le rongait, gardant jusqu'à la fin toute sa lucidité intellectuelle. Il est mort en brave comme il avait vécu en brave. Il a subi ce martyre, entouré de sa famille aimée et de ses confrères éplorés, sans que son courage vienne à faiblir, courage qu'il puisait dans la force de son grand caractère et dans ses convictions si profondément chrétiennes: ce fut sa dernière et inoubliable leçon.

Docteur William J. Derome

372, rue Sherbrooke.

CONDOLÉANCES

Les membres du Comité de Rédaction du journal "La Revue Médicale du Canada" ont adopté les résolutions de condoléances suivantes au sujet de la mort du Dr. M. T. Brennan, leur rédacteur-en-chef. Il est proposé et adopté à l'unanimité que c'est avec la plus vive douleur que tous ont appris la mort prématurée de leur distingué et dévoué rédacteur-en-chef.

Par la mort du Dr. M. T. Brennan, "La Revue Médicale" perd l'un de ses meilleurs collaborateurs, le monde médical un savant, plusieurs un ami sincère et un grand nombre un bienfaiteur.

Tous s'associent d'un commun accord pour offrir à la famille, l'expression de leurs plus profondes sympathies à l'occasion de la perte irréparable qu'elle vient de faire.

A. Ethier M. D.

Secrétaire de la Rédaction.

A une assemblée spéciale des membres de l'Association des anciens internes de l'hôpital Notre-Dame, il est proposé par les Drs. Wm. Jas. Dero-me, E. P. Chagnon et H. M. Duhamel, secondé par les Drs. S. Girard et A. Ethier, que les membres de cette association ont appris avec une profonde douleur la mort de leur confrère le Dr. M. T. Brennan, l'un des fondateurs et un ancien président de cette association.

2. Il est proposé par les Drs. L. N. Delorme, et L. P. Normand, secondé par les Drs. E. P. Benoit et R. Boulet, que copie des présentes résolutions soient transmise à la famille et aux journaux.

3. Il est proposé par les Drs. L. de L. Harwood et L. Désy, secondé par les Drs. A. Bernier et R. Trudeau, que les membres de cette association assistent en corps aux funérailles et portent le deuil durant un mois en signe de deuil pour la mémoire de leur regretté collègue et ami.

A. ETHIER,
Secrétaire.

—Les membres du Bureau Médical de l'Hôpital Notre-Dame, à une assemblée spéciale tenue samedi dernier, ont adopté des résolutions de condoléances à l'occasion de la mort d'un des plus distingués chirurgiens de l'hôpital, le Dr. M. T. Brennan.

—Les étudiants en médecine de l'Université Laval, à une assemblée spéciale, ont adopté les ré-solutions suivantes:

Proposé par M. J. O. Mousseau, secondé par MM. H. Desmarais, J. Bélanger, W. Gagnon, A. Demers, F. Choquette, que les étudiants en Médecine ont appris avec douleur la mort de leur distingué professeur, M. le docteur Brennan.

Proposé par M. A. Marcil, secondé par MM. H. Pontbriand, W. Parizeau, S. Parizeau, A. Grenier, M. Malchelosse, que copie de ces résolutions soit transmise à la famille en deuil ainsi qu'aux journaux.

—o o:—

FEU LE DR. A. G. BELLEAU.

Les citoyens de notre vieille cité de Québec, et plus particulièrement les membres de la profession médicale, pleurent en ce moment la perte douloureuse d'un médecin distingué, estimable à plus d'un titre et dont la place, le vide sera difficile à combler: les journaux quotidiens de tout le pays l'ont annoncé, c'est celle de feu le Dr. A. G. Belleau, coroner du district de Québec depuis 1875.

La nouvelle de cette mort, quoique prévue déjà depuis quelques semaines, n'en a pas été un coup moins douloureux et foudroyant pour ses nombreux amis, disons le mot, pour tous

ceux qui le connaissaient, et cela signifie toute la population de notre district.

Le Dr. Belleau est mort à sa princière résidence de la grande Allée mercredi, le 9 du courant, à deux heures du matin. Né à la Pointe aux Trembles, comté de Portneuf, après un brillant cours d'études classiques au Séminaire de Québec, il étudia la médecine et recevait ses diplômes en 1862. Comme nous le disions plus haut, il était appelé en 1875 à exercer les fonctions de coroner dans le district de Québec.

Le Dr. Belleau avait épousé Mademoiselle Emma Carrier, fille de M. P. Carrier, qui fut pendant plusieurs années le marchand de nouveautés le plus important de St.-Roch de Québec. Ce mariage, béni de Dieu, lui donna onze enfants: feu Madame Jules Côté, Madame notaire Boisvert, feu M. Gauvreau Belleau, M. Neuville Belleau, courtier en assurance, Mesdemoiselles Jeanne et Gabriel, M. M. Joseph et Paul, étudiants et Mademoiselle Marguerite.



FEU LE DR. A. G. BELLEAU.

Le défunt était aussi le beau-frère de M. Achille Carrier, magistrat à Montréal.

Feu le Dr. A. G. Belleau était le neveu — t son fils par le cœur — de feu Sir N. T. Belleau, premier lieutenant gouverneur de la Province de Québec sous le régime actuel, qui lui aissa la plus grande partie de son importante fortune.

Ces biens de la terre ne pouvaient tomber en de plus nobles mains et le Dr. Belleau en a usé — on pourrait dire en a abusé — pour semer les bienfaits sur son passage. Jamais le

pauvre n'a en vain frappé à sa porte; nul ne pourrait affirmer qu'il ait été insensible à une seule des misères de la vie. Qu'il s'agit d'œuvres de bienfaisance, patriotiques ou d'autres genres, on était certain de le trouver bourse ouverte.

Il était l'idole des étudiants et leur toujours dévoué protecteur. Il y a peu de ceux-ci qui ne lui soit comptable, soit en sa qualité de secrétaire du Collège des Médecins, charge qu'il a occupée un grand nombre d'années, soit comme membre de la profession, soit comme simple ami, toujours bien disposé, toujours prêt à aider, des étudiants.

Que l'on s'adresse à ses confrères de Québec, ils diront que le Dr. Belleau n'a pas ménagé ses peines et sa bourse, dans tous les mouvements qui avaient pour but et conséquences d'améliorer la profession médicale. Et en réalité son nom sera mêlé à toutes les organisations ayant pour objet les progrès de la médecine dans notre province depuis au delà de trente ans.

Comme magistrat, comme coroner, il sera difficile à remplacer. Nous l'avons vu à l'œuvre dans bien des circonstances difficiles, et toujours il a su surmonter les obstacles avec un réel talent, un tact, un jugement et une prudence admirables. Il n'y a qu'un seul témoignage sous ce rapport et tout le monde s'accorde à dire qu'il reste un modèle à suivre.

Son urbanité, sa grande politesse, dans ses rapports publics comme dans ses relations privées, lui ont valu l'estime de tous ses concitoyens pendant sa vie; son souvenir ne périra pas. Le Dr. Belleau restera comme le type du parfait gentilhomme, du chrétien convaincu, du bienfaiteur de toutes les infirmités, du médecin consciencieux et dévoué.

Dr. C. R. PAQUIN.

Travaux Originaux

LE PIED PLAT DOULOUREUX CHEZ L'ADOLESCENT; DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT. (OBSERVATIONS) (1)

Par M. le Dr. Fernand Monod.

Ancien Interne Lauréat des Hôpitaux de Paris.
Ancien Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris. Lauréat de la Société de Chirurgie de Paris.

J'ai eu l'occasion il y a un mois d'être appelé en consultation auprès d'une jeune femme, dont voici l'histoire. Cette malade souffrait depuis 3 mois d'une entorse de l'articulation scapho-cunéenne, entorse qu'elle s'était faite en glissant sur le parquet. Le médecin appelé fit une immobilisation du pied et de la jambe dans un plâtre, n'empêchant pas la malade de marcher à l'aide de béquilles. Le plâtre fut au cours des 3 mois renouvelé trois fois.

La douleur durant ce temps, au lieu de diminuer s'était plutôt aggravée, et mon confrère dans le but d'éclairer le diagnostic, fit faire alors une radiographie des 2 pieds dont je vous présente le négatif.

A mon examen, je constatais à première vue qu'il existait certainement un affaiblissement de la voûte plantaire des 2 côtés, mais chose curieuse, l'aplatissement était plus marqué à gauche, c'est-à-dire du côté sain.

L'empreinte que je pris aussitôt à l'aide du noir de fumée ne fit que confirmer le fait.

Je vis immédiatement que ma malade est une femme grande, et dont les pieds sont certainement plus grands que normalement même en tenant compte de sa taille — j'ajoute qu'elle n'a jamais été une bonne marcheuse, se rappelant avoir toujours été fatiguée après une promenade ou une station debout, de longue durée.

(1) Lu devant la Société Médicale de Montréal, le 9 mars 1904.

Je n'ai pu obtenir de renseignements sur l'état exact des pieds dès l'enfance, je ne saurais donc dire s'il s'agit dans l'espèce de pieds plats réellement congénitaux, bien que je sois tenté de le croire; elle aurait quand elle était enfant porté des chaussures à semelles surelevées, bien que ce fait n'ait pu être affirmé avec certitude.

La palpation du pied malade, me permit de localiser le maximum de la douleur à la pression de la face plantaire de l'articulation scapho-cunéenne, mais l'interligne de Lisfranc était dans son ensemble douloureux au niveau du dos comme au niveau de la plante. Cette exploration ne révélait aucun autre symptôme, il n'y avait ni empatement ni signe d'arthrite vraie, il n'y avait ni rougeur, ni œdème, ni contracture d'aucun tendons — mais fait à signaler le pincement des tissus de la plante était douloureux et en particulier la masse du gros orteil. On de l'abducteur du gros orteil. On notait enfin une diminution très nette de la température locale, et la malade me confirmait que son pied était toujours froid — j'ai découvert depuis que la sensibilité était elle aussi atténuée. La coloration de la peau confirmait l'existence de troubles trophiques et circulatoires du côté de la jambe et du pied. L'examen des muscles me fit constater l'existence d'une atrophie de 2 cm. 1-2 à la cuisse et de 1 cm. 1-2 à la jambe. L'examen du long Péronnier latéral me fit constater une évidente paresie de ce muscle; il suffisait en effet comme l'a bien indiqué Duchesme (de Boulogne) de presser fortement contre la face plantaire de l'articulation du gros orteil avec son métatarsien, en priant la malade de résister à cette pression, pour constater le peu de force avec laquelle le muscle long Péronnier latéral abaissait la plante.

J'appris alors en interrogeant la malade que il y a 3 ans elle se prit la jambe gauche (côté malade) dans un trou du parquet, et que dans son effort pour se retirer de cette

position elle se fit manifestement une entorse de l'articulation du genou, compliqué immédiatement d'un gros épanchement sanguin sous-cutané. Le médecin qui la traitait à cette époque me dit qu'elle eut de la névrite consécutive.

Frappé de ce fait qu'une entorse nettement diagnostiquée ait résisté à une immobilisation durant 3 mois, et non moins frappé de cet autre fait que la malade souffrait alors qu'elle était au repos, la nuit, ce qui n'est pas la coutume dans les pieds plats douloureux, je cherchais si il n'existait pas dans les antécédents de l'arthritisme, et je trouvais que sa mère avait été une rhumatisante, et qu'elle même a des époques variées avait souffert de douleurs localisées à l'éminence Thénar de la main droite, et au 7^e espace intercostal gauche, sans d'ailleurs que ces douleurs aient jamais eu rien de bien défini.

J'examinais alors avec soin la photographie radiographique qu'on me présentait, et je constatai comme vous pouvez le faire, l'écartement manifeste des interlignes de l'articulation du scaphoïde avec les deux premiers cuneiformes, du deuxième cunéiforme avec le troisième — d'autre part dans les deux pieds je notai l'absence d'interligne appréciable entre les deux premiers cunéiformes, fait qui me laissait penser qu'il y avait peut-être soudure de ces deux os, soudure qui je le rappelle pour mémoire a été invoquée comme cause possible du pied plat.

Cet examen me permit de faire le diagnostic suivant qui fut accepté par mon confrère: pieds plats peut-être congénitaux, chez une rhumatisante, le pied droit bien que plus aplati n'a jamais été le siège de douleurs mais il se fatigue vite et ne demande qu'une occasion pour devenir douloureux; l'occasion s'est présentée pour le pied gauche, sous la forme d'un traumatisme du genou compliqué d'une névrite ayant déterminé un affaiblissement général du système musculaire, et des troubles trophiques, les ligaments et les muscles du pied relâchés ont permis l'entrebaille-

ment des interlignes, un faux pas a entraîné une entorse, et le terrain arthritique brochant sur le tout a favorisé le développement d'un véritable pied plat douloureux, sans valgus, sans contracture, c'est-à-dire d'un pied plat douloureux à la première période, et je conseillai comme traitement, le salicylate de soude à la dose de 3 grammes par jour, le repos au lit pendant une dizaine de jours, du massage, de l'électricité, et quand la douleur aurait disparue, le port d'une semelle surelevée pour les deux pieds. L'avenir est venu prouver la justesse de ces vues, la douleur ayant rapidement disparue, et la malade ayant pu marcher au bout de 10 jours, j'ajoute que l'heure actuelle grâce au massage et à l'électricité les muscles ont recouvert leur volume normal.

Cette observation est intéressante, car elle vient une fois de plus prouver combien il est vrai que le pied plat valgus douloureux n'est pas une maladie mais un symptôme, dont il faut avant tout rechercher la cause, et ici, il me semble évident que la cause était bien l'atrophie musculaire et le rhumatisme.

En ne voulant voir que la paralysie du long péronier latéral comme cause du pied plat Duchenne (de Boulogne) a sans aucun doute méconnu bien des faits indéniables, Gosselin en n'admettant pour cause que l'arthrite et Le For, la fatigue, ont pêché de la même façon. Verneuil a appelé l'attention sur les rapports existants entre le pied plat et le rhumatisme, je vois pour ma part que ces rapports sont plus étroits qu'on ne le pense communément.

Société Médicale de Montréal

SEANCE DU MARDI 8 MARS 1904.

Dr. Valin, président, au fauteuil.

Docteurs: Décarie, Harwood, Monod, LeCavallier, professeur Foucher, de Martigny,

Roy, Flamondon, Bourgeois, Boucher, Cléroux, Beauchamp, Dubé, LeSage, Desmarais, Iasnier, Laramé, Boulet, Gauthier, Gagnon, Rousseau.

Dr. Valin: Question d'hygiène et d'habitation.

Le Dr. Valin demande à remettre son travail à la prochaine séance, vu que le programme de la soirée est très chargé.

Docteur Foucher: rapporte un cas de cécité survenue chez un patient ayant absorbé un litre d'alcool méthylique. La cécité a été subite et irrémédiable. Après avoir fait quelques remarques sur les emblyopies en général, sur les causes qui les produisent et sur les lésions optiques qu'elles déterminent, le conférencier fait remarquer qu'il y a un danger d'ordre public qui mérite de forcer l'attention du public. L'alcool méthylique était autrefois employé pour des fins commerciales mélangé dans des proportions variables avec l'alcool éthylique ce qui le rendait moins toxique et partant moins dangereux. Aujourd'hui l'alcool méthylique est employé pur, et ce qui est plus grave dans un but de spéculation on l'emploie pour falsifier l'alcool éthylique.

Considérant son action toxique les accidents nombreux auxquels son emploi a donné naissance depuis quelques années, il importe d'étiqueter cet alcool pour prévenir le public contre les dangers que comporte son ingestion à l'intérieur et que conformément au conseil du Dr. Buller on devrait y ajouter un étiquette sur lequel serait imprimé: "Ce liquide absorbé à l'intérieur peut rendre aveugle."

Le Dr. LeSage demande s'il ne serait pas opportun de nommer une commission qui, étudierait les dangers de l'absorption de l'alcool méthylique et les moyens à prendre pour prévenir le public de ces dangers. Adopté.

Le Dr. Foucher est nommé président de cette commission avec mandat de s'adjoindre le nombre de membres qu'il jugera nécessaire et de faire rapport à la Société.

Le Dr. Monod: Pied plat douloureux. Observation.

Le Dr. Monod présente l'observation d'un pied plat douloureux survenu chez une femme de 25 à 30 ans à la suite d'une entorse et soulagé par le port, à l'intérieur de la chaussure, de la semelle en acier modèle courant du commerce. (Ce travail est publié dans le présent numéro.)

Le Dr. de Martigny. La rétroversion utérine et son traitement.

Ce travail sera publié en entier dans un des prochains numéros de La Revue.

Le Dr. Harwood n'est pas aussi enthousiasme que le Dr. de Martigny sur la fixation

de l'utérus par les ligaments ronds a cause du danger possible et problématique de hernie entre la paroi utérine et abdominale. Il est partisan de la fixation indirecte, mais à la suspension par les ligaments ronds, il préfère l'opération de Kelly fixation du péritoine de la face antérieure de l'utérus au péritoine de la paroi.

Le Dr. Valin annonce à la Société que le Dr. Coyteux Prévost d'Ottawa a accepté l'invitation de la Société et qu'il a choisi la date du mardi 22 mars prochain. Il n'a pas fait connaître le sujet de sa conférence.

Revue des journaux

MEDICINE

EMPLOI DU DIAPASON DANS L'EXPLORATION DE QUELQUES ORGANES,

Par M. le Dr. Maurice.

Le diapason n'a guère été employé, jusqu'à présent, dans les sciences médicales, que pour mesurer la durée de divers phénomènes physiologiques, pour l'étude physiologique de l'oreille et dans la pratique otologique. M. Mignon propose d'en étendre l'usage à la médecine générale. Le principe des applications qu'il a réalisées est très simple.

En plaçant le diapason en divers points d'une région du corps et le faisant vibrer, on perçoit dans le prolongement graduel (résonnance) et dans la transmission du son des différences suivant l'état de la région considérée. Pour apprécier ces variations, il convient de se servir du phonendoscope dont on place la tige à côté de celle du diapason. Il est clair que la résonnance est d'autant plus grande que les tissus sont moins denses et, au contraire, que la transmission du son se fait avec d'autant plus d'intensité que les tissus sont plus denses. En général donc, les résultats de la transmission sont inverses de ceux de la résonnance. De là un moyen de diagnostic.

Ceci posé, quels ont été les résultats obtenus par l'auteur! On va voir qu'ils sont intéressants.

C'est d'abord l'exploration de la tête et des sinus de la face qui a donné d'utiles indications. En premier lieu, le procédé permet, au moyen des variations de la résonnance, de délimiter les sinus, surtout les sinus frontaux. D'autre part, quand un sinus est plus ou moins rempli de pus ou que ses parois sont tapissées par des fongosités, la résonnance du diapason est moindre, tandis que le son est transmis soit vers le phonendoscope, soit vers l'oreille du malade lui-même avec plus d'intensité,

Ainsi a pu être porté le diagnostic de sinusite, que les autres procédés usuels, diaphanoscopie ou ponction exploratrice, ont d'ailleurs permis de vérifier.

L'examen des os en général, des os des membres surtout, a fourni aussi de bons résultats. En plaçant le diapason et le phonendoscope à chacune des extrémités d'un os, on entend très bien le son. Mais, s'il s'agit d'un os fracturé, les vibrations sont moins nettement transmises.

L'exploration du thorax et des poumons n'a pas été moins fructueuse. Il a à ici quelques précautions à prendre. La tige du diapason doit être placée dans un espace intercostal, et non sur une côte, et la pression de l'instrument doit être la même au niveau des deux points que l'on compare. Quant à la tige du phonendoscope, si l'on veut étudier la résonnance, il faut la placer, comme d'habitude, à côté de celle du diapason; mais si c'est la transmission du son qu'il s'agit de suivre, il faut placer l'un des instruments sur la face antérieure du thorax et l'autre sur la face postérieure, de telle sorte que les tissus à explorer soient compris entre les deux instruments. Pour le thorax encore, plus les tissus sont denses (congestion, infiltration tuberculeuse, etc.), moindre est la résonnance, et mieux, au contraire, se fait la transmission.

Je regrette de n'avoir pu constater par moi-même quelques-uns au moins de ces faits. Mais mon collègue de la Commission, M. Bouchard, a eu l'occasion d'en observer une partie et, les observant, de reconnaître les avantages du procédé.

L'exploration des organes abdominaux s'est montrée peu précise. L'auteur l'a abandonnée.

En terminant son travail, M. Mignon compare la méthode qu'il propose à celles généralement employées dans les investigations similaires, diaphanoscopie, phonendoscopie, percussion, épreuve des vibrations thoraciques au moyen de la voix, radioscopie. Chaque procédé a son utilité; les avantages de celui que recommande l'auteur ne le cèdent pas et sont quelquefois supérieurs à ceux des autres méthodes. Mais très sagement: il conclut qu'il n'y a pas lieu de donner toujours la préférence à la sienne. Le médecin doit seulement ne négliger aucun des moyens qui sont à sa disposition pour la détermination des signes des maladies.

Il a semblé à votre Commission que cette étude consciencieuse d'un nouveau moyen d'exploration diagnostique méritait d'être signalée à votre attention. Et elle vous propose de classer honorablement ce travail dans les Archives et d'adresser des remerciements à l'auteur.

(La Presse Méd.)

LES BRUITS DU COEUR A TIMBRE MUSICAL

Le Dr. Joseph Hahn a étudié, dans sa thèse, les bruits à timbre musical du cœur. Ces bruits, dit-il, constituent un signe clinique qui, pour être rarement observé, n'en est pas moins très intéressant.

Leur intensité est variable. Ils peuvent être parfois assez vibrants pour être perçus par l'oreille placée à une distance plus ou moins grande du tho-

rax. Souvent même ils sont entendus par les malades qui en sont porteurs. On les a comparés aux sons produits par une corde que l'on fait vibrer en la frottant transversalement, à ceux que donnent les instruments à vent, à embouchure ou à anche, ou encore, à ceux que fournissent des lames solides vibrant de façons diverses.

La pathogénie de ces bruits n'est pas encore complètement élucidée; cependant on connaît diverses conditions anatomo-pathologiques (tendons aberrants, perforations valvulaires, ruptures valvulaires, plaques athéromateuses ou calcaires, végétations endocardiques, qui président à leur production.

Leur maximum de fréquence siège dans le cœur gauche.

Leur valeur séméiologique, quoique très intéressante, n'est pas très grande, en raison de la difficulté du diagnostic exact de leur pathogénie.

Dans certains cas on sera amené à les distinguer des bruits musicaux anorganiques ou cardiopulmonaires extra-cardiaques, et à reconnaître que les mouvements respiratoires (inspiration et expiration) n'ont aucune action sur eux.

(Le Concours Médical.)

—: o :—

Thérapeutique et Mat. Médicale

LES LAVEMENTS ALIMENTAIRES.

Par MM. Albert Mathieu et J.-Ch Roux.

On a pu croire assez longtemps que les lavements alimentaires étaient capables de remplacer à peu près complètement l'alimentation buccale; des recherches physiologiques, sur lesquelles nous ne pouvons insister ici, semblaient démontrer que le gros intestin absorbe une grande quantité de l'albumine et des hydrates de carbone introduits en lavements et il est de fait que l'introduction de peptones dans le rectum augmente l'excrétion d'urée et que les amylacés qui s'éjourment dans le gros intestin disparaissent à peu près complètement. Par contre les substances grasses contenues dans les lavements alimentaires ressortent presque intégralement.

Toutefois, il faut reconnaître, employés systématiquement chez des malades privés de toute alimentation gastrique, les lavements alimentaires n'ont pas donné les résultats qu'on pouvait en attendre. En général ils n'ont pu arrêter l'amaigrissement du malade que d'une façon très insuffisante, et nous voulons insister surtout sur ces expériences cliniques qui ont pour le médecin une autre importance que les conclusions des physiologistes que nous citions plus haut, conclusions qui peuvent toujours être troublées par quelque erreur d'interprétation.

A une lecture attentive des observations de malades soumis à l'alimentation rectale exclusive, on est frappé de la marche rapide de l'amaigrissement qui diffère peu en général de la perte de poids chez

les individus soumis à l'inanition complète, mais pouvant boire à leur soif.

En effet, dans le jeûne absolu la perte de poids est très considérable pendant les premiers jours et peut atteindre 600 à 1000 grammes et plus en vingt-quatre heures. Si le jeûne se prolonge cinq jours et au delà, la perte quotidienne diminue et varie entre 300 et 400 grammes.

Or que voyons-nous chez les malades nourris seulement par le rectum? La perte de poids quotidienne diffère peu de chiffres que nous venons de citer; c'est à peine si l'on peut relever une ou deux observations où la perte de poids n'a pas dépassé 100 à 200 grammes. Mais, dans le plus grand nombre de faits, l'amaigrissement a une allure plus rapide et atteint 300 à 400 grammes au moins pour chaque jour de jeûne. C'est la perte moyenne observée dans un jeûne complet un peu prolongé, lorsque l'organisme s'est adapté à un nouveau mode de vie aux dépens de ses propres réserves.

On observe pas d'habitude un amaigrissement aussi rapide que celui des sujets bien portants soumis à une inanition brusque, mais il ne faut pas oublier que les malades dont nous parlons et qui ont été mis aux lavements alimentaires, ont presque toujours réduit depuis longtemps leur ration quotidienne; ils n'ont pas une réserve de matériaux à dépenser largement pendant les premiers jours de jeûne. Leurs tissus vivent avec parcimonie; Leur nutrition, comme on le sait, n'est pas comparable à celle des individus normaux. Ils sont dans la situation d'un animal mis pendant longtemps à l'inanition relative et que l'on fait jeûner brusquement; dans ces conditions, dans les premiers jours d'inanition, la perte de poids n'est pas très considérable.

Toutefois il existe quelques faits dans lesquels l'usage des lavements alimentaires a pu arrêter l'amaigrissement et même élever le poids du malade. Mais dans ces observations, très rares d'ailleurs, il s'agit de malades atteints d'ulcère de l'estomac avec sténose pylorique, vaste dilatation gastrique consécutive et vomissements abondants; les pertes de liquide considérables qu'entraînent l'hypersécrétion gastrique et les vomissements incessants, l'eau n'étant pour ainsi dire pas absorbée par la muqueuse de l'estomac, provoquent une véritable déshydratation du malade et un amaigrissement rapide. Les lavements alimentaires permettent à l'organisme de retrouver l'eau nécessaire à sa vie et l'augmentation de poids indique seulement un afflux nouveau de liquide, mais non pas une véritable reconstitution de tissus. On peut rapprocher de ces faits les expériences de Fleischer sur les chiens; privés d'eau et déshydratés par des diurétiques énergiques, ils présentaient au bout de deux à trois jours l'apparence d'animaux à jeun depuis dix à douze jours; mais dès qu'ils pouvaient boire, en trois ou quatre heures ils avaient repris leur apparence de chiens bien portants.

Est-ce à dire que les lavements alimentaires n'ont aucune utilité et qu'il faut renoncer à leur emploi? Ce serait dépasser notre pensée que d'en tirer ces conclusions extrêmes. Dans certaines conditions pathologiques, les lavements alimentaires constituent une ressource thérapeutique importante,

mais il convient de savoir exactement ce que l'on peut en attendre.

Il est bien certain que l'eau et les sels sont parfaitement absorbés par le rectum; lorsque pour une cause ou pour une autre l'introduction du liquide par la voie gastrique est suspendue, il est facile de faire pénétrer par le rectum la quantité d'eau nécessaire à l'entretien de la vie; à cet égard les lavements peuvent remplacer en partie les injections sous-cutanées de sérum artificiel. Il est toutefois utile de mesurer chaque jour la quantité totale des urines lorsqu'un malade reçoit l'eau qu'il doit absorber seulement par le rectum. Il faut prendre garde que, sans en avoir la notion, le malade ne perde une grande quantité de l'eau introduite en allant à la selle trop souvent; le niveau des urines dans le bocal où on les recueille, permet de connaître exactement la quantité d'eau qui a été absorbée par l'intestin; les urines ne doivent jamais tomber au-dessous de 500 centimètres cubes par vingt-quatre heures. Pour assurer l'hydratation de l'organisme, nous employons en général les lavements composés de 250 grammes d'eau légèrement salée, que l'on administre trois à quatre fois par jour.

Lorsque l'on veut donner à ces lavements d'eau une certaine valeur alimentaire, on peut les additionner d'une petite quantité de peptone, mais nous préférons les lavements alimentaires aux œufs. On bat soigneusement un ou deux œufs, blanc et jaune, dans un peu d'eau froide jusqu'à ce que l'albumine ne file plus; on ajoute alors 250 centimètres cubes d'eau tiède et 2 grammes de sel par œuf. Le sel paraît jouer un rôle important en modifiant la forme des mouvements péristaltiques et en étendant les lavements sur une plus grande surface de la muqueuse intestinale; l'absorption des substances alimentaires peut être ainsi un peu plus active. On peut même, dans certains cas, remplacer dans ce lavement l'eau par une quantité égale de lait. Mais nous ne sommes pas très partisans des formules complexes. Les lavements alimentaires trop riches en substances nutritives, sont trop souvent mal gardés; ils provoquent volontiers l'irritation du rectum; le résultat est non seulement d'empêcher l'absorption des lavements trop riches en substances alimentaires, mais même de rendre impossible l'utilisation des injections rectales de la solution chlorurée sodique. La voie rectale se trouve dès lors fermée même à la simple hydratation.

Somme toute, nous considérons que, lorsqu'on a recours aux lavements alimentaires, il faut bien savoir que le malade se trouve de fait à un régime d'inanition à peu près complet; il faut donc ne les employer qu'en présence d'une indication absolument nette de suspendre l'alimentation gastrique, et veiller à deux choses, tout d'abord à assurer une absorption d'eau suffisante, et ensuite à ne pas provoquer d'inflammation rectale par l'usage de solutions ou d'émulsions de substances nutritives trop concentrées et trop irritantes.

DERMATOLOGIE

TRAITEMENT GENERAL DES DERMATOSES.

Par M. le Dr. Bussières.

Le traitement des maladies cutanées a subi longtemps l'influence des préjugés populaires, et aujourd'hui encore il n'en est pas complètement dégagé. C'est parce qu'ils sont imbus de ces opinions que les malades demandent toujours un dépuratif, réclament de l'arsenic, sollicitent un régime sévère quelle que soit l'affection dont ils sont atteints. La thérapeutique se borne, pour eux, au traitement interne. Quant au traitement externe, ils s'en inquiètent fort peu et il est inconnu de bon nombre de médecins.

Cette opinion, comme tous les préjugés populaires sur la médecine, est le reflet et l'exagération d'une ancienne doctrine médicale: la doctrine de Bazin.

Bazin attribuait la plupart des dermatoses à des diathèses: arthritisme, herpétisme, scrofule, syphilis, qu'il considérait comme des maladies bien déterminées. Chaque diathèse comportait, pour Bazin, un traitement interne spécial. Il n'ignorait pas

cependant pas les traitements externes, puisque c'est lui qui a établi la nature parasitaire de bon nombre de maladies, la teigne par exemple, pour laquelle le traitement externe est tout. Mais il était en rivalité implacable avec Hébra, et Hébra préconisait le traitement externe dans les dermatoses. Aussi, ces deux savants, chacun de son côté, l'un en France, l'autre en Autriche, exagéraient un peu leurs doctrines par esprit de contradiction, et les deux Ecoles dont ils ont été les chefs ont poussé à l'extrême l'opinion de leurs maîtres respectifs.

Commençons par le plus ancien des traitements, le traitement interne. Il faut dire, tout d'abord, qu'en dermatologie, il n'y a pas de panacée et que le nombre des médicaments est si considérable qu'il est impossible de les passer tous en revue. Je signalerai les principaux.

En première ligne, et en suivant l'ordre chronologique, je citerai le mercure. Les anciens employaient les frictions mercurielles. L'usage interne du mercure dans la syphilis date du XVII^e siècle. On sait que François I^{er} employa les pilules de Barberousse. Le mercure ne se donne guère à l'intérieur que dans la syphilis; cependant, les injections sous-cutanées de sels insolubles peuvent agir dans certaines tuberculoses locales, notamment le lupus: on obtient ainsi des améliorations, mais non des guérisons complètes.

L'iodure de potassium fut d'abord employé d'une façon obscure, puis introduit en thérapeutique par Coindet et Wallace. Mais il doit sa fortune à Ricord, qui en vulgarisa l'emploi dans la syphilis tertiaire, où son action est bien connue. Il favorise la résorption des scléroses et a une heureuse influence dans les cas de ralentissement de la nutrition en favorisant les échanges nutritifs. Son

ploi dans le psoriasis est peut-être dû à ce que celui-ci est assez souvent accompagné de rhumatisme chronique. Les médecins danois, notamment Haslund, l'ont donné à des doses colossales, jusqu'à 20 et 40 grammes par jour, et il paraît avoir été assez bien toléré, du reste. C'est un fait d'expérience que les fortes doses sont souvent mieux supportées que les petites.

Dans l'actinomyose, à la dose de 4 à 6 grammes par jour, il a une action presque spécifique qu'on a pu attribuer à une incompatibilité entre l'iodure et l'actinomyose, comme dans l'expérience de Raulin entre l'aspergillus niger et les sels d'argent. Or, comme on peut cultiver l'actinomyose dans un milieu artificiel riche en iodure de potassium, il faut bien admettre que l'action du médicament est plus indirecte, qu'elle s'exerce par une modification du milieu vivant et qu'il en est probablement de même des autres médicaments spécifiques comme le mercure dans la syphilis.

Dans l'érythème polymorphe, les résultats obtenus ont été variables et inconstants.

En résumé, il trouve son utilité dans bien des dermatoses où domine l'artério-sclérose, un ralentissement de la nutrition; il est nuisible dans d'autres, telles que le cancer, le pemphigus, la dermatite herpétiforme.

L'arsenic a d'abord été employé par les Anglais et introduit en France par Bielt; il jouit de la réputation de guérir beaucoup de dermatoses, et nombre de médecins croient avoir tout fait quand ils ont prescrit de l'arsenic. Aujourd'hui, il commence à être singulièrement battu en brèche, surtout en Angleterre, où il a eu sa première vogue. C'est un remède très utile, mais son action paraît limitée à certains cas. On peut l'administrer par la bouche ou en injections sous-cutanées.

Dans le psoriasis, son action est très nette et il peut souvent à lui seul faire disparaître l'éruption; aussi est-il souvent utile seul ou comme adjuvant du traitement local quand celui-ci n'est pas toléré ou est insuffisant. Pas plus que la médication locale, la médication arsenicale ne met à l'abri des rechutes du psoriasis, et son administration trop prolongée peut amener des accidents d'intoxication arsenicale chronique.

Dans le pemphigus bulleux chronique, l'arsenic est un des plus rares médicaments qui agissent. Sous son influence, on voit l'éruption diminuer ou même disparaître; mais il faut continuer l'usage du médicament, il faut même augmenter les doses peu à peu sous peine de voir l'éruption reparaître, et l'on arrive ainsi à l'intolérance gastrique si l'arsenic est donné par la bouche, à l'intoxication chronique dans tous les cas.

Les sarcomes blancs généralisés rétrocedent, disparaissent presque par le traitement arsenical surtout par voie sous-cutanée, mais ici plus tôt et plus sûrement que dans le pemphigus; il vient un moment où il faut suspendre le traitement sous peine d'empoisonner son malade, et le sarcome reparaît avec ses conséquences fatales.

Le lichen plan, les aczéma secs localisés et chroniques relèvent également de l'arsenic qui, ne les guérit pas toujours, en guérit cependant un bon nombre.

Enfin, à titre de tonique et à faible dose, l'arsenic rend des services dans les dermatoses liées à l'anémie ou à la déchéance organique.

La médication arsenicale a cependant ses inconvénients. Outre les troubles gastriques et intestinaux qui sont très communs, il peut aussi survenir des accidents d'arsenicisme chronique quelquefois très éprécoces. Les plus fréquents et un des plus précoces est l'hyperémie conjonctivale avec démangeaisons des yeux, sensation de sable, larmoiement. Ensuite viennent l'érythème des paumes et des plantes avec sensation très pénible de chaleur, de fourmillement, d'engourdissement, l'hyperkératose palmaire et plantaire avec hyperhidrose, la melanodermie généralisée.

Pour éviter tous ces inconvénients, on a préconisé récemment d'autres préparations arsenicales telles que les cacodylates. Il est certain que sous forme d'acide cacodylique on peut donner des doses d'arsenic dix et vingt fois plus fortes que sous forme d'acide arsénieux ou d'acide arsenique, et cela sans aucun des inconvénients ou des dangers de la médication arsenicale ancienne. C'est qu'aussi ce n'est pas de l'arsenic qu'on donne, c'est du cacodyle, c'est un corps différent. La molécule cacodylique ne se dissocie pas dans l'organisme et elle s'élimine par les urines sous forme de cacodyle. Bien que le cacodyle contienne de l'arsenic, il n'est pas plus de l'arsenic que le ferrocyanure de potassium n'est de l'acide prussique.

Cette différence profonde se retrouve au point de vue thérapeutique et bien qu'on ait rapporté des succès de la médication cacodylique dans le psoriasis ou d'autres dermatoses, je n'en ai pour ma part pas encore constaté de concluants. Bien plus, dans quelques cas où l'efficacité de l'arsenic m'avait été démontrée par des traitements antérieurs, les cacodylates n'ont donné aucun résultat et j'ai été obligé de revenir à l'acide arsénieux malgré ses inconvénients.

Le soufre s'emploie plutôt à l'extérieur; il n'est cependant pas sans utilité comme médicament interne dans l'acné pustuleux, les séborrhées, les tuberculoses locales, les scrofulides, les syphilides tertiaires; il est contre-indiqué dans toutes les dermatoses aiguës ou irritables. Il se donne en nature, sous forme de pilules de sulfure de calcium, de sirop sulfureux de Grosnier, d'eaux minérales sulfureuses. Cette dernière forme est certainement la plus active surtout quand les eaux sulfureuses sont prises à la source, à Luchon, Cauterets, Ax, Eaux-Bonnes, etc. Mais c'est qu'alors le médicament n'est pas seul; il est accompagné, aidé d'une foule de circonstances, l'altitude du lieu, le grand air, la vie plus active, l'éloignement des occupations, la plus grande attention que porte le malade à sa santé et à son traitement.

Les tuberculoses locales, même dans les syphilides tertiaires. Son résultat est mauvais dans les manifestations cutanées d'origine nerveuse.

Les alcalins agissent chez les uricémiques; on les emploie sous forme de bicarbonate de soude, d'eaux alcalines, eaux de Vichy.

L'huile de foie de morue agit chez les enfants scrofuloux ou lymphatiques, dans les tuberculoses locales.

La thyroïdine, fort employée pendant un temps en Angleterre pour le psoriasis et le lupus, paraît maintenant bien négligée. Elle reste héroïque dans les eczémas liés au myxœdème.

En dermatologie, le régime est une grande question sur laquelle le médecin doit avoir une opinion. Pour les malades, le mot régime signifie seulement alimentation; tous le réclament avec insistance, les galeux, les phtiriasiques aussi bien que les eczémateux. Il est très utile, précieux, indispensable dans certains cas, inutile dans d'autres. L'importance qui lui est donnée peut être rattachée à l'observation de trois ordres de faits:

1. On a remarqué que certains aliments, tels que les fraises, les coquillages, les crustacés, le poisson, donnent quelquefois, chez certains individus, de l'urticaire et à la longue de l'eczéma. Chez d'autres sujets, des idiosyncrasies plus restreintes entrent en jeu, et on a vu se développer ces affections après ingestion de veau, de charcuterie, d'œufs, etc.

2. On a observé que certains aliments augmentent le prurit dans les dermatoses prurigineuses ou le produisent dans les affections cutanées non prurigineuses. Ce sont souvent les mêmes aliments que ceux énumérés plus haut. Il faut y ajouter, en premier lieu, l'alcool, par exemple; le psoriasis, généralement indolent, devient prurigineux chez les alcooliques; puis le café, les épices, les écrevisses, le pâté de foie gras, le gibier faisandé, etc. Mais toutes ces causes agissent d'une façon complexe.

3. Enfin, on a noté que certaines dermatoses sont produites ou aggravées par un régime défectueux, soit parce qu'il est trop abondant, soit parce qu'il est trop recherché, surtout si concurremment l'hygiène générale est également défectueuse.

C'est de ces trois groupes de faits que dérivent tous les régimes. Il n'y a pas de régime spécial pour les dermatoses, mais il y a un régime spécial pour chaque malade. Ce régime est dicté, d'une part, par sa dermatose; d'autre part, par ses autres manifestations morbides, actuelles ou à prévoir, héréditaires ou personnelles.

Mais l'alimentation n'est qu'une partie du régime; il comprend encore la manière de vivre: l'hygiène.

L'hygiène comprend:

I. Une juste proportion entre les recettes et les dépenses de l'organisme: l'adulte doit régler ses recettes alimentaires sur ses dépenses organiques, à l'inverse de ce qu'on doit faire en matière financière. Trop souvent chez les adultes et plus souvent encore chez les enfants, l'alimentation est excessive. Dans ce qu'on mange, a dit un auteur ancien, il faut faire trois parts: une pour les besoins du corps, une pour la gourmandise et une pour la préparation des maladies à venir.

II. En dehors même de cette question de proportionnalité, un exercice suffisant est nécessaire à une bonne hygiène. Il est des malades qui mangent fort peu justement parce qu'ils mènent une vie trop sédentaire, et ce manque d'exercice a pour conséquence des troubles digestifs nerveux, circulatoires et cutanés. On peut guérir certaines constipations avec des haltères et certains eczémas avec la bicyclette.

III. Mais le pur et simple exercice musculaire n'est pas tout; des exercices violents ou un travail pénible dans la maison ne suffisent pas toujours. Il faut souvent y ajouter le grand air; c'est pourquoi la marche, l'équitation, le canotage rendront souvent des services qu'on n'obtiendrait pas par la gymnastique ou l'escrime.

IV. La neurasthénie, la dépression morale, la fatigue mentale, le surmenement intellectuel sont souvent la cause de dermatoses d'origine nerveuse. A ces malades, il faut conseiller un déplacement, un changement d'air. La nature de ce déplacement varie naturellement suivant les cas. Tel malade a besoin de distractions et mourra d'ennui dans la solitude, qui sera bienfaisante et reposante pour tel autre. Le bord de la mer est généralement excitant et ne convient pas aux gens nerveux et agités; quelques-uns cependant s'en trouvent bien et une longue traversée en mer est parfois un puissant sédatif du système nerveux à cause de l'isolement complet du monde extérieur. Le séjour dans la montagne, à une altitude suffisante, 800 à 1,000 mètres, exerce d'habitude une action calmante des plus remarquables; mais quelques malades éprouvent dans les vallées montagneuses, quelle que soit l'altitude, une véritable oppression, une sorte de claustrophobie. Souvent, il suffit d'envoyer simplement les malades à la campagne.

En résumé, le traitement général des maladies de la peau est, comme vous voyez, une question de médecine générale; il n'est pas dictée uniquement ni même principalement par le simple diagnostic de l'éruption, mais aussi et surtout par l'étiologie et l'état général du malade.

(Jour. de Méd. de Bordeaux).

NOUVELLES

FEU LE DR. JOSEPH THEBERGE.

Le Dr. Joseph Théberge, décédé le 9 courant à l'âge de 71 ans à Montmagny, pratiqua comme médecin durant au-delà de quarante années.

Il avait épousé en première noces mademoiselle Delphine Poliquin, de Portneuf et était le frère de M. Severe Théberge, avocat, de Saint-Joseph de Beauce.

Sa bonne réputation et son dévouement étaient bien connus dans tout le district de Montmagny.

En secondes noces, il avait épousé mademoiselle Aurélie Michon, sœur de M. Etienne Michon, pharmacien, de Montmagny.

Les funérailles ont eu lieu samedi dernier.

Nous offrons à la famille éplorée, nos sympathiques condoléances.

FEU LE DR. GEO. FR. PREVOST.

Le Dr. Geo. Frs. Prevost, de cette ville, est mort jeudi dernier, à sa résidence, rue Sainte-Elisabeth, après deux jours de maladie seulement.

Le défunt a succombé à une congestion de poumons. Il laisse pour déploré sa perte, outre une femme et des enfants, un cercle nombreux d'amis sincères que son décès plonge dans le deuil.

Nos sincères sympathies.

SUPPLEMENT

DE LA VARIOLE ET DE SON ANTIDOTE LE SULFHYDRAL.

Traitement. — J'ai dit dans un de mes précédents articles que le sulfhydral était l'antidote de la variole.

Voici la manière de l'employer chez les enfants comme chez les grandes personnes.

Première Règle. — "Il faut commencer le traitement, aussitôt que l'on soupçonne la maladie. —"

En temps d'épidémie surtout, quelques frissons suivis de fièvre et de douleurs vives dans la tête, en dehors de quelque symptôme qui indique une localisation évidente de l'affection, seront un motif suffisant pour établir la médication qui, commencée à temps, sera presque toujours capable de dissiper rapidement les symptômes fébriles de l'invasion et d'éviter l'éruption, détruisant ainsi les éléments qui l'engendraient.

Deuxième Règle. — " — Le traitement doit être conduit de manière à saturer l'organisme du médicament parasiticide. —"

Il est évident que les agents pathogènes se répandant dans tous les tissus et envahissant tous les organes, il est nécessaire de donner le sulfhydral en quantité telle que l'organisme en soit imprégné.

Troisième Règle. — " — L'organisme doit toujours être conservé dans cet état de saturation, jusqu'à la certitude d'avoir obtenu l'effet désiré. —"

Si on n'agissait pas ainsi, les germes qui n'auraient pas été détruits, profiteraient de l'armistice qui leur serait offert, et continueraient hardiment l'invasion, en bénéficiant de notre imprévoyance, et en rendant inutiles les efforts déjà faits.

De plus, le sulfhydral ou l'acide sulhydrique qui s'en dégage, s'éliminant rapidement par la peau et par les poumons, si nous cessions l'administration du médicament, nous laisserions en quelques minutes l'organisme complètement désarmé contre les ennemis qui l'envahissent.

Quatrième Règle. — " — L'éruption même commencée, on peut la faire rétrograder, en tant qu'il n'y a pas d'effusion du liquide dans les boutons, c'est-à-dire tant que les taches n'ont pas de tête. —"

Dans ce cas, le résultat est beaucoup plus douteux pour faire disparaître complètement l'éruption.

Cependant avec un traitement rigoureux, l'éruption peut être de beaucoup réduite et transformée de confluyente en discrète; elle peut même être diminuée au point de rester réduite à une varicelle ou même à moins.

Les symptômes généraux disparaissent promptement; on évite la fièvre secondaire qui monte parfois à 41 ou 42 degrés et le malade supporte la maladie avec autant de facilité que si c'était une simple démangeaison.

Cinquième Règle. — "La pustulation accomplie, le sulfhydral pourra encore éviter des complications, détruire la mauvaise odeur, abattre consi-

dérablement la fièvre et atténuer la gravité de la maladie en hâtant la dessiccation, mais il ne pourra sitôt la réduire entièrement dans sa marche ni d'une manière aussi visible. —"

Ici encore n'est-ce pas un grand bienfait que d'éviter les complications facheuses qui arrivent à ce moment.

Sixième Règle. — "Le sulfhydral étant une substance d'une odeur désagréable, et devant être pris à petites doses souvent répétées, la préparation la plus convenable est le granule contenant un centigramme de substance active. —"

Le malade en effet les prend avec la plus grande facilité, et comme ils sont très solubles, on peut répéter les doses à de très courts intervalles.

Septième Règle. — " — Le sulfhydral doit également faire la base d'une pommade ou glycérolé pour être employé extérieurement. —"

Inutile de dire pourquoi.

Huitième Règle. — " — L'intensité du traitement doit être en rapport avec ce qu'on prétend obtenir. —"

Si le malade est encore dans la période d'invasion, sans taches ou en petite quantité, il ne faut pas perdre un instant et donner tous les quarts d'heure un granule de sulfhydral sans aucune interruption.

S'il y a déjà des taches, on se propose ou bien de faire reculer la maladie, ou bien de l'atténuer: dans le premier cas, il faut donner encore le sulfhydral de quart d'heure en quart d'heure; dans le second, les mêmes doses à des intervalles d'une demi-heure ou d'une heure, selon la diffusion de l'irruption et le degré d'atténuation que l'on désire.

Tel est le traitement de la variole, adopté par la plupart des médecins. dosimètres.

Comme il est facile de le voir, le nombre des doses n'est pas limité. On doit donner un granule chaque fois et poursuivre l'administration jusqu'à l'effet désiré.

En attendant je dois dire que le maximum de saturation est indiqué par un vomissement bilieux, précédé d'une pesanteur dans l'estomac.

On peut toujours administrer le médicament jusqu'à la dose de 1 gramme par jour, soit vingt granules.

Lorsque apparaissent les nausées et quand l'oppression gastrique est mal supportée, il ne faut pas interrompre pour cela l'administration du sulfhydral, ce qui équivaldrait à inutiliser l'effet déjà obtenu, mais il ne faut le donner alors que de demi-heure en demi-heure, ce qui suffit généralement pour dissiper les signes d'intolérance.

Au bout de quelques heures il faut redonner le médicament tous les quarts d'heure, profitant ainsi de tous les moyens pour conserver l'économie dans cet état de saturation médicamenteuse, en dehors duquel le succès devient complètement douteux.

(La Dosimétrie.)

(A Suivre.)

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Le pays de Quakers, dit Sir Georges.

—Le pays c'est possible mais le roman loin de là. Figurez-vous une histoire pompadée, jardée, sentant son feuilleton à une lieue et dans lequel on parle d'une jeune fille trompée, séduite par un faux amoureux qui disparaît ensuite sans laisser de traces.

—Ceci est le vieux murmura un gros écossais.

—Tiens, s'écria O'Brien, j'ai vu à Paris une pièce qu'on nommait je crois le "Nouveau jeu."

—C'est pas cela, dit l'écossais c'est du vieux jeu, que je parle et non pas du nouveau.

—Ce roman a l'air fort hypnotique dit Lord Dallshire, vous devriez le recommander aux personnes atteintes d'insomnies, comment le nommez-vous ?

—Je ne le nomme pas, Milord, fit Bymme en fixant Dallshire, c'est l'auteur qui l'a appelé ainsi et non pas moi.

—Yoyons tout de même? dit Dallshire en riant.

—On le nomme fit Bymme en appuyant sur les mots..... on le nomme:

NELLY BROWN.

—Bravo s'écrièrent tous les clubmen, nous ne manquerons pas de l'acheter. Puis ils se dispersèrent dans les différentes salles du Club.

—Seul Dallshire avait tressailli, ce nom qu'il n'osait prononcer même en son cœur, venait de le bouleverser terriblement. Pour cacher son émotion il suivit les autres mais fut longtemps avant de pouvoir se remettre.

Le major Bymme, le regarda s'éloigner et s'approchant de Georges Brown:

—Il ne serait pas étonnant que Jimmy eut raison, dit-il, Lord Dallshire a tressailli lorsque j'ai prononcé le nom de Nelly Brown.

XVI.

Ce soir là, Lord Dallshire retourna chez lui dans un état de surexcitation indescripti-

ble. Il avait beau torturer son cerveau, il avait beau chercher pourquoi Bymme avait prononcé ce nom qu'il redoutait tant, il lui était impossible d'arriver à une solution.

—Brown, murmurait-il, Nelly Brown, mais c'est là un nom que l'on rencontre par milliers non seulement en Grande Bretagne, mais aussi aux Etats-Unis et dans toutes les Colonies Anglaises. Il est impossible que l'horrible passé, passé qui rongé ma vie toute entière ait été découvert. Car d'après les recherches que j'ai faites, la mort de la pauvre enfant a été entouré d'un si grand mystère que personne n'a su rien y comprendre. On a bien cherché dans les classes moyennes de la société, mais nul n'a osé jusqu'à ce jour, jeter ses soupçons sur un membre de la Chambre des Lords. Non... c'est impossible je suis le jouet d'un cauchemar la "Nelly Brown" du Major Bymme, ne saurait être celle de "Garry Fen."

Durant toute la nuit il ne put fermer les yeux, obtenir quelques secondes de sommeil. Cette fois l'alcool et la morphine ne servirent qu'à surexciter son système nerveux et à maintenir l'insomnie dans laquelle il se trouvait.

Dès le jour il fit sa toilette et après avoir fait seller son cheval favori, il s'en fut faire une promenade dans le Hyde Parc. Mais l'air ne lui donna pas plus d'appétit que la morphine ne lui avait donné de sommeil. Vers les neuf heures il partit et s'en fut s'informer dans les plus grandes librairies à propos du livre de "Nelly Brown" mais partout où il se présenta l'œuvre était inconnue. Il fit télégraphier aux Etats-Unis, à Montréal, à Melbourne, mais toujours avec le même résultat.

—C'est étrange, se dit-il, si l'ouvrage n'existait pas, le Major Bymme n'en aurait pas parlé, a moins toutefois que ceci soit un piège dans lequel on ait essayé de me faire tomber.

Cette pensée fit tressaillir le faux Donald Lington.

—Il est incontestable que quelque chose d'extraordinaire se passe, les morts ne sortent pas en vain de leur tombe. Il faut à tout prix éviter le danger et même si ce danger n'existe pas, la prudence la plus élémentaire m'enseigne de me mettre sur mes gardes.

Lord Dallshire sonna Jimmy qui se hâta de répondre à l'appel de son maître.

—Allez dire à Milady Dallshire que je désire lui parler à l'instant.

Florence ne fut pas peu étonnée de cette demande et c'est avec la plus grande appréhension qu'elle reçut son mari. Lorsqu'ils furent seuls, Dallshire engagea la conversation.

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 23 MARS,

No. 39

Travaux Originaux

DE LA NECESSITE DE L'INTERVENTION DU CHIRURGIEN-DENTISTE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

Par M. le Dr. Hardouin Lionais,
D.D.S., I.D.S.

Nous poserons d'abord pour principe qu'il n'est pas de sujet en bonne comme en mauvaise santé, dont l'appareil dentaire soit sain dans le sens le plus absolu du mot.

Ce n'est pas en nous adressant à des médecins que nous craignons d'être contredits sur ce point.

L'appareil dentaire exige des soins continuels de l'homme en santé. A plus forte raison en demande-t-il quand il est exposé chez un malade à maintes accidents causés et par la nature de son mal et par la nature du traitement dont il est l'objet.

Or chez les syphilitiques, il y a lésions de la muqueuse buccale, déchaussement des dents, décollement des gencives, salivation excessive ou quelq' autre irritation et parfois même plusieurs de ces maux ensemble.

On comprend que, dans ces conditions, avec un traitement mercuriel surtout, il est de toute nécessité de faire intervenir le dentiste pour enrayer un mal qui souvent nécessite un arrêt momentané dans le traitement du syphilitique.

Malheureusement, le médecin, nous ne saurions dire si le cas est plus spécial au Canada, mais ici en général le médecin éprouve quelque méfiance à l'égard du chirurgien-dentiste et n'aime pas à lui confier son patient pour les soins que réclame la bouche d'un syphilitique.

S'il ne s'agissait que de cautériser et d'a-septiser les plaies, le médecin pourrait absolument se passer du dentiste, mais il ne nous sera pas difficile de démontrer que dans les affections de la bouche d'un syphilitique, le médecin a intérêt à recourir à la science du dentiste.

Pendant la durée de la syphilis, mais tout spécialement pendant le cours de la première période, les lésions à la muqueuse buccale se montrant relativement assez souvent sous la seule influence de l'état d'infection de l'organisme en général. Mais il n'est pas douteux que ce sont les causes d'irritation locales, ayant pour la plupart, leur siège dans les dents, qui sont responsables de la présence et surtout de la persistance dans la bouche des ulcérations syphilitiques.

Il en est de même des phénomènes d'intolérance, la salivation mercurielle, qui sont si souvent la cause de l'interruption du traitement, et qui n'ont en réalité, le plus souvent, d'autres origines que les lésions préexistantes des gencives, de la muqueuse de la joue, de la langue et du palais.

Ces lésions sont toujours occasionnées soit par la mauvaise condition de la dentition, ou par toute autre cause mécanique, capable de les produire. Donc, tout en ne s'occupant pas des autres causes d'irritation extérieures, telles que le tabac, l'alcool ou autres irritants, dont l'influence sur la production des phénomènes morbides dont nous venons de parler, ne se trouve pas contestable, le système dentaire est celui où il faut surtout chercher, pour pouvoir les combattre, les causes des lésions buccales chez les syphilitiques.

Après en avoir énuméré les plus importantes et indiqué leur traitement, la justification de l'intervention du chirurgien-dentiste dans ces cas deviendra évidente IPSO-FACTO. Je désirerais que l'on ne se méprenne pas sur le sens des quelques remarques qui suivent. Je n'ai aucune intention d'aborder le traitement de la syphilis, ce sujet est hors de mon domaine et de ma compétence. Je tiens seulement à démontrer que l'intervention du chirurgien-dentiste dans le traitement de la syphilis devient nécessaire pour la santé, le confort et le bien-être du patient en ce qui concerne l'hygiène buccale, durant le cours de la maladie.

Voyons d'abord les causes les plus fréquentes qui peuvent occasionner des lésions.

Les racines coupées ou cassées au niveau de la gencive sont une source d'irritation constante, non seulement chez le syphilitique, mais chez l'homme en santé. Elles entretiennent une plaie sur la gencive qui les entoure, généralement les débris de pulpe en putréfaction suppurent, irritant ainsi les tissus environnants. Ces racines sont presque toujours entourées de tartre qui décolle la gencive, leurs bords rugueux et tranchants produisent des excoriations sur les joues, la langue, les lèvres, qui sont vite infectées.

Les dents affectées d'une ou plusieurs cavités sont également irritantes pour les muqueuses qui viennent en contact avec leurs bords tranchants. Dans cette classe il faut ajouter les dents qui ont été mal obturées ou dont la matière obturatrice a subi du retrait ou de l'usure, laissant ainsi libres les bords de la cavité.

Il faut noter qu'à l'état normal les dents présentent des bords mousses et des angles arrondis. Il n'est pas rare de voir dans beaucoup de bouches, une véritable usure de leur surface triturante, qui rend ces bords et ces angles coupants. Ces conditions se font immédiatement sentir par la production de plaies sur la langue et sur les joues.

Le décollement de la gencive au collet des dents est surtout dû à la présence du tartre.

On comprend que dans ces conditions le terrain est tout préparé, chez le syphilitique pour le développement des ulcérations caractéristiques de son mal. Il existe peu de bouches qui soient exemptes de tartre et quelques parcelles sont suffisantes pour produire des gingivites graves, même indépendamment de toute affection générale.

Le décollement de la gencive au collet des autour de la troisième molaire inférieure est aussi à noter. Il arrive assez souvent que la gencive au lieu de subir le retrait ordinaire et d'adhérer au collet, reste flottante. Il se présente presque invariablement que ce point devient le siège d'ulcérations rebelles et, souvent même la gencive œdématisée se relève en capuchon au dessus de la dent, et, la dent antagoniste la comprimant pendant la mastication, devient le siège de douleurs très vives.

Pour les mâchoires dont l'arc est peu développé, la dentition est conséquemment très irrégulière, on voit souvent quelques unes des dents, principalement les molaires, faire saillie soit au dehors, soit en dedans de la courbe. Il arrive assez souvent alors que la dent déviée fasse une dépression assez marquée sur la langue ou se creuse une véritable loge dans la joue. Dans ce dernier cas, et surtout sous l'influence de la médication mercurielle, la muqueuse ne tarde pas à s'ulcérer et à s'œdématiser au point de recouvrir la dent entière. Il en est ainsi pour les canines situées en dehors de l'arc, leur forme pointue irrite continuellement la muqueuse de la lèvre et nous avons là aussi, souvent de l'ulcération.

Constatons en dernier lieu que les pièces de prothèse mal faites et aussi mal ajustées sont la source d'irritation continuelle. Il en est ainsi des ponts et des couronnes mal construites ou mal posés.

Les malades qui portent des pièces en or, en aluminium, en platine, ou en celluloïde devraient s'en dispenser pendant le traitement mercurielle.

Toutes les causes d'irritation que nous venons de constater peuvent, à elles seules, produire des lésions plus ou moins profondes, il

est évident et on le comprendra, que l'action spéciale du mercure sur la muqueuse buccale rend ces ulcérations presque inévitables en leur créant un terrain favorable.

Ces effets se produisent surtout dans la médication mercurielle intensive. Les racines deviennent douloureuses et souvent l'on voit des poussées de périostite sur les racines des dents, infectées peut-être, mais dont l'état morbide ne s'était encore montré par aucun symptôme.

Sur les tissus mous qui entourent la dent, l'action du mercure se manifeste, même dans les bouches saines en apparence, pas l'ébranlement et l'irritation générale des dents. En regardant de très près cette bouche, saine en apparence, on découvrira une couche (très mince peut-être) de tartre qu'il suffira d'enlever pour que ces deux accidents disparaissent.

Il faut aussi reconnaître chez certains individus, la susceptibilité toute spéciale de la muqueuse buccale. Une simple irrégularité des dents, une brèche dans l'arcade, sont parfois suffisantes pour faire apparaître une ulcération et l'entretenir tant que la main du chirurgien-dentiste n'a pas corrigé les défauts de l'appareil dentaire. Le traitement pratique des ulcérations de la bouche découle naturellement des causes qui les ont produits. Il faut que toute cause d'irritation disparaisse chez le sujet atteint de la syphilis.

Il est très important, nous dirons même nécessaire que cette cause disparaisse avant que le traitement mercuriel soit commencé.

Premièrement, il faut que les dents soient scrupuleusement nettoyées, l'enlèvement minutieux du tartre viendra ensuite, s'il est préférable de faire cette dernière opération en deux ou trois séances. De cette façon on évitera une nouvelle cause d'inflammation dans une bouche déjà plus ou moins irritée. Ceci fait, les gencives devront revenir à leur état normal, c'est-à-dire fermes, rosées et bien attachées au collet des dents. Si elles demeurent congestionnées, saignantes, et décollées, il faut faire une cautérisation énergique au

thermocautère et prescrire un dentifrice liquide astringent.

Pour le traitement des racines dépourvues de couronnes, les opinions des auteurs sont partagées. Faut-il les extraire ou non? Il faut savoir choisir un juste milieu. Les racines qui ont un abcès à l'apex, celles qui sont fracturées sur leur longueur devraient toujours être extraites, la plaie se cicatrisant très vite. Celles qui sont saines devraient recevoir une couronne en porcelaine, après traitement des canaux. L'extraction d'une racine saine est injustifiable.

La couronne des dents usées par la mastication devra être polie à la meule ou au papier émeri, ou les cavités complètement obturées. Toute aspérité, tout bord tranchant doit disparaître. Les dents déviées faisant saillie dans les joues ou à l'intérieur de la bouche devraient être extraites, si elles sont absolument inutiles à la mastication, sinon elles devraient être dévitalisées, si saines, puis usées à la meule de manière à ce qu'elles soient en ligne avec les autres dents avoisinantes, et enfin couronnées avec des couronnes en porcelaine construites de manière à rendre la dent non irritante et utile à la mastication.

La destruction de la gencive malade autour de la dent de sagesse doit se faire au thermocautère. Si, malgré le traitement, la plaie persiste et si l'on ne peut dégager la dent d'une façon suffisante, l'extraction devient nécessaire pour mettre fin aux accidents, mais on ne devra avoir recours à ce moyen radical qu'après avoir épuisé tous les autres moyens connus.

Il faut combler tous les vides laissés par l'ablation des dents, si ces vides sont une cause d'irritation pour la langue, les joues ou les lèvres, ainsi qu'ils le sont dans la plupart des cas. On devra aussi remplacer toute pièce de prothèse devenue défectueuse, et par conséquent, irritante pour les tissus avec lesquels elle vient en contact.

Il ne faudra pas que le rôle du dentiste

s'arrête là. Il est nécessaire qu'il intervienne souvent durant le cours du traitement pour l'entretien de la bouche. Dès qu'une plaie apparaîtra sur la muqueuse, il faudra en rechercher la cause, une fois celle-ci supprimée, la plaie guérira vite.

L'entretien de la bouche du syphilitique est un des points les plus importants sur lequel l'attention du praticien se portera afin de conseiller les soins journaliers à apporter. Il faut d'abord exclure toute poudre dentifrice qui n'est pas absolument soluble. En effet, au moment de son application, elle blesse la gencive, de plus elle est retenue dans l'interstice des dents, où elle vient s'ajouter aux résidus alimentaires et muqueux, et entretient l'irritation de la gencive d'une façon continue. L'usage de savon ou pâtes dentrifrices est préférable, suivi d'une solution antiseptique.

La brosse devra être très molle, afin qu'elle ne blesse pas. On devra en faire usage régulièrement trois fois par jour après les repas, si possible. Lorsqu'il existe une inflammation aigue de la muqueuse il est bon de faire plusieurs lavages de la bouche par jour avec une solution antiseptique chaude, l'usage de la GLYCO-THYMOLINE à 50 pour cent dans ce cas donne d'excellents résultats.

Quoique les faits que nous venons d'exposer soient très bien connus des médecins, un trop grand nombre d'entre eux n'insistent pas suffisamment dans leur traitement, sur les soins à donner à la bouche du malade. Aussi sont-ils souvent forcés de discontinuer leur traitement à cause des accidents. Le médecin qui enverra son client chez le dentiste pour lui faire mettre la bouche en état de soutenir le traitement mercuriel, s'évitera beaucoup d'ennuis, et améliorera plus rapidement la condition de son malade. En enlevant avant de commencer le traitement, toute cause d'irritation locale et en soumettant ensuite la bouche à une antiseptie parfaite, on évitera à la fois, et la salivation et le gonflement si

douloureux des gencives et des autres muqueuses de la bouche.

Montréal, février 1904.

—: o:—

Revue des journaux

MEDECINE

LA CLASSIFICATION DES DYSPEPSIES,

Par M. le Dr. Docq,

Chef de service des maladies de l'estomac à la Policlinique Centrale.

Depuis les quinze années qui viennent de s'écouler, nos connaissances sur les maladies du tube digestif et particulièrement sur celles de l'estomac se sont considérablement étendues. Les nombreux travaux de Lube Ewald, Reigel Boas et autres en Allemagne, de Germain Sée, Hayem, Bouveret, Robin, Mathieu et leurs élèves en France ont jeté une vive lumière sur le fonctionnement normal et pathologique de l'estomac.

Cependant, quel n'est pas, comme le dit Robin, le découragement du praticien qui, voulant se faire une idée personnelle à travers l'amas disparate de toutes les publications, trouve les hauteurs en désaccord et pour la classification des dyspepsies et pour leur traitement.

En effet nous pouvons dire qu'il existe autant de classifications qu'il y a d'auteurs, ce qui prouve bien la difficulté, sinon l'impossibilité de classer les dyspepsies d'une façon irréprochable et répondant aux besoins de la clinique.

Les termes sur lesquels on devrait s'entendre sont précisément ceux au sujet desquels règne le plus parfait désaccord.

Passons en revue les divisions proposées par les différents auteurs.

Bouveret de Lyon n'admet que l'hyperchlorhydrie et l'hypersecretion protopathique ou doutéropathique, et des névroses portant sur chacune des fonctions de l'estomac.

Debove et Rémond voient dans les dyspepsies l'hyperchlorhydrie, la dyspepsie nervo-motrice et la dyspepsie avec stase alimentaire et hyperacidité.

Hayem, qui s'est basé uniquement sur le chimisme gastrique pour classer les dyspepsies, sans s'occuper des symptômes cliniques, fait deux groupes: l'hyperpepsie et l'hypo-pepsie, comprenant chacun plusieurs divisions.

Les auteurs allemands qui ont beaucoup publié sur ce sujet emploient souvent les termes hypera-

acidité et hypoacidité; cependant l'acidité du chimisme peut être due à des acides de fermentation.

Il est impossible de classer d'une façon absolue les maladies de l'estomac; car, d'une part, le chimisme gastrique ne peut à lui seul servir de base à une classification, n'étant qu'un élément diagnostique, un adjuvant de la clinique. Verhaegen (2) a démontré, en effet, que des malades souffraient, étant dyspeptiques avec une acidité presque normale, alors guéris leur suc gastrique était plus riche en HCl que pendant la crise douloureuse.

Ne voit-on pas les individus très bien portants avec un chimisme hyper ou hypochlorhydrique?

D'autre part, A. Robin et ses élèves font 3 classes de dyspepsies, l'hypersthénie, l'hyposthénie et la dyspepsie par fermentation. On peut admettre cette dernière, attendu que la motricité doit être atteinte pour qu'il y ait fermentation anormale.

En présence de tant d'opinions divergentes, ne pourrait-on pas admettre la classification qui répond le mieux aux besoins cliniques par sa simplicité et ses bases, malgré ses imperfections?

Le docteur J. Roux a proposé, au cours de ses leçons pratiques, une classification des plus simples, répondant si bien aux besoins de la clinique que nous la pensons la meilleure.

En effet, elle est basée sur l'étiologie, les causes de la maladie, et non sur des considérations théoriques.

Il fait trois classes de dyspepsies:

A. Les dyspepsies chimiques.

B. Les dyspepsies douloureuses.

C. Les maladies à lésions organiques bien connues, telles que l'ulcère, le carcinome, les sténoses pyloriques et cardiaques.

A. Dyspepsies chimiques.

Cette catégorie est encore bien confuse et nous ne possédons dans la pratique qu'un seul exemple de dyspepsie chimique, c'est la diarrhée des hypochlorhydriques liée à une vicieuse du chimisme gastrique.

B. Dyspepsies douloureuses.

Le docteur Roux les divise en 3 groupes, prenant pour base les causes qui les produisent:

I. Par irritation alimentaire.

II. Par névropathie (hystérie, neurasthénie).

III. Par causes secondaires (off. hépatiques, etc., etc.).

I. La première division est le type de la dyspepsie douloureuse caractérisée par douleurs tardives, pyrosis, gonflement etc. Les symptômes en sont fournis par le commémoratif (abus d'alcool, de médicaments, mauvaise mastication) par les douleurs localisées aux points épigastrique syphoïdiens, à la grande courbure, par le retour périodique de la douleur, 2 heures à 3 heures après le repas, par examen du malade à jeun pour rechercher la stase qui d'ordinaire n'existe pas.

II. La deuxième division, qui n'envisage que le rôle du système nerveux dans la genèse des dyspepsies, le syndrome neurasthénique, des crises d'hys-

terie ou les symptômes de la dégénérescence ou de la syphilis?

Nous savons quel rôle important jouent les soucis, chagrins, émotions, colères, le surmenage intellectuel et physique dans la pathologie gastrique.

Roux classe ces dyspepsies douloureuses, névropathiques, comme suit:

III. La troisième division concerne les dyspepsies douloureuses secondaires. La douleur, bien que se rapportant à l'estomac est d'origine soit extra-gastrique, soit hépatique, collique utérine, etc.

Cette division comprend 3 groupes;

a. Dyspepsie douloureuse secondaire par intoxication: urémie, dyspepsie, uricémie.

b. Dyspepsie douloureuse par irritation du sympathique: lésions, hépatiques, ptose abdominale, coliques, troubles utérins.

c. Dyspepsie douloureuse d'origine complexe et de cause peu connue.

C. Maladies à lésions organiques.

Il s'agit ici des dyspepsies dues à des lésions telles que l'ulcère, le carcinome, qui sont fort bien connues.

1. Ulcération gastrique: d'origine infectieuse, d'origine toxique, d'origine traumatique, d'origine inconnue;

2. Sténoses pyloriques: relevant d'un ulcère ou d'un carcinome; d'adhérences extra-gastriques.

3. Carcinome gastrique: première période à diagnostic difficile et où le chirurgien rend service; deuxième période d'état; troisième période de cachexie.

La classification proposée par Roux est très simple, et tout en répondant aux besoins de la clinique, elle a l'immense avantage de ne pas jeter la confusion dans l'esprit.

(Médecine Orientale.)

— : o : —

DIAGNOSTIC DES CYSTITES ET DES PYELONEPHRITES.

Par M. le Dr. A. Morelle.

Le diagnostic différentiel entre les cystites d'une part et les pyélites ou pyélonéphrites d'autre part, peut être parfois très malaisé. Cela provient de ce que certains symptômes tels que la fréquence ou la douleur des mictions qui à première vue paraissent dépendre d'une lésion vésicale, peuvent être occasionnés par certaines affections rénales (réflexe rénovésical). De plus cystites et pyélites peuvent coexister; dans les infections de la vessie de longue durée avec rétention, la pyélite s'établit presque fatalement. D'un autre côté, l'inflammation peut descendre du bassin ou de l'uretère et gagner la vessie.

I. — Cystite. L'existence peut être affirmée quand les quatre symptômes suivants se trouvent réunis: puluence des urines, mictions fréquentes, mictions douloureuses, exaltation de la sensibilité

vésicale. Ce dernier symptôme est caractéristique et mérite d'être considéré attentivement.

Normalement la vessie est insensible à la pression. Si par le toucher vaginal ou rectal, par le palper hypogastrique simple ou combiné, nous provoquons de la douleur en pressant sur la vessie, nous pouvons affirmer la cystite. Il en est de même de la sensibilité au contact des instruments.

Plus intéressante encore est la recherche de la sensibilité à la tension. A l'état normal on peut injecter dans la vessie 200 grammes et plus sans amener le besoin d'uriner. Si la vessie est enflammée on ne pourra injecter une quantité aussi considérable et la tolérance sera d'autant moindre que l'inflammation est plus considérable.

II. — Pyélites et pyélonéphrites.

Les symptômes généraux sont très importants. Si on considère l'étude de la température dans les affections urinaires, on peut dire que la cystite chronique non compliquée est afebrile. Aussi l'apparition de la fièvre permet dans les cas douteux d'affirmer l'existence d'une affection des voies urinaires.

Un mauvais état de santé (amaigrissement, diminution ou disparition de l'appétit, langue sèche, soif, etc.) ne peut avoir sa raison d'être dans une simple infection vésicale. Guyon a suffisamment attiré l'attention à ce sujet à propos de la pyélonéphrite des prostatiques.

Symptômes locaux. Examen des urines. — La caractéristique de la pyélite est la polvurie troublée. Le malade émet en général de 2 à 4 litres d'urine en vingt-quatre heures: urine louche, blanchâtre et qui reste louche même quand on la laisse reposer pendant un jour entier. Le dépôt est variable. Quand il est abondant on peut affirmer l'existence d'une pyélonéphrite.

L'examen microscopique des urines permet parfois après centrifugation d'y découvrir des cylindres.

Notons qu'il n'est pas possible de faire le diagnostic entre les cellules du bassin et celles de la vessie.

Exploration rénale.

Le rein peut être augmenté de volume. Dès lors le diagnostic se précise.

Il peut être douloureux. Avant d'utiliser les symptômes subjectifs que le malade accuse il importe de bien les localiser. Au surplus la douleur peut ne pas exister spontanément: pour la provoquer il faut enfoncer la pointe des doigts dans l'angle que forment la masse musculaire sacrolombaire et la dernière côte.

L'exploration urétrale est moins connue. Hallé a recommandé de rechercher l'urètre à travers la paroi abdominale au niveau de sa pénétration dans l'excavation pelvienne. Pour cela, on enfonce les mains au niveau de l'entrecroisement de deux lignes, dont l'une réunit les deux éminences iliaques et dont l'autre, qui lui est perpendiculaire, s'élève des épines du pubis aux côtés.

Bazy, dans un article intéressant (Presse médicale, 30 décembre 1903), a étudié les résultats de l'exploration des points douloureux dans les pyé-

lites et dit n'avoir qu'exceptionnellement trouvé cette douleur donnée comme caractéristique, déterminée par la compression supposée de l'urètre au niveau de son passage sur le détroit supérieur du bassin.

"La pyélite et la pyélonéphrite, ajoute-t-il, peuvent se traduire par une douleur à la pression:

"1. En haut: a) au niveau d'une ligne horizontale passant par l'ombilic et à trois travers de doigt environ de cet ombilic, presque exactement sur le bord externe du muscle grand droit (douleur para-ombilicale ou urétérale supérieure); b) au-dessous du rebord costal (douleur sous-costale); c) au niveau du sommet de l'angle costomusculaire (douleur lombaire). Le point paraombilical est le plus fréquent, le plus douloureux; il existe souvent seul. La douleur peut s'irradier vers l'aîne, la vessie, donnant lieu au besoin d'uriner (réflexe pyélo-vésical);

"2. En bas; les renseignements sont différents chez la femme et chez l'homme.

"Quand il existe de l'urétérite, on peut sentir sur la paroi antérieure du vagin, à l'union ou au voisinage de la paroi latérale, un cordon plus ou moins gros, friable, cordé, dirigé d'arrière en avant et plus ou moins douloureux sur son trajet. Mais, si on le suit en le pressant d'arrière en avant, il arrive un moment où on ne le sent plus et c'est juste à ce moment que la pression détermine la douleur la plus vive (douleur urétérale inférieure); cette douleur s'accompagne parfois d'envie d'uriner (réflexe urétérovésical).

"Remarquons bien cette localisation de la douleur dans un point où on ne sent plus l'urètre, car cette remarque va nous servir: d'une part, parce que, tant que durera cette douleur, il ne faudra pas considérer les malades comme guéris et, en effet, on trouvera encore que l'urine est un peu mate, sinon trouble; d'autre part, parce que cette douleur, à ce niveau, devient caractéristique et qu'il n'est pas nécessaire de toucher ni de sentir l'urètre pour affirmer l'urétérite.

"Chez l'homme, les points analogues se trouvent sur le bas-fond vésical au-dessus de l'une ou l'autre corne prostatique...

"Comme l'urétérite partielle n'est pas connue, pas plus que l'urétérite simple sans pyélite, si on diagnostique urétérite inférieure, on doit diagnostiquer urétérite totale et pyélite."

Mais il est des cas où les points douloureux n'existent pas et où il y a cependant pyélite. Bazy recommande alors de porter son attention sur le symptôme le plus important de la pyélite et qu'il appelle la pollakiurie nocturne.

En voici les caractères:

1. Les mictions sont plus fréquentes la nuit que le jour: la pollakiurie nocturne est dite absolue; elle a une valeur absolue;

2. Les mictions sont un peu moins fréquentes la nuit que le jour: la pollakiurie est alors relative; sa valeur diagnostique est aussi grande que la précédente, quoiqu'elle frappe moins les malades et le médecin qui les observe.

Dans les cas de pyélite quand il n'y a pas de pollakiurie, il y a tout au moins un aussi grand nombre de mictions la nuit que le jour. 6

Mais pour que le symptôme pollakiurie nocturne conserve toute sa valeur, il faut évidemment que rien ne vienne le troubler; il ne faut pas par exemple, qu'il y ait excitation du rein soit directement, comme chez les individus atteints de néphrite interstitielle, primitive ou secondaire sans suppuration, soit indirectement, comme chez les prostatiques ou chez ceux, hommes ou femmes, qui ne voident pas leur vessie, qui ont un résidu vésical plus ou moins important.

(Gaz. de Gyn.)

—: o :—

CHIRURGIE.

COMMENT ON DOIT APPLIQUER LA GLACE SUR LE VENTRE DANS L'APPENDICITE AIGUE.

Dans les cas d'appendicite aiguë, la mortalité de l'opération hâtive semble de beaucoup supérieure à la mortalité que donne le refroidissement de ces mêmes appendicites, et, dans la plupart des cas, le refroidissement et la temporisation constituent le traitement de choix des appendicites aiguës.

Le meilleur moyen de refroidir convenablement une appendicite aiguë est l'emploi méthodique et étroitement surveillé de la glace sur le ventre; mais pour être efficaces ces applications doivent réaliser trois conditions que le Dr. Noirclaude a fort bien précisées dans sa thèse :

Elles doivent être larges ;

Elles doivent être permanentes ;

Elles doivent être aussi directes que possible.

Très souvent le médecin prescrit des applications de glace sur l'abdomen sans trop s'inquiéter de la façon dont cette application sera faite. On achète une petite vessie, on y met de petits morceaux de glace, on la pose sur le ventre et on la renouvelle deux ou trois fois par jour.

Mais, comme le ventre est généralement ballonné, douloureux, la vessie ne tient pas en place, elle tombe à droite, à gauche; on la retrouve sur la cuisse, sur le pubis ou sur la fosse iliaque gauche, quand elle n'est pas sur le lit à côté du malade.

Il arrive que pour l'empêcher de tomber on l'attache au cerceau métallique destiné à soutenir les couvertures; mais alors, très souvent, la vessie ne touche le ventre que par une surface insignifiante; et quand on palpe l'abdomen on constate que la peau n'est nullement refroidie; la vessie de glace s'est réchauffée et contient de l'eau tiède.

Comment veut-on, dans de telles conditions, que la glace puisse avoir une action quelconque.

Si, comme cela est fréquent au début d'une crise, le ventre est ballonné, une seule vessie ne suffit pas, elle ne tient pas en place ou bien les morceaux de glace tombent sur les parties déclives de chaque

côté. Il faut donc mettre au moins deux vessies qu'on place côte à côte, sur chaque fosse iliaque. Si ces deux vessies sont insuffisantes en raison de l'intensité du ballonnement ou du volume naturel du ventre, on en place une troisième sur la région de l'ombilic.

Lorsque les vomissements sont intenses, le ventre très ballonné, il devient parfois nécessaire d'en disposer une quatrième sur la région épigastrique. Dès que les phénomènes graves sont calmés du côté de l'estomac, on pourra enlever cette vessie.

Si le ventre est plat, ce qui n'existe que dans les cas légers ou à la fin d'une crise, une seule vessie sera suffisante si elle est large et posée bien à plat.

On devra interposer entre le sac de glace et la peau une compresse de tartalane pour protéger les parties cutanées sous-jacentes.

Il est de toute nécessité que la glace soit renouvelée fréquemment dans les vessies, en moyenne-toutes les trois ou quatre heures, le jour comme la nuit.

L'application de glace devra être directe, condition extrêmement importante dans les cas très graves et urgente, il ne faudra interposer entre la paroi abdominal et la vessie en caoutchouc qu'une simple feuille de gaze. Dès que les bons effets auront été obtenus, on pourra mettre une feuille de gaze double et le plus ordinairement on s'en tiendra là.

Toutes les fois que ces précautions seront réalisées dans l'application de la glace sur le ventre, on peut être sûr d'obtenir un résultat efficace.

Il faut inspecter la paroi abdominale chaque fois qu'on renouvelle la glace contenue dans les vessies et si on voit apparaître une petite tache grisâtre ou violacée c'est un signe qu'on aura été trop loin et que le froid est trop vif. Il ne faut pas pour cela suspendre l'application de la glace et si deux doubles de tartalane existaient entre la vessie et la peau on en mettrait trois ou quatre en revenant à la première épaisseur si le ventre tend à se réchauffer.

La durée du refroidissement varie comme la maladie elle-même; en général il est prudent de continuer un certain temps après la crise; quatre six, dix jours, tant que le ventre n'est pas redevenu complètement libre souple et insensible, et surtout ne pas cesser dès que l'émission de gaz indique une amélioration ou lorsque le malade aura été à la garde-robe.

(Gaz. de Gyn.)

—: o :—

LE TRAITEMENT DU REIN MOBILE.

Par M. le Dr. Pousson.

M. Pousson, après avoir passé en revue les divers modes de fixation anatomique du rein, dit que la pression intra-abdominale, bien mise en lumière par Vokoff et Delitzine, est un des principaux facteurs de cette fixation. Il établit ensuite la pa-

thogénie et l'étiologie du rein mobile et discute les diverses théories du relâchement des tissus, de la dégénérescence de l'individu et de l'entéroptose.

Dans l'étiologie du rein considéré comme une maladie locale, il faut envisager l'augmentation de volume et du poids du rein, indépendamment des néoplasmes, l'hydronéphrose, la congestion catamémale d'ordre réflexe influent sur le déplacement du rein. La diminution de résistance de l'atmosphère péri-rénale a beaucoup moins d'action sur l'abaissement du rein que les adhérences qui suivent les inflammations du côlon. Les troubles de la pression intra-abdominale occasionnés par les grossesses répétées, l'accouchement rapide, les kystes et tumeurs abdominales ont une très grande importance.

Le traitement préventif doit viser les maladies générales, l'hypoazoturie, la dyspepsie, les toxémies, l'entéroptose et les affections locales, lésions utérines, hernies, prolapsus viscéraux abdominaux ou pelviens.

Le traitement curatif du rein mobile non compliqué comprend: 1. le massage; 2. les appareils orthopédiques; 3. la néphrorrhaphie ou néphropexie; 4. la néphrectomie.

Le massage est surtout indiqué dans la néphroptose liée aux troubles de la menstruation chez les dysménorrhéiques, à l'inflammation de l'intestin consécutive à la constipation.

De tous les bandages, les appareils à pelote assurent le mieux la fixation du rein. Dans la forme douloureuse, le repos au lit, la réduction du rein et la ceinture à pelote suffisent pour la guérison. Dans la forme névropathique, les larges ceintures ventrières sont mieux tolérées. Dans la forme dyspeptique, il faut des appareils embrassant tout l'abdomen.

La néphrorrhaphie serait le traitement idéal si tous les phénomènes morbides étaient dans tous les cas fonction de la mobilité du rein. Elle est inutile lorsque le rein mobile est silencieux, obligatoire dans la forme douloureuse, et facultative dans les formes dyspeptiques et névropathiques. Elle est prohibée lorsqu'il existe des contre-indications générales: âge, hypoazoturie, phosphaturie, albuminurie.

La néphrectomie n'a plus guère de partisans.

Rein mobile non compliqué. Parmi les complications, les unes, pyélonéphrite, pyonéphrose, lithiase, tuberculose, cancer, n'ont aucune indication spéciale. Quant à l'hydronéphrose intermittente, le meilleur moyen de la combattre est la néphropexie.

(Jour. de Méd. de Bordeaux.)

—: o: —

Thérapeutique et Mat. Médicale

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE.

D'après M. Mossé, dans le diabète, la pomme de terre est non seulement un aliment permis, mais

bien un aliment utile, susceptible d'être avantageusement substitué au pain dans des proportions suffisantes pour maintenir l'équivalence de la ration alimentaire; c'est-à-dire dans la proportion de 2 et demi à 3 de parmentières, pesées à l'état cru, pour 1 de pain.

Cette substitution a été fort bien supportée dans presque tous les cas contrairement à ce qu'on pouvait craindre d'après les idées régnantes sur l'utilisation des féculents par les diabétiques. La dose quotidienne de pommes de terre prescrite à la place du pain supprimé s'est élevée d'ordinaire environ à 1 kilogramme, 1 kilogr. 500 par jour.

Ce changement de régime a été suivi d'une diminution rapide et immédiate de la soif, de la glycosurie, dans des proportions parfois considérables et d'une amélioration du syndrome urologique coïncidant avec un mieux être général.

Ces modifications favorables ont été constatées légère, moyenne, sérieuse, que dans les diabètes aussi bien dans les diabètes arthritiques de forme maigres à forme grave et dans un cas de diabète nerveux ou de forme indéterminée.

Le retour qu régime du pain interrompait l'amélioration.

Pour expliquer la genèse des effets salutaires de la substitution des pommes de terre du pain, M. Mossé admet que:

1. Par son eau de construction six fois environ plus abondante que l'eau contenue dans une ration de pain équivalente, la pomme de terre diminue la soif et la sensation de sécheresse de la bouche;

2. Par sa potasse combinée en notables proportions aux acides organiques (1 kilogramme de pommes de terre introduit dans l'économie une quantité de sels organiques pouvant fournir environ 5 grammes de carbonate de potasse) elle diminue la dyscrasie acide, tend à replacer les cellules dans un milieu plus alcalin, c'est-à-dire plus physiologique. Par là, elle facilite les manifestations de l'activité vitale cellulaire, donc l'énergie glycolytique et enraye l'hyperglycémie.

Cette théorie rapproche l'action du régime aux parmentières de celle d'une cure alcaline. Quoi qu'il en soit, M. Mossé insiste sur ce fait que ce régime n'est pas un traitement de la maladie; il prévient ou diminue les accidents liés à la glycémie morbide; mais il ne guérit pas le trouble préalable de la nutrition qui domine le diabète; il en diminue les effets en amoindrissant de façon indirecte la dyscrasie acide du sang et des humeurs: ce n'est en somme qu'un traitement de syndrome.

C'est surtout dans les formes du diabète désignées sous le nom de diabète arthritique, diabète constitutionnel, que se trouve indiqué le régime: suppression complète du pain, pommes de terre à la place de celui-ci données à doses suffisantes pour maintenir l'équivalence de la ration alimentaire.

Dans les autres formes de diabète, la cure de pommes de terre a aussi fourni de bons résultats. On est donc autorisé à chercher à faire bénéficier les patients de son efficacité. Mais dans les diabètes maigres, nerveux, dans les diabètes compliqués de lésions organiques, il faut, plus encore que dans

la variété arthritique, surveiller la façon dont réagit l'organisme et pratiquer régulièrement l'examen des urines.

La dose sera réglée suivant la tolérance du sujet. Elle peut être calculée d'après la ration de pain supprimée. L'équivalence de ration alimentaire en albuminoïdes et hyarocarbonés est représentée par une proportion de 2 et demi à 3 de parmentières crues pour 1 de pain.

Afin de tâter la susceptibilité individuelle, on peut commencer par prescrire, pour la journée, une dose de pommes de terre pesant, à l'état cru, 2 fois environ le poids du pain habituellement consommé. Si déjà celui-ci a été restreint dans le régime du diabétique. Dans les cas où aucune restriction n'aurait été encore opérée, on pourrait donner, dès le début, 1 fois à 1 fois et demie autant de pommes de terre qu'il entraînait habituellement de pain dans l'alimentation; on augmenterait cette dose après s'être assuré, d'après les résultats de l'analyse des urines quotidiennement pratiquée, que l'équation personnelle du sujet autorise à poursuivre la cure.

En général, c'est la dose de 1000 à 1200-1500 grammes par jour que M. Mossé a donnée à ses diabétiques. Elle correspond à une ration de 400 à 600 gr. de pain.

La dose de 2 kilogrammes a été prescrite plusieurs fois, mais plus rarement. Une seule fois, dans un cas de diabète maigre, on a accordé 3 kilogrammes par jour, à titre exceptionnel et sur les instances réitérées d'un malade famélique qui supporta admirablement cette dose extraordinaire maintenue pendant six jours.

Toutefois ce régime sera contre-indiqué en cas d'albuminurie, de tuberculose, de mauvais fonctionnement du tube digestif ou de manque d'appétit.

Si nous suivons maintenant M. Mossé dans le détail de la méthode, nous trouverons pour son application quelques points de pratique importants à relever dans la bromatologie de la parmentière.

Les malades de la ville qui substituent les pommes au pain le plus souvent ne les pèsent pas. Ils savent qu'ils en mangent un certain nombre à chaque repas. Ils les choisissent pour cet usage, ordinairement d'un volume moyen et tel que leur poids, à l'état cru, varie environ de 100 à 150 grammes, plus rarement 150-175 grammes. Si bien que le diabétique qui ingère à chaque repas 3 ou 4 pommes de terre à la place de pain, prend environ 800 à 1200 grammes de parmentières par jour. En général, il croit en ingérer un poids moindre. Le contrôle est d'ailleurs facile à établir.

Mais il vaut mieux recommander, et il est aisé de l'obtenir dans un grand nombre de cas, que la quantité à prendre dans la journée soit pesée.

En général, M. Mossé prescrit la pomme de terre cuite au four, "au diable", comme étant plus savoureuse. Mais les malades peuvent alterner et prendre la pomme de terre sous ses diverses formes culinaires, purée, frite, bouillie, etc.

Après un temps variable suivant les individus, il n'est pas rare — mais le fait est loin d'être constant — de constater quelque lassitude de l'usage des pommes de terre en guise de pain. Le régime

alors doit être interrompue ou mitigé, afin d'éviter l'inappétence ou le dégoût et l'on revient plus tard à la cure.

(Jour. de Méd. et de Chir. pratiques.)

OBSTETRIQUE

NOUVEAU SIGNE DE LA GROSSESSE GÉMELLAIRE.

Se basant sur ces considérations, M. Lévinovitch, accoucheur en chef de la maternité Tchljov à Kostroma, signale un procédé qui, au cours de ces trois dernières années, lui a plus d'une fois facilité le diagnostic dans les cas où il avait lieu de soupçonner l'existence d'une grossesse gémellaire, et qui consiste à déterminer la hauteur et le degré de tension des ligaments ronds, la disposition de ces ligaments étant loin d'être la même suivant qu'il y a ou non gémellité.

Dans l'hydramnios, en effet, l'utérus présente une forme globulaire, le liquide amniotique exerçant une pression uniforme sur toute la périphérie de l'œuf. En cas de grossesse double, au contraire la matrice distendue par les deux fœtus — qui sont le plus souvent placés l'un à côté de l'autre, l'un occupant la moitié droite de l'utérus, l'autre la moitié gauche — est surtout augmentée dans son diamètre transverse, ce qui entraîne un écartement entre les deux feuilletts péritonéaux qui enveloppent les ligaments ronds.

On sait que ces ligaments participent à l'hypertrophie générale de l'utérus pendant la grossesse, de sorte qu'on les perçoit assez facilement, au palper, sous forme de deux cordons cylindriques volumineux, situés sur les parties latérales et inférieures de la matrice. D'après M. Lévinovitch, il n'en serait plus de même dans la grossesse gémellaire, où sous l'influence de la distension de l'utérus dans le sens transversal, les replis formés par les ligaments ronds s'effaceraient au point de devenir tout à fait imperceptibles à la palpation; c'est à peine si l'on parviendrait parfois à en saisir des vestiges sous la forme des deux replis très courts et peu tendus, situés de chaque côté de la partie inférieure de la matrice. Aussi notre confrère estime-t-il que le seul fait de constater, par le palper pratiqué chez une femme enceinte, la présence, au niveau de l'ombilic et sur une étendue de 2 à 4 centimètres au-dessous de lui, du ligament rond saillant et tendu suffit pour exclure le diagnostic de grossesse gémellaire, et cela alors même que l'abdomen paraît trop volumineux pour une grossesse simple.

Ce signe serait d'autant plus certain qu'à l'encontre de ce que l'on observe pour la gémellité, l'hydrométrie de l'amnios n'entraînerait aucune modification sensible au point de vue de l'accessibilité des ligaments ronds à la palpation.

(Jour. de Méd. de Paris.)

GYNECOLOGIE

SUR LA VALEUR COMPAREE DE L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE ET DE LA SUBTOTALE, DANS LA CURE DES FIBROMES DE L'UTERUS.

M. Monprofit (d'Angers) emploie plus volontiers la totale que la sus-vaginale. Celle-ci est néanmoins plus rapide. Il reconnaît la valeur de la communication de M. Richelot, à propos de la dégénérescence possible du moignon cervical. Il y a des cas où il faut enlever les annexes; il y a des cas aussi qui sont réclamés par la myomectomie abdominale. Au point de vue de la mortalité, les résultats sont les mêmes après les deux opérations.

M. Pozzi trouve au contraire que l'hystérectomie abdominale totale est l'opération d'exception. L'opération qui donne les meilleurs résultats est certainement la subtotaie. Du 1er mars 1899 au 1er mai, 1903, il a fait 105 opérations d'hystérectomie; l'hystérectomie totale lui a donné 9 pour cent de mortalité; l'hystérectomie sub-totale, 4 pour cent de mortalité seulement.

Il n'emploie pas la désinfection au thermocautère; au lieu de faire une section transversale, il fait une section conique, en taillant un lambeau antérieur et un lambeau postérieur de haut en bas, de façon à avoir deux surfaces qui s'accolent exactement l'une sur l'autre (de même que dans une amputation de cuisse à deux lambeaux). Il fait un premier plan de suture au catgut et un second et troisième plans de suture pour le muscle utérin, et il recouvre le tout par la surface séreuse, de façon à obtenir un moignon très exactement affronté. Au point de vue particulier de la communication de M. Richelot, l'auteur trouve que les cas de coïncidence de fibrome et de cancer sont très peu fréquents; il n'en a vu que trois cas, dans sa pratique cependant très étendue.

M. Routhier prétend que la technique de M. Poszi est la rénovation du vieux Schröder en bonnet d'évêque. C'est absolument inutile.

M. Pozzi — Le bonnet d'évêque de Schröder était énorme; le moignon de l'auteur est tout petit.

M. Walther préfère aussi la section conique, qu'il trouve plus facile, et il fait toujours un entonnoir très profond, mais il emploie le thermocautère.

M. Quénu utilise la section conique, mais ne voit pas l'avantage qu'il y aurait à suturer la muqueuse.

M. Pozzi répond qu'il ne suture pas la muqueuse; il oblitère le canal cervical jusqu'au-dessus de la muqueuse.

M. Schwartz n'a jamais eu la moindre infection avec deux ou trois points de suture, et le thermocautère lui a toujours donné satisfaction.

M. Ricard. — Pour peu que l'on incline le bistouri, on fait deux valves, et il est inutile de faire l'incision plus profonde.

M. Richelot n'a voulu établir que deux choses: 1. Il emploie un procédé qui lui donne toute sécurité; 2. qu'il y a des cas de dégénérescence maligne du moignon cervical après l'hystérectomie subtotaie. L'hémostase est tout à fait sûre. Le péril vaginal n'existe guère. Entre les deux procédés, il n'y a qu'une nuance de technique. Toute l'hémostase d'une hystérectomie est très courte. Il ne faut pas confondre la totale pour fibrome avec la totale pour cancer, qui est bien plus étendue. Il faut en outre tenir un grand compte de la dégénérescence possible du moignon, qu'il vaut donc mieux enlever. Il revient sur les observations qu'il a déjà données, 2 cas de Pichevin, 1 de Pauchet, d'Amiens, 1 de Lauwers, 1 de Delbet, 2 de Guinard, 1 de Rochard, 1 de Quénu sont venus s'ajouter à la liste qu'il avait publié, et c'est un fait admis en anatomie pathologique que le fibrome et le cancer coïncident dans un même utérus.

M. Pozzi. — Jusqu'à ce qu'on ait démontré que le moignon cervical est un danger, il fait faire la subtotaie, qui est plus simple, plus facile et plus bénigne.

(Jour. de Méd. de Paris.)

—:o:—

TRAITEMENT DE LA RETROVERSION UTERINE PAR LE RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS ROUNDS.

Par M. le Dr. Villard.

L'opération d'Alquié-Alexnader — raccourcissements ronds—pour la cure de la rétroversion utérine, est quelque peu tombée en discrédit et l'on recourt plus volontiers aujourd'hui à l'hystéropexie. M. Villard, chirurgien des hôpitaux de Lyon, utilise pourtant encore ce procédé, modifié il est vrai dans son manuel opératoire, et il en obtient des résultats si satisfaisants qu'il n'hésite pas à le recommander vivement. Il insiste toutefois sur la nécessité de suivre une technique spéciale, qu'il décrit minutieusement, et de n'appliquer la méthode que pour certaines indications précises, c'est-à-dire seulement pour les rétrodéviations mobiles.

Voici, résumé d'après un article du Lyon médical, le manuel opératoire préconisé par M. Villard.

1er Temps. Incision cutanée. — Sur la région pubienne soigneusement rasée, incision d'un orifice inguinal à l'autre, en suivant un trajet curviligne à forte convexité inférieure, dont le sommet réponde à la symphyse pubienne; tout le trajet de l'incision portant dans la région pileuse ne laissera dans la suite aucune cicatrice apparente. La section est faite profondément jusqu'aux plans aponévrotiques et musculaires.

2e Temps. Découverte des deux ligaments ronds. — Le lambeau semi-lunaire est disséqué rapidement et relevé en haut; on aperçoit alors les deux orifices ainguinaux externes.

On recherche le ligament rond dans la partie la plus externe du trajet du canal inguinal. On dila-

cère le mince feuillet lamelleux qui passe au-devant des deux piliers et en disséquant un peu on découvre le ligament rond complet avec sa gaine fibreuse contenant les organes qui le constituent.

Avec une pince hémostatique on saisit en masse le ligament et en exerçant des tractions parfois assez fortes, on parvient à l'attirer au dehors. "On éprouve souvent un peu de résistance au début des manœuvres de traction, brusquement le ligament lâche ses connexions, et l'on est surpris de la facilité avec laquelle on en attire une grande longueur au dehors, souvent plus de 10 centimètres". Parfois un petit cul-de-sac péritonéal est accolé à la gaine fibreuse; il faut avoir soin de l'en dégager.

Les insertions du ligament rond à la grande lèvre sont alors sectionnées et, le ligament étant réperé par une pince et protégé par une compresse, on procède aux manœuvres de l'autre côté.

3e Temps. Réduction de la rétroversion; nœud des ligaments ronds l'un avec l'autre. — Les deux ligaments ainsi isolés se montrent comme deux cordons résistants de la grosseur d'une grosse plume d'oie; on les saisit alors à pleine main et on les attire fortement en avant pendant qu'un aide surveille par le toucher vaginal la réduction de l'utérus.

Il est bon de tirer très fortement sur les ligaments afin de détruire leur élasticité, qui conservée, pourrait aider à une récurrence de la déviation utérine. Les ligaments sont alors noués l'un à l'autre par un triple nœud successif fait immédiatement au ras de la face antérieure des muscles droits; on a soin de ne pas serrer trop fortement le nœud pour ne pas compromettre la vitalité des ligaments; pour empêcher ceux-ci de se dénouer, on place au niveau de la ligature deux ou trois points de suture au catgut; pour plus de sûreté enfin des fils sont passés qui unissent au tissu fibreux de la symphise le nœud ligamenteux; on peut aussi faire au niveau des orifices inguinaux quelques points de suture qui rapprochent les piliers et transfixent en même temps les ligaments ronds à ce niveau.

(Jour. de Méd. de Paris.)

—: o: —

TRAITEMENT DE L'ECZEMA,

Par M. le Dr. Katzenstein.

Si l'eczéma est la "bête noire" des praticiens, cela provient surtout de ce qu'ils n'observent pas, dans leur thérapeutique, certaines règles fondamentales concernant la variété des types de la période de la maladie. Au contraire, trop souvent, ils ont recours au véritable "pot pourri" de formules qui encombre la littérature médicale.

L'attention doit d'abord se porter sur l'état général, l'alimentation doit être réglée, la constipation combattue, l'urine examinée, les soins de l'hygiène individuelle rappelés. A ces moyens doivent être ajoutés la prescription de certains toniques, tel que la strychnine, le fer, le quinquina et l'huile de

poisson. Le malade retire souvent un grand bénéfice d'un séjour à la campagne ou d'un voyage en mer.

L'emploi de l'antimoine à l'intérieur donne des forts bons résultats dans la période aiguë lorsque l'inflammation est très forte. Quant à l'arsenic, il doit être rejeté dans les formes aiguës et subaiguës, parce qu'en sa qualité de stimulant de l'innervation cutanée, il aggrave le mal au lieu de l'améliorer. Par contre, il est tout à fait indiqué dans l'eczéma chronique et notamment dans l'eczéma à répétition des extrémités, il semble alors agir comme tonique sur le système vaso-moteur.

Le nombre de topiques employés est légion, mais ici il faut se montrer prudent, car des complications trop fortes ou trop répétées agissent d'une façon défavorable, et on voit l'eczéma se compliquer d'une dermatite surajoutée. Comme règle générale dans tous les cas aigus, les applications sédatives sont seules indiquées et il faut réserver aux formes chroniques s'accompagnent d'indurations, les traitements énergiques.

Les soins de propreté donnés au moyen de savon et d'eau sont à déconseiller, il faut que le malade s'habitue à enlever les croûtes, les exsudats et les restes de poudre ou d'onguents en se servant d'huile fine ou de cold cream. Parfois cependant, il est permis de faire usage de savon lorsqu'il n'y a pas d'autre moyen d'enlever les débris épithéliaux et la pommade séchée, mais alors, il faut se servir de savon médicamenteux boricé et encore ne faut-il le faire que de loin en loin.

La démangeaison, ce symptôme capital de l'eczéma, s'atténue rapidement par l'emploi du phénol, de la résorcine, du camphre et de l'huile de cade. La formule suivante est couramment employée:

Rp.	Phénol... ..	50 ctg.
	Calomel... ..	1 gr.
	Poudre d'oxyde de zinc... ..	6 gr.
	Poudre d'amidon... ..	"
	Pétrole... ..	12 gr.

On peut aussi alterner avec l'emploi de cet onguent, l'usage de cette solution:

Rp.	Résorcine... ..	3 gr.
	Acide borique... ..	3 gr.
	Poudre d'oxyde de zinc... ..	3 gr.
	Glycerine... ..	6 gr.
	Eau... ..	q. s. pour 120 gr.

La formule suivante rend de grands services pour le pansement:

Rp.	Glycerine... ..	15 gr.
	Gélatine... ..	15 gr.
	Poudre d'oxyde de zinc... ..	30 gr.
	Eau... ..	40 gr.

Chauffer sur un feu doux ou un bain-marie; appliquer et recouvrir d'une bande de coton.

L'eczéma papuleux chronique requiert un traitement plus énergique; l'huile de cade, l'acide salicylique et l'ichthyol sont à conseiller.

Les rayons X donnent de bons résultats dans les formes chroniques indurées, la peau s'amollit et la démangeaison se calme.

Dans l'intertigéo, si fréquent chez les enfants pendant les mois d'été, on emploie avec grand avantage, la formule suivante:

Rp.	Résorcine...	4 gr.
	Glycerine...	4 gr.
	Acide borique...	4 gr.
	Oxyde de zinc...	8 gr.
	Huile d'amande douce...	60 gr.
	Eau de chaux...	120 gr.

L'eczéma, affectant les parties poilues, doit être traité par cette solution:

Rp.	Résorcine...	4 gr.
	Glycerine...	4 gr.
	Acide borique...	4 gr.
	Eau...	Q.S. pour 120 gr.

L'eczéma rouge, sec, induré et donnant lieu à des démangeaisons, cède à ce remède:

Rp.	Phénol...	50 ctg.
	Huile de cade...	40 g.
	Oxyde de zinc...	8 gr.
	Poudre d'amidon...	8 gr.
	Pétrole...	12 gr.

(Traduit de l'Intern. Méd. Mag.)

SYPHILIGRAPHIE

TRAITEMENT PREVENTIF DU CHANCRE SYPHILITIQUE.

Par M. le Dr. Hoellander.

Sous le nom de traitement préventif, l'auteur comprend le traitement qui, appliqué au chancre syphilitique, permet d'éviter les accidents secondaires ou l'infection générale. On avait déjà souvent tenté le traitement abortif de la syphilis par l'excision du chancre induré. Hunter fut le premier qui publia deux cas ainsi traités. Un certain nombre de syphiligraphes appliquèrent ce traitement, mais avec des résultats très variables, de sorte qu'on n'a pas encore résolu la question de savoir si l'on peut éviter l'infection par l'excision prématurée du chancre.

Hoellander a institué dans cette direction des recherches sur des malades que lui avait adressé Max Joseph. Pour supprimer le chancre, il s'est servi de la chaleur rayonnante fournie par la pointe du thermocautère, qui produit ainsi des effets de cautérisation à distance. Sous l'influence de l'air chauffé à une température que l'auteur évalue à 400 degrés, tout le tissu exposé se contracte, se dessèche complètement par la chaleur. Suivant la durée de l'action au même point, on obtient une momification plus ou moins complète et profonde. Sous l'influence de cette cautérisation à distance, le chancre perd immédiatement ses caractères spécifiques et ne reprend plus dans la suite ses caractères primitifs.

En outre, l'auteur assure que les engorgements ganglionnaires modérés se dissipent sous l'influence de ce traitement. Sur 59 cas de chancre induré dûment constaté, 12 seulement virent leur syphilis évoluer, 3 cas restèrent incertains, 44 cas furent indemnes d'infection générale, et parmi eux 34 ne présentèrent aucune manifestation syphilitique jusqu'à deux ans après le chancre. Quelques-uns des malades se sont mariés et n'ont pas infecté leurs femmes, leurs enfants sont restés bien portants. Dans trois cas, il s'est produit une réinfection, ce qui montre que la cautérisation à distance a empêché la généralisation de la syphilis. A l'occasion de ces recherches, l'auteur a trouvé encore une différence très typique entre le chancre mou et le chancre induré. Si, après la cautérisation, on fait le curettage d'un chancre mou, on arrive bientôt sur un tissu saignant; si on opère sur un chancre induré, on n'enlève que des parties carbonisées.

(Ann. de Thér.)

RESOLUTIONS DE CONDOLEANCES.

A une assemblée de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, tenue le 14 mars 1904, les résolutions suivantes ont été adoptées à l'unanimité.

Que l'Ecole a appris avec une vive douleur la nouvelle de la mort du Dr. M. Ths. Brennan, son professeur de Gynécologie.

Qu'en perdant le professeur Brennan, la Faculté perd un de ses membres les plus dévoués, les élèves un maître distingué et les pauvres malades de l'hôpital Notre-Dame, où, pendant plusieurs années, il s'est prodigué nuit et jour, un ami charitable et un médecin des plus habiles;

Que copie de ces résolutions soit envoyée à la famille et aux journaux.

NOUVELLES

Naissances.

—A Montréal, le 10 du courant, au No. 1215 rue Ontario, l'épouse de M. J. O. E. Beaudoin, une fille.

Nécrologie.

—Le Dr. J. B. Caruthers de North Bay, est mort subitement près du camp de Masson et Gordon. Il est mort en voiture au moment où il se rendait aux malades.

—Nous sympathisons sincèrement avec notre distingué confrère et ami, M. le Dr. J. Camille Bernier, de cette ville, qui a eu la douleur de perdre dans des circonstances tout-à-fait pénibles, une gentille fillette Marie-Thérèse, âgée de 3 1-2 ans. L'enfant est morte à la suite de blessures causées par un commencement d'incendie.

SUPPLEMENT

DE LA VARIOLE ET DE SON ANTIDOTE LE 'IVRDAHJ'IOS

(Suite et fin.)

L'action du sulphydral est marquée par la transpiration abondante qui arrive principalement dans la nuit.

Tout en prenant le sulphydral, le malade pourra prendre également et sans aucun inconvénient, du bouillon, du lait ou de l'eau. Le plus grand de tous les inconvénients serait, sans contredit, d'interrompre le traitement.

Si la fièvre monte à 39, 40 ou 41 degrés comme cela arrive quelquefois, et que la transpiration tarde à s'effectuer à cause de la température élevée dans laquelle se trouve l'organisme, il faudra avoir recours aux antipyrétiques; ils faciliteront la diaphorèse et soulageront le malade.

Enfin, après avoir obtenu la disparition de la fièvre et des autres symptômes, certains que l'organisme est sorti vainqueur de la lutte avec ses ennemis microscopiques, nous donnerons le sedlitz Charles Chanteaud pour laver les intestins des résidus septiques produits par la fièvre et éliminer les matières inertes.

Nota. — J'ai fait suivre ce traitement à 7 enfants et à 2 grandes personnes dans une récente épidémie de variole avec un plein succès.

Dr. DARTIGUES.

Réflexions. — Ce qui caractérise le véritable progrès, c'est la simplification et la vulgarisation de la science.

Généralement les opinions qui ne sont pas fondées, sont celles qui évitent le plus la discussion par la logique et la preuve par les faits.

Comme les algues marines qui se balancent suspendues sur les eaux, cèdent facilement au choc des ondes et à la force des courants, mais résistent et reviennent toujours à leur position primitive, de même, les préjugés et les abus, sans défense devant la raison et l'expérience, restent toujours vivants et respectés comme des autorités de grande valeur.

L'esprit moderne répudie l'hypothèse stérile et vit seulement par l'observation et la raison, compagnes bien plus fécondes.

Cependant, je tiens à détruire tous les scrupules; et, pour cela, à celui qui m'objectera que la variole non développée peut occasionner du danger, je répondrai:

1. Que, dans la période d'invasion, la variole n'étant pas formée, il ne peut y avoir de variole.

2. Que, dans la période d'éruption, n'existant pas dans la peau de produits exsudatifs, mais simplement de très petites congestions pointiculaires, il n'y a ni danger, ni possibilité de répercussion de la variole, par cela même qu'elle n'existe pas encore.

3. Que, dans les périodes de vésiculation et de pustulation, la résorption du liquide des pustules est fatalement dangereuse; mais aussi que, dans cette période, je déclare la répression impossible. Lorsque la maladie arrive à ce point, elle doit nécessairement suivre son cours. Or, ce qui est impossible, cesse d'être nuisible.

4. Que la disparition des marques, vésicules ou pustules, étant graduelle et provoquée par un traitement interne, suivi de sueurs abondantes, n'a aucune analogie avec les cas dans lesquels la variole se retire subitement ou par des influences externes.

Bactéricide certain, le sulphydral ne jouirait-il pas en même temps de propriétés défervescentes?

De nouveaux horizons s'ouvrent à nos yeux: le vœu du poète:

Felix qui potuit rerum cognoscere causas
s'est presque réalisé.

Le mystère qui entourait la plupart de nos maladies se dissipe.

N'avais-je pas raison de dire que la variole était bien le phylloxéra de l'homme, et que le sulphydral était son antidote?

(La Dosimétrie)

— : o : —

OMBRE ET SUBSTANCE.

Maintenant que la saison d'huile de foie de morue bat son plein, et que la demande toujours grandissante de cet article est rendue plus évidente par la rareté d'une huile pure, la profession est mieux en état d'apprécier la question qu'occupe l'Emulsion Scott. Chaque hiver, au moins une nouvelle préparation d'huile de foie de morue fait son apparition et jusqu'au printemps suivant rien est épargné pour l'imposer au public.

Cette année, la coutume n'a pas dérogé, malgré la grande rareté d'huile de foie de morue pure. C'est pour cette dernière raison que la profession devrait être sur ses gardes quand elle recommande ou emploie une préparation d'huile de foie de morue n'offrant pas toutes les garanties. Au prix de vente, jusqu'ici inconnu, de l'huile de foie de morue, la composition de certaines émulsions, de certains vins, extraits, etc., est probablement d'une qualité inférieure et sans valeur.

C'est une protection réelle pour la profession de savoir que l'Emulsion Scott a maintenu sa position comme l'Emulsion type d'huile de foie de morue, durant cette période difficile, et que sa pureté et sa qualité n'ont aucunement changé. Sa popularité n'a jamais été menacé ni son utilité surpassée par aucune des centaines d'imitations qui ont apparu et disparu depuis la mise en vente de l'Emulsion Scott. Son succès est dû au fait qu'elle est la substance même et non l'ombre de l'huile de foie de morue.

— : o : —

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Madame, depuis la dernière fois que j'ai discuté avec vous les différentes circonstances de notre vie commune, de nombreuses réflexions ont considérablement diminué ma manière de voir et par ce fait changé la programme que je m'étais proposé.

Florence de plus en plus surprise ne put répondre que par un léger signe de tête.

—Je me suis rendu à l'évidence continua le lord, que notre enfant était encore bien jeune pour être séparé de sa mère et j'ai résolu de vous le laisser encore jusqu'à ce que son âge lui permette d'entrer sans danger dans une de nos grandes universités.

—Je rêve sans doute, pensa Florence en passant sa main sur ses yeux, comme pour faire revenir à elle la réalité.

—D'un autre côté, Milady j'admets qu'une jeune femme jeune et belle ne doit pas sans cesse rester chez elle comme une prisonnière, il faut qu'elle ait des distractions en rapport avec son rang et son âge. J'ai donc décidé que nous partirons la semaine prochaine pour la Suisse et l'Italie, nous emmènerons le petit Clarence avec nous et notre suite se composera de Jimmy mon valet et de Lassy votre femme de chambre. Je vous prie donc de commencer vos préparatifs car nous sommes aujourd'hui mardi et je désire que nous partions samedi prochain.

—Je vous obéirai, milord, répondit Florence, plus morte que vive.

—Maintenant Lady Florence, dit Dallshire en présentant la main à la jeune femme, je ne veux plus qu'il soit question du passé, le nuage est dissipé, il faut que les beaux jours reviennent.

Lorsque Dallshire fut parti, Florence atterrée se laissa tomber sur un fauteuil.

—Que dois-je penser de tout ceci, pensa-t-elle, ce subit changement serait-il encore l'aurore d'une nouvelle catastrophe. Il faut prévenir mes protecteurs sans perdre une seconde.

Une demie heure plus tard Dallshire sortait, se rendant au Club pour y déjeuner ; mais il était suivi par Jimmy qui portait

deux messages, un pour Lady Clardy, l'autre pour Sir Georges Brown.

XVII.

—Alors vous partez en voyage? dit Sir Georges Brown à Lord Dallshire.

—Comme je viens de vous le dire messieurs, répondit le nobleman, je pars dans quelques jours pour la Suisse et l'Italie.

—Vous devriez bien m'emmener avec vous dit Patrick O'Brien.

—Et moi aussi, fit le Major Bymme, je m'ennuie à mourir, et il me semble qu'un petit voyage me ferait du bien.

—Je vous inviterais volontiers messieurs, fit Lord Dallshire en les saluant de son verre, je serais très heureux d'être en votre compagnie, mais Milady Dallshire ainsi que mon fils m'accompagnent.

—Un voyage en famille, voici qui est charmant, fit le Major, en esquissant un de ces sourires moqueurs qui lui étaient familiers.

Les quatre gentlemen déjeunèrent ensemble dans un salon particulier du Club, et Dallshire en avait profité pour leur faire part de son intention de quitter Londres pour quelque temps.

—Qu'allons nous devenir, mon cher Bymme, dit O'Brien, en se tournant vers le major, puisque tous nos amis nous abandonnent.

—Est-ce que par hasard Sir Georges Brown partirait aussi? questionna Dallshire.

—Mais oui, fit le Colonel, je pars lundi pour San Rémo, je vais rejoindre quelques amis qui y sont en villégiature.

—Mais avant, s'écria O'Brien, vous nous conduirez chasser dans vos terres?

—Certes oui, répondit Sir Georges, vendredi est le jour fixé et si Milord Dallshire veut se joindre à nous il est le bienvenu.

—Une partie de chasse est toujours bienvenue, à moins toutefois que cela ne soit pas au bout du monde.

—Non, à deux pas, dans le comté de Warwick. Nous partirons de Londres vendredi matin et reviendrons dans le courant de la soirée. Je possède par là un cottage et nous aurons j'ose l'espérer et une bonne chasse et un bon dîner.

—C'est entendu répondit Dallshire, je serai des vôtres messieurs.

Au moment de se séparer, Sir Georges se tourna vers Dallshire:

—Il serait bon d'emmener votre valet de chambre avec vous, nous en aurons peut-être besoin.

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 30 MARS, 1904.

No. 40.

Travaux Originaux

DU TRAITEMENT DE LA RETROVERSION UTÉRINE PAR LA SUSPENSION ABDOMI- NALE A L'AIDE DES LIGAMENTS ROND. OBSERVATIONS. (1)

Par M. le Dr. François de Martigny.

Replacer dans sa position physiologique un utérus rétroversé ou rétrofléchi, le maintenir en place d'une manière permanente sans inconvénient pour le développement de l'organe dans les grossesses à venir, tel est le but idéal que les chirurgiens ont cherché à atteindre de tout temps.

Le traitement non sanglant a tenu la place prépondérante aussi longtemps que le péril fut la terreur des chirurgiens, puis il perdit du terrain pendant que les méthodes sanglantes, timides au début, prenaient rang dans la chirurgie gynécologique.

Innombrables furent les diverses opérations proposées. Je passerai, ce soir, succinctement en revue les plus importantes. Chacune a eu son heure de vogue. Puis, avec l'expérience on en abandonna un certain nombre, qui ne donnaient pas tout ce qu'elles semblaient promettre. D'abord, avec l'empouement du début, certains chirurgiens voulurent appliquer à toutes les rétroversions indifféremment le même traitement, sans songer qu'il y a plusieurs sortes de rétroversions et que l'on doit modifier le traitement ou l'opération suivant les cas. Nous pouvons diviser les rétroversions en: Rétroversions mobiles, indolores sans métrite, assez nombreuses, quoiqu'on en dise, et pour lesquelles nous sommes rarement consultés. Retroversions

douloureuses mobiles sans métrite. Dans ces cas comme dans les précédents le massage, les pessaires, les injections vaginales donnent de bons résultats et sont souvent suffisants.

Rétroversions mobiles et douloureuses avec métrite. Il faut d'abord s'attaquer à la métrite et en même temps que l'on guérit la métrite, on voit les troubles disparaître et l'utérus revenir à sa position physiologique.

Rétroversions avec métrite, déchirure du périnée et prolapsus vaginal. Dans ces cas il faut guérir la métrite, refaire le périnée, supprimer le prolapsus par une opération plastique et si la femme est proche de la ménopause, ne pas trop s'occuper de la rétroversion, excepté toutefois, si elle est douloureuse. Chez les jeunes femmes, au contraire, il faut en même temps fixer l'utérus en bonne position.

Rétroversions enkystées douloureuses avec salpingites. Dans ces cas il faut de toute nécessité faire la laparotomie pour traiter et la rétroversion et la salpingite.

Par ce court exposé des différentes variétés de la rétroversion, l'on peut voir que chaque variété demande un traitement différent, et qu'il faut bien examiner sa malade et peser soigneusement le pour et le contre avant d'instituer le traitement.

Passons rapidement en revue quelques unes des opérations que nous avons à notre disposition, pour attaquer cette affection si commune et si ennuyeuse pour la femme qui en est atteinte.

Ces opérations peuvent être divisées en deux et chacune des divisions subdivisées à son tour.

(A) Opérations qui fixent directement l'utérus à la paroi.

(1.) Lu devant la Société Médicale de Montréal, le 8 Mars 1904.

(B). Opérations qui fixent indirectement l'utérus en se servant soit des ligaments ronds soit des parois mêmes du vagin.

FIXATION DIRECTE.

L'opération la plus ancienne et heureusement abandonnée aujourd'hui, est l'opération de Kelly, qui consiste à repousser le corps de l'utérus en antéversion, à l'appliquer sur la paroi abdominale et, avec une longue aiguille, à embrocher et la paroi abdominale et l'utérus.

On fixe aussi l'utérus directement à la paroi abdominale en passant, après laparatomie bien entendu, des fils de soie ou des catguts sur la face antérieure de l'utérus et en fixant ces fils à la paroi abdominale. D'abord on fixait le fond de l'utérus puis après en avoir constaté les inconvénients, chez les femmes jeunes (impossibilité de conduire une grossesse à terme) on fixa l'utérus en passant les fils, soit sur le milieu de la face antérieure, soit près du sommet du corps près du col autant que possible. On peut être sûr qu'avec cette opération, l'utérus reste bien fixé, mais les résultats, malgré toutes les modifications apportées au procédé primitif, ne sont pas toujours bon au point de vue obstétrical. On a signalé des avortements répétés à la suite de cette hystéropexie. Mon observation No. 2 est concluante en ce sens et je ne suis pas le seul à avoir observé de pareils accidents.

FIXATION INDIRECTE.

Dunsmuir le défenseur et le vulgarisateur de la fixation par la voie vaginale, aborde l'utérus par une colpotomie antérieure et ouvre largement le cul-de-sac antérieur. Après avoir baissé le col avec une pince de Museux, il introduit dans l'utérus un hystéromètre pour le faire basculer en avant. Un fil de soie passé transversalement dans l'utérus, sert à le maintenir abaissé pendant l'opération. Puis, il enfonce de haut en bas dans le bord supérieur de la plaie vaginale, trois gros

fils, qui suivent dans le corps même de l'utérus, un trajet vertical. Ces fils utéro-vaginaux sont des fils perdus, en les nouant, on fixe la matrice. Il reste à suturer les deux lèvres de la plaie, après avoir retiré le fil abaisseur.

Je n'ai pas d'expérience personnelle de ce procédé, mais voici comment Richelot s'exprime à son sujet: "L'hystéropexie vaginale a, à première vue, le mérite de laisser l'utérus dans le petit bassin et dans ses rapports normaux. D'autre part, elle est d'une exécution difficile; c'est une infériorité. Nous la croyons utile au chirurgien, qui n'est pas libre de faire une laparatomie. Elle mérite encore de n'être pas oubliée. Malheureusement, ses méfaits obstétricaux sont encore plus graves que ceux de l'hystéropexie abdominale."

Fixation indirecte par les ligaments ronds ou opération d'Alquié-Alexander, qui se compose essentiellement de deux parties: Recherche et mise à nu des ligaments ronds, raccourcissement des ligaments ronds, une fois trouvés. incision de chaque côté comme celle de la hernie inguinale, ouvrir largement le canal inguinal, chercher le ligament rond, l'isoler, le libérer, l'attirer au dehors par des tractions douces et continues, jusqu'à ce que l'organe soit réduit. Vérifier par le toucher vaginal, puis, fixer chaque ligament rond par son segment le plus voisin de la corne utérine, au moyen d'un surjet de catgut. Fermer complètement la plaie. Cette opération qui a joui d'une si grande vogue, est de plus en plus délaissée, parce qu'elle est aveugle et prétend redresser l'utérus sans que le chirurgien l'ait vu ni touché. Elle a donné des récidives et des insuccès. Au point de vue obstétrical, elle est plus rationnelle que la fixation abdominale ou vaginale.

Le raccourcissement intra abdominal des ligaments ronds qui consiste, après laparatomie à chercher les ligaments ronds à faire un avivement de leur bord interne sur une certaine longueur et à accoler et à fixer la partie avivée par un surjet de catgut. Cette

opération est bien supérieure à l'Alexander, parce qu'elle permet d'explorer le petit bassin.

Fixation abdominale des ligaments ronds.
C'est l'opération de Beck modifiée par Tuffier. Après laparatomie, recherche des ligaments ronds. Puis avec un gros catgut, on enserre le ligament rond à deux travers de doigt du corps de l'utérus, et on fixe ces catguts à la paroi abdominale, en embrochant péritoine et muscle à trois travers de doigts de la ligne d'inscision, à trois ou quatre pouces au dessus du pubis. On ferme complètement le ventre.

Je considère cette opération comme opération de choix chez les jeunes femmes, ayant ou n'ayant pas de prolapsus génital, parce que: c'est une opération simple et facile. C'est une laparotomie aussi bénigne que la laparotomie exploratrice. Je n'ai jamais eu de mort subite à la suite de l'intervention: Elle permet d'explorer le petit bassin: Elle laisse l'utérus libre dans le ventre tout en le suspendant dans une bonne position: Elle ne présente aucun danger pour le développement des grossesses futures. Car, comme on le sait, au cours de la grossesse, le ligament rond subit une transformation, qui lui permet de suivre l'ascension de l'utérus pendant la gestation. Elle s'oppose au prolapsus utérin. Naturellement cette opération ne s'attaque qu'à la retroversion. Si l'on se trouve en présence d'un cas compliqué, soit de métrite, soit de prolapsus, soit de déchirures des lèvres du col ou de déchirure du périnée, il faut aussi s'occuper des complications.

J'ai opéré par cette méthode six cas de rétroversion utérine avec un bon résultat, tant au point de vue de la permanence de la fixation de l'utérus qu'au point de vue du développement de la grossesse, chez elles de mes malades qui sont devenues enceintes après l'opération. J'ai opéré aussi une malade à qui l'on avait fait une fixation directe et qui avait fait à la suite, avortement sur avortement.

OBSERVATION I.

Melle V. 23 ans réglée à 15 ans. Règles régulières, indolores, peu abondantes jusqu'à il y a deux ans. A cette époque, à la suite d'un effort violent, douleur vive dans le bas ventre. Les douleurs se calmèrent peu à peu, mais il persista une sensation de pesanteur dans le rectum. De la constipation survint, chose qui n'avait jamais existé. Une leucorrhée très irritante apparue aussi vers le même temps, les règles devinrent douloureuses, irrégulières. Un traitement médical fut institué et suivi régulièrement sans donner de résultats appréciables.

Quand elle vint me consulter en décembre 1902, elle souffrait toujours de constipation, de sensation de pesanteur sur le rectum et d'une leucorrhée abondante, qui avait produit et entretenait une vulvite douloureuse.

A l'examen, je trouvai un utérus en retroversion prononcée, avec un col petit, dur et un corps peu mobile, pas augmenté de volume, mais douloureux. Les annexes droites étaient grosses et douloureuses.

OPERATION.

Curettage, Laparatomie. Annexes droites grosses comme noix, adhérentes à l'utérus, je les enlève et je suspends l'utérus par les ligaments ronds à la paroi abdominale suivant la méthode que j'ai déjà décrite.

Suites opératoires normales.

Je dus traiter cette malade pour sa leucorrhée pendant quelques mois après sa sortie de l'hôpital. Je l'ai revue en janvier 1904, Plus de constipation, règles indolores, leucorrhée disparue. L'utérus est bien en place, indolore, et légèrement mobile.

OBSERVATION No. 2.

Mde. B. 35 ans, réglée à 12 ans, règles régulières, abondantes, indolores, mariée à 19 ans.

Quelques années après son mariage, sans cause apparente, elle commence à ressentir une pesanteur sur le rectum, à souffrir de

constipation et elle voit apparaître une leucorrhée peu abondante. Ses règles deviennent plus abondantes, douloureuses et restent régulières. En 1897, un gynécologue lui fait subir une laparatomie pour fixer une rétroversion à ce que la malade nous dit. A la suite de cette opération, la constipation a presque complètement disparue, la pesanteur sur le rectum n'existe plus et la leucorrhée est aussi guérie. Seulement, la malade, qui n'avait jamais été enceinte, qui avait eu toujours des règles presque régulières, commence à avoir des retards de deux et deux mois et demie, suivi de pertes abondantes, caillots et douleurs. Depuis 1898, elle a présenté ces accidents sept fois et ses règles étaient en retard de deux mois, quand elle vint me consulter, pour me demander si elle est enceinte et si je ne pourrais pas lui éviter de ces hémorragies utérines, qui l'ennuient beaucoup. Depuis un an, la ligne d'incision de l'ancienne laparatomie est douloureuse et la malade nous dit qu'il lui pousse une petite tumeur, au milieu de la cicatrice, qui disparaît quand elle est au lit.

Examen: Ventre indolore, mou. Il y a une éventration qui intéresse le tiers inférieur de la cicatrice.

Toucher. Col très mou, corps bien fixé en antéversion gros, dur, presque pas mobile, indolore. Annexes saines.

Je conseille le repos absolu au lit, un régime doux et d'éviter la constipation. Quinze jours après, je suis appelé auprès de cette femme qui faisait une fausse couche, malgré le repos au lit observé scrupuleusement.

Je lui conseille alors de se soumettre à une nouvelle opération supposant que le gynécologue avait fait une fixation directe et que des adhérences trop intimes, entre le corps de l'utérus et la paroi abdominale, étaient la cause de ces avortements.

Opération. Laparatomie. Je trouve le fond de l'utérus fixé à la paroi abdominale par des adhérences très fortes que je sectionne l'utérus ne bascule pas. Je ferme complète-

ment, ne laissant qu'un petit espace par où sort une mèche que j'ai placée entre la paroi abdominale et le corps de l'utérus.

Suites opératoires. J'enleve la mèche 48 heures après et je fais on point à la peau, guérison par première intention. Cette malade que j'ai opéré il y a dix mois, est actuellement enceinte de six mois et sa grossesse jusqu'à présent a été tout à fait normale.

Observation No. 3.

Mde. L. M. 30 ans. Replée à 13 ans, règles régulières, indolores, pas abondantes, mariée à 18 ans, trois enfants entre 19 et 26 ans. Accouchement sans infection. ?

Depuis le dernier accouchement, qui remonte à quatre ans, règles très abondantes, deux fois par mois, se plaint d'une pesanteur sur le rectum et de souffrir d'une constipation opiniâtre. Le traitement médical, suivi pendant deux ans n'a pas soulagé la malade d'une manière sensible.

Examen. Ventre mou, indolore à la pression, excepté dans la fosse iliaque droite, qui est très douloureuse. La malade nous dit qu'à chaque période menstruelle, elle éprouve une véritable crise de douleurs pendant 24 heures dans le côté droit du ventre.

Toucher. Périnée déchirée au second degré, légère cystocelle.

Utérus. Col, lèvres gauche largement déchirée, corps gros en rétroversion, très mobile, douloureux.

Annexes gauches, saines, à droites on peut une masse indépendante de l'utérus, mobile, douloureuse, pas trop grosse.

Opération.

Curettage, Suture du col, Elytrorrhaphie, Laparatomie. J'attire l'utérus qui présente des adhérences lâches avec le rectum, assez solides avec des anses de petit intestin, je détruis les adhérences et j'attire au dehors les annexes droites. L'appendice adhère à l'ovaire très intimement, j'enlève d'abord les annexes, puis l'appendice. Je suspends l'utérus par les ligaments ronds avec deux gros catguts.

Examen des pièces. Appendice long de

quatre pouces, canal perméable, parois épaissies, renferment cinq corps étrangers et quatre plaques ulcératives, comme si l'ulcération avait été faite à l'emporte pièce.

L'une des ulcérations n'avait respecté que la muqueuse, suites des plus normales.

J'ai opéré cette femme il y a huit mois. Ses règles sont redevenues régulières, indolores. Elle ne souffre plus d'un poids sur le rectum, son utérus est bien en place, mobile, indolore. Elle souffre encore de constipation, mais d'une manière moins prononcée.

Observation No. 4.

Mde C. 32 ans, règles à 13 1-4, bien régulières, indolores, peu abondantes, mariée à 20 ans, une grossesse suivie d'un accouchement normal sans infection. Un second accouchement il y a trois ans depuis sans cause, elle a fait une fausse couche de trois mois, infection puerpérale. Se plaint depuis sa fausse couche d'une pesanteur sur le rectum, pesanteur qui est très douloureuse quand la malade reste longtemps debout ou marche un peu. Les règles sont douloureuses avec caillots, toujours régulières, mais plus abondantes qu'avant la fausse couche. Constipation continuelle, selle à l'aide des lavements. La malade ne prend pas d'injections vaginales, leucorrhée peu abondante.

Examen.

Ventre mou, indolore à la pression, excepté la fosse iliaque gauche, qui est douloureuse, mais on ne sent pas de tumeur.

Périnée relâchée, col utérin déchiré à gauche, gros, dur, porté en avant, corps gros, dur peu mobile, en rétroversion prononcée, douloureux. Annexes droites tombées dans le cul-de-sac de Douglas, mais grosse comme une mandarine, adhérentes à l'utérus, très dures, très douloureuses.

Opération. Curettage. Suture du col. Laparatomie. J'enlève les annexes gauches qui présentent un hyste hématique gros comme le poing, retro-ligamentaire. Je suspends l'utérus par les ligaments ronds.

J'ai opéré cette femme en janvier 1902.

Je l'ai revue en janvier 1904. Les règles sont normales, sans caillots, l'utérus est bien en place, plus de sensations de pesanteur sur le rectum, elle souffre encore de constipation.

Observation No. 5.

Mde. R. 25 ans. Replée à 14 ans. Règles régulières, indolores abondantes. Mariée à vingt ans. Accouchement normal sans infection à 22 ans. N'a pas allaité son enfant qui est mort à l'âge de six mois.

Règles normales à la suite. A 23 ans fausse couche de trois mois. Infection intense, température à 104. Depuis souffre de pesanteur dans le bas ventre, de constipation. Les règles sont abondantes, toutes les trois semaines, avec caillots. Leucorrhée, qui ennuie beaucoup la malade dans l'intervalle. La malade souffre depuis ce temps de son estomac. Elle est devenue irritable, très nerveuse.

Examen. — Ventre mou indolore à la pression. Toucher. — Périnée sain, Col remonté, lèvres déchirées, la gauche plus que la droite. Corps utérin gros, dur, peu mobile, douloureux, en rétroversion.

Opération. — Curettage, sutures des lèvres.

Laparatomie, annexes saines, appendice gros, renfermant un corps étranger. Ablation, suspension de l'utérus par les ligaments ronds. Suites des plus normales.

A la suite de cette opération, la malade vit rapidement disparaître ses troubles d'estomac, sa constipation, la pesanteur qu'elle ressentait sur le périnée. Les règles redevinrent indolores, régulières, restèrent abondantes six mois après l'opération, elle devint enceinte. Grossesse normale. Accouchement également normal.

J'ai opéré cette femme il y a trois ans. Je l'ai examinée dernièrement. Son utérus est bien en place et elle ne souffre plus du ventre.

Observation No. 6.

Mde. N. 40 ans. Replée à 12 ans. Règles régulières, indolores, très abondantes. Ma.

riée à 16 ans, 10 grossesses normales. Accouchements sans infection, excepté au dernier, qui remonte à six ans. A cet accouchement, elle eut une infection puerpérale grave avec phlébite (jambe gauche). Depuis, elle souffre de pesanteur sur le rectum, de constipation, et depuis deux ans d'un prolapsus vaginal. Les règles sont très douloureuses, avec caillots.

Examen. — Ventre flasque, éventration complète de la ligne blanche sous ombilicale, indolore à la pression.

Périnée déchiré. Toucher. — Cystocèle prononcée rectocèle. Utérus, lèvres déchirées, largement gros, dur, repoussé en avant. Corps dur, très mobile, douloureux, en rétroversion plutôt prolabé dans le cul de sac postérieur.

Opération. — Curettage. Suture du col. Périneorrhaphie. Elytrorrhaphie, Laparatomie. Annexes saines, suspension de l'utérus par les ligaments ronds.

J'ai opéré cette femme il y a maintenant 18 mois. Son périnée reste bien restauré, ferme. Son utérus est bien en place. Les règles sont régulières et indolores. Elle souffre encore d'une légère constipation.

OBSERVATION No. 7.

Madame R. J. 28 ans. Réglée à 15 ans. Règles irrégulières jusqu'à dix neuf ans, indolores, peu abondantes depuis 19 ans jusqu'à maintenant, régulières. Mariée à 22 ans, n'est jamais devenue enceinte.

Se plaint de constipation, de pesanteur sur le périnée et depuis 4 ans, souffre d'une leucorrhée abondante.

Examen. — ventre mou, indolore, Toucher. — Utérus, Col conique, corps en rétroversion mobile, indolore. Annexes saines.

Opération. — Curettage. Laparatomie. Suspension de l'utérus par les ligaments ronds. Suites opératoires normales.

La leucorrhée a graduellement disparue ainsi que la sensation de pesanteur. La constipation ennuie encore la malade, qui doit la combattre à l'aide de lavement. J'ai opéré

cette malade il y a 15 mois. Elle a accouché d'un enfant à terme, il y a 4 mois. Je l'ai revue dernièrement, son utérus est bien en place.

410, rue Sherbrooke.

—:o:—

LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE.

Monsieur le Dr. P. P. Boulanger,

Administrateur de la Revue Médicale,

Montréal.

Cher Monsieur,

Les médecins du district de Joliette ont tenu leur assemblée trimestrielle à l'Assomption, le 14 courant sous la présidence du Docteur Albert Laurendeau.

Monsieur le maire de l'Assomption présente une adresse de bienvenue aux membres de l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette. Monsieur le curé de l'Assomption envoya aux médecins une lettre de regrets de ne pouvoir assister à leur assemblée et il s'y fit représenter par le Révérend Monsieur A. Berthiaume, Vicaire. Monsieur le président, nous fit une instructive conférence sur le curettage utérin que nous publierons dans un de nos prochains numéros.

ADRESSES.

Monsieur le Président, et Messieurs les Membres de
"l'Association Médico-Chirurgicale du District de
Joliette.

Messieurs,

Le plaisir que nous éprouvons à vous souhaiter au sein de votre ville, la plus franche et la plus cordiale bienvenue, ne saurait avoir d'égaux que l'honneur que vous nous faites de vous y recevoir.

Cette démarche de votre Association est le présage d'une ère de progrès dans la science qui est l'objet de vos études scientifiques, légales, ou artistiques, la communauté des idées a toujours été la clef du succès et de l'avancement.

C'est donc un devoir pour nous de vous donner tout l'encouragement possible, surtout dans ces jours, où il est bon, que tous ceux qui se consacrent aux mêmes études, se forment en Associations pour raffermir les principes qui doivent les guider et faire communiquer à chacun l'expérience et les découvertes de tous pour le bien général de leur Association, et c'est ainsi que vous occuperez dans la Société et vis-à-vis de vos concitoyens et des étrangers le rang que vous demandent l'importance et l'objet de votre science.

Nous avons foi, comme tous les hommes bien pensants, au progrès et à l'avenir des sciences médicales dans notre Canada, nous n'avons rien à envier des talents du degré d'intelligence des autres nations, il n'y a que l'étude et l'amour de notre noble profession qui serait le point dominant de vos succès, comme ces associations dans notre province feront avant longtemps l'honneur de notre profession et celui de notre pays.

Conservez cet esprit d'association, et pour vous prouver l'intérêt que nous vous portons nous vous invitons à revenir au milieu de nous autant de fois que vous voudrez nous en faire l'honneur et le plaisir.

L'Assomption, 14 mars, 1904.

Les Citoyens de la ville de l'Assomption.

Par J. S. Rivest, Maire.

Monsieur le Maire — Messieurs du clergé de l'Assomption.:

Je comprends que cette démonstration est à l'adresse de la profession Médicale du district—que nous représentons en ce moment. C'est avec joie, avec reconnaissance que nous acceptons au nom des membres de notre association, la réception publique que vous voulez bien nous faire.

Nous sommes d'autant plus flatté du témoignage d'estime que vous voulez bien nous rendre, que nous savons apprécier à leur juste valeur, les qualités des citoyens éminents de votre coquette ville. Nous savions avant ce jour comme votre population est hospitalière, comme elle sait honorer ceux qui se dévouent pour les arts, pour les sciences, ou plus humblement, pour combattre les maux qui atteignent notre pauvre humanité souffreteuse.

Ce témoignage public est donc dans votre tradition — mais il n'y a à cela rien d'étonnant, si l'on considère que depuis plus d'un demi siècle, vous avez chez vous, un centre d'instruction, d'éducation, qui projette dans toute notre province, la lumière et la science — je veux parler Messieurs du Collège de l'Assomption; magnifique institution d'où sont sortis, des intelligences parmi les plus fortes de notre race; des hommes les mieux outillés pour le combat de la vie, lutte qui dans notre pays ne se limite pas seulement aux besoins individuels, mais à la nécessité de maintenir la prépondérance de notre race, en face d'une autre race victorieuse, énergique et envahissante.

Des souvenirs pieux et émus me rappellent que mon regretté père a puisé son instruction ici, dans ce village — et combien souvent il m'a parlé avec émotion de son alma mater. Il est heureux Messieurs, je suis fier de l'affirmer hautement, il est heureux que nous ayons eu des institutions comme celle-là, institutions que je crois pouvoir nommer nationales, et des hommes dévoués comme l'ont été les fondateurs et les continuateurs de ces œuvres de relèvement national. Autrement Messieurs, il est

possible que notre race Canadienne-Française, malgré ses qualités prolifiques, son énergie inhérente eût sombré sous le flot et la pression des envahisseurs. Et c'est là le sujet de reconnaissance de tout notre peuple envers les ministres de sa religion; c'est l'explication du respect de l'amour, de la vénération que notre population éprouve pour son clergé. Pardon Monsieur le maire si je me suis laissé entraîner quelque peu hors du sujet de notre bonne et sympathique adresse; mais je ne pouvais laisser passer cette occasion sans témoigner hautement en faveur de l'institution qui a fourni au pays ses hommes les plus célèbres, ses gloires les plus pures.

En mon nom de même qu'au nom de tous mes confrères, j'offre Monsieur le maire, mes plus sincères remerciements, mes souhaits les plus cordiaux aux citoyens de votre intéressant village que vous représentez si dignement.

Soyez certain M. le Maire qu'après la chaleureuse réception que vous nous faites, chacun des membres désirera revenir dans notre beau et aimable village.

RESOLUTIONS DE CONDOLEANCES

Monsieur le Docteur Sheppard, appuyé par M. le Dr. Biron, propose que les membres de l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette ont appris avec douleur la mort prématurée de Monsieur le Docteur Michel Thomas Brennan, l'un des bienfaiteurs de l'Association et l'un des plus distingués membres de la profession médicale de la Province. Il est proposé par M. le Dr. Z. Malo, appuyé par M. le Dr. Goeffrion:

Que copie des présentes résolutions soit transmise à la famille du regretté déjunt et journaux,

M. le Dr. Chs. Bernard propose, appuyé par M. le Dr. Latour:

Que M. le Président de l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette, soit notre représentant aux funérailles de Monsieur le Dr. Brennan.

Il est proposé par M. le Dr. Picard, appuyé par M. le Dr. Sheppard: Que les membres de l'Association M.-C. du D. de J., sont reconnaissants à Monsieur le Curé, à Monsieur le Maire et à Messieurs les conseillers de la ville de l'Assomption pour la cordiale réception qu'ils ont bien voulu faire aux médecins du district, lors de leur assemblée du 14 mars 1903. Proposé par M. le Dr. Labrèche, appuyé par M. le Dr. Archambault: Que copie de présentes résolutions soit transmise à Monsieur le Curé et à M. le Maire de la ville de l'Assomption.

Il est proposé par M. le Dr. J. J. Sheppard, appuyé par M. le Dr. Martineau: Que des remerciements soient adressés à M. le Dr. Albert Laurendeau pour son intéressante con-

férence sur le "Curettage Uterin." Que Monsieur le Président de notre association soit notre délégué au prochain congrès des Médecins de langue française qui doit se tenir à Montréal au mois de juin.

Il est résolu par l'Association que des représentations soient faites auprès du Bureau des Gouverneurs in re: gens riches qui se font traiter gratuitement dans les hôpitaux au détriment des pauvres honnêtes.

Il est proposé par M. le Dr. Biron, appuyé par M. le Dr. Archambault:

Que la prochaine assemblée soit tenue à St.-Gabriel de Brandon, sur invitation de notre aimable Président, le 11 juin prochain.

La grande question du tarif médical à la campagne a été discutée.

Étant donné le coût élevé des premières nécessités de la vie de nos jours, étant donné l'augmentation des salaires et honoraires de tous les autres métiers et professions, il a été résolu qu'il est absolument nécessaire d'augmenter aussi le tarif médical dans nos campagnes, où il est ridiculement bas, et où toute sage femme, tout charlatan, tout vétérinaire se fait un revenu plus rémunérateur que les médecins qui ont la responsabilité des vies humaines entre leurs mains.

Les médecins présents à cette assemblée étaient Messieurs les Docteurs:

Albert Laurendeau, Président de l'Association, J. J. Sheppard, Vice-Président, J. M. Aumont, Secrétaire-Trésorier, S. Martineau de Lavaltrie, Chs. Bernard de Joliette, Biron, Latour et Geoffrion de l'Assomption, Désy de St. Cuthbert, Labrèche de St-Roch l'Achigan, Malo de l'Épiphanie, Archambault de St-Paul l'Hermite et Picard de Charlemagne.

Veillez, cher confrère, accepter mes salutations empressées et mes condoléances pour la douloureuse perte que vous avez faite dans la personne de votre rédacteur.

Votre tout dévoué Confrère,

J. M. Aumont, M. D.,

Sec.-Trésorier A. M. du D. de Joliette.

PRINCIPES DE DEONTOLOGIE MEDICALE
SOUJETS A L'ASSOCIATION MEDICO-
CHIRURGICALE DU DISTRICT
DE JOLIETTE.

Article 1: Tout médecin appelé près d'un malade dans le cours d'une maladie aiguë ou

chronique, régulièrement fera ses efforts pour faire rappeler le médecin traitant; s'il échoue, il doit prévenir sans délai, le confrère auquel il succède.

Article 2: Tout médecin appelé accidentellement près d'un malade en traitement devra se borner à prescrire les médicaments nécessaires pour parer aux accidents du moment et ne se représenter chez le malade que s'il est appelé en consultation par le médecin traitant.

Article 3: Si toutefois, le médecin appelé en l'absence du médecin traitant constate que le malade a l'intention formelle de réclamer ses soins pour l'avenir, il peut continuer à traiter son malade après avoir averti son confrère.

Article 4: Tout médecin appelé en consultation devra s'abstenir vis-à-vis du malade et de son entourage de toute réflexion. La consultation étant faite à part, le traitement convenu sera appliqué par le médecin ordinaire.

Article 5: Le médecin appelé en consultation par le médecin traitant ou par la famille ne devra retourner voir le malade que s'il est appelé à nouveau et autorisé par le médecin traitant.

Article 6: Le médecin traitant devra accepter le médecin consultant proposé par la famille pourvu que l'honorabilité professionnelle de ce dernier soit indiscutable.

— : o : —

Revue des journaux

MEDICINE

SUR L'EXISTENCE DE BRUITS DE SOUFFLE DIASTOLIQUE AU NIVEAU DES ORIFICES AORTIQUE ET PULMONAIRE SANS LÉSION DES VALVULES.

(John Hopkins Hosp. Bullet., — MM. Cabot et Loche publient l'observation de quatre malades chez lesquels l'auscultation permettait d'entendre un bruit de souffle diastolique tandis que l'autopsie montra l'intégrité des valvules aortiques. A ce propos ils passent en revue les différentes conditions dans lesquelles on peut observer ce symptôme et concluent de la façon suivante: Les souffles diastoliques sans lésions anatomiques des valvules ne sont pas très rares lorsque l'aorte est dilatée; — quand la plèvre et le péricarde présentent des adhérences, d'origine tuberculeuse ou autre, on peut entendre des souffles diastoliques dans la région précordiale; l'attitude du malade, les mouvements respiratoires

influent notablement sur la production de ces bruits et ils sont probablement sous la dépendance des efforts d'aspiration et d'expulsion exercés par le cœur sur les parties du poumon qui adhèrent au péricarde; — enfin, dans les cas d'anémie intense, quand le nombre des globules rouges tombe au-dessous d'un million par millimètre cube, on peut également entendre un souffle au second temps. Ce dernier bruit ne peut s'expliquer, ni par une dilatation permanente de l'anneau aortique, ni par des phénomènes cardio-pulmonaires: la cause qui le produit n'est pas élucidée.

(Gaz. des Hôp.)

————— : o : —————
MALADIE DE BARLOW.

Par M. le Dr. Stooss.

La synonymie adoptée par l'auteur prouve qu'il adopte la théorie de Barlow qui a décrit la maladie portant son nom sous le nom de infantiler skorbut, par opposition à celle qui en fait une forme de rachitisme. La lésion osseuse n'est pas celle du rachitisme, elle consiste surtout en des hémorragies sous-périostiques. Stooss repousse l'importance étiologique attribuée, dans ces derniers temps, au lait stérilisé. Seulement il y a stérilisation et stérilisation, et, d'autre part, la source du lait stérilisé est encore un facteur d'extrême importance. Il insiste sur ce fait: qu'il ne connaît pas d'enfant élevé avec le lait stérilisé (Dauermilch 110 degré), fourni par la fabrique de Stalden (canton de Berne), qui ait présenté la maladie de Barlow. La principale cause pour lui est un régime alimentaire défectueux, soit comme qualité, soit comme quantité.

Si par hasard il y a coïncidence de rachitisme et de maladie de Barlow, on pourrait combiner les deux traitements; mais contre la maladie de Barlow pure, le traitement antirachitique ne peut être que nuisible. Si l'alimentation a péché, malgré les apparences, par insuffisance, suc de viande, purée de pommes de terre peuvent faire merveille; mais ce qui prouve la nature scorbutique du mal, c'est le succès du suc de citron. (Corr. Blatt. f. Schw. Aerzte, Nos. 15 et 15.)

Rem: La symptomatologie de la maladie de Barlow consiste en tumeurs formées par les hématomas sous-périostés des membres inférieurs, avec douleurs au moindre attouchement, au moindre mouvement, en un aspect cachectique et des suffusions sanguines gingivales, principalement au niveau des incisives.

(Lyon Médical.)

CHIRURGIE.

SUR LE TRAITEMENT DES OSTEO-ARTHRO-TUBERCULEUSES DU GENOU PAR L'ASSOCIATION COMBINÉE DE LA METHODE SCLEROGÈNE ET DES INJECTIONS INTRA-ARTICULAIRES.

Par M. le Dr. Villemain.

Dans son travail M. le Dr. Villemain, chirurgien des hôpitaux, ayant fait fonction d'adjoint du professeur Lannelongue à l'hôpital des Enfants-Malades, fait ressortir l'efficacité de ce mode de traitement par l'exposé de trois observations de fillettes âgées de onze à treize ans auxquelles il a été appliqué. Toutes trois étaient entrées à l'hôpital avec un genou tuméfié depuis longtemps déjà, et dont le gonflement était rehaussé par la coexistence d'une forte atrophie musculaire de la cuisse et de la jambe; sous la peau tendue et lisse on percevait aisément la présence de liquide dans une cavité synoviale à parois très épaissies par d'abondantes fongosités: en somme trois types bien caractérisés de ce qu'on nomme communément tumeur blanche,

Chez la première malade le traitement fut commencé le 29 novembre, le 23 avril suivant elle quittait l'hôpital, marchant avec la plus grande aisance.

Chez la seconde malade les suites du traitement commencé le 12 décembre furent les mêmes, et nous lisons dans l'observation que le 12 mai la synoviale reste sèche, les fongosités disparaissent et les cul-de-sacs synoviaux reprennent la forme des méplats.

Enfin chez la troisième, mise en traitement le 2 janvier, les progrès bien qu'aussi réguliers ont été peut-être moins rapides. Il est dit à la date du 12 mai: Actuellement l'enfant est en pleine voie d'amélioration, mais celle-ci n'offre pas les caractères de guérison quasi définitive que les précédentes; l'épanchement ne s'est pas reproduit mais le cul-de-sac supérieur de la synoviale donne encore les sensations d'un empâtément très dur, assez épais et par conséquent justiciable d'une seconde série d'injections sclérogènes.

On peut néanmoins dire que ces trois cas sont remarquables par la rapidité de l'évolution curative.

La technique de ce traitement (injection cavitaire et injections interstitielles) ne doit pas être considérée comme banale, car le chlorure de zinc qui en est l'élément fondamental et qui est si efficace contre la fongosité, pourrait occasionner une perturbation violente s'il était injecté dans la cavité synoviale et des escarres plus ou moins étendues s'il était trop voisin de la peau.

La prudence du praticien doit donc être en éveil; aussi me garderai-je bien de changer un mot à la description si précise que M. Villemain nous a donnée de la marche à suivre.

"En premier lieu il faut évacuer aussi complète-

ment que possible l'épanchement intra-articulaire par une ponction faite à l'aide d'un trocart de moyen calibre à l'un des culs-de-sacs supérieurs de la synoviale.

"Immédiatement une vingtaine de grammes de solution d'iodoforme dans l'huile (iodoforme 10, éther 40, huile d'amandes douces 80, crésote 2) est injectée et abandonnée dans l'article soumis ensuite à la compression et à l'immobilisation. Quelques jours après, deux semaines environ, lorsque le véhicule médicamenteux introduit dans la jointure a presque totalement disparu, il y a lieu d'avoir recours à la méthode sclérogène. L'injection iodoformée a agi sur la sécrétion pathologique de la synoviale, modifié son revêtement séreux; le chlorure de zinc va transformer les fongosités, scléroser le tissu tuberculeux, étouffer les colonies bacillaires dans une masse inodulaire, rétractile de tissu fibreux.

"La solution de chlorure de zinc doit agir sur la zone la plus voisine des fongosités, sur les parties qui contiennent les vaisseaux alimentant les tissus tuberculeux. Grâce à ses propriétés diffusibles, les effets se font sentir bien au delà du lieu de son application. La solution au dixième est préférable à toute autre. Une seringue de Pravaz stérilisable, armée d'une longue aiguille, dépose trois ou quatre gouttes de son contenu en plusieurs points de la synoviale dont le relief très accusé par l'infiltration pathologique est perçu par la pulpe des doigts de la main gauche de la façon la plus nette. L'opération est répétée en faisant plusieurs piqûres équidistantes. En une séance, 40, 50, jusqu'à 80 gouttes, suivant l'âge des sujets, sont poussées profondément dans les tissus, sous la synoviale, au contact de l'os, contre lequel s'arrête à chaque reprise la pointe de l'aiguille. Celle-ci est enfoncée au-dessus du cul-de-sac supérieur, de manière à atteindre le fémur au niveau de la réflexion de la synoviale fongueuse. L'opérateur doit chercher à injecter le caustique sous le périoste. Six à huit piqûres profondes sont faites sur la demi-circonférence du cul-de-sac supérieur. Les parties de la synoviale au-dessous de la rotule, de chaque côté du ligament rotulien, sont attaquées à leur tour; en dedans du ligament, l'aiguille est dirigée parallèlement à lui, enfoncée à un centimètre en dedans du bord interne de l'os, sous l'aponévrose, pour éviter l'escarre; une injection semblable est pratiquée parallèlement au bord supérieur de l'épiphyse du tibia, au niveau de la réflexion de la synoviale sur ce bord. La même façon de procéder s'applique au côté externe de la synoviale sous-rotulienne; d'ailleurs les régions inférieures de la séreuse et surtout les parties les plus reculées des régions externe et interne sont d'habitude les moins atteintes.

"En principe il faut faire pénétrer le liquide dans les régions d'où les synoviales tirent leurs vaisseaux, c'est-à-dire avant tout sur les os, au niveau des culs-de-sacs synoviaux, puis dans les fongosités, le long des ligaments. A tout prix il faut se garder d'introduire le chlorure de zinc dans la cavité de la synoviale où il provoquerait une violente réaction et où il ne remplirait pas son but.

On doit aussi se tenir toujours dans les parties profondes, juxtaosseuses, sous-aponévrotiques, ce qui évitera les escarres de la peau.

"Une légère compression ouatée est exercée sur la jointure. Après deux ou trois jours de réaction locale sans danger, de gonflement modéré, le processus sclérogène commence à se manifester par la diminution lente et progressive des tissus malades qui acquièrent une dureté ligneuse, une densité caractéristique. C'est alors qu'est appliqué un appareil plâtré immobilisateur destiné à rester en place jusqu'à guérison presque complète. Parallèlement interviennent les adjuvants ordinaires de tout traitement d'arthrite fongueuse, massages et électrisation des masses musculaires, aération continue, suralimentation, toniques sous toutes les formes, etc. En trois à cinq mois la guérison est obtenue sans complications, sans suppuration, avec intégrité complète des mouvements de la jointure, mouvements qui reviennent peu à peu par le simple jeu d'une articulation rendue libre, mais qu'on fait travailler très lentement, très progressivement, sans gymnastique spéciale, sans mobilisation forcée, avec la plus grande modération dans le retour à la marche et à l'utilisation intégrale du membre primitivement atteint."

Tel est le manuel opératoire de ce traitement préconisé par le professeur Lannelongue, couramment employé à l'hôpital des Enfants-Malades et dont les résultats sont si remarquables.

(Bull. de l'Acad. de Médecine.)

Thérapeutique et Mat. Médicale

TRAITEMENT DE LA LITHIASE RENALE.

Par M. le Dr. Vinay,

Agrégé, Médecin des Hôpitaux.

Depuis quelques années, la thérapeutique s'est enrichie de plusieurs médicaments qui permettent de lutter avantageusement contre la diathèse urique comme l'urotropine, le sidonal et le lycéol. Peut-être tous les praticiens ne se sont-ils pas encore familiarisés avec ces produits de synthèse et j'ai pensé qu'il y aurait quelque intérêt à publier les résultats que j'ai pu observer dans ma pratique et sur moi-même. Pendant plusieurs mois, j'ai souffert de coliques néphrétiques qui m'ont obligé à me retrancher du nombre des vivants; j'en suis guéri grâce au traitement que j'indique, et c'est le résultat de mes méditations prolongées de médecin malade que j'offre à mes confrères.

Dans les pages qui vont suivre, je veux limiter mon étude à la lithiase urique, de beaucoup la plus fréquente et la plus intéressante. Je parlerai peu de la gravelle oxalique plus rare et qui coïncide fréquemment avec la première; quant à la lithiase alcaline, je la laisserai de côté, c'est une maladie

locale qui reste le plus souvent du ressort du chirurgien.

On considère habituellement les sables et les graviers dans les voies urinaires comme un accident ne comportant pas un pronostic très sévère, on les regarde comme une affection compatible avec un état de santé assez bon. Il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi; lorsque la colique néphrétique est la manifestation isolée de la diathèse arthritique, que le sujet est jeune, l'état général peu atteint, on peut penser à une maladie bénigne. Mais lorsqu'on se trouve en face de formes persistantes où les crises se succèdent, où la gravelle se complique d'hématurie, de pyélite, où l'intensité de l'uricémie indique une véritable intoxication, ou encore lorsque les symptômes primitifs se combinent avec une maladie du type arthritique comme la goutte, l'obésité, le diabète, l'artérite, etc., on peut alors observer des accidents redoutables; aussi, en reprenant l'expression de Charcot relative à la lithiase hépatique, peut-on affirmer que la lithiase rénale elle aussi est capable d'engendrer une iliade de maux.

La thérapeutique de la gravelle urinaire doit avoir pour base les conditions qui provoquent cette maladie; or, la pathogénie se réduit aux conditions suivantes:

1. Formation exagérée de l'acide urique;
2. État d'acidité exagérée des liquides urinaires par la présence de phosphates acides en excès;
3. Concentration par manque d'eau urinaire.

De ces trois conditions, la première est certainement la plus importante, c'est celle qui constitue l'uricémie.

L'uricémie reconnaît comme origine une insuffisance des oxydations dans l'organisme. Dans la gravelle urique, comme dans la goutte, le défaut d'oxydation porte sur les nucléo-albumines. On sait qu'on désigne sous le nom de nucléine, des substances qui se rattachent étroitement aux albuminoïdes, mais qui s'en distinguent par la façon dont elles résistent à l'action peptonisante des sucs digestifs; elles sont caractérisées chimiquement par la présence du phosphore. On les trouve dans toutes les cellules animales ou végétales qui sont douées d'une grande activité, dans le jaune d'œuf et en petite quantité dans le lait.

Les noyaux cellulaires sont constitués en grande partie par de la nucléine, et les expériences de Kossel ont montré que l'acide urique dérive du noyau nucléique par l'intermédiaire des bases xanthiques; c'est pendant l'acte de désassimilation que l'acide urique se produit aux dépens des noyaux cellulaires. Cet acide devrait disparaître par oxydation et hydratation, en donnant de l'urée et de l'acide carbonique, mais il résiste à cette action oxydante et hydratante, il reste dans l'organisme et provoque la goutte et la gravelle.

Ces deux maladies reconnaissent donc une même condition pathogénique, aussi coïncident-elles fréquemment, l'une et l'autre sont liées à une surproduction de l'urée avec augmentation plus ou moins grande d'acide urique; la gravelle est la goutte du rein, dit Lancereaux. Mais dans la lithiase il faut faire intervenir, à côté de l'uricémie, un autre élé-

ment, c'est l'hyperacidité du liquide urinaire provoqué probablement par le phosphate acide de soude. En effet, il existe un certain nombre de maladies comme la leucémie, la cirrhose du foie, la fièvre, etc. où la formation d'acide urique est aussi élevée sans qu'il se produise des graviers. Dans les cas de cette sorte, l'urine reste limpide, parce que les urates et les phosphates y sont à l'état de sels neutres et basiques. Dès que les phosphates acides deviennent abondants, ils provoquent, étant peu solubles, la mise en liberté de l'acide urique et la formation du sable et des calculs dans les voies d'excrétion.

Enfin, la concentration des urines joue un rôle indéniable, surtout comme condition prochaine des coliques néphrétiques. On voit quelquefois éclater la crise caractéristique sous l'influence d'un trouble accidentel comme une dyspepsie, un surmenage physique ou intellectuel, une peine morale, une sudation excessive, une excitation nerveuse et passagère produite par l'alcool et le vin. Dans ces conditions les urines ne sont pas assez abondantes pour éliminer tout l'acide urique formé dans l'organisme, d'autant plus que leur concentration coïncide avec un excès d'acidité.

Le traitement de la lithiase rénale comprend:

1. Traitement de la colique néphrétique;
2. Traitement de la diathèse qui provoque des calculs d'acide urique.

Traitement de la colique néphrétique.

Dans les formes aiguës, douloureuses, les manifestations se présentent avec une acuité plus ou moins grande et la médication variera d'après l'intensité des symptômes; mais d'une façon générale, je conseille d'user surtout de la thérapeutique externe, à l'exclusion des remèdes qui pénètrent par la bouche. Dans une affection de cette sorte où les nausées et les vomissements sont fréquents, il est préférable de laisser l'estomac en repos tant que dure le stade douloureux.

Parfois, on rencontre la forme légère, qu'on a appelée le petit mal néphrétique, où la sensation est atténuée et l'endolorissement moindre. Il suffit habituellement d'un bain un peu chaud, à 37 degrés C. et prolongé pendant une heure, suivi d'un grand lavement froid; le bain peut, par lui-même, rendre neutre des urines qui étaient acides auparavant, puis, lorsque le calme sera revenu et la douleur éteinte, on se bornera à des boissons diurétiques comme des infusions avec la queue de cerise, la reine des prés, la fève des marais; on alimentera pendant quelques jours avec du lait coupé d'eau de Contrexéville ou d'Evian.

Mais le plus souvent, il s'agit de la colique néphrétique véritable dont le caractère essentiel est une douleur gravative, paroxystique et dont l'intensité est extrême; l'indication primordiale est de la calmer de la façon la plus simple et la plus rapide. Il est inutile de chercher l'expulsion des concrétions engagées dans l'uretère par l'ingestion des liquides abondants ou des frictions sur la région endolorie. La seule médication efficace, héroïque, c'est l'injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine et l'injection est d'autant mieux indiquée que la morphine a pour avantage de calmer la dou-

leur et en même temps de faciliter la migration des calculs.

(Lyon Médical.)

(A Suivre.)

UN TRAITEMENT DU CORYSA.

M. Sternberg rappelle une vieille méthode de traiter le rhume du cerveau imaginée par un anglais, Williams, en 1891. Ce traitement consiste à "dessécher" le rhume; pendant un, deux ou trois jours le malade ne doit pas absorber une goutte de liquide. Alors non seulement l'écoulement est tari, mais la disposition au rhume elle-même serait guérie. Comme aliments, sont permis le pain ou les mets farineux solides, le beurre, les fruits, le poisson blanc et la viande, du pudding léger, des fruits secs, une cuillerée à café de thé ou de lait pour le déjeuner et un verre à Bordeaux d'eau avant le coucher ne sont pas nuisibles. De même que M. Williams, M. Sternberg a essayé d'abord sur lui-même l'efficacité de ce traitement et, depuis quelques années, l'applique avec succès dans sa famille, parmi ses amis et dans sa clientèle. Il recommande la diète suivante: pour le déjeuner une omelette avec un petit pain, le dîner comme d'habitude, mais sans soupe; il autorise un verre de Bordeaux d'eau ou de vin pour le dîner et une cuillerée avant le coucher. (Balnéol. Cent. Zeit. et Lyon méd.)

ACTION DES PREPARATIONS SALICYLEES SUR LES VOIES URINAIRES; GENESE DES CYLINDRES ET DES CYLINDROIDES.

Par M. le Dr. Hugo Luthye.

Leur administration prolongée s'accompagne fréquemment de la présence, dans l'urine, d'albumine, de cellules épithéliales provenant de toutes les parties des voies urinaires, de globules blancs et rouges, de cylindres et de cylindroïdes. Le retour à l'état normal se fait quinze jours à trois semaines après la suspension du médicament. Cette parergie survient non moins avec l'aspirine, la salipyrine, le salol, qu'avec le salicylate de soude. En outre, l'on constate constamment la présence de cristaux d'oxalate de chaux. Luthye détourne d'une administration par trop longtemps continuée. Cylindres et cylindroïdes dérivent des cellules épithéliales du rein transformées.

(Ther. Mon. et Lyon méd.)

FORMULAIRE

CONTRE LA LEUCEMIE.

Acide arsénieux... .. 1 gr.
Carbonate de potasse... .. 1 gr.
Eau distillée... .. 95 gr.
Eau de laurier-cerise... .. 3 gr.
un demi à un centimètre cube en injection hypodermique quotidienne.

Chlorhydrate de quinine 0 gr. 03
Fer réduit... .. 0 gr. 03
Poudre d'eucalyptus... .. 0 gr. 25

p. 1 paq.

1 paq. matin et soir.

Traitement opothérapique:

Prendre crue, dans du lait ou un peu de soupe, tous les jours, 100 gr. de moelle osseuse rouge d'un jeune veau.

(Herzen).

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie.....
TRAITEMENT CHIRURGICAL DES NEPHRITES MEDICALES,
Par M. le Dr. A. Pousson,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1 vol. in-18 de 96 pages, cart. : 1 fr.
50 (Actualités médicales). (Librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Le traitement chirurgical des néphrites médicales a tout d'abord provoqué la méfiance des médecins; cependant les résultats obtenus dans les néphrites infectieuses aiguës et dans les néphrites chroniques ont fini par forcer leur attention; cette question a suscité dans ces derniers temps des expériences fort intéressantes et soulevé des discussions de la part des cliniciens les plus compétents.

Le Dr. Pousson vient de consacrer un volume des Actualités médicales à la mise au point de nos connaissances sur le traitement opératoire des néphrites contre lesquelles les moyens médicaux étaient naguère seuls dirigés: il fait tout d'abord un exposé des théories ayant conduit à intervenir dans les néphrites médicales; il passe en revue la néphrectomie et la néphrotomie dans les néphrites aiguës et dans les néphrites chroniques, puis la néphrolyse et la néphrocapsulectomie.

Vient ensuite l'étude clinique des interventions chirurgicales dans les néphrites médicales, résultats immédiats et éloignés, indications et contre-indications opératoires, traitement des douleurs, des hématuries et des accidents urémiques.

NOUVELLES

Naisances.

—A Saint-Michel des Saints, le 17 mars, l'épouse de M. le Dr. Armand Beauséjour, un fils.

—A Chambly Canton, le 15 du courant, l'épouse de M. le Dr. L. O. Bergevin, une fille.

Nécrologie.

—A Thetford Mines, est décédé à l'âge de 40 ans, Dame Emma Simoneau, veuve de feu le Dr. Chs. E. Morin, de Thetford Mines.

Les funérailles ont eu lieu lundi matin, à Thetford Mines et l'inhumation le même jour à St-Nicolas.

SUPPLEMENT

COMITE DES CONGRES COLONIAUX FRANCAIS.

Congrès de 1904, 29 Mai - 5 Juin, XVe Section, Hygiène générale et prophylaxie internationale.

Président: M. A. Charrin, Professeur au Collège de France.

M. A. Desgry, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

M. Brault, Professeur à l'École de plein exercice d'Alger.

M. Aly Zaky, Secrétaire général du Comité de l'Islam.

Mon cher Confrère,

J'ai l'honneur de solliciter votre précieux concours à la XVe section: Hygiène générale et prophylaxie internationale des Congrès Coloniaux français. Pour cette année et à ces jours, nous avons reçu communication des questions suivantes:

1. La prophylaxie internationale et ses rapports avec les maladies microbiennes.
2. Pèlerinage de La Mecque: Étude hygiénique religieuse et économique.
3. L'hôpital est l'adjuvant le plus important pour la colonisation.
4. Les quarantaines et la police sanitaire.
5. Les campements en cas d'épidémie.
6. Défense sanitaire de la Métropole dans ses rapports avec les colonies.
7. L'alimentation des indigènes et son influence sur leur état hygiénique.
8. Le rôle du climat dans l'hygiène générale.
9. De l'influence des phénomènes d'électricité atmosphérique en hygiène et en pathologie exotique.
10. L'hygiène de l'Européen dans les pays chauds.
11. Prophylaxie générale de la syphilis et des maladies vénériennes.
12. Hygiène à suivre pour combattre le paludisme.
13. Prophylaxie de la fièvre jaune.
14. Prophylaxie de la lèpre.
15. Prophylaxie du choléra.
16. Prophylaxie de la peste.
17. Prophylaxie de la tuberculose.
18. Prophylaxie de la dysenterie.
19. Hygiène et pathologie des indigènes algériens.
20. L'Assistance médicale en Algérie.
21. La protection de la natalité chez les indigènes en Algérie.
22. Hygiène à suivre pour combattre les maladies des yeux, surtout en Afrique.
23. L'assistance médicale en Indo-Chine.
24. L'état hygiénique de la Cochinchine.
25. La protection de la natalité chez les indigènes en Indo-Chine.
26. L'Assistance médicale en Afrique Occidentale.
27. L'Assistance médicale à Madagascar.
28. L'Hygiène des malgaches.

29. L'Hygiène des chinois.

30. Hygiène et pathologie en Mélanésie et Polynésie, particulièrement aux Nouvelles Hébrides.

Néanmoins nous laissons toute liberté aux congressistes de traiter un des sujets déjà mentionnés: les différentes opinions sur un même sujet devant mieux servir à préciser le problème; comme il peut parfaitement faire choix lui-même de la question qu'il désire développer, laquelle bien entendu devra se rattacher au but de la section.

Pour rendre plus facile la présence des congressistes à Paris, le Congrès a obtenu des Compagnies de chemins de fer et navigation un avantage de tarif. En outre, pendant la durée du Congrès, des fêtes seront organisées en l'honneur des Congressistes.

Ceux des membres qui ne peuvent s'absenter aisément loin de leurs occupations, auront la faculté d'adresser leur étude qui sera communiquée en leur nom au Congrès par le Secrétaire de la section.

Dans l'intérêt même des collaborateurs, il est à souhaiter que ceux-ci veuillent bien envoyer au plus tôt leur adhésion au secrétariat de la section, sujet. Le congrès Colonial de 1904 siègera du 29 en manifestant leur intention de traiter tel ou tel mai au 6 juin; mais les rapports présentés devant être tous imprimés, il est nécessaire qu'ils aient été tous déposés quatre semaines au moins avant cette date.

Par différentes lettres et circulaires, les ministres de l'Intérieur, des Affaires Etrangères, de la Guerre, de la Marine, des Colonies, du Commerce, etc., ont autorisé les fonctionnaires appartenant à ces divers ministères à adhérer au Congrès Colonial français et à y prendre part.

Veillez agréer, mon cher confrère, avec nos remerciements anticipés, l'expression de notre considération distinguée.

Aly Zaky, Sec.

A. Charrin, Prés.

—: o:—

UN CAS DE LETHARGIE A ACCES AYANT DURE DIX-SEPT ANS.

Gésine Meyer, du village de Grambke, près Hambourg (Allemagne), qui dormait depuis dix-sept ans, a été réveillé par des cloches d'alarme qui sonnaient pour annoncer un incendie. Cette femme, qui est maintenant âgée de quarante-trois ans, s'était endormie depuis le 17 décembre 1886, et depuis cette date, elle ne s'était pas réveillée. On a dû, tout le temps qu'a duré son sommeil, la nourrir par des moyens artificiels. Le corps et l'esprit sont dans un état parfaitement normal, et la dormeuse paraît bien se porter. Elle a un souvenir très exact des incidents qui se sont passés il y a dix-sept ans. Gesine Meyer s'était déjà une fois endormie en 1882 pour ne se réveiller qu'un an plus tard en 1883.

(La Médecine Orientale.)

—o o:—

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

La chasse fut charmante et la journée se passa comme par enchantement. On tua un chevreuil, quelques faisants, des perdrix et des lièvres. Ce fut une course folle à travers la campagne et pas un seul instant la gaité des chasseurs gentilhommes ne fut, ne ressentit la moindre atteinte.

Le matin ils s'étaient rencontrés à la gare où ils s'étaient donné rendez-vous. Ils descendirent à une petite station, d'où la chasse devait commencer. En effet quelques piqueurs et des domestiques de Sir Georges Brown attendaient les chasseurs et tout était prêt on n'avait plus qu'à procéder.

À midi on prit une collation sur l'herbe et aussitôt la chasse reprit de plus belle. La meute aboyante et furieuse faisait retentir la campagne, tapage joyeux auquel se mêlait le son du cors,

Sir Georges Brown fit les honneurs du pied au Major et comme la nuit tombait la troupe se dirrigea vers la villa de Sir Georges où le diner était servi.

—Arrivons nous bientôt; demanda Sir Patrick O'Brien. Je commence à éprouver le besoin de me restaurer et il me semble qu'un verre de vin de Porto ne ferait pas mal dans le paysage.

—L'Oporto est trop sucré, je préférerais un Scotch, répondit le Major Bymme, c'est plus tonifiant après une...

—Mais au fait où sommes nous demanda Lord Dallshire, depuis ce matin je parcours du pays sans même savoir où je suis?

—Vous allez bientôt le savoir, Milord, répondit Sir Georges, car vous serez chez moi dans très peu de temps.

—La troupe mit les coursiers au galop et bientôt au détour du chemin apparut les lumières d'un cottage.

—C'est là le château? questionna Sir Patrick.

—Oui, répondit Sir Georges, c'est ici, et je crois même que nos amis nous attendent.

—Nous devons rencontrer quelqu'un? dit Lord Dallshire.

—Oui, deux vieux amis à moi, dit la voix de Sir Georges, voix qui avait en ce moment une intonation étrange.

Dallshire avançait sans pouvoir distinguer beaucoup tant la nuit était noire. Enfin les chevaux s'arrêtèrent et chacun sauta sur le sol. Dallshire en apercevant de plus près la maison, eut comme un tressaillement. Il lui sembla que ce n'était pas la première fois qu'il se trouvait dans cette atmosphère. À mesure qu'il vit d'avantage le milieu dans lequel il était, son inquiétude augmenta, chaque objet, chaque chose enfin lui rappelait un souvenir atroce.

—Garry Fen! murmura-t-il... et la sueur couvrait son front, ses jambes refusaient presque de le porter. Enfin il s'arrêta chancelant car devant lui il venait de voir deux fantômes, fantômes sortant de la tombe pour lui reprocher ses crimes;... c'étaient le Révérend Barnes et le Docteur Smyth.

Au même instant une main s'appesantit sur son épaule et il entendait une voix qui lui disait:

Est-ce qu'il y a longtemps, Lord Dallshire que vous ne vous nommez plus Donald Lington??

XVIII.

Le coup de théâtre fut terrible, Sir Patrick soutint Dallshire qui sans lui serait tombé sur le sol. Enfin lorsque le misérable fut quelque peu remis de son émotion il murmura d'une voix étranglée.

—Je ne vous comprends pas, Messieurs, je rêve, où vous êtes victime d'une terrible erreur.

—Je vous demande, répéta Sir Georges Brown, d'une voix qui eut surmonté le bruit du canon, s'il y a longtemps que vous ne vous nommez plus Donald Lington?

—Colonel, cette question est insensée, s'écria le lord dont la pâleur devenait de plus en plus visible.

—Votre trouble, milord Dallshire, dit le Major Bymme, est contre vous un terrible témoin.

—Je vous reconnais, Donald Lington, dit le Révérend Barnes en se levant, je jure que c'est vous, et le ciel m'est témoin que jamais je n'ai menti.

—Je vous reconnais, Donald Lington, dit le Docteur Smyth en s'approchant à son tour, vos traits ont vieillis, mais ce sont toujours ceux de celui que j'ai soigné ici, quelque temps avant la mort de Mrs. Brown et de la pauvre Nelly.

—Et moi aussi je vous reconnais dit Jimmy, c'est bien vous que j'ai ramassé inanimé sur la route en face de Garry Fen. Vous ne m'avez pas reconnu, milord Dallshire, mais je suis Jimmy, le "boy" de Mrs. Brown.

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 6 AVRIL, 1904.

No. 41

Travaux Originaux

L'ALIMENTATION DES MALADES (I.)

Par M. le Dr. E. P. Benoit,

Médecin de l'hôpital Notre-Dame, professeur suppléant de pathologie interne à l'Université Laval.

Un malade peut se priver de médicaments, il ne peut pas vivre sans nourriture. Le médecin, qui prescrit les remèdes et en dirige l'administration, qui de plus formule la diète, ne saurait se charger de la préparation ou de l'administration des aliments; il n'en a ni le temps ni les aptitudes. Quand il s'agit d'alimenter les malades, personne ne saurait égaler la dextérité d'une femme pour qui la cuisine est un terrain familier. Elle seule peut apprendre à préparer les aliments d'une manière convenable, à les conserver, à leur donner un aspect appétissant, je dirai plus, à les servir avec art; elle seule surtout saura faire manger un malade capricieux sans enfreindre les ordres du médecin concernant la diète. Le rôle de la garde-malade devient donc ici de premier ordre, et nous n'aurions pas jugé ce manuel complet sans des notions générales sur les aliments et leur administration.

L'alimentation des malades ne doit pas être routinière; il faut qu'elle soit raisonnée précisément parce qu'il s'agit de malades, c'est-à-dire d'êtres vivants anormaux, dont les fonctions vitales sont dérangées. Il est impossible d'alimenter un malade d'une manière rationnelle si l'on

ignore ce qu'est la nutrition, ce que l'on entend par aliments, quel est le degré de digestibilité des substances alimentaires, et surtout quelles sont les précautions à prendre pour les administrer aux malades. On trouvera dans ce chapitre: 1. des notions générales sur la nutrition considérée au point de vue chimique; 2. une revue des aliments au point de vue de leur digestibilité; 3. des notions générales sur l'administration des aliments.

I. NOTIONS GÉNÉRALES SUR LA NUTRITION. — Pour entretenir la vie, le corps humain a besoin de quatre éléments essentiels sans lesquels il ne saurait exister: l'oxygène, l'hydrogène, l'azote et le carbone. L'oxygène nous est fourni par l'air, et sa voie de pénétration est le poumon. L'azote, l'hydrogène et le carbone nous viennent des aliments; ils sont absorbés par le tube digestif et apportés avec le sang dans les tissus. On donne aux aliments contenant de l'azote le nom de substance albuminoïdes; ces substances servent à former de la chair, à réparer l'usure du corps; elles se combinent avec les tissus et les empêchent d'être consumés par la chaleur que dégage l'oxygénation des hydrates de carbone. Les hydrates de carbone, ou aliments contenant de l'hydrogène et du carbone, se combinent dans l'organisme non pas aux tissus, mais avec l'oxygène, et dégagent de la chaleur et de l'énergie; ce sont des aliments de combustion. Comme cette dépense de chaleur et d'énergie est beaucoup plus considérable ou si vous voulez beaucoup plus rapide que l'augmentation des tissus ou la réparation de leur usure, il s'en suit que la somme de matière azotée nécessaire à la conservation des tissus

(1) Extrait du Manuel de Matière Médicale à l'usage des garde-malades, actuellement sous presse.

est moins grande que la quantité d'hydrates de carbone exigée pour la combustion. Pour que l'équilibre nutritif ne soit pas rompu, il faut que l'organisme reçoive chaque jour la quantité de substances alimentaires nécessaire pour satisfaire à l'une et l'autre demande, et dans la proportion voulue.

Voit a calculé que la ration d'entretien d'un adulte normal est de 118 grammes d'albuminoïdes et 556 grammes d'hydrates de carbone; c'est-à-dire qu'un adulte doit manger à son repas cinq fois plus de féculents que de viande. Mais dans certaines circonstances ces conditions peuvent varier; chez les malades, par exemple, la dépense de chaleur et d'énergie est quelquefois réduite à son minimum; chez les enfants qui grandissent, chez les convalescents, quand la maladie a causé une perte anormale des tissus, la demande pour les albuminoïdes devient plus grande que pour les hydrates de carbone.

Naturellement, la garde-malade n'a pas à s'inquiéter de ces problèmes biologiques. Mais elle doit savoir que l'on a classé les aliments en trois groupes:

1. Les substances azotées ou albuminoïdes
2. Les hydrates de carbone;
3. Les matières grasses,

et que chaque groupe d'aliments correspond à un besoin de l'organisme. Les matières grasses sont des hydrates de carbone; on en a fait un groupe à part pour les besoins de l'alimentation et en tenant compte plus spécialement de leur digestibilité.

2. DIGESTIBILITE DES ALIMENTS. — C'est en effet ce point de vue, la digestibilité des aliments, qui importe en premier lieu dans leur administration aux malades. C'est un point sur lequel la garde-malade doit être bien informée; elle doit savoir à quelle classe appartient tel ou tel aliment, et si la digestion en est facile ou difficile. Voici sur ce chapitre spécial les notions générales que nous possédons, tant au point de vue de la digestibilité des substances alimentaires qu'au point de vue des variations que la cuisson peut faire subir à cette digestibilité.

A. — Substances albuminoïdes ou azotées. — Les substances albuminoïdes ou azotées employées dans l'alimentation sont les viandes, les poissons, les crustacés, les mollusques et les fromages. Comme pour les substances médicamenteuses, la qualité des substances alimentaires varie suivant leur provenance.

(a) Les viandes. — Les viandes de bœuf, de poulet, de mouton et d'agneau sont de digestion facile; il en est de même du gibier à plume en général, du maigre de jambon et, parmi les viscères, des riz de veau et de la cervelle. La viande blanche est moins excitante que la viande rouge et mieux tolérée. Les viandes grasses en général, la viande de porc sauf le maigre de jambon, sont de digestion difficile; de même, parmi les viscères, le foie, trop riche en graisse.

La viande rotie ou grillée, quand elle est saisie devant un feu vif, a beaucoup de saveur et se digère facilement. La viande cuite à l'étuvée, dans une marmite close, avec peu de liquide, devient très tendre et facile à digérer. La viande bouillie augmente de densité, ce qui la rend moins digestible, et ce qui oblige à la bien diviser pour en faciliter la digestion.

Le bouillon est peu nutritif par lui-même, mais il est peptogène et constitue un véhicule agréable pour les pâtes, le riz, les œufs, la viande crue. Les extraits de viande, les bouillons concentrés, les thés de bœuf ne sont pas plus nourrissants que la viande elle-même et fatiguent davantage l'estomac; de plus, ils contiennent beaucoup de matières extractives et deviennent facilement toxiques dans le tube digestif.

(b) Les poissons. — Les poissons renferment de 10 à 15 pour cent de substances albuminoïdes et sont moins nourrissants que les viandes à poids égal. Ils sont aussi digestibles que la viande à l'état frais; mais leur chair s'altère facilement et devient toxique. On les mange cuits au court bouillon, ou grillés, ou frits; on les sert au naturel, ou avec une sauce très légère. Il faut distinguer

entre les poissons maigres (brochet, morue, doré, achigan) et les poissons gras (saumon, anguille, sardine, carpe); la proportion de graisse chez ceux-ci peut aller jusqu'à 20 pour cent, et naturellement leur digestion est plus difficile.

(c) Les crustacés et les mollusques. — L'huître est nourrissante, de digestion facile, et passe pour eupeptique: une douzaine d'huîtres renferme environ 15 grammes de matières azotées. Comme le poisson, l'huître doit être très fraîche; cuite elle ne se digère pas aussi bien. Les moules, les crustacés (homards, écrevisses) sont très nourrissants, mais beaucoup plus indigestes, et parfois dangereux, les moules surtout.

(d) Les fromages équivalent la viande au point de vue de la richesse en albuminoïdes, mais la proportion de matière grasse égale celle de matière azotée, ce qui les rend moins digestibles. Les fromages mous se digèrent mieux que les fermentés, mais tous sont des aliments très fermentescibles dans l'intestin, et par conséquent le plus souvent contre-indiqués chez les malades.

B. — Substances grasses ou féculentes (hydrates de carbone). — Les hydrates de carbone alimentaires comprennent les huiles, les graisses, le beurre et les féculents. Ces derniers sont nombreux; il y a les céréales (blé, riz, orge, maïs, avoine, seigle, sarrasin), puis les pommes de terre, les pois secs, les haricots secs, les lentilles.

(a) Les corps gras.—Les graisses, le beurre, les huiles sont indispensables à la nutrition, mais de digestion assez difficile. C'est sous forme de beurre cru, et frais, que la graisse est le mieux supportée. On le donnera en quantité modérée, avec le pain ou les biscuits secs. Le beurre absorbe les odeurs; on le conserve sur la glace et couvert.

(b) Les féculents.—Ce sont les féculents qui nous fournissent les farines alimentaires, dont la valeur nutritive est très inégale. D'une manière générale, les farineux exigent un travail considérable de l'estomac et donnent lieu à des fermentations gazeuses.

Le pain (farine de blé) est très nourrissant; il forme la base de l'alimentation et renferme 7 pour cent d'albumine et 55 pour cent d'hydrates de carbone; mais il séjourne longtemps dans l'estomac, dégage de l'acide chlorhydrique libre et est un bon milieu pour les fermentations anormales; il faut donc en restreindre l'administration chez les malades, surtout chez ceux qui digèrent mal. Plus le pain est cuit, plus il est rassis, mieux il se digère; la croûte est plus digestible que la mie; le pain chaud est particulièrement indigeste. Le pain complet (mouture du blé entier) n'est pas supérieur au pain ordinaire; il laisse plus de résidus, ce qui le rend laxatif, mais aussi moins digestible.

Les autres féculents doivent être donnés de préférence en purées, en potages, en soupes au lait. La pomme de terre est un aliment léger, mais qui n'acquiert toute sa valeur nutritive que si on l'associe aux aliments azotés ou gras: viande, lait, œufs, fromage. Les pâtes alimentaires, comme le macaroni, sont de digestion relativement facile et de valeur nutritive suffisante. Les pois secs sont assez digestibles; les haricots secs (fèves) provoquent des fermentations.

C.—Aliments complets.—Le lait et les œufs sont des aliments complets, c'est-à-dire qu'ils renferment en proportion suffisante tous les éléments essentiels à la nutrition et peuvent suffire seuls à l'alimentation de l'homme. Aussi leur usage est-il fréquent chez les malades. Ce sont des aliments qui donnent fort peu de résidus.

(a) Le lait.—On considère que quatre litres de lait représentent la quantité nécessaire pour maintenir l'équilibre nutritif. On doit donner le lait de préférence, si l'on veut en faciliter la digestion, froid, bouilli et écrémé; en le donnant froid, on évite le sucrage; bouilli et écrémé sa digestion est plus rapide que non écrémé et cru. On peut ajouter de chlorure de chaux en petite quantité, une cuillerée à soupe d'une solution à un pour cent par litre. Pour

éviter la satiété, on l'aditionne de thé, d'eau de Vichy, d'eau de fleurs d'oranger, ou d'un peu de kirsch, de cognac, d'anisette. Le lait a l'habitude de constiper. Il se conserve mal et prend vite les odeurs; il faut le conserver sur la glace dans un pot fermé.

(b) Les œufs.—Un œuf contient environ 6 grammes d'albumine et 7 grammes de graisse et correspond à 25 grammes de viande; de plus la lécithine qu'il renferme est un tonique cérébral et nerveux; l'œuf frais ne contient pas de toxines; c'est donc un excellent aliment. Les œufs sont d'autant plus faciles à digérer qu'ils ont moins subi l'action de la chaleur. On les absorbe sous forme d'œufs à la coque, sur le plat peu cuits, d'œufs pochés dans les potages, d'œufs bouillis à la crème, au bouillon. L'eau albumineuse se prépare en battant les blancs d'œufs dans un litre d'eau bouillie et aromatisée.

D. — Eau, légumes, fruits et condiments. — On ne peut pas dire que l'eau, les légumes, les fruits, les condiments soient à proprement parler des aliments. Ce sont plutôt des hors-d'œuvre, mais l'emploi est général; quelques-uns même sont très utiles.

(a) Eau. — L'organisme a besoin d'eau pour diluer les déchets de la nutrition. La meilleure boisson est l'eau de source bien aérée. On admet que deux verres d'eau par repas constituent une dose suffisante. L'eau glacée congestionné l'estomac et doit être rejetée; l'eau tiède à 38 degrés C. est calmante et tonique pour l'organe. Le filtrage de l'eau est une précaution qui n'est jamais inutile, et souvent nécessaire.

(b) Racines. — Les raves, les navets, le céleri, les carottes ont une valeur nutritive très faible et n'aident guère à l'alimentation.

(c) Légumes verts. — Les légumes verts sont peu nutritifs, mais ils sont inutiles comme laxatifs. Ceux qui représentent des organes jeunes (petits pois, haricots verts) sont bien tolérés; la laitue l'est également. Les épinards, le chou sont indigestes. On fait cuire les légumes verts à la vapeur, on les

passé au tamis, puis on les accomode avec du jus du bouillon, des jaunes d'œufs, de la crème de lait. Ils se digèrent mieux de cette manière qu'en salade.

(d) Fruits. — Les fruits murs (pêches, raisins, prunes, oranges, petites fraises) sont généralement bien tolérés; on enlèvera avec soin les pépins, les noyaux, les pellicules. Les fruits acides et le melon sont indigestes. Les fruits secs (noix, amandes) se digèrent mal à cause des huiles grasses qu'ils contiennent. Les figues, les bananes, sont à conseiller. La cuisson enlève du sucre aux fruits et les rend plus digestibles encore. Les compotes, les confitures trop sucrées sont à interdire. D'une façon générale, le sucre ne convient pas aux malades, pas plus qu'aux enfants d'ailleurs.

(e) Condiments. — Le sel est indispensable à l'entretien de la vie, mais il importe de n'en faire usage qu'à doses modérées. Toutes les autres épices sont irritantes pour l'estomac; on doit autant que possible les mettre de côté. Les sauces sont également difficiles à digérer, à cause de la graisse émulsionnée, des épices, des vins qu'elles renferment.

NOTIONS GÉNÉRALES SUR L'ADMINISTRATION DES ALIMENTS.

Nous ne saurions mieux faire ici que de reproduire les excellents conseils que donne Miss Clara S. Weeks dans son *Text-book of Nursing*:

«Renseignez-vous autant que possible sur les goûts du malade, mais ne lui demandez pas à chaque fois ce qu'il aimerait à prendre. Souvent un met inattendu sera accepté, tandis que l'obligation d'y songer d'avance en aurait fait disparaître tout désir. Ne préparez pas les aliments en présence du malade, et si c'est possible ne laissez pas les odeurs de cuisine pénétrer jusqu'à lui. Ne prenez pas vos propres repas dans la chambre; cela vaut mieux pour le malade et pour vous. Servez les mets d'une manière agréable, avec une nappe toujours propre, de la vaisselle immaculée, de l'argenterie et des verres qui reluisent. Vo-

yez à ce que le dehors des plats soit sec; surtout ayez bien soin que rien ne renverse de la tasse dans la soucoupe; ce dernier point mérite une attention spéciale.

"Servez les mets chauds très chauds, et les mets froids réellement froids. Les malades en général demandent dans leurs aliments plus de sel et moins de sucre que les personnes en bonne santé. On écartera les mets trop assaisonnés, peu désirés d'ailleurs; mais les aliments devront être savoureux et de bonne qualité, les œufs sans reproche, le lait très doux, le beurre toujours frais. Tout aliment le moins suspect devra être mis de côté aussitôt. On goûte aux mets avant de les ap- ni avec sa propre cuiller. Il vaut mieux apporter au malade, mais jamais en sa présence porter trop peu qu'une trop grande quantité. On ne laisse jamais près d'un malade ce qui reste de ses aliments, dans l'espoir qu'il les prendra plus tard; tout doit être enlevé immédiatement après le repas." Ceci s'applique également au lait, qui retient si facilement les odeurs.

"Un estomac faible ne peut pas venir à bout d'une grosse charge d'aliments; on donne peu à la fois et plus souvent. Ce n'est pas bien de surcharger l'estomac d'un malade parce qu'on est anxieux de lui voir prendre beaucoup de nourriture; ce n'est pas ce qu'il avale, mais ce qu'il digère, qui lui fait du bien. Quand il ne peut supporter qu'une petite quantité de nourriture, le malade est nourri avec des aliments concentrés. Quand il y a nausée ou diarrhée, donnez peu à la fois, et toujours froid. Demandez au médecin quelle quantité d'aliments le malade doit prendre dans les vingt-quatre heures; divisez cette quantité en portions convenables et donnez à intervalles réguliers. On ne saurait trop insister sur l'importance de la régularité dans les repas. Nos fonctions les plus automatiques sont influencées par l'habitude; un malade à qui on donne ses aliments ponctuellement à une heure fixe s'accoutume non seulement à les prendre, mais à les digérer. Ce

n'est que dans les cas exceptionnels, et lorsqu'on a reçu des ordres à cet effet, que l'on éveille un malade pour l'alimenter; mais il est bon de garder des provisions de bouche pour la nuit, car il est commode de les avoir sous la main en cas de besoin; on placera les aliments dans l'endroit le plus froid et on les couvrira pour les préserver de la poussière. Souvent un peu de nourriture légère avant de commencer la nuit aide au patient à dormir." Quelquefois aussi un patient qui s'éveille à bonne heure le matin se rendort après qu'on lui a fait prendre quelque chose. La glacière où l'on conserve les aliments doit être très propre, bien aérée et sans aucune odeur. On peut pour la nuit conserver les aliments de la manière suivante, conseillée par Miss Hampton du Bellevue Hospital: au milieu d'un grand plat à vaisselle, on renverse un plat plus petit, sur lequel on pose la glace, et autour duquel on range le lait, les fruits, etc; le grand plat est ensuite recouvert d'une serviette propre et tenu près d'une fenêtre ouverte.

"Quand on fait manger un malade qui ne peut s'aider lui-même, on doit donner la nourriture lentement, en quantité facile à prendre, et laisser avaler chaque morceau avant d'en offrir un autre. Si le malade avale difficilement, on réussira davantage en présentant les bouchées pendant les mouvements d'inspiration du thorax. Voyez à ce que la tête se penche ni d'un côté ni de l'autre; même si l'inclination est faible, le liquide peut couler au coin de la bouche au lieu de descendre vers l'arrière-gorge. Protégez les vêtements en nouant une serviette autour du cou. On peut employer une tasse de malade munie d'un bec; l'inconvénient, c'est que la garde-malade ne voit pas le liquide et ne peut juger si elle le fait boire rapidement ou non. Dans la plupart des cas, c'est avec un tube de verre recourbé que les aliments liquides se prennent le mieux; très souvent de cette manière les malades prennent une quantité plus grande de nourriture. Le

repas terminé, n'oubliez jamais d'essuyer la bouche, surtout le coin des lèvres, si le malade ne peut le faire lui-même; souvent faute de ce petit soin les lèvres deviennent sensibles.

"La fièvre s'accompagne souvent d'une grande soif. D'habitude il n'y a aucun danger à donner au malade toute l'eau qu'il désire. Sinon rappelez vous bien qu'un petit verre plein, surtout chez les enfants, donne beaucoup plus de satisfaction que la même quantité d'eau dans un grand verre. Les boissons légèrement amères ou acidulées étanchent mieux la soif que les autres; de même à ce point de vue, l'eau chaude est meilleure que l'eau froide; cependant les petits morceaux de glace dans la bouche sont très rafraîchissants. Pour arrêter les nausées, on les fait avaler tout ronds; quand ils fondent dans la bouche, ils font plus de mal que de bien. Des gorgées d'eau très chaude rendront aussi service. On sépare aisément la glace avec une épingle, si l'on a soin de la planter dans la direction du grain. Si l'on veut que la glace se conserve bien, il faut la disposer de manière que l'eau s'égoutte à mesure que la glace fond. Ainsi on peut conserver longtemps des petits morceaux de glace dans un verre si on les suspend dans une flanelle percée d'un ou deux trous pour laisser l'eau s'écouler; on maintient la flanelle sur les bords du verre avec une bande de caoutchouc. Quand on laisse une cuiller de métal dans le verre, cela fait fondre la glace plus vite. Si l'on enveloppe le pot qui contient la glace dans un journal, celle-ci se conservera mieux, parce que le papier est mauvais conducteur de la chaleur. La glace que l'on fait prendre aux malades doit être non seulement propre à sa surface, mais pure dans toute son épaisseur; c'est une erreur de croire que la glace détruit les germes. Il va sans dire que l'eau de boisson doit être irréprochable comme pureté, et que l'on doit être absolument certain de sa provenance; on la fera bouillir si l'on a le moindre doute à cet égard."

Revue des journaux

MEDICINE

PHOSPHATURIE, DECALCIFICATION, HÉMO- PHILIE,

Par M. le Dr. Ferrier.

La phosphaturie serait, le plus ordinairement pour l'auteur, autant une déminéralisation calcique, qu'un départ du phosphore organique, et, l'élément phosphore éliminé, au lieu d'avoir pour origine le système nerveux (neurasthénie), viendrait comme l'élément calcique, surtout des dents, des os. La carie dentaire ouvre la scène morbide; les os comme les dents abandonnent leur phosphore et leur chaux; le mouvement de déphosphoration, de décalcification se communique au nevraxe, au sang et le moins de chaux dans le sang a pour conséquence une diminution de sa coagulabilité, d'où l'hémophilie. Mais, d'après Ferrier, la mise en train de ces processus est à rapporter à la présence d'un acide dans les premières voies, qu'il s'agisse d'un acide ingéré, d'un acide de fermentation intragastrique ou d'hyperchlorhydrie. Il est donc indiqué de combattre cette acidité; ainsi l'auteur a vu une gravide hémophile guérir par la suppression d'une orange de son régime quotidien; le traitement calcique, seul ne paraissait pas suffire. C'est, en effet, le traitement calcique, sous la forme de carbonate de chaux (craie préparée, de glycéro-phosphate de chaux) qui répond à l'indication première, lorsqu'on se trouve en présence, chez des phosphaturiques, hémophiles ou non, de caries dentaires à marche rapide et très douloureuses. (Société de biologie,)

: o :

CHIRURGIE.

DE LA RADIOGRAPHIE DANS LE DIAGNOSTIC DE LA COXALGIE AU DEBUT.

Par M. le Dr. E. Delanglade.

Le pronostic de la coxalgie est si différent, suivant que la date à laquelle a été commencé un traitement sage est plus ou moins rapprochée de son début, que tous nos efforts doivent tendre à la reconnaître le plus tôt possible. M. Lannelongue a excellemment tracé les règles de l'examen à la période initiale. Il paraît improbable que l'on ajoute quelques signes cliniques à ceux qu'il a si complètement décrits et coordonnés. Leur recherche sera toujours prépondérante et constituera l'essentiel

: o :

élément d'information. Mais, plus on sera au début du mal, plus naturellement la symptomatologie sera légère, plus il sera, par conséquent, souhaitable de la contrôler par tous les moyens possibles. Le premier de ceux qui se présente à l'esprit est naturellement la radiographie. Elle ne saurait montrer dans cette phase initiale de grandes destructions, puisqu'il n'en existe pas encore. Elle peut fournir cependant d'utiles renseignements. Les quinze épreuves que je vous soumetts concernent neuf enfants. J'en ai étudié bien davantage, mais beaucoup ont été gardées par les familles, et, parmi les autres, je n'ai voulu employer que celles qui réunissaient les conditions : 1. de se rapporter à la phase du début, c'est-à-dire avant les attitudes vicieuses ; 2. de présenter, ayant été personnellement suivies, des garanties suffisantes pour la certitude du diagnostic. Pour toutes, il m'a paru indispensable de ne jamais séparer l'étude de l'épreuve de de l'étude clinique.

Quand à la radiographie elle-même, le premier point indispensable est de prendre une vue aussi symétrique que possible des deux côtés, une image étant beaucoup plus caractéristique par comparaison avec celle du côté opposé que par sa valeur propre. Il convient donc de coucher l'enfant sur le dos aussi longtemps que possible, les deux épines iliaques au même niveau, les deux membres inférieurs parallèles et accolés ; l'ampoule se trouvant suffisamment élevée et ayant son centre en un point situé sur le plan médian du corps.

Les modifications que l'on observe peuvent porter :

1. Sur l'articulation ;
2. sur les os considérés individuellement ;
3. Sur l'ensemble du bassin.

Sur l'articulation.— Ce ne sont certes pas à cette période les plus caractéristiques. Les contours des extrémités osseuses peuvent être moins nets ; l'interligne est de ce chef moins accusé. De plus, cette zone, qui est d'autant plus large qu'il s'agit d'un enfant plus jeune, peut être elle-même plus ou moins troublée par l'apparition sur elle de petits nuages foncés qui établissent une transition avec les extrémités articulaires.

Elle peut aussi être très amincie en certains points. De cette dernière particularité vous voyez un exemple très net sur l'épreuve I que je vous présente. Alors que du côté gauche (sain), il semble y avoir entre les surfaces articulaires un écart de 4 à 5 millimètres, à droite on ne voit qu'une simple ligne. Cela s'explique par un amincissement des cartilages du revêtement, qui peut être précoce. Cette épreuve est, en effet, la radiographie d'une petite fille de 3 ans dont la coxalgie fut traitée de bonne heure. Elle avait boité pendant trois mois environ, sans éprouver aucune douleur et sans présenter de signes locaux notables (son père, médecin distingué, les avait méthodiquement recherchés), lorsque éclatèrent assez brusquement des phénomènes de contracture et de douleur qui nous firent correction sous le chloroforme et l'immobilisation

dans le grand spica plâtré. L'évolution fut d'ailleurs bénigne, malgré une poussée vers l'extrémité inférieure du fémur opposé et les deux poignets.

La guérison semble s'être faite en quinze mois, sans qu'il y ait eu d'abcès, et avec limitation seulement des mouvements. L'enfant marche depuis deux mois, mais, par précaution, avec le Trittbügel.

Bref, cette observation montre que l'amincissement des cartilages et par conséquent de l'interligne peut exister dans deux cas qui ne sont pas fatalement graves et pas fatalement voués à l'ankylose. Il s'accroît à mesure que les ulcérations creusent sur les épiphyses au point que, comme sur l'image II, que voici, on ne reconnaît quelquefois plus avec certitude ce qui appartient à l'une et à l'autre. Mais il est rare à la période initiale qui nous occupe.

Les os individuellement envisagés peuvent montrer deux ordres de lésions : 1. ils ont d'une façon générale une teinte sensiblement moins foncée que ceux du côté opposé, et une surface plus floue, accusant moins bien les détails. Il semble de plus y avoir usure, diminution du tissu osseux : la couche compacte de la diaphyse fémorale semble notablement amincie. La fosse iliaque peut paraître opaque du côté sain et transparente du côté malade. Cet état, se propage, on le voit, à une distance étendue du foyer primitif. Chose curieuse, on peut le voir s'accroître sur les radiographies d'un même enfant soigneusement traité, alors même que tous les signes cliniques et certains caractères radiographiques indiquent une marche certaine vers la guérison. Ils persistent même parfois alors que la guérison est obtenue. Vous le constatez en comparant les images I, Ia, Ib, et les images III, IIIa, IIIb, IIIc. C'est qu'il ne s'agit pas ici de lésions tuberculeuses à proprement parler, mais des troubles de nutrition propagés à distance sur lesquels Lannelongue et Ollier ont si justement insisté.

2. A côté de ces modifications dont le caractère principal est la diffusion, les os présentent souvent des lésions très circonscrites qui semblent en corrélation directe avec une lésion tuberculeuse proprement dite. Les caractères sont variables suivant la forme anatomique du tubercule. Le tubercule enkysté se montre comme une tache très claire à contours bien nets : voyez celle qui, sur la radiographie I déjà citée, se trouve sur le bord supérieur du col, à la limite du cartilage conjugal. Voyez celles de la radiographie III en plein centre du col venant s'étaler en éventail contre la face diaphysaire du cartilage conjugal. Là encore il ne s'agissait pas d'une affection ancienne. Le petit garçon qui en était atteint et que nous avons soigné, mon ami Maurice Jourdain et moi, était âgé de 3 ans ; ses antécédents étaient bons et ses apparences superbes. Ses parents extrêmement attentifs consultaient à cause de la claudication légère que l'enfant présentait depuis quelque temps sans motif apparent et sans douleur notable. Les signes physiques étaient aussi frustes que possible : un peu de douleur à la pression sur la partie antérieure de la tête du fémur, une limitation à peine perceptible du mouvement

passif d'abduction, un degré minime d'atrophie musculaire, et c'était là tout. Quelle opposition apparente entre la clinique et la radiographie! Je crois que cela tient à ce que les lésions internes du côté du squelette (ce que les rayons X montrent bien) s'étaient peu propagées encore à la jointure. Et ce qui me confirme dans cette opinion, c'est que la guérison intégrale comme forme et comme fonction, obtenue en un an de traitement se maintient depuis quatre ans sans la moindre anicroche.

(Marseille Médical.)

(A Suivre.)

—:o:—

Thérapeutique et Mat. Médicaine

TRAITEMENT DE LA LITHIASE RENALE.

Par M. le Dr. Vinay,

Agrégé, Médecin des Hôpitaux.

(Suite.)

Un succédané introduit depuis peu dans la thérapeutique, c'est la dionine, qui a l'avantage de laisser intactes les fonctions digestives. On la prescrit sous la forme sous-cutanée et à la même dose que la morphine; mais d'après ce que j'ai observé, elle me semble un peu moins efficace que cette dernière. Il est donc préférable de recourir d'emblée au chlorhydrate de morphine; on commence par une injection de un centim. cube et on la renouvelle par demi-centim. cube toutes les heures jusqu'à ce que la douleur soit calmée. On n'a pas à craindre l'accoutumance, car vraiment il n'y a que les prédestinés qui risquent de devenir morphinomanes par le fait de quelques piqûres.

La morphine présente cependant un inconvénient ce sont les vomissements qu'elle détermine, d'autant plus facilement que la maladie originelle à elle seule peut les provoquer; or, cet inconvénient est sérieux en raison de l'angoisse où se trouvent les patients.

Un autre moyen qui permet de l'écartier et qui est doué d'une action sédative incontestable, c'est le bain très chaud. Je ne parle pas du bain tiède qui est conseillé par tous dans les coliques néphrétiques, mais dont l'efficacité est à peu près nulle dès que l'endolorissement présente quelque intensité; et, en effet, l'eau à 35-36 degrés, qui est celle du bain tiède ordinaire, reste incapable d'amoindrir les douleurs conquassantes de la grande colique, quelle que soit la durée de la balnéation, mais il en est autrement du bain très chaud, celui qui s'élève à 40 degrés et même à 42 degrés.

L'action sédative de la chaleur est bien connue, on la trouve utilisée presque instinctivement par tous les graveleux, tous se servent de serviettes chaudes, de cataplasmes brûlants, de cruches ou sacs de caoutchouc remplis d'eau presque bouillante, ou encore de thermophores à l'amianté actionnés

par le courant électrique; c'est un moyen facile dont l'emploi peut être renouvelé aussi longtemps que persistent les douleurs. C'est un phénomène du même ordre qui résulte du bain chaud, mais ici l'action est autrement nette en raison de la grande surface sur laquelle agit le calorique. Pour être efficace, la température de l'eau doit s'élever à 40 et même à 42 degrés, c'est dire qu'elle sera poussée jusqu'à la limite que tolèrent les nerfs de la peau; la durée sera de 15 à 20 minutes. Le résultat est parfois immédiat. On sait que les Japonais prennent des bains qui s'élèvent jusqu'à 50 degrés, il est vrai qu'ils n'y séjournent que deux à trois minutes et ils en sortent avec la rougeur des écrevisses. L'endurance des Jaunes pour toutes les excitations et toutes les douleurs physiques est bien connue, mais il est inutile de pousser à ce point la température de la balnéation; du reste, j'ai constaté par l'expérience de plusieurs malades et aussi par mon expérience personnelle, qu'il est bien difficile de dépasser la limite de 42 degrés.

De pareilles températures ne vont pas sans augmenter quelque peu la pression sanguine, car le bain pris à 40 degrés et au-dessus, produit une élévation persistante de pression artérielle en même temps qu'il augmente le nombre des pulsations. Mais cet inconvénient est minime relativement à celui qui résulte de la douleur, surtout quand celle-ci est persistante. On sait que, par elle-même, la douleur provoque une augmentation de la pression sanguine; dans les névralgies des membres notamment, Federn a constaté que la pression du côté malade peut dépasser de 20 à 30 millim. celle du côté sain. Quant à la congestion des vaisseaux de la face qui résulte du rayonnement du calorique, il est facile d'y remédier en appliquant, sur le front et la tête, des compresses très froides.

Pendant les jours suivants, il est utile de laisser le malade au repos et même au lit la plus grande partie de la journée. Le lait est plus que jamais de règle; on lui adjoindra des eaux légères, presque amétalliques, comme Evian ou Amphion.

La diète lactée paraît nécessaire parce que, fréquemment, les urines deviennent albumineuses. Dans les cas bénins, cette albuminurie n'est pas toujours immédiate, elle ne survient que le second ou le troisième jour qui suit la crise, et elle persiste pendant une semaine environ; elle s'accompagne encore d'un peu de fièvre. Cette petite complication résulte des éraillures produites par le passage des graviers à travers l'urètre et elle reconnaît la même cause que l'angiocholite consécutive à la colique hépatique, qui s'accompagne parfois de symptômes infectieux plus ou moins redoutables. Parfois encore on rencontre de véritables hématuries qui sont la règle dans la gravelle oxalique.

(Lyon Médical.)

—:o:—

PEDIATRIE

DES LÉSIONS SYPHILITIKES DU CORDON OMBILICAL.

Par M. le Dr. Labusquière.

Nombre d'auteurs se sont certainement occupés déjà des lésions syphilitiques du cordon ombilical (OEdmannson, Winkel, Léopold, Bar et Tissier, Macé et Durante, etc.) Toutefois, les notions acquises sur ce sujet restent assez rares, et dans sa très remarquable thèse sur "la Syphilis du placenta", A. Schwab a paru résumer les connaissances sur ce point de la façon suivante : "mais en somme ces faits de lésions prononcées du cordon syphilitique sont très rares. Pour notre part, nous n'avons rencontré une lésion macroscopique appréciable du cordon dans aucune de nos observations. Mais, sous le microscope, nous avons observé des altérations des vaisseaux funiculaires et du stroma du cordon. Ces altérations consistent dans une infiltration plus ou moins abondante de la substance fondamentale du cordon par les cellules embryonnaires. De plus les vaisseaux funiculaires peuvent être atteints d'endo-périartérite ou de phlébite. Il existe alors une infiltration plus ou moins riche de cellules dans les parois des vaisseaux".

Aussi, nous a-t-il paru y avoir quelque intérêt à présenter brièvement, ici, un récent travail du docteur J. Bondi sur le même thème, et fait avec de nombreux matériaux recueillis à l'Universitäts-Frauenklinik de Vienne.

L'auteur a fait l'examen histologique du cordon ombilical de 35 enfants, dans des cas où la syphilis de la mère ou de l'enfant fut établie soit par l'ensemble des symptômes cliniques, soit par les constatations anatomo-histologiques faites à l'autopsie. Dans quatre de ces cas cependant, l'anamnèse, la clinique et l'histologie pathologique, lésions funiculaires mises à part, n'avaient permis qu'un diagnostic de grande vraisemblance. Dans 15 cas (3 : 7), il y avait des altérations inflammatoires exsudatives des parois des vaisseaux, lésions inégalement réparties dans le cordon ombilical. Les modifications histologiquement semblables, mais de degré variable, consistaient essentiellement dans : a) l'imbibition séreuse de la tunique moyenne et de la gélatine périvasculaire ; b) l'infiltration de leucocytes polynucléaires entre les faisceaux musculaires comprimés et dissociés, en sorte que ces dernières formaient parfois un réseau délicat et que parfois ils étaient frappés de nécrose. En certains cas, il y eut des infiltrations en forme d'abcès, de l'exsudation de fibrine dans la tunique interne, et une fois calcification dans la couche externe de la tunique moyenne.

Ces altérations, ajoute l'auteur, correspondraient à celles d'une artérite. Elles ne présentent, par elles-mêmes, rien de spécifique, de caractéristique; ce sont, en somme, des altérations qui peuvent être déterminées par les divers agents phlegmati-

ques. Mais la recherche soigneuse d'un agent inflammatoire dans tous ces cas resta absolument négative (recherches bactériologiques, en particulier) D'autre part, l'auteur fit des examens histologiques sur cent cordons ombilicaux dans le but de bien préciser les conditions normales des vaisseaux funiculaires, et jamais il ne releva des altérations inflammatoires.

En conséquence, il conclut nettement que les lésions décrites ci-dessus sont bien des lésions d'origine syphilitique, tout en mettant en relief cette particularité différentielle de ces lésions syphilitiques héréditaires, congénitales avec celles de la syphilis acquise; qu'elles sont les effets d'un processus inflammatoire, exsudatif, tandis que les autres correspondent à un processus essentiellement plastique.

Ces lésions du cordon ombilical sont-elles d'origine syphilitique et sont-elles aussi constantes dans la syphilis foetale congénitale, il y a sans doute intérêt à contrôler exactement ces propositions du Dr. Bondi. Si, en effet, leur exactitude était définitivement démontrée, il y aurait là un moyen d'établir l'existence de la syphilis foetale dans des cas autrement douteux, et d'instituer au plus tôt un traitement efficace.

(Annales de Thérap.)

DERMATOLOGIE

L'ECZEMA DE LA TÊTE ET DES DIVERSES REGIONS DE LA FACE.

Par M. le Dr. Gaucher.

Vous avez pu remarquer que l'eczéma présentait des symptômes particuliers comportant un diagnostic spécial suivant ses localisations régionales. C'est l'étude de ces variétés que nous allons entreprendre aujourd'hui, et, comme il faut toujours suivre le plus simple, le moins prétentieux; nous allons commencer par la tête et les diverses régions de la face.

Eczéma de la tête. — Nous avons d'abord à examiner l'eczéma du cuir chevelu dans lequel il y a un élément de diagnostic important à connaître, c'est que l'eczéma est très rarement localisé au cuir chevelu lui-même, et qu'il déborde toujours en petites plaques derrière les oreilles, c'est là un point extrêmement important pour le diagnostic.

Il y a une autre variété plus particulière aux enfants, c'est l'eczéma impétigineux; vous savez que les enfants eczémateux ont très facilement, en dehors de leur eczéma, un complément impétigineux, et c'est particulièrement à la tête que vous le voyez.

Vous pouvez également observer sur la tête l'eczéma sec décrit par certains auteurs sous le nom de teigne furfuracée. Dans d'autres cas, cet eczéma est constitué par un état squameux d'em-

blée qui n'a pas précédé de suintements, et dans lequel les vésicules eczémateuses se sont affaissées et ont donné lieu d'emblée à des squames.

Cet eczéma est caractérisé par une rougeur tout à fait particulière du cuir chevelu accompagnée quelquefois de plaques derrière l'oreille.

Ce qu'il y a également d'important pour le diagnostic de cet eczéma squameux, c'est que l'affection est rarement limitée au cuir chevelu qu'elle débordé en formant des bords festonnés.

Le diagnostic de l'eczéma du cuir chevelu doit être fait d'abord avec la séborrhée pityriasique appelée autrefois pityriasis capitis, avec le psoriasis et avec la teigne. Voilà les trois affections pour lesquelles il importe de faire le diagnostic différentiel.

Dans le pityriasis capitis, les squames sont beaucoup plus fines et beaucoup moins adhérentes que celles de l'eczéma; elles ne sont pas accompagnées de rougeurs, et l'éruption est localisée au cuir chevelu qu'elle ne dépasse pas sous forme de bords festonnés. Il n'en existe pas non plus derrière l'oreille. J'ajoute que ces squames sont grasses et renferment des produits séborrhéiques tachant le papier buvard et la soie.

Dans le psoriasis, les squames peuvent être confondues avec celles de l'eczéma squameux, mais l'affection est exclusivement limitée au cuir chevelu. Vous ne voyez point de plaques derrière l'oreille et non plus la bordure eczémateuse. Enfin les squames du psoriasis sont beaucoup plus épaisses, plus stratifiées que celles de l'eczéma.

Le diagnostic de la teigne n'est guère à faire chez les enfants et il est généralement limitée sous forme de plaques, tandis que l'eczéma est diffus.

Le diagnostic est cependant difficile à faire dans certaines formes diffuses de teigne, il faut alors avoir recours au microscope.

Examinons maintenant l'eczéma de la barbe. Nous pouvons, sur la barbe, observer diverses variétés d'eczéma: d'abord l'eczéma pileaire simple, squameux, qui se présente sous la forme de rougeurs n'offrant pas ou très peu de suintement, mais se présentant sous la forme d'une légère desquamation formant une sorte de collerette autour des poils. Cette première forme est assez fréquente, et on l'observe particulièrement chez les individus séborrhéiques.

On peut la confondre avec le premier degré ou le début de la trichophytie de la barbe. En effet, avant de donner lieu à des pustules, la trichophytie de la barbe se manifeste par un état squameux tout à fait particulier, pulvérulent, et désigné jadis sous le nom de pityriasis alba parasitaire; celui-ci ressemble, dans une certaine mesure, à l'eczéma, avec cette différence que vous n'avez pas de squames, mais de petites granulations farineuses qui ne sont autre chose que des amas de spores, de la graine de trichophyton. C'est donc là une apparence de desquamation et non une desquamation véritable.

La forme la plus caractéristique est ce qu'on appelle l'eczéma sycosiforme ou folliculite eczémateuse, ou encore ce que Basin appelait le sycosis

arthritique. Cet eczéma sycosiforme est caractérisé par des folliculites supprimées et donnant naissance à des croûtes. L'extraction des poils devient douloureuse — c'est là un point sur lequel j'insiste — et vous constatez que ces poils ne sont pas altérés et qu'ils ont conservé leurs caractères normaux.

Cet eczéma siège avec une certaine prédilection à la lèvre supérieure; on lui donne quelquefois le nom d'eczéma récidivant ou d'eczéma impétigineux de la lèvre supérieure. Sa durée est pour ainsi dire indéfinie, et sa localisation exclusivement limitée pendant toute sa durée. Les croûtes qui succèdent à la rupture des vésico-pustules persistent pendant un temps très long.

Cet eczéma sycosiforme — de la lèvre supérieure comme de la barbe — doit être distingué du sycosis parasitaire.

Quand il s'agit d'eczéma sycosiforme de la lèvre supérieure, le diagnostic est assez simple, car la lèvre supérieure n'est pas habituellement le siège du sycosis trichophytique, de la mentagre, elle n'en est pas du moins le siège exclusif. Je ne dis pas que dans certains cas d'infection profonde de la barbe, dans la mentagre, il ne puisse pas y avoir de lésions sur la lèvre supérieure comme sur la joue ou le menton, mais ce qui n'a pas lieu, c'est la localisation exclusive du sycosis trichophytique sur la lèvre supérieure. Si donc vous avez une affection limitée à la lèvre supérieure, le diagnostic de sycosis trichophytique ne peut même pas se poser.

Lorsqu'il se pose, le diagnostic en est assez facile à faire. Dans le sycosis trichophytique vous avez des poils altérés, ils se cassent à l'épilation, ne s'arrachent pas en entier. Au microscope, il est exceptionnel de pouvoir trouver des spores de trichophytum, même dans la mentagre. Je ne sais combien j'ai fait faire des recherches sans résultat, aussi c'est par d'autres éléments qu'il faut se faire son opinion.

Ces autres éléments sont les suivants: dans le sycosis parasitaire, vous ne voyez pas seulement des pustules et des croûtes, mais des nodosités, des tubercules qui résultent précisément de l'évacuation incomplète de ces pustules, et c'est ce mélange de pustules, de tubercules indurés qui vous fait faire le diagnostic, en même temps que les notions sur la profession du malade. Le sycosis trichophytique, en effet, est une maladie des chevaux et des bovidés de sorte que, le plus fréquemment, ce sont des personnes qui sont en rapport avec des chevaux qui en sont atteintes.

Eczéma des lèvres. — En dehors de l'eczéma sycosiforme que nous venons de voir, et de celui qui résulte de l'extension de l'eczéma général de la face aux lèvres — eczéma qui ne présente rien de particulier, si ce n'est la difficulté des mouvements — il y a des eczémas propres aux lèvres.

Il y a en premier lieu l'eczéma orbiculaire, généralement sec, fendillé, fissurique, très pénible justement à cause de ces fissures qui se produisent le long des plis rayonnés de la peau des lèvres. Les lèvres douloureuses, crevassées, indurées, se rétractent facilement, elles saignent avec une grande facilité, il en résulte de la gêne dans les mouvements

de préhension des aliments, dans l'action de boire, dans la succion. Enfin, en dehors de son aspect disgracieux, c'est certainement une des formes les plus gênantes de l'eczéma.

Le diagnostic de cet eczéma doit être fait avec les syphilides labiales, c'est-à-dire les plaques muqueuses.

Les plaques muqueuses siègent surtout aux commissures des lèvres; elles présentent des fissures plus profondes que celles qui caractérisent l'eczéma, et en même temps moins douloureuses; elles ne sont pas accompagnées de croûtes et il est rare qu'elles soient exclusivement localisées aux lèvres. Quand vous en voyez aux lèvres, regardez la langue et la gorge, il est bien rare que vous n'en rencontriez pas.

Il faut aussi faire le diagnostic différentiel de la perlèche. La perlèche est une affection tout à fait spéciale et qui a été longtemps confondue avec l'eczéma des lèvres. Les travaux qui ont servi à l'individualisation de la perlèche sont exclusivement des travaux français, et, j'ajoute, des travaux provinciaux. C'est le docteur Lemaître (de Limoges) qui est l'auteur des travaux les plus importants sur cette question.

(A Suivre.)

SYPHILIGRAPHIE

LA SYPHILIS OCULAIRE EN GENERAL ET SON TRAITEMENT,

Par M. le Dr. Galezowski,

Leçon recueillie et rédigée par le Dr. A. Beauvois Messieurs,

De toutes les influences pathogéniques dont nous avons passé en revue les manifestations oculaires, aucune ne se rencontre aussi souvent que la syphilis. Vous connaissez les ravages de cette terrible maladie, vous savez les ligues qui se sont donné la mission de préserver la société future; comme spécialiste et basant mon affirmation sur une pratique de plus d'un demi-siècle, je n'hésite pas à vous dire que toutes ces précautions sont justifiées et que les ophtalmies syphilitiques sont légion. Vous qui suivez les travaux de ma clinique, vous voyez tous les jours venir ici des malades à une période plus ou moins avancée de leur maladie, et qui accusent la syphilis comme cause de leur mal.

Depuis les enfants qui portent inscrits sur leur rétine les traces non douteuses d'une spécificité héréditaire jusqu'aux vieillards atteints d'atrophie, pendant toutes les périodes de la vie, vous avez rencontré ces manifestations syphilitiques, C'est pourquoi, messieurs, je désire vous donner aujourd'hui les résultats de mon expérience et passer en revue avec vous d'abord les formes cliniques principales de la syphilis oculaire, et ensuite, mais surtout je désire insister sur ce point: le traitement de la terrible maladie.

Je n'ai pas l'intention de vous dire toutes les lésions oculaires qui peuvent être causées par la syphilis. Cela dépasserait de beaucoup le cadre de la présente conférence et m'entraînerait à de trop longs développements, mais je veux vous indiquer les formes les plus fréquentes et les plus graves.

Bien que l'agent pathogène de la syphilis ne nous soit pas connu, on a pu, grâce aux travaux de nombreux syphiligraphes et histologistes, acquérir d'importantes notions sur les lésions tissulaires produites par cette maladie. Un fait bien établi est le suivant: c'est que le virus spécifique porte en première ligne son action sur le système vasculaire (veines et artères) en altère les parois, et détermine par accumulation cellulaire de véritables néoplasies inflammatoires. Si nous appliquons cette notion de pathologie générale aux phénomènes morbides que nous pouvons observer du côté de l'œil, nous sommes amenés à penser que ce sont les parties les plus vasculaires de l'œil qui seront les premières touchées par la maladie. En effet, messieurs, c'est l'iris c'est le corps ciliaire, c'est la choroïde qui sont les plus souvent atteints, c'est donc les lésions de ces différents organes que je vous décrirai rapidement.

Je passe sous silence tous les accidents qu'on peut observer du côté des paupières, des conjonctives, de la sclérotique, des muscles et de l'orbite. On a même décrit une tarsite spécifique. Vous trouverez des indications sur toutes ces matières dans mon Traité des maladies des yeux.

Je dois cependant vous dire quelques mots d'une affaire assez fréquente et qui pour moi se rattache sans aucun doute à la syphilis, je veux parler de la kératite interstitielle. Vous en avez vu de nombreux cas parmi les malades qui fréquentent la clinique. Il s'agit tantôt de jeunes enfants, tantôt d'adultes. Ils se présentent avec de la congestion conjonctivale, de la photophobie et du larmolement. La vue est troublée, et l'examen de la cornée révèle une infiltration profonde de cette membrane. C'est la première période dite période d'infiltration. Puis vient la période de vascularisation qui est la phase inflammatoire par excellence. L'infiltration continuant à se développer gonfle les éléments cornéens. Les phénomènes irritatifs se transmettent au pourtour de la cornée, dilatant les vaisseaux de cette région, et augmentant considérablement les symptômes physiologiques que je vous ai signalés. Puis après un temps en général assez long, arrive la phase de régression. Le bord de la cornée redevient en premier lieu transparent, tandis que les vaisseaux se font de plus en plus rares. Le centre de la cornée s'éclaircit plus tardivement, et il existe parfois pendant longtemps, un léger trouble cornéen. Dans la grande majorité des cas la kéralite interstitielle reconnaît comme cause la syphilis héréditaire. On connaît cependant de nombreux exemples de la même affection dans la syphilis acquise. J'ai pu me rendre compte que sous ce rapport l'opinion des auteurs qui la considèrent comme une rareté, est à réformer. Il ne vous sera pas toujours facile de dépister l'hérédo-syphilis chez les petits malades que vous verrez à ma clinique et-

teints de kératite interstitielle. Mais si vous savez conduire votre interrogatoire, examiner votre malade, j  ne doute pas que le plus souvent vous n'arriviez à un résultat facile.

C'est Hutchinson qui, le premier, a démontré les relations qui existent entre la kératite et la syphilis. Aussi ferez-vous bien de relever les symptômes, signes d'hérédo-syphilis, du côté des dents incisives, de l'ouïe, du nez, des os, etc. Les antécédents héréditaires sont intéressants à noter dans ce cas, car vous n'ignorez pas que, comme l'a démontré Fournier, la syphilis maternelle se manifeste par des fausses couches. Vous arriverez ainsi   un ensemble symptomatique suffisant qui vous permettra de poser un diagnostic net. Je vous dirai enfin tout à l'heure quels signes précieux peut vous fournir l'examen ophtalmoscopique de la pupille et de la région rétinienne de l'ora serrata.

Une des manifestations les plus fréquentes de la syphilis oculaire est constituée par l'iritis. Vous l'observerez, soit chez les enfants par suite d'hérédité spécifique, soit chez des adultes à une période variable de la syphilis acquise. Les antécédents du malade, joints à un aspect un peu spécial des signes locaux, vous mettront vite sur la voie du diagnostic. R cord en décrivait trois formes: eryth mateuse, papuleuse, pustuleuse. Lorsqu'il s'agit de la forme de la papuleuse, l'aspect est tellement spéciale que le diagnostic s'impose. Le traitement mercuriel, qui amènera une sédation rapide de tous les symptômes vous confirmera encore dans cette idée.

Je laisse de côté toutes ces affections pour m'occuper d'une maladie beaucoup plus répandue et plus caractéristique encore de la syphilis, je veux parler de la choroïdite. Mal connue autrefois, elle fut bien décrite par Desmarres, qui l'étudia d'une façon complète dans ces symptômes les plus variés et les plus importants. Depuis, Zambaco, A. Fournier, Hutchinson, de Graefe en ont donné de bonnes descriptions que j'ai complétées par la suite. Pour une étude approfondie, je ne puis mieux faire que de vous renvoyer au chapitre de la question dans mon Traité des maladies des yeux.

La choroïdite, la chorio-rétinite spécifique débutent d'une façon insidieuse. C'est un trouble de la vue qui est le premier symptôme, trouble très léger d'abord et dont le malade ne se rend pas compte dans les conditions normales de vision binoculaire.

Puis une mouche apparait à laquelle succède un brouillard plus ou moins épais qui finit par gêner considérablement la vision.

Parfois cependant, et surtout quand un seul œil se trouve atteint, il n'existe pas une notable diminution de l'acuité visuelle. Tant que les altérations des membranes n'ont pas atteint la région maculaire, ce n'est pas l'acuité qui est très diminuée, mais plutôt la sensibilité rétinienne. Les malades en effet ont besoin, pour lire les caractères fins, d'une lumière beaucoup plus vive que pour un œil sain.   cette période plus avancée de l'affection des malades accusent d'autres symptômes plus morphopsies. Les objets paraissent plus petits

ou moins constants: photopsies, micropsies, m t parce que les lésions rétiniennes écartent les éléments sensibles de la membrane, et l'image vient se faire sur un plus petit nombre de cônes et de bâtonnets. Ces mêmes éléments étant déplacés d'une façon irrégulière, il en résulte des déformations des objets (métamorphopsie.)

Les yeux atteints de cette affection sur lequel j'appelle toute votre attention parce qu'il a pour moi une grande valeur et que sa présence pourra nous mettre sur la voie du diagnostic: c'est la cécité survenant par accès. Vous verrez des malades venir vous consulter et se plaindre que, dans le cours d'une santé assez bonne ils ont été pris brusquement d'une cécité presque complète d'un ou de deux yeux, sans qu'aucun phénomène antérieur ait attiré leur attention sur leur état oculaire. Cet  tat amaurotique persiste quelques jours ou même plusieurs semaines, et tout rentre dans l'ordre avec ou sans traitement. Une nouvelle crise survient qui enlève un peu plus de vision, puis les crises, se succèdent jusqu'à la cécité complète. Les autres symptômes de la maladie sont, mais sans constance: l'héméralopie, le rétrécissement concentrique du champ visuel, et la dyschromatopsie. Cependant des complications ont pu survenir: l'iritis qui très souvent précède la choroïdite, survient assez fréquemment dans le cours de la chorio-rétinite spécifique.

(Le Progrès Méd.)

(A Suivre.)

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LES MERCURES.

Salol...	4
Ether...	4
Collodion �lastique...	30

(Jour. de Méd. de Paris.)

POMMADE POUR EMPLOYER DANS LE TRAITEMENT DE L'ORCHITE.

Vaseline...	40 gr.
Gaïacol...	5 gr.
Salicylate de méthyle...	20 gr.

Après l'application de cette pommade, la douleur et la tuméfaction diminuent rapidement.

(Bull. th r.)

NOUVELLES

Naissances.

—A. Ahuntsic, Sault au Récollet, le 19 du courant l'épouse de M. le Dr. Ed. Verdon, un fils.

Nécrologie.

—A Farnham, le 30 du courant, à l'âge de 3 mois, 5 jours, le bébé de M. le Dr. Olivier Demers.

SUPPLEMENT

QUELQUES REMARQUES SUR LE GLYCO-THYMOLINE.

Par M. le Dr. W. R. D. Blackwood,
Philadelphia, Pa.

Depuis plusieurs années cette préparation, qui est une des meilleures dans le traitement des membranes muqueuses, a toujours gardé sa place acquise, en dépit des essais de divers agents qui ont essayés, en vain de la supplanter en la décrivant, lorsque j'en faisais l'éloge.

L'espace est trop précieux pour le perdre en de longues dissertations et descriptions sur des cas particuliers, et d'ailleurs, je n'écris jamais de cette manière. Je crois que quelques remarques générales sur cet agent thérapeutique valent infiniment mieux qu'une historique sur la symptomatologie et la température avec ses variations quotidiennes.

Aucune classe de maladies nous cause plus d'ennuis que les désordres des membranes muqueuses, et n'est en même temps, plus difficiles à guérir radicalement. Combien de fois sommes-nous à bout de médicaments. Le traitement local du "catarrhe" est souvent une cause de désappointement, et le plus ennuyeux de tous, est sans contredit celui des fosses nasales postérieures. A moins que nous puissions provoquer un changement stable, ou soulager un peu, et dans ces cas, rien ne nous a rendu plus de services jusqu'ici que le Glyco-Thymoline à l'intérieur et à l'extérieur; traitement que j'ai eu occasion d'employer dans plusieurs centaines de cas graves et tenaces de cette affection si commune et si rebelle, le catarrhe. J'en suis arrivé à considérer cette préparation comme modèle et d'usage courant, et, si par hasard, je ne m'en sers pas comme moyen d'attaque dans les troubles des fosses nasales postérieures, je me vois vite obliger d'y recourir. Le Glyco-Thymoline est juste suffisamment alcalin, dialytique (son action locale produit la quantité exacte d'excrétions à travers les membranes malades), astringent, sans dessécher les parties, et est un véritable réparateur; il remet les tissus à l'état normal en peu de temps. Un grand nombre de médicaments sont employés, mais je suis fermement convaincu que si je n'en avais qu'un seul à employer, ce serait le Glyco-Thymoline.

Pendant plusieurs années je me suis servi des fameuses tablettes d'acide borique et glycérine etc., avec de bons résultats, mais depuis longtemps, je les ai mis de côté, et ai pris le Glyco-Thymoline: je le prescris à la moitié de sa force ordinaire avec une douche Birmingham, deux ou trois fois par jours. Avec cette solution réduite, dans les cas graves, je le donne à l'intérieur en y ajoutant ou en donnant séparément, du chlorure mercurique dans du sirop de Stillingia composé, comme véhicule. Dans les cas de syphilis présumé, j'agis toujours ainsi.

Dans les cas de gastrites, entérites chroniques, vaginite, gonorrhée, et ces maladies que beaucoup

de médecins supposent être de l'appendicite, j'emploie toujours ce produit avec beaucoup de succès.

Comme application locale dans les ulcères fétides et tout spécialement dans les hémorroïdes, je crois que cette préparation rend de réels services. Dans les ulcères mauvais de la jambe, où il faut se défier de tout remède, le Glyco-Thymoline est merveilleux — il ne peut faire de mal, et je suis convaincu qu'il faut le donner dans tous ces cas. Dans la bronchite et l'asthme, il agit; bien; dans le croup spasmodique, il est admirable; il est pour ainsi dire indispensable dans les maladies vénériennes et arrête d'une manière instantanée, les dégâts dans la balenite.

(Medical Summary, dec. 1903.)

—: o :—

LA GUERRE RUSSO-JAPONAISE.

L'Union des femmes de France, qui a ouvert une souscription en faveur des blessés de la guerre russo-japonaise, ayant offert au comité de secours organisé à l'ambassade de Russie et présidé par Mme de Nélidof, un hôpital de campagne muni de tout le matériel de subsistances, de médecine et de chirurgie nécessaire pour deux cents malades ou blessés, vient de recevoir la lettre d'acceptation. Les éléments de cet hôpital, augmentés de ceux que rend indispensables le climat sous lequel se poursuivent les hostilités et spécialement emballés en vue du long trajet à parcourir, seront prêts à être expédiés dès les premiers jours.

Tandis que la Société de secours aux blessés prépare son expédition en Extrême-Orient, le dispensaire de la Croix-Rouge établi rue de Vanves forme chaque jour de nouvelles infirmières qui suivent assidûment les cours et cliniques de MM. les Drs. Cautru, Cazin, Touchard, Menier et Bousquet. M. le Pr. Guyon, membre de l'Académie de Médecine, leur fera subir dans quelques jours les examens d'aptitude à la suite desquels pourront leur être délivrés des diplômes semblables à ceux qu'ont déjà obtenus Mmes la comtesse d'Alsace, Cavagnac, Fortoul, la princesse Georges de Broglie, Camille Bellaigue, la marquise de Castellane, la marquise de Cabannes, la générale Frater, Huguenet, de Douglas, Portalis, Oberkampfh, la comtesse de Pourtalès, la comtesse de Tocqueville, de Charnacé, d'Hauterive, la comtesse de Lubersac et un grand nombre d'autres dames du monde qui, en temps de guerre, serviraient, dès la première semaine de la mobilisation, comme infirmières dans les hôpitaux du territoire. La Croix-Rouge ne compte pas moins actuellement de sept cent-soixante dames infirmières, pourvues de leur diplôme et qui doivent répondre au premier appel de mobilisation.

(Gaz. Med de Paris.)

—: o :—

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

Dallshire sursauta à chacune de ces déclarations. Le misérable les yeux hagards, les cheveux défaits et ruisselants de sueurs, était hideux à voir.

—Qu'est-ce que cela veut dire? demanda Sir Patrick O'Brien, je ne comprends rien à tout ceci. On se croirait vraiment au "Ly-cium Theater", de Dublin.

—Voici ce qui en est, Sir Patrick, dit Sir Georges, je vous demande pardon de vous avoir pris comme témoin de cette scène cruelle, mais je vous sais bon gentilhomme et j'avais besoin de vous.

—Alors Sir Georges Brown raconta l'histoire de Nelly et de Donald puis l'étrange conduite qui avait petit à petit fait connaître la vérité.

—Maintenant Lord Dallshire, reprit Dick Brown excusez-vous si cela est possible, vous êtes devant vos juges, mais tout en étant sévère nous saurons être justes.

—Je n'ai pas à me disculper, dit Dallshire d'une voix sourde. Depuis la mort de Nelly ma vie n'a été qu'un continuel châtement, car j'eus bientôt compris que ma malheureuse victime était la seule femme que j'eusse jamais aimé. Hélas il est trop tard, j'en avais épousé une autre et celle que j'adorais était morte. Depuis je n'ai plus été qu'un malheureux sans cesse poursuivi par le remords, ne vivant que dans de continuels cauchemars. Elles sont bien vengées celles qui dorment dans le cimetière de Stratford, soyez en persuadé.

—Et votre femme? demanda la major.

—C'est juste, répondit Dallshire, donnez moi douze heures, je me charge du reste.

—Nous vous donnerons ces douze heures, dit Dick Brown, mais souvenez-vous qu'après ce temps, nous déposerons devant la chambre des Lords, un acte vous accusant de félonie et d'indignité.

Dallshire esquissa un sourire puis lentement se dirigea vers la porte et disparût.

—Le doigt de Dieu touche toujours les coupables, dit le Révérend Barnes.

—Il faut encore attendre, répondit le Major, car d'un homme tel que lui on doit s'attendre à tout.

—Ces messieurs sont servis, cria Jimmy en ouvrant la porte de la salle à diner.

—Je n'ai plus faim, dit Sir Patrick,

—Moi non plus, répondit le Major, mais j'ai soif.

XIX.

Florence depuis la résolution de son mari avait vécu dans une terreur continuelle. Elle n'avait eu aucune nouvelle de sa mère et Sir Georges Brown ne lui avait envoyé que quelques mots par l'entremise de Jimmy, mots lui disant de se rassurer, qu'il ne cesserait de la protéger et de veiller sur son bonheur.

Cependant quelques heures seulement la séparait du moment fixé par Lord Dallshire pour le départ et a moins d'un miracle elle allait devoir suivre cet homme qui était son maître par la loi, et son ennemi par le cœur. Se croyant abandonnée, la malheureuse femme ne savait de quel côté diriger ses regards, vers qui tendre ses bras et implorer du secours.

Le petit Clarence tout habillé reposait sur un canapé et Lassy, près de lui semblait plongée dans une profonde méditation.

—Eh bien, dit Florence, vous n'avez aucune nouvelle de Lord Dallshire?

—Non, milady, il a quitté l'hotel de bonne heure ce matin et depuis n'a plus reparu.

—Était-il seul?

—Il était accompagné de Jimmy, répondit la soubrette.

—Voici qui est singulier, et ceci sans que je sois prévenue, ni par l'un ni par l'autre. Dans quelques heures sonnera celle du départ, et alors pauvre Lassy il nous faudra marcher vers un avenir dont je ne puis prévoir les conséquences. Que m'inporte à moi les souffrances, n'y suis-je pas habituée mais c'est pour mon enfant que je crains, pauvre petit être innocent que j'entraîne avec moi dans l'abîme, peut-être dans la mort.

—Pourquoi vous laisser ainsi abattre milady, tout n'est pas désespéré et nous avons encore devant nous quelques heures qui peuvent chacune d'elles être celle de la délivrance.

—Quelle heure peut-il être, Lassy?

—Il est maintenant onze heures passé,

—Onze heures, dit Lady Dallshire, bientôt il sera minuit, non Lassy tout est perdu, je suis à jamais abandonnée.

La jeune femme se laissa tomber en sanglotant au pied du sofa, sur lequel son enfant reposait. Au même instant Lassy leva rapidement la tête et se mit à écouter avec attention. Elle venait d'entendre un craquement qui venait de l'appartement voisin, lequel était celui de Lord Dallshire.

(Suite et fin.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 13 AVRIL, 1904.

No. 42.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SI NOUS AVIONS UNE ASSOCIATION DES
MEDECINS DE LA VILLE DE MON-
TREAL.

(DES PHARMACIENS QUI PRATIQUENT
LA MEDECINE.)

Il y a quelques trois ans, j'avais l'honneur de traiter, "gratis pro deo" un jeune homme pauvre, mal nourri, marié et atteint de syphilis du coude.

Après quatre semaines d'un traitement aussi intensif que me le permettait la santé délabrée du malade, je constatais avec joie une amélioration notable dans l'état de l'articulation.

Brusquement je cessai de voir mon malade.

Sa malheureuse femme vint me conter cinq ou six mois plus tard que "le bras de son mari était complètement perdu, et qu'il ne pouvait plus travailler, et qu'il voudrait bien revenir me voir"!

—Mais pourquoi a-t-il cessé?

"Ah! s'il m'avait écouté! mais monsieur X. le pharmacien lui a persuadé qu'il pourrait lui donner pour \$2.50 la bouteille des remèdes bien meilleurs que les vôtres. Il en a pris 10 bouteilles et cela ne lui a rien fait."

L'articulation resta définitivement perdue et je passe la suite de l'histoire qui fut lamentable.

Voilà donc un pharmacien qui pour "arracher" \$25.00 à un malade, a chargé sa conscience de la perte d'un bras et d'un éhonté mensonge. Il y a là, à proprement parler,

obtention d'argent sous de faux prétextes, et je me suis sérieusement demandé s'il n'était pas de mon devoir de le dénoncer en justice.

Il y a deux semaines, je fus appelé pour une femme "perdant d'une manière effrayante" depuis deux jours.

Une investigation un peu serrée m'eut vite appris que j'avais affaire à une fausse couche.

—Pourquoi, dis-je avoir tardé si longtemps à m'appeler?

"Je vais vous dire, monsieur..... le pharmacien, est venu et m'a envoyé des pilules à prendre toutes les trois heures. Mais comme ça ne me faisait rien, je vous ai fait téléphoner.

La quantité de sang perdu devait être énorme. Le pouls était excessivement petit et la malade très très faible.

Le pharmacien n'eut ici rien de bien sérieux sur la conscience, la malade ayant très bien guérie par la suite. Mais si elle fut morte!

Il y a cinq ou six semaines, je fus consulté pour un jeune malade qui, pour un commencement de chaussepisse, d'ailleurs pas très bien prononcée, avait d'abord consulté un médecin, puis un pharmacien (renommé pour être très fort dans le traitement de ces sortes de maladies) qui lui avait donné, moyennant finance, "une poudre tonidigestive! et des crayons urétraux."

Les dits crayons étaient "si atrocement douloureux" que le malade en avait bientôt abandonné l'usage, mais non pas assez tôt pour prévenir l'apparition d'une cystite très aiguë du col.

Il en souffrait depuis plus d'une semaine, quand il vint me voir, et chaque miction très douloureuse, amenait une assez forte hémorrhagie.

La cystite était d'ailleurs en voie de généralisation, sans forme exfoliante, et le malade expulsait très souvent des lambeaux sanguinolents de muqueuse.

Grâce à l'antisepsie, aux grands lavages chauds, et au repos au lit pendant deux semaines, le malade a pu reprendre, depuis une semaine ses occupations.

Voici donc trois cas bien clairs. Trois pharmaciens que je connais ont ouvertement, malhonnêtement, et d'une manière dangereuse dans deux cas, funeste dans l'autre, pour les malades, pratiqué la médecine.

J'en pourrais rapporter d'autres. La plupart de mes confrères de la ville en pourraient faire aulant.

C'est là un abus qu'il faudrait, il me semble faire cesser pour diverses raisons.

D'abord il y a l'intérêt même des malades qui trop souvent hélas, ont à se plaindre d'avoir écouté les propositions du pharmacien.

Il y a aussi, les pharmaciens ne manquent pas de le dire, raison de nous protéger contre une concurrence déloyale et malhonnête.

Qu'un vulgaire charlatan pratique la médecine, je ne lui en veux aucunement, Je le plains de charger sa conscience de tous les accidents qu'il ne saurait manquer de causer par sa dangereuse ignorance. Mais enfin, il n'est pas plus coupable qu'une médecin volontairement ignorant. De plus, il ne nous doit rien, nous traite franchement en ennemi, et cela même le rend respectable d'avoir le courage de son métier d'exploiteur.

Mais avec le pharmacien, ce n'est plus la même chose. Le pharmacien, à la ville, compte pour vivre, sur les prescriptions du médecin. Il n'y a qu'à voir l'extrême politesse avec laquelle il nous traite, pour en être convaincu. Et c'est souvent le moment où il

sollicite notre encouragement, qu'il choisit pour détourner un client à son profit.

Il y a là quelque chose de particulièrement méprisable que je serais heureux de voir cesser, pour le bien de tous.

Mais est-il un moyen pour cela?

Assurément.

A l'heure actuelle, nous sommes à peu près désarmés, et les pharmaciens le savent bien. Ils en profitent largement.

Si un médecin dénonce un pharmacien, et détourne ses clients de chez lui, le charment potard fera sourdement la guerre au docteur, et tachera de le discréditer auprès des malades, amis et connaissances.

Mais si nous avions une bonne association de médecins, une association bien organisée, comme en possèdent les bouchers, les commis-marchands, et les différents corps de métier ! Alors ce serait différent.

Le pharmacien convaincu de pratique de la médecine serait immédiatement dénoncé à l'association et son nom inscrit sur une liste adressée à tous les membres.

Quand deux ou trois cents médecins retireraient leurs prescriptions à un pharmacien il est à croire qu'il s'en apercevrait..

Il deviendrait, dès lors, de l'intérêt de chaque pharmacien de s'en tenir à son métier, sous peine de voir ses affaires diminuer dans des proportions notables.

Or l'intérêt du pharmacien, c'est la seule garantie du médecin.

Ce procédé nous débarrasserait d'un bon nombre de pharmaciens peu recommandables. Car le pharmacien assez malhonnête pour pratiquer la médecine, l'est également assez pour remplir nos prescriptions avec des médicaments de qualité inférieure, faisant ainsi plus de bénéfice.

Nous garderions les meilleurs, pour le plus grand avantage de nos clients et pour le nôtre.

Adelstan de Martigny

Revue des journaux

LES DANGERS DE LA DIGITALE DANS CERTAINES AFFECTIONS CARDIAQUES.

Par M, le Dr. J. Dauby.

MEDECINE

POUVOIR SECRETOIRE ET SIGNIFICATION GLANDULAIRE DES EPITHELIUMS DES TUBES CONTOURNES DU REIN. — VALEUR THERAPEUTIQUE DE LEURS PRODUITS SOLUBLES DANS L'EAU.

Par M. le Dr. Renaut.

Le rein n'est pas un simple filtre électif; c'est une glande vraie. Son élément actif élabore des substances nouvelles ou grains de ségrégation, eux-mêmes actifs; le substantif préproduits du titre les désigne. Grâce à ce ségrégat, toxines et toxiques présents dans le sang, combinés avec lui peuvent être éliminés. Mais si le rein est malade, l'élément éliminateur manque, d'où l'emprunt d'un rein étranger.

Raphaël Dubois avait déjà eu recours, chez un urémique, pour lever l'imperméabilité rénale à l'opothérapie rénale per os; son idée directrice avait été l'utilisation de l'antitoxine fabriquée par le rein. Le sucs prouve que l'élément curatif du rein, qu'il soit antitoxique ou éliminateur, ne s'altère pas en passant par les voies digestives.

Technique; Décortiquer 1 à 3 rognons de porc très frais, hâcher menu, rapidement laver à l'eau distillée, pour bien enlever toute l'urine. Broyer au pilon avec 450 gr. d'eau salée à 7: 1000. Conserver dans un endroit frais; en été entourer de glace le mortier. Décanter après quatre heures; l'on obtient environ 400 gr. d'une sorte de lavure de chair, à prendre en trois ou quatre fois en 24 heures dans une tasse opaque pour éviter le dégoût par la vue; on peut ajouter une cuillerée de bouillon concentré de julienne tiède; la température du mélange ne doit pas dépasser 38 degrés. Après dix jours consécutifs, repos de quatre ou cinq jours.

La macération du rein est un remède très actif; elle est diurétique, antitoxique; elle réduit l'albuminurie jusqu'à la faire disparaître, ne vulnère pas l'organe du malade. Chez les brightiques, cette médication organique fait rétrograder l'hypertension artérielle, le galop de Traube, la tendance à la cardiectasie passive; l'urémie peut lui céder. — Il importe que le remède soit préparé chaque jour. (Académie de médecine.)

(Revue des Jour.)

Bien que les expérimentateurs et les praticiens soient unanimes à recommander la digitale dans l'asystolie, il y a lieu de se demander si, dans certaines conditions, l'énergie la plus grande des contractions du cœur et l'élévation de la pression du sang dans les artères, déterminées par cette substance, ne peuvent donner lieu à des accidents.

L'examen attentif et raisonné de deux cas de mort soudaine, survenus chez des cardiaques que nous avons observés récemment, nous a confirmé dans cette opinion.

Les sujets en question, âgés d'une soixantaine d'années, avaient été soumis au traitement par la digitale en raison des phénomènes morbides: palpitations, petitesse et irrégularité du pouls, dyspnée prononcée et œdème des membres inférieurs qu'ils présentaient l'un et l'autre. Le médicament avait été prescrit selon la formule suivante:

Poudre de feuilles de digitale.....	1,20 gr.
Faites infusion de	270,00 gr.
Ajoutez: Extrait sec d'opium...	0,10 gr.
Sirop de tolu.....	30,00 gr.

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures avait déterminé un amendement des phénomènes morbides et conséquemment un mieux notable dans l'état des malades. Ceux-ci n'ayant aucune idée de la gravité de leur affection, se croyaient déjà presque guéris, quand tout d'un coup ils succombent brusquement, en plein repos, sans avoir ressenti aucun malaise, sans avoir présenté aucun phénomène prémonitoire de leur attaque.

La personne faisant le sujet de ces observations avait été frappé de mort pendant son sommeil et trouvée inanimée à côté de son mari qui la croyait endormie.

On ne pourrait donc invoquer, pour expliquer sa fin soudaine une des causes occasionnelles ordinaires de l'hémorragie ou de l'embolie cérébrales. On n'aperçoit ici, comme ayant provoqué l'augmentation de la tension sanguine, que l'action de la digitale sur le système circulatoire.

Sans doute il n'est pas possible de donner de cette pathogénie de la mort subite une preuve directe irréfutable; mais si l'on pèse bien les circonstances de ces terminaisons rapides, parfois même foudroyantes, on devra, nous semble-t-il, admettre que la façon dont nous l'expliquons offre beaucoup de vraisemblance.

Des considérations que nous venons de faire valoir nous concluons que la prudence commande de se montrer très réservé dans l'administration de la digitale chez les sujets présentant les signes de la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux sanguins, chez ceux qu'on pourrait supposer atteints d'une lésion des artères cérébrales, ou bien chez les

quels on a des raisons de soupçonner l'existence d'une endocardite végétante récente ou ancienne.
(Jour de Méd. de Paris.)

— : o : —

ALBUMINURIE ET DIABETE.

M. Pavy publie une étude sur l'association de l'albuminurie et du diabète et la considère comme fréquente. On peut admettre que, dans certains cas du moins des troubles liés au diabète sont susceptibles d'altérer le rein. D'autre part, l'albumine peut chez certains diabétiques, relever des causes qui la produisent habituellement chez les sujets non diabétiques: il s'agit alors de deux états qui, étiologiquement, sont indépendants. Peut-on cliniquement différencier ces deux ordres de phénomènes? L'observation attentive de chaque cas permet de faire la distinction. Lorsque l'albuminurie n'est pas intimement liée au diabète, elle est associée aux phénomènes classiques du mal de Bright, et le malade, si on laisse de côté l'état chimique de l'urine, se présente comme un brightique. Dans ces cas, on peut voir le diabète diminuer et même disparaître. En 1885, M. Pavy mentionnait déjà le fait et citait une observation très probante: chez un diabétique avéré, un mal de Bright typique s'était développé rapidement; le régime suffit en peu de temps à faire disparaître le sucre de l'urine, tandis que les accidents brightiques présentaient une forme sévère. Depuis, ces faits ont été admis par d'autres auteurs notamment par Von Noorden, bien qu'on ne puisse les expliquer.

LANCET.

— : o : —

LES MENINGITES LATENTES CHEZ LES PNEUMONIQUES,

Par M. le Dr. M. G. Curlo.

L'auteur rapporte les observations de deux malades atteints de pneumonie, chez lesquels évolua une localisation méningée du pneumocoque sans autre signe clinique qu'un délire à forme gaie. Le diagnostic ne put être fait que par la ponction lombaire, qui donna issue à un liquide céphalo-rachidien trouble, riche en leucocytes polynucléaires, liquide de dont l'ensemencement donna, dans les deux cas, naissance à des colonies pures de diplocoques de Fraenkel.

M. G. Curlo pense que les déterminations méningées au cours de la pneumonie doivent être beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense ordinairement, et que bien des délires, observés chez des pneumoniques et étiquetés délires alcooliques, devaient relever de lésions méningées ayant évolué vers la guérison.

(La Riforma méd.)

— : o : —

CHIRURGIE.

DE LA RADIOGRAPHIE DANS LE DIAGNOSTIC DE LA COXALGIE AU DEBUT.

Par M. le Dr. E. Delanglade.

(Suite et fin.)

Voici d'ailleurs la radiographie d'une coxalgie un peu plus ancienne, quant à l'époque où le traitement a été commencé et où les signes cliniques étant plus accusés, légère contracture, la radiographie montre des lésions sensiblement moins prononcées. Il n'y a qu'une tache bien caractéristique: celle qui occupe la partie moyenne du bord supérieur du col y semble creuser une encoche de la grosseur d'un pois. L'enfant est encore en cours de traitement.

Ces images ont donc toutes pour caractère commun de présenter une tache claire à contours nets; il en est tout autrement sur l'épreuve V. Ici nous voyons au fond du cotyle limité par lui et le pelvis une tache grisâtre ayant l'aspect du tissu osseux environnant mais bordée par un cercle clair. Dans l'intéressante communication qu'il fit en 1898, au Congrès de Marseille, Nové Jossier fit de cette disposition la caractéristique des séquestres. Or la radiographie que je vous soumetts est celle d'un enfant vu au Dispensaire des Enfants malades, le 22 décembre dernier. Les parents affirmaient qu'il y avait eu un mois auparavant de légères et fugaces douleurs dans la jambe et que la claudication n'avait été remarquée que le 24 décembre. L'épreuve ayant été prise le 26, peut-on admettre qu'en si peu de temps il se soit fait de la nécrose et de l'isolement du point nécrosé? On ne saurait penser en effet à une longue phase latente dans la coxalgie acétabulaire où l'articulation est forcément envahie très vite. Mais je suis d'accord avec mon collègue de Lyon pour interpréter la tache sombre bordée de clair comme un foyer de tuberculose, infiltrée par opposition à la tache claire, tubercule enkysté. Le seul point où nous divergions est que la nécessité de l'intervention ne me paraît pas formelle dans tous ces cas sur l'indication de la radiographie.

Enfin dans un certain nombre de faits, l'examen le plus minutieux ne révèle dans les os ni tache claire, ni tache sombre, bordée de clair. Il me paraît tout à fait inexact d'interpréter ces faits par l'origine synoviale primitive. L'opinion de mon maître Lannelongue que chez l'enfant tout au moins l'os est le point atteint, répond, de l'avis de tous, à la très grande généralité des faits. On peut seulement penser qu'il s'agit non de tubercule enkysté ou infiltré, mais de carie proprement dite dans ces cas.

Le bassin, dans son ensemble, présente très généralement de bonne heure des déviations qui ne m'ont pas semblé moins caractéristiques. Voici, si l'on considère la cavité pelvienne, ce que l'on constate: elle n'est pas symétrique par rapport à

l'axe médian. Le sacrum ne se trouve pas projeté au centre même de la cavité; il paraît reporté d'un côté, et toujours du côté sain. De là, il résulte que l'aire pelvienne comprise entre le sacrum et le détroit supérieur est sensiblement plus étendue du côté malade. De plus, l'angle arrondi que forme l'os iliaque pour se recourber en arrière, est plus ouvert du côté sain. Enfin, sur quelques épreuves on aperçoit un peu de l'épine sciatique, alors que celle du côté opposé reste cachée.

Ces déformations m'ont paru constantes, mais avec des degrés variables. Une seule fois, elles manquaient complètement. Il s'agissait d'une petite fille de 14 ans, présentant des signes qui pouvaient faire penser à une coxalgie au début; claudication intermittente; douleur spontanée du genou; douleur provoquée à la pression sur l'extrémité supérieure du fémur; atrophie légère. Leur absence m'a fait examiner de plus près et constater et cliniquement et sur la radiographie, qu'il s'agissait d'un foyer apophysaire contre le cartilage du grand trochanter.

Comment expliquer pareille déformation? S'agit-il d'un mouvement de nutation de l'os iliaque sur le sacrum ou d'un mouvement de totalité du bassin sur le rachis? ou d'une action combinée de ces deux causes? On ne saurait l'affirmer avec certitude. Peu importe, d'ailleurs. L'essentiel est la constance de cet ensemble. Je l'ai trouvé sur les épreuves radiographiques différentes; celles que je vous présente proviennent: quelques-unes, de chez M. Gassend; d'autres, de chez le professeur Caillol de Poncy; d'autres, de l'Hôpital militaire; d'autres du Dispensaire des Enfants malades. Il n'est certainement pas dû à une attitude vicieuse permanente du membre inférieur, car, je vous le répète, j'ai éliminé ces faits en me limitant, dans cette étude, à la période initiale de la coxalgie. Le mécanisme qui me paraît le plus plausible est le suivant: lorsque l'on regarde marcher un petit coxalgique nu, on constate, avec un peu d'attention, que le côté du bassin correspondant à la lésion est constamment un peu plus élevé que l'autre; si on le regarde par devant, on voit que l'épine iliaque correspondante est plus haute que celle du côté sain; si l'on regarde par derrière, que le sillon interfessier se dirige obliquement en bas et vers le côté de la région. Il s'agit certainement là d'un mouvement instinctif qui soustrait, dans une notable mesure, l'articulation malade au poids du corps. L'on peut se demander si la répétition, à chaque moment de la marche, des contractions musculaires qui produisent ce phénomène, n'est pas la cause et d'une mauvaise attitude et peut-être d'une déformation très précoce du bassin.

La radiographie donne donc dès le début de la coxalgie des indications précises qui, s'ajoutent aux constatations cliniques, sont très utiles et pour assoir l'opinion du chirurgien et pour déterminer le consentement des parents au repos de l'enfant au moment où la guérison peut être obtenue dans de parfaites conditions.

Il serait à souhaiter qu'elle donnât d'aussi uti-

les renseignements pour un diagnostic beaucoup plus difficile encore, celui de la guérison à cette période. Nous n'avons, en effet, pour élément clinique de ce problème, que la disparition des signes morbides depuis un certain temps. Et l'on sait très bien qu'un foyer tuberculeux peut être absolument latent. On est très exposé, si prudent soit-on, à faire reprendre trop tôt la marche et à provoquer une nouvelle poussée. Il serait donc très utile d'avoir un signe positif permettant de trancher la question. La radiographie ne nous le fournit en aucune façon, ainsi que nous le prouvent notamment les deux radiographies que voici et qui ont été faites l'une et l'autre avant la reprise de la marche. Vous y voyez la persistance des déformations pelviennes, des troubles de nutrition, rendant l'os plus perméable, et même celle des taches claires correspondant aux anciens foyers de tubercules enkystés et aujourd'hui sans doute à une cicatrice non ossifiée encore. La guérison était pourtant définitive, puisqu'elle se maintient irréprochable, les enfants ayant repris leur vie habituelle, l'un depuis deux ans et demi, l'autre depuis quatre ans.

En résumé, la radiographie peut être un utile adjuvant pour la clinique pour le diagnostic précoce de la maladie. Elle ne permet pas celui de la guérison et tendrait à la faire nier alors qu'elle existe solide. Pour en avoir un signe positif, il faut chercher, je crois, dans un autre sens.

(Marseille Médical.)

—: o: —

BLESSURE DE L'ARTERE FEMORALE PAR UNE POINTE DE COUTEAU; ANEVRISSME FAUX CONSECUTIF; LIGATURE; GUERISON,

Par MM. les Drs. Isambert et J. J. H. Petit.

Cette observation présente un intérêt particulier en raison du traitement qui a été appliqué par les auteurs. L'anévrisme faux de la cuisse ayant nécessité la ligature simultanée des artères fémorale et fémorale profonde, pour prévenir la gangrène du membre, accident toujours à redouter à la suite de la ligature de gros vaisseaux, les auteurs ont mis en pratique (du premier au douzième jour) un procédé thérapeutique inédit, auquel M. le médecin principal Isambert a donné le nom de circulation artificielle des membres.

«Ce procédé consiste à enserrer le membre menacé dans sa circulation d'une bande élastique afin de le rendre exsangue. Cela fait, on déroule la bande et l'on voit le membre pâli, diminué de volume, revenir peu à peu, mais très lentement, à son aspect habituel.

Le vide produit par l'appliation de la bande a déterminé après la compression un appel de sang des capillaires artériels, sollicitant ainsi la mise en train de la circulation collatérale.

Cette manœuvre se renouvelle plusieurs fois dans les vingtquatre heures (quatre ou cinq fois environ), suivant les indications, et se continue

aussi longtemps que persiste le danger de sphacèle. Elle est très bien supportée par le malade.

La circulation artificielle des membres qui, dans la présente observation, a trouvé une très heureuse application, est indiquée dans tous les troubles circulatoires veineux ou artériels pouvant aboutir à la gangrène des membres."

M. Isambert pense que cette méthode sera souvent utilisable en chirurgie d'armée, dans les blessures de guerre compliquées de lésions vasculaires graves.

(Gaz. des Hôpitaux.)

Thérapeutique et Mat. Médicale

TRAITEMENT DE LA LITHIASÉ RENALE.

Par M. le Dr. Vinay,

Agrégé, Médecin des Hôpitaux.

(Suite.)

Traitement de la lithiasé rénale.

Les moyens qu'on a utilisés contre la gravelle urinaire sont assez nombreux, ce sont: les alcalins comme la lithine, le bicarbonate et le benzoate de soude, les sels de potasse; la médication balsamique avec l'acide benzoïque; l'huile de Harlem; les diurétiques divers, les eaux de Contrexéville, d'Evian, de Capvern, le régime lacté; enfin, plus récemment, les produits de synthèse dont j'ai parlé au commencement de ce travail, l'urotropine et la pipérazine avec ses dérivés: le sidonal et le lycétol.

On reconnaît l'efficacité d'une médication dirigée contre la lithiasé urique quand on voit disparaître les symptômes cardinaux de cette affection: d'une part, le précipité rougeâtre d'urates ou d'acide urique amorphes qui se forme dans les urines et qui accompagne la crise néphrétique; d'autre part, les douleurs persistantes et plus ou moins marquées qui traduisent l'engorgement du rein et l'obstruction de l'uretère. Tant que les urines n'ont pas retrouvé leur limpidité et leur constitution normale, tant qu'il persiste un certain état d'endolorissement des voies d'excrétion, la guérison est précaire et les rechutes sont à craindre; la santé des graveleux reste à la merci d'un trouble digestif, d'une peine morale ou encore d'une fatigue un peu prolongée.

D'après ce que j'ai pu observer, on doit donner la première place, dans la thérapeutique, à la pipérazine et à l'urotropine.

La pipérazine est une substance organique à réaction alcaline, cristalline, non caustique, non toxique et très soluble dans l'eau; comme beaucoup d'autres bases éthyléniques du même genre, elle se combine avec l'acide urique en formant des urates solubles; c'est le sel d'acide urique le plus soluble, car l'urate de lithine l'est environ huit fois moins.

Quant au sidonal, c'est un quinate de pipérazine; l'acide quinique de ce sel se combine avec le glycolle pour former de l'acide hippurique qui s'élimine par les urines; il reste de la pipérazine à l'état naissant qui sature une plus grande quantité d'acide urique, parce que tout corps à l'état naissant a une action beaucoup plus énergique. La pipérazine ne se décompose pas et ne s'oxyde pas en traversant l'organisme, ce qui lui permet d'atteindre l'acide urique partout où ils se trouve, dans le sang, le rein ou les articulations. Nos recherches ont été faites surtout avec le sidonal.

L'urotropine ou formine est une combinaison de formaline et d'ammoniaque qu'on obtient en faisant passer un courant d'aldéhyde formique dans l'ammoniaque concentrée; elle a été préparée pour la première fois, en 1860, par Butlerow et étudiée en France par Bardet. C'est une substance incolore transparente, cristallisée, extrêmement soluble dans l'eau et absolument dépourvue de toxicité. Le passage de l'urotropine dans l'urine se fait très rapidement après son absorption et sa présence peut y être constatée 15 minutes après son ingestion (Casper, Guiard).

Cette substance a des propriétés remarquables dans l'antisepsie des voies urinaires par l'entrave qu'elle apporte au développement des microorganismes, elle a une action curative sur la cystite et surtout sur les cystites ammoniacales, sur les pyérites invétérées et en deux ou trois jours, les urines redeviennent faiblement acides, perdent leur odeur nauséabonde et s'éclaircissent. Mais ici je ne veux retenir que sa propriété de dissoudre l'acide urique et les urates acides; ce pouvoir dissolvant résulte de la formaline qui se sépare d'elle à la température du corps, soit à 37 degrés, et alors l'acide fournit, avec l'aldéhyde formique, des combinaisons facilement solubles.

Ces deux substances, sidonal ou urotropine, agissent également sur la diathèse arthritique et, dans la thérapeutique, on combinera leurs effets. Mais l'urotropine semble avoir une action spéciale, élective sur le rein et les voies urinaires, elle permet d'atteindre ces lésions épithéliales localisées dans les canalicules de Bellini et que Brissaud a signalées dans le rein goutteux comme l'origine d'un calcul. C'est en outre un diurétique assez actif.

Au début du traitement, lorsque les accidents sont récents je conseille de pratiquer la méthode alternante:

Pendant une semaine on prend 0,20 centigr. de sidonal, une demi-heure avant les repas de midi et du soir, avec un peu d'eau, soit 0,40 centigr. par jour.

La semaine suivante: 0,50 centigr. d'urotropine matin et soir également, avec un grand verre d'eau.

Enfin la troisième semaine on cesse tout médicament, on se borne à prendre un ou deux verres d'eau de Contrexéville ou d'Evian, puis on recommence la même série.

A mesure que les symptômes diminuent de fréquence et d'intensité, on pourra revenir à des doses moindres, comme par exemple, ne donner le sidonal ou l'urotropine que pendant trois jours, puis laisser le malade au repos pendant quinze ou vingt

jours. Mais il ne faut pas se laisser et on devra continuer le traitement médicamenteux, conjointement avec l'alimentation et l'hygiène, pendant des semaines et des mois, surtout quand on rencontre ces formes tenaces, malignes, où la gravelle se combine avec la goutte, le diabète, l'asthme, l'eczéma, etc.

Alcalins. — A côté des produits de synthèse que je viens d'étudier je placerai la médication alcaline qu'une pratique séculaire a fait connaître et apprécier, comme le bicarbonate, le benzoate, le citrate de soude, les sels de potasses utilisés surtout en Angleterre, enfin les sels de lithine. Ces alcalins permettent tous, avec une efficacité variable, de lutter contre l'uricémie, ils dissolvent l'acide urique et ce sont surtout de puissants agents d'oxydation.

Mais ils présentent aussi quelques inconvénients; les alcalins sodiques congestionnent facilement le rein, ils aggravent parfois l'état des malades anémiques et neurasthéniques pour peu que l'ouvrage des médicaments soit un peu prolongé. La lithine surtout, qui est un alcalin énergique, provoque souvent des troubles dyspeptiques et de la diarrhée. Mais leur inconvénient le plus sérieux est de rendre souvent les urines alcalines, car on sait que leur acidité est une quantité variable; il suffit parfois de 0,75 à 1 gr. de bicarbonate de soude, de deux verres de la Grande-Grille et même de 0,15 à 0,20 centigr. de benzoate de lithine effervescent pour qu'on observe des urines qui donnent la réaction alcaline au papier de tournesol et qui précipitent par la chaleur. Or, chez les lithiasiques, cette alcalinescence présente un inconvénient sérieux: les urines en perdant leur acidité, favorisent la précipitation des sels phosphatiques autour des noyaux préexistants d'acide urique ou d'oxalate de chaux, on arrive de cette façon à des calculs mixtes dont le centre est d'origine urique et l'écorce phosphatique ou terreuse. Aussi, l'usage des alcalins peut transformer une lithiase sans la faire disparaître. On n'aura jamais un inconvénient de cette sorte avec la pipérazine ou l'urotropine; on peut prendre à la fois 0,50, 0,75 centigr. de sidonal, 1 gr. d'urotropine sans que les urines perdent leur caractère d'acidité.

Les balsamiques paraissent avoir une efficacité moindre; l'acide benzoïque et ses sels ont été recommandés sous l'influence de Garrod, on pensait utiliser leur action sur les muqueuses des voies urinaires. En tous cas, l'acide benzoïque diminue l'acide urique en se combinant avec le glyco-colle et en amenant la formation d'hippurates solubles. C'est pour une raison analogue qu'on a conseillé l'huile de Harlem, vieux remède composé d'huile de cade, d'huile de noix, de baies de laurier. Ce mélange a une certaine action contre le catarrhe de la muqueuse urinaire, mais son efficacité contre la gravelle elle-même est douteuse; du reste, l'huile de Harlem est plutôt utilisée contre la lithiase hépatique.

Quant aux diurétiques, les plus connus sont les tisanes ou infusions, l'eau et le lait.

Les tisanes recommandées sont nombreuses, on a le choix entre la tisane de pommes, qui a l'avantage de former de l'acide hippurique, la reine des prés, la fève des marais, les feuilles du mûrier, les

stigmates de maïs, etc. L'eau ordinaire a une valeur médiocre comme lithontriptique, bien que Genth ait montré que la portion d'acide urique varie en raison inverse de la qualité des boissons ingérées; lorsque celles-ci sont abondantes l'urée augmente, mais l'acide urique diminue, l'ingestion d'eau accélère donc les échanges nutritifs.

En réalité, le grand avantage de cette ingestion est de lutter contre la concentration des urines, aussi les grands buveurs d'eau n'ont jamais de calculs uriques, comme le dit Boucherdat. Mais s'il est bon de boire beaucoup, on aurait tort de le faire pendant le repas, d'autant mieux que les fonctions digestives laissent à désirer chez beaucoup de ces malades. C'est le matin à jeun, une heure avant les repas, qu'il sera utile de prendre une eau minérale légère, non gazeuse, non alcaline et presque amétallique comme Evian ou Contrexéville, c'est à ce moment que l'action lixivante des boissons est efficace en assurant une diurèse sérieuse. Mais l'absorption doit être administrée à petites doses, un verre ou deux le matin, autant dans la nuit que le soir. On n'accepte pas la méthode qui consiste à gorger les journées, soit 5 à 600 gr. pendant 15 à 20 jours. Je malades de quantité de plus en plus grande, sous prétexte que l'efficacité de la cure est proportionnelle à la masse d'eau déglutie; en pareille matière on doit se souvenir qu'il est toujours possible de dépasser la mesure même avec des eaux différentes. Enfin si l'estomac ne tolère pas les grandes quantités d'eau, on pourra recourir aux lavements.

Le lait est surtout indiqué pendant la période qui suit les crises néphrétiques en raison de la sédation qu'il détermine du côté des voies rénales; à ce moment il a le grand avantage de lutter contre l'albuminurie qui résulte des écoulements produits par les graviers à travers l'uretère; c'est alors un adjuvant très efficace du traitement médicamenteux.

(A Suivre.)

—:o:—

DE LA SEROTHERAPIE PREVENTIVE DE LA DIPHTHERIE.

Par M. le Dr. Suarez de Mendoza.

Les injections préventives de sérum (à la dose de 5 ou, au plus, de 10 centimètres cubes) ont une action manifeste, elles produisent l'immunisation chez les enfants exposés à contracter la diphtérie. Elles n'ont jamais donné lieu à des accidents sérieux et produisent tout au plus, dans un certain nombre de cas, des éruptions passagères, plus rarement encore quelques douleurs articulaires. Malheureusement, la période d'immunisation n'a qu'une durée peu prolongée, trois ou quatre semaines au plus. Dans les cas rares, où malgré l'infection, la diphtérie est survenue, elle était particulièrement bénigne.

Les injections de sérum sont spécialement indi-

quées dans les familles où s'est développé un cas de diphtérie, pour préserver de la contagion les autres enfants.

Les injections préventives sont également indiquées pour les enfants appartenant à une agglomération (école, crèche, salle d'hôpital) dans laquelle a été signalé un cas de diphtérie;

Même en l'absence d'un cas de diphtérie constatée, elles peuvent être indiquées dans certaines conditions spéciales (services de rougeole, de scarlatine, etc.); toutefois, pour la rougeole, l'action préventive paraît moins certaine; les doses de sérum doivent être plus fortes et plus souvent répétées.

La pratique des injections préventives ne dispense nullement des autres mesures prophylactiques (désinfection et isolement), mais elle les rend à la fois plus faciles et plus efficaces.

(Arch. de Méd. et de Chir. spéciales.)

—————: o : —————

PEDIATRIE

DEUX CAS DE SCORBUT INFANTILE.

Par M. le Dr. Aviragnet.

Enfant de quatorze mois, nourri au lait oxygéné et à la phosphatine; présentant tous les symptômes classiques du scorbut, mais ne présentant pas de traces de rachitisme; guérison obtenue en quarante-huit heures.

La deuxième observation montre un enfant élevé seulement au lait stérilisé, sans aucune trace de rachitisme, qui a fait d'abord une grippe, puis du scorbut infantile à dix mois; quand l'auteur l'a vu il en avait tous les symptômes, mais en plus, il souffrait d'une fièvre intense, attribuable à une broncho-pneumonie; le traitement classique améliora l'état scorbutique, mais les hématomes suppuraient; il y eut de l'ostéomyélite consécutive; l'enfant guérit néanmoins.

Ce qu'il y a d'intéressant, c'est que les deux enfants n'étaient pas rachitiques, et ne buvaient que du lait stérilisé, au moins l'un.

M. Variot. — L'auteur n'en a vu que deux cas dans sa vie, un en 1901, l'autre il y a quelque temps, chez l'enfant d'un industriel français nourri à Londres, et client de Sir Thomas Barlow. Il a soigné certainement depuis dix ans, 10,000 enfants et il n'en a constaté que deux cas, malgré qu'il ait surveillé la croissance de beaucoup de nourrissons, nourris au lait stérilisé. Il faut distinguer entre les laits stérilisés et les laits industrialisés, qui ne sont plus des laits normaux.

M. Comby. — L'auteur vient d'observer deux cas de scorbut infantile. La première concerne un enfant de neuf mois, présentant un hématome énorme pris, par un chirurgien pourtant distingué, pour une exostose syphilitique. Le second cas est celui d'un enfant de huit mois qui avait de la paralysie

des membres inférieurs, mais pas d'hématome; il avait seulement des ecchymoses gingivales. — M. Comby a vu six cas de scorbut lorsqu'ils ne boivent que du lait maternisé ou qu'ils mangent que des farines. Mais il faut toujours être à l'affût du scorbut et surveiller les enfants qui sont nourris artificiellement.

M. Netter est tout à fait de l'avis de M. Comby. On consomme beaucoup de lait stérilisé sans qu'il y ait beaucoup de scorbut infantile mais le lait stérilisé peut, dans certains cas, donner le scorbut. Il n'en est pas moins un aliment très précieux.

M. Apert publie deux nouvelles observations de scorbut infantile suivies par lui à l'hôpital Trousseau, un enfant de 11 mois, présentant des ecchymoses palpébrales et de l'hyperesthésie des membres inférieurs, et un enfant de 7 mois rachitique et malingre celui-là; tous les deux ont guéri rapidement. Pour lui, le lait modifié ne peut être qu'un complément de l'allaitement maternel.

(Gaz. Méd. de Paris.)

—————: o : —————

OBSTETRIQUE

PARALYSIE OBSTETRICALE DU MEMBRE SUPERIEUR DROIT.

Par M. le Dr. Bouchaud.

La paralysie des muscles de l'épaule, du rhomboïde, du grand dentelé, du sus et du sous-épineux, etc., doit faire admettre une lésion radiculaire des premières racines du plexus, et il doit en être de même des racines inférieures, malgré l'absence du syndrome oculo pupillaire, qui est un des signes les plus certains de la rupture des dernières racines du plexus.

La mère prétend avoir observé des troubles oculaires peu de temps après la naissance, mais il est peu probable que ce syndrome ait existé au début et se soit ensuite dissipé; quoiqu'il en soit de cette assertion, l'absence du syndrome ne paraît pas être une cause suffisante pour nier une lésion radiculaire, attendu qu'il a été rarement constaté. Peters a même soutenu qu'il n'avait pas été signalé opinion exagérée, puisqu'il a été vu par Broca, Philippe et Cestau, Duval et Guillain. Suivant ces derniers, le peu de fréquence du syndrome serait dû à ce que, dans la paralysie radiculaire, la lésion de la Ire racine dorsale se fait sur la Ire côte, alors que les fibres du sympathique ont quitté la racine.

Les paralysies obstétricales sont ordinairement la conséquence d'un accouchement laborieux et le plus souvent de manœuvres violentes ou même brutales. En général, dans les présentations de la tête, elles sont du type Duchemin-Erb et légères, incomplètes; tandis que, dans les présentations du siège, elles sont plus étendues et plus graves, l'accouchement étant alors le plus souvent beaucoup plus dif-

ficile. C'est ce qui arrive pour notre malade; elle se présentait par le siège et l'accouchement nécessita l'intervention de manœuvres pénibles.

(Journ. des Sc. Méd. de Lille.)

DERMATOLOGIE

L'ECZEMA DE LA TÊTE ET DES DIVERSES REGIONS DE LA FACE.

Par M. le Dr. Gaucher.

(Suite et fin)

La perlèche débute par une sorte de petite vésicule siègeant à la commissure des lèvres, et donne lieu à une petite exulcération opaline qui se reforme indéfiniment. Cette affection n'est pas grave, mais elle est contagieuse, microbienne; son microbe est connu, il se propage dans les écoles par contagion — c'est surtout dans les écoles où il sévit — et l'affection ressemble tellement à l'eczéma que, pendant longtemps, on l'a confondue avec lui. Il a fallu qu'on s'aperçoive qu'elle présentait des caractères spéciaux, qu'elle était tout d'abord exclusivement localisée à la commissure des lèvres, se propageant en arrière du côté de la muqueuse et formant une vésicule grisâtre, opaline, indéfinie, contagieuse, et c'est en raison de tous ces caractères que le docteur Lemaître et d'autres sont arrivés à distinguer la perlèche de l'eczéma.

Comment faire le diagnostic du lupus érythémateux avec l'eczéma?

Ce diagnostic est difficile. Il s'agit ici en effet de lésions ayant tout à fait l'apparence eczémateuse et dont le diagnostic ne peut se faire que par l'évolution, en raison de la longue durée et de la limitation des lésions pendant toute cette durée. L'eczéma dure longtemps, mais il se déplace, il ne reste pas cantonné, localisé dans une même région, tandis que le lupus reste indéfiniment localisé. La plupart du temps, ce caractère suffit pour faire le diagnostic différentiel...

L'eczéma hypertrophique de la lèvre supérieure est caractérisé par une infiltration de la lèvre, un épaissement de la lèvre souvent accompagné d'œdème lymphatique constituant un véritable éléphantiasis localisé consécutif à l'oblitération des voies veineuses et lymphatiques.

Vous observez une surface rouge, suintante, recouverte d'une croûte se propageant quelquefois aux narines, car cet eczéma hypertrophique est, dans la très grande majorité des cas, consécutif au coryza chronique.

Cet eczéma hypertrophique est quelquefois éléphantiasique et est à diagnostiquer de deux affections:

D'abord d'un syphilome diffus de la lèvre supérieure; ensuite d'un lupus.

Tout d'abord, l'eczéma hypertrophique est limi-

té à une partie des lèvres correspondant à l'ouverture des narines. De plus l'infiltration est localisée à une certaine partie de la lèvre, à la partie superficielle de l'épiderme et ne s'étendant pas dans la profondeur de la lèvre. Il semble très nettement ici qu'il s'agit d'une affection qui, tout d'abord, a été toute superficielle et qui, peu à peu, s'est étendue vers la profondeur, mais dans une limite très restreinte. Dans le syphilome diffus, au contraire, vous avez toute la lèvre supérieure infiltrée dans sa totalité et dans toute sa profondeur. Ce n'est pas à la surface de la peau que la lésion a débuté; elle a débuté profondément dans les tissus cellulaires sous-cutanés, et cette participation totale des tissus dans le syphilome diffus permet de faire le diagnostic avec l'eczéma hypertrophique.

Le diagnostic est également à faire avec le lupus.

Le lupus de la lèvre ressemble beaucoup, dans certains cas, — surtout le lupus végétant, — à cet eczéma hypertrophique, mais il y a cependant des différences. Le lupus même quand il est végétant, est rarement limité à la lèvre; le plus souvent, il vient de la propagation du lupus de la face; il est, d'autre part, caractérisé par une infiltration plus profonde non seulement par la présence d'ulcérations, mais de tubercules d'une teinte plus foncée et plus violacée que la teinte rouge de l'eczéma.

Enfin, vous avez toujours dans le lupus des cicatrices qui peuvent être la conséquence d'ulcérations mais qui, dans certains cas, peuvent se développer spontanément sans ulcération préalable. Ce sont des cicatrices qui se produisent par une sorte d'atrophie interstitielle des tissus et qui entraînent à leur suite parfois une rétraction superficielle que vous n'avez pas dans l'eczéma.

Je vous disais que cet eczéma hypertrophique s'accompagne généralement chez les sujets lymphatiques. Il est alors caractérisé par une tuméfaction, un épaissement de la muqueuse sur laquelle vous voyez apparaître de petits vésico-bulles se terminant par des croûtes et donnant lieu à des troubles fonctionnels en rapport avec leur siège.

Sur la face, il y a encore une autre région pouvant être atteinte, avec des caractères spéciaux, par l'eczéma: ce sont les oreilles.

Le siège principal de l'eczéma est alors sur le pavillon, et il peut s'étendre au conduit auditif externe. En effet, chez un certain nombre de sujets, vous voyez un peu d'eczéma du pavillon mais ce que vous voyez surtout, c'est dans l'intérieur de l'oreille, un suintement, des croûtes, quelquefois même des squames accompagnées d'un engorgement ganglionnaire derrière l'oreille et qui est quelquefois cause d'une erreur de diagnostic. J'ai vu des malades atteints d'otorrhée qui n'avaient pas d'autre écoulement que celui d'un eczéma. Cela est très important, car le traitement et le pronostic sont tout à fait différents. L'otorrhée vraie est un symptôme de tuberculose localisée; il s'agit donc de bien faire le diagnostic, ce que vous pourrez faire à l'aide du speculum auri. Le suintement peut être très peu abondant et même n'être révélé que

par une petite goutte séro-sanguinolente sur l'oreiller.

Mais, ce que vous voyez surtout dans le conduit auditif externe, c'est l'eczéma squameux qui existe chez un certain nombre de sujets, et certainement, en rappelant vos souvenirs, vous trouverez des personnes atteintes de cette affection. Cette otite eczémateuse qui n'est pas suintante, qui donne lieu à une desquamation abondante, peut troubler l'ouïe par suite de l'accumulation de ces squames qui tend à oblitérer le conduit auditif.

L'eczéma des paupières est également un signe de lymphatisme; il a pour caractères d'être symétrique; il n'y a pas qu'une paupière atteinte, mais généralement les deux; il peut occuper la totalité de la paupière avec le bord ciliaire, et même la conjonctive est également rouge, larmoyante, les paupières sont rétractées en ectropion, particulièrement la paupière inférieure; en outre il y a des croûtes sur le bord ciliaire. C'est là une affection véritablement douloureuse, surtout quand elle est arrivée à l'état chronique.

Cet eczéma peut se borner, par exemple, aux commissures palpébrales; c'est alors un eczéma fissurique déterminant des douleurs assez vives et un léger suintement séro-sanguinolent. Cet eczéma fissurique de la commissure palpébrale n'est pas très fréquent, et à cause de sa rareté, il peut donner lieu à des erreurs de diagnostic.

L'affection avec laquelle il importe de le distinguer tout d'abord sont les plaques muqueuses fissuriques de la même région, qui constituent une affection également très rare.

Dans les plaques muqueuses, il est exceptionnel qu'il n'y ait qu'une plaque de la paupière; le plus souvent, il y en a ailleurs, dans la gorge, dans la bouche, sur la langue. D'autre part, la plaque muqueuse fissurique n'est pas douloureuse ou l'est très légèrement; en outre elle n'est pas suintante, l'eczéma fissurique au contraire s'accompagne toujours de douleurs assez vives et d'un suintement séro-sanguinolent.

L'eczéma peut être aussi — et d'une façon beaucoup plus fréquente — limité au bord ciliaire de la paupière.

Autant l'eczéma fissurique de la commissure palpébrale est rare, autant celui-ci est fréquent. Il est caractérisé, comme tous les eczémats, par un peu de rougeur et d'épaississement de la peau, et surtout par l'existence de vésico-pustules, donnant lieu à des croûtes qui sont généralement molles, suintantes, produisant un suintement séro-sanguinolent qui agglutine les paupières et empêche le malade d'ouvrir les yeux le matin.

Ce sont là des affections bénignes, mais très difficiles à guérir, ainsi que je vous le dirai quand nous nous occuperons du traitement de l'eczéma.

Il est rare que l'eczéma soit localisé à la conjonctive par voisinage. Quelquefois cependant, il peut donner lieu à des conjonctivites isolées. Il peut arriver que vous vous trouviez en présence d'un de vos clients eczémateux qui offre cette conjonctivite; là le diagnostic sera facile. Mais il est cependant très important d'en bien préciser le diagnostic, car

le pronostic et le traitement sont singulièrement différents quand il s'agit d'une conjonctivite ordinaire.

Les conjonctives sont rouges, injectées, douloureuses, donnant la sensation du corps étranger, mais si vous examinez cette conjonctivite à la loupe, vous voyez un certain nombre de petits points soulevés, vésiculeux, qui ne sont autre chose que les traces d'une éruption eczémateuse semblable à celle que vous voyez sur le revêtement cutané.

Cette conjonctivité eczémateuse présente le même pronostic est les mêmes complications que la conjonctivite ordinaire, c'est-à-dire que si vous ne la traitez pas à temps, elle peut donner lieu à des troubles oculaires.

Quelquefois, cet eczéma se propage aux points lacrymaux et donne lieu à l'atrophie des points lacrymaux, quelquefois même à leur oblitération, ce qui nécessite l'intervention d'un oculiste pour rétablir le cours normal des larmes par les points lacrymaux.

(Gaz. des Hôpitaux)

SYPHILICRAPHIE

LA SYPHILIS OCULAIRE EN GENERAL ET SON TRAITEMENT,

Par M. le Dr. Galezowski,

(Suite.)

La kératite et la paralysie des muscles de l'œil ont aussi été signalés.

Si maintenant, Messieurs, ayant interrogé le malade et ayant très souvent obtenu l'aveu d'une syphilis acquise antérieure, vous examinez le fond de l'œil, vous trouvez l'explication de tous les symptômes fonctionnels. Je ne veux pas entrer ici dans de trop longs détails, je ne ferai que vous indiquer les altérations les plus importantes, car je dirai les altérations les plus importantes, car j'ai hâte d'arriver au traitement qui nous arrêtera longuement.

Un des signes ophtalmoscopiques les plus constants est le trouble apparent de la papille, qu'on aperçoit louche, masquée comme par un brouillard. C'est en vain que vous cherchez pour expliquer ce trouble, des lésions vasculaires ou des infiltrations péripapillaires. Vous n'en trouvez pas. Si j'avais à faire une comparaison, je dirais que la papille se présente avec l'aspect de la lune derrière un nuage léger, ou bien comme une papille normale vue à travers une cornée trouble ou une lentille sale. C'est mon éminent maître Desmarres, qui le premier, a attiré l'attention sur ce symptôme, et pour ma part, je l'ai toujours rencontré. C'est dans le corps vitré que réside la cause de ce trouble de la papille. Je vous conseille donc d'apporter tous vos soins à l'examen de cet organe. Vous savez que vous pouvez l'observer de façons diverses. Je vous

conseille surtout l'examen par l'éclairage direct. En projetant avec un miroir concave, la lumière dans la pupille et en faisant regarder le malade en bas, en haut, à droite, à gauche, vous verrez des filaments nombreux très fins, ou parfois des corps flottants se déplacer dans tous les sens. Pour que cet examen soit complet n'oubliez pas, Messieurs, d'explorer les différentes zones du corps vitré, zone antérieure, zone moyenne, zone postérieure: vous y arriverez facilement en concentrant les rayons lumineux dans ces différentes zones et en vous plaçant à 30, à 15 à 10 centimètres du malade. L'examen du corps vitré peut aussi être pratiqué à l'image renversée, de la façon suivante: placez-vous avec votre lentille comme dans l'examen des membranes profondes et de la papille. En examinant celle-ci s'il y a des corps flottants, vous les verrez se promener devant elle; à ce moment, éloignez votre œil de l'œil observé et vous distinguerez très nettement le flocon. Lorsque vous voudrez explorer très minutieusement le corps vitré, je vous conseille de vous servir de l'image droite avec une lentille de 10 ou 12 dioptries convexes derrière l'ouverture centrale de votre ophtalmoscope.

Par ces divers procédés vous apercevrez des filaments nombreux, très fins, se déplacer dans tous les sens et venir arrêter les rayons lumineux au niveau de la pupille. Il est rare que vous rencontriez des flocons épais, comme dans les autres affections.

Mais votre examen ne doit pas s'arrêter là parce que les troubles du corps vitré ne sont que secondaires. Portez vos investigations plus loin.

Examinez la choroïde et la rétine, et vous trouverez là les causes des flocons et de la poussière du vitré. Du côté des parties équatoriales de l'œil, vous apercevrez sur la choroïde des taches blanchâtres et grisâtres disposées en groupe sur un fond plus pâle et dépigmenté. Ces taches ont des contours arrondis et bien tranchés, et elles sont produites par la résorption des cellules pigmentaires et des vaisseaux du stroma. Dans d'autres cas c'est la région maculaire qui est atteinte et infiltrée. De grandes masses exsudatives blanchâtres s'étendent sur la rétine, pendant que tout autour la choroïde s'atrophie. La rétine résiste pendant longtemps; ce n'est pas tout à fait tard que des dépôts pigmentaires se forment. C'est surtout dans la région maculaire qu'on retrouve des exsudations rétiniques et des taches hémorragiques qui altèrent souvent et pour toujours la vision centrale. Tels sont les différents caractères de cette maladie. J'aborde son traitement qui doit nous arrêter longuement, car je désire vous indiquer ma méthode personnelle de traitement de la syphilis oculaire.

Mes recherches à ce sujet datent de l'époque où continuées pendant toute ma carrière à ma clinique j'étais chef de clinique de Desmarres. Je les ai continuées pendant toute ma carrière à ma clinique de la rue Dauphine, et je dois vous dire que je suis arrivé à une conviction absolue sur l'efficacité du traitement que je préconise. Lorsque je travaillais sous la direction de Desmarres, j'étais frappé de l'inconstance des résultats obtenus. Le traitement dont je surveillais l'application était celui de tous

les médecins et ophtalmologistes de l'époque. Il consistait en pilules au sublimé, en sirop de Gibert, iodure de potassium, frictions mercurielles, etc. C'est à ce moment que j'entrepris des études comparatives. Je soumettais une série de dix malades par exemple, au traitement par les pilules de sublimé ou de protoïodure; une autre série de dix, prenaient le sirop de Gibert; d'autres employaient l'iodure de potassium; d'autres encore étaient soumis aux frictions mercurielles ou encore aux injections sous-cutanées de cyanure d'hydrargyre (voir ma communication à la Société de Biologie, 1877.) Je suivis l'effet de ces différents modes de traitement non seulement au point de vue des symptômes observés par les malades, mais d'une manière plus complète encore, avec l'aide de l'ophtalmoscope. Je pus ainsi établir un dossier très complet des choroïdites syphilitiques, considérées dans leurs différentes formes et d'après leur évolution, sous l'influence des diverses méthodes thérapeutiques. C'est là que j'ai appris combien les lésions de certaines membranes de l'œil résistaient à ces divers traitements. Le trouble du corps vitré qui est si caractéristique de la syphilis, et qui est produit par la sécrétion morbide du cercle ciliaire altéré ne se modifie presque pas.

Pendant, parmi les malades ainsi soignés et souvent à mon observation constante, j'observais presque toujours de bons résultats chez ceux qui faisaient les frictions mercurielles. Sans doute, l'amélioration était lente et tardive, mais elles accusaient néanmoins au bout de quelques mois; ces malades atteints de choroïdite spécifique voyaient diminuer le voile étalé devant eux, les flocons disparaissaient et la vue redevenait plus nette. Mais, dans certains cas, ce n'est qu'après des années de traitement que j'obtenais la disparition complète des accidents spécifiques. Les autres médicaments introduits soit par la voie buccale (pilules, sirops) soit par la voie sous-cutanée, ne me donnèrent jamais d'aussi bons résultats.

Depuis, j'ai complété moi-même ou fait compléter par mes élèves les études que j'avais commencées. Vous savez qu'il existe aujourd'hui une méthode très en vogue, celle des injections sous-cutanées ou intra-musculaires. D'après les expériences que j'ai eues sous les yeux, d'après les résultats que j'ai obtenus, je lui préfère encore la méthode des frictions. Aucun des médicaments tant vantés de nos jours, qu'il s'agisse du biiodure, ou du sublimé, du cyanure ou des autres sels d'hydrargyre, aucun de ces médicaments ne m'a donné des résultats aussi constants et aussi sûrs que les frictions dans le traitement des choroïdites spécifiques. Je pourrais même vous citer des cas, et vous en avez vu un exemple dans ces derniers temps à ma clinique, où des symptômes de syphilis oculaire grave, qui avaient résisté à toutes les injections (doses faibles ou doses massives, sels solubles et sels insolubles) ont cédé à des frictions mercurielles pratiquées suivant ma méthode. Vous avez vu entre autres un jeune homme d'une vingtaine d'années, atteint de syphilis acquise depuis quelques mois, se présenter à nous avec des phénomènes d'iridochoroïdite dou-

ble grave. Les yeux rouges, injectés, ne supportaient plus la lumière, des papules couvraient de place en place ses membranes iriennes, les chambres antérieures étaient louches, et cependant, il vous a raconté qu'il était resté deux mois à Saint-Louis, qu'on lui avait fait une série d'injections intramusculaires d'huile grise, puis une autre de cyanure de mercure. Et cependant son état n'avait pas changé. Aux Quinze-Vingts, il fut traité par la même méthode sans plus de succès. Il fut mis par moi au traitement mercurie, par les frictions, et après trente frictions, il vient seul à la clinique. Il y a huit jours, vous l'avez vu, ses yeux ne sont plus enflammés, l'appétit est revenu. Ses forces reprennent et il peut se conduire seul. Quand je l'aurai débarrassé de ses exsudats pupillaires il pourra reprendre son travail. Je n'ai fait que vous esquisser les grandes lignes de cette observation du plus haut intérêt qui a été recueillie et sera publiée plus tard par le Dr. Beauvois. Elle peut vous suggérer d'utiles réflexions sur la valeur comparative des différentes méthodes. Certes, je n'en fait pas un critérium absolu; je tiens cependant à dire qu'elle confirme avec assez de force ma manière de voir pour que je n'éprouve aucune hésitation à proclamer devant vous l'efficacité de ma méthode des frictions. J'ai recueilli dans le cours d'une pratique déjà longue, des milliers d'observations de ce genre. Elles constituent un dossier des plus intéressants et des plus instructifs, et je dois dire que c'est sur elles que je base ma méthode de traitement.

Le Progrès Médical.)

(A Suivre.)

FORMULAIRE

LE THIOCOL CONTRE LA COQUELUCHE.

La dose à employer par vingt-quatre heures, pour les enfants audessous d'un an, est de 0 gr. 50; de un an à trois ans, de 1 à 1 gr. 50; de trois à six ans, 2 à 3 gr.; jusqu'à dix ans, 4 gr.; chez les adultes, de 5 grammes.

Par exemple:

Infusion Polyg. sénega...	3/80
Liq. ammoniac. anisée...	1 gr.
Thiocol Roche...	1 gr.
Sirop d'écorce d'orange amère...	15 gr.

Une cuillerée à café toutes les heures pour un enfant de deux ans.

(Jour. de Méd. de Paris.)

CONTRE LA LEUCOCYTHEMIE.

Acide arsénieux...	1 gr.
Carbonate de potasse...	1 gr.
Eau distillée...	95
Eau de laurier-cerise...	3 gr.

Un demi à un centimètre cube en injection hypodermique quotidienne.

Chez les enfants:

Chlorhydrate de quinine...	0 gr. 03
Fer réduit...	0 gr. 03
Poudre d'eucalyptus...	0 gr. 25

p. un paquet.

Un paquet matin et soir.

(Jour. de Méd. de Paris.)

ART DENTAIRE.

Les examens pour l'admission à l'étude et à la pratique de la chirurgie dentaire se sont terminés samedi avec le résultat suivant:

Ont reçu le titre de "Docteur en Chirurgie Dentaire," E. J. C. Chambers, Québec et E. C. Hotchison, Montréal.

Ont reçu le titre de "Licencié en chirurgie Dentaire," J. E. Boivin et Joseph Stern, Montréal, et Arthur Stackhouse, Lachute, P. Q.

Pour l'étude: —

Admis sur tout: P. L. Daigneau, Waterloo, P. Q.

Admis sur les lettres: Lucien Fortin, Québec; Gaston Patenaude, Montréal; Edmond Rouleau, Montréal; Conrad Gendreau, Montréal.

Admis sur les sciences: J. C. Lesage, Montréal; Garnet T. Ives, Stanstead, P. Q.

Les examinateurs pour l'examen à l'étude étaient l'abbé Duckett et M. L. Curry, du High School. Pour la pratique: Drs. G. E. Hyndman, Sherbrooke; J. H. Bourdon, F. A. Stevenson, Eudore Dubeau, J. G. Gardner et C. F. Morrison, de Montréal.

Le prochain examen aura lieu le premier mercredi d'octobre.

NOUVELLES

Vaisances.

—A Saint-André Avelin, le 3 avril, l'épouse de M. le Dr. Jos. Baulne, une fille, qui a reçu au baptême les noms de Marie-Madeleine-Juliette.

SUPPLEMENT

INITIATION.

Initier l'épouse du matin ou de la veille aux capiteux mystères de l'amour est chose délicate pour un homme bien élevé, et, quelque soit la lascivité de ses désirs, il devra mettre un frein à la fureur de ses épanchements (!) et ne pas trop brusquer l'assaut.

Dans cette lutte corps à corps, bien que l'effusion du sang soit presque inévitable il n'en faut pas moins procéder gentiment, ménager les susceptibilités de l'adversaire et s'en faire pour toujours un allié doux, plaisant.

Cependant, le mariage est souvent une boîte à surprises. Voyez plutôt la cocasse aventure dont un mien ami fut le héros.

Gérard — a l'esprit chevaleresque des anciens preux, et le soir de ces noces il n'aurait pas voulu pour un empire effaroucher sa chère petite femme si chaste, si pure, si naïve.

Alors que vint l'heure de la toilette de nuit il s'en fut donc sur la veranda griller un havane et grisé comme à la veille d'une bataille, il s'attarda à communier de claire de lune et d'étoiles.

Il fallut tout de même se résoudre à franchir le seuil de la chambre nuptiale que de précautions infinies pour s'approcher du lit ou repose son idole, désormais l'inséparable auxiliaire de ses joies, de ses ambitions et de ses peines. Elle sommeille (déjà?) le bras droit dans une demie flexion au-dessus de la tête. La main gauche protège avec coquetterie d'appétissants nichons mal dissimulés sous une dentelle à jour et qui se soulèvent et s'abaissent d'un mouvement rythmique. Une odeur suave, on dirait même éthérée, nimbe le joli minois enfoui sur l'oreiller soyeux. Tout autour, de provocantes petites mèches de cheveux châains la parent d'une auréole.....

Heureux mortel! qui dans quelques instants s'abreuvra de toutes ces félicités, s'enivrera au soufflé divin de cette gorge nue dont la blancheur ferait envie aux colombes du ciel.

Ce qu'il en faudra de courage pour violer cet azur vierge! — Mais... qu'est-ce? Là, sur la table, un bout de papier attire le regard humide de Gérard. Sans trop se presser, encore tout ébloui de la contemplation de sa bien aimée il lit mal, comme à travers un prisme, le billet suidant:

Par ma mère informée
Que c'était très souffrant,
Je me suis chloroformée
Allez-y donc gaiement.

A toi,
Ton ange.

Pour copie conforme,

LE NOBLET.

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

La tuberculose pulmonaire est évitable et curable: telle est la notion féconde, acquise dans le dernier quart de siècle, ayant inspiré les nombreux modes de traitement, si différents les uns des autres qui sont en honneur aujourd'hui. Si certains médecins ne préconisent plus guère que les moyens hygiéniques — l'air, le repos, la suralimentation — beaucoup d'autres accordent aussi leur confiance à des modifications organiques spécifiques, dirigées contre le bacille, facteur essentiel de la maladie. En réalité ces deux médications ont l'une et l'autre leur emploi logique et se complètent l'une l'autre. C'est que, dans la tuberculose, il faut considérer deux choses: la graine et le terrain. A elle seule la graine — c'est-à-dire le bacille — reste stérile si elle ne rencontre pas un terrain où elle puisse prospérer. La conclusion s'impose: il faut avant tout dans le traitement de la tuberculose, lutter contre la déchéance de l'organisme.

Cette déchéance a comme caractère principal la déminéralisation des tissus: des expériences récentes de A. Robin et Binet l'ont démontré. Chez les tuberculeux, le coefficient de déminéralisation est excessif et les sels, le phosphate de chaux particulièrement, sont éliminés en proportion plus élevée qu'à l'état normal. Rien n'est donc plus rationnel que de chercher à compenser ces pertes par un apport de phosphates. Le chlorhydro-phosphate de chaux est le sel qui, dans l'espèce, paraît le mieux indiqué, parce qu'il est soluble, qu'il entre dans la composition de tous les tissus de l'organisme, qu'il est d'une digestion facile et parfaitement assimilable. Aussi M. Pautauger a-t-il eu l'idée d'en faire la base de sa solution au chlorhydro-phosphate de chaux céosoté. En y associant la créosote, il a eu pour but de fournir aux médecins une arme à double effet qui, d'une part, relève le taux de la nutrition, d'autre part améliore les fonctions digestives, diminue la toux et les crachats et facilite la tendance à la transformation fibreuse des lésions. Ils seraient exagéré de dire que la solution Pautauger est un médicament spécifique, mais elle favorise tous les processus de sclérose curative, et — c'est à ce titre que le corps médical l'a adoptée — elle est un antidépéritif, un balsamique agissant d'une façon très active sur les muqueuses bronchiques et enfin un élément de lutte contre les infections secondaires qui font la gravité de la tuberculose pulmonaire.

(La Presse Médicale.)

—————:o:—————

—————:o:—————

—————:o:—————

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Madame, fit-elle, en avançant vers Florence, avez-vous entendu?

—C'est lui! dit Florence en se soulevant, va vite et tache de savoir s'il est rentré seul?

Lassy sortit et revint au bout de quelques secondes.

—Il est rentré seul madame, Jimmy n'est pas revenu et le concierge m'a dit que Milord était dans un état de surexcitation extrême.

Lassy tout est perdu, s'écria Florence, le misérable se sera débarrassé de Jimmy et en ce moment médite sans doute quelques plans pour nous perdre.

—Je ne vois qu'une chose, qu'une seule, dit Lassy, fuyons madame, refugions nous ce par le premier train et irons chercher asile soir chez votre mère et demain nous partirons dans ma famille.

—Oui Lassy, oui chère enfant, dit Florence en embrassant la jeune fille, tu as raison, fuyons, fuyons au plus vite.

Aussitôt les deux femmes commencèrent leurs préparatifs. Ils rassemblèrent en hâte quelques vêtements que Lassy plaça dans un porte-manteau. Florence réunit tous ses bijoux et environ six cents livres qu'elle possédait tant en écus ou qu'en bank-notes. Enfin quand toutes deux eurent revêtus des vêtements sombres, vêtements devant moins attirer l'attention du public, elles s'apprêtèrent à partir.

—Adieu maison de larme, adieu maison où je croyais trouver le bonheur et où hélas, je n'ai trouvé que la désolation et l'amertume.

Florence souleva son enfant qu'elle enveloppa avec soin et chargé de ce précieux fardeau elle se dirigea vers la porte. Lassy prit le porte-manteau et la modeste fortune de Lady Dallshire.

A peine les deux femmes eurent-elles franchi le seuil de l'appartement qu'une détonation vint leur arracher un cri. Toutes deux s'arrêtèrent interdites, puis au comble de la terreur elles fuyèrent sortant par une porte privée donnant sur le Hyde Park. Quelques instants plus tard elles sautèrent dans un

handsum qui les conduisit rapidement dans la direction du Warrington Crescent.

XX.

Lorsque Lord Dallshire eut quitté Garry Fen, Sir Georges Brown ne put dissimuler un sentiment de crainte pour Florence et aussitôt en fit part à ses amis.

—Cet homme est lâche dit-il, il peut en arrivant à Londres se livrer à des actes dont nous ne pouvons prévoir les conséquences. Il se sent menacé et peut fuir dans une autre pays entraînant avec lui sa femme et son enfant. Or vu les antécédants de cet homme, je juge que Lady Dallshire n'est pas en sûreté et il est de notre devoir de veiller sur elle.

—C'est aussi mon avis, répondit le Major et je crois même qu'il ne faut pas perdre un instant. Nous allons nous diviser et chacun de notre côté surveiller les moindres mouvements du faux Donald Lington. Pour le moment le plus prudent serait de prévenir Lady Dallshire de se rendre chez sa mère et moi, je vais obtenir du juge Wotherspoon un permis pour qu'elle et son enfant puisse vivre au domicile de Lady Clardy, jusqu'au jour où le tribunal donnera sa décision.

—Mais il faudrait avoir ce permis immédiatement, dit Sir Georges, sans quoi Lord Dallshire peut jusqu'au dernier moment user des droits que la loi lui confert.

—Je vais avoir ce décret ce soir même, répondit Bymme le juge Wotherspoon est de mes amis et vu les circonstances il signera sans hésiter.

Tous se rendirent à Stratford et nos amis après avoir serré la main du Révérend Barnes et du docteur Smyth, sautèrent dans le premier train en destination de Londres.

A la gare ils se séparèrent tel qu'il en était convenu, Jimmy se rendit chez Dallshire afin de prévenir Florence, le Major Bymme se dirigea vers la résidence du juge Wotherspoon et Sir Patrick O'Brien vers le Club. Quant à Sir Georges il se fit conduire chez Lady Clardy.

Il fut convenu entre eux, qu'après minuit tous se réuniraient chez Lady Clardy et donnerait compte rendu de leurs investigations.

La mère de Florence ne fut pas peu étonnée de la visite du Colonel Brown, mais celui-ci la mit aussitôt au courant de la situation. Il lui conta l'histoire que nous connaissons, le coup de théâtre de Garry Fen et enfin lui dit que Jimmy était allé prévenir Florence et que la jeune femme ne tarderait pas à arriver.

(A Suivre.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 20 AVRIL, 1904.

No. 43.

Travaux Originaux

PARMI LES TOMBES (1)

Par M. le Dr. Coyteux-Prévost,

Médecin de l'hôpital Saint-Luc, Ottawa.

En recevant de votre Société l'aimable invitation de venir lire devant elle, je me suis senti pénétré d'un vif sentiment d'orgueil à la pensée de me voir ainsi choisi parmi tant d'autres, certes bien plus dignes que moi de cet honneur. Dans un élan de gratitude et de fierté, la première idée qui a surgi dans mon cerveau fût de répondre à votre appel par un véritable chef-d'œuvre de littérature; mais heureusement je me suis ravisé. Je connais ceux qui composent la Société médicale de Montréal, me suis-je dit, ce sont des travailleurs, des hommes sérieux. Ils ne tiennent nullement à ce que l'on prodigue purement des caresses à leur tympan, c'est un aliment substantiel pour l'intelligence qu'ils désirent par-dessus tout; ce sont des faits et non des mots qu'ils réclament.

Alors, offrons-leur le récit des cures éclatantes que nous avons opérées par le traitement habile que nous avons mis en œuvre; les résultats merveilleux obtenus au moyen de notre incomparable thérapeutique; établissons notre incontestable supériorité par le déploiement de statistiques éblouissantes,

Mais, un tel sujet serait de la plus désespérante banalité! ces choses-là, on les lit tous les jours un peu partout.

Puis, quel profit retireraient, de l'énumération plus ou moins fastidieuse de ces succès personnels, mes auditeurs familiarisés depuis longtemps avec ces résultats ordinaires qui couronnent, dans la majorité des cas, les ef-

forts de ceux qui font de la chirurgie? L'avantage évidemment serait pour moi seul, tendant à prouver que je suis un grandhomme. Mais cela, qui en doute?... tout le monde le sait!... Alors, à quoi bon ...

Non, j'ai cru infiniment plus utile de vous parler de mes désastres. Il faut du courage, je le sais bien, pour oser ainsi faire l'aveu public de ses fautes. Mais, nous sommes en famille, mes amis, et je suis aussi sûr de votre discrétion que de votre indulgence. C'est donc sans la moindre appréhension, que je vous invite à m'accompagner dans le royaume des morts où reposent à jamais quelques-uns de ceux qui ayant cru devoir confier leur santé et leur existence entre mes mains, ont néanmoins succombé, victimes de la chirurgie ou du chirurgien.

Certes, nous avons le droit de nous enorgueillir des progrès immenses réalisés dans les sciences médicales durant les vingt-cinq dernières années qui viennent de s'écouler. Le bistouri du chirurgien, surtout, rend tous les jours à la vie des milliers d'êtres humains que la mort touchait déjà de son aile, et, si les hommes du milieu du siècle dernier se trouvaient subitement transportés dans nos somptueux amphithéâtres, ils seraient émerveillés à la vue des audaces que se permet aujourd'hui la chirurgie contemporaine.

Mais, ces brillants résultats, que nul ne saurait désavouer, n'ont pas été obtenus sans peine, et ce resplandissant tableau cache un revers où gisent bien des échecs et bien des regrets!... Que voulez-vous?... La chose est inévitable; c'est toujours l'éternelle antithèse qui préside aux destinées des hommes et des choses ici-bas; c'est par la foudre que l'atmosphère retrouve sa pureté; le malheur et les larmes rendent à l'âme la sérénité qu'elle avait perdue; la paix naît de la guerre et la vie germe dans la mort.

Nos échecs sont bien déplorables, j'en conviens, et laissent dans notre mémoire de pé-

(1) Lu devant la Société Médicale de Montréal, le 22 mars 1904.

nibles souvenirs que le temps ne parvient pas toujours à effacer. Mais, en fin de compte, c'est le reste de l'humanité qui profitera des tortures morales du chirurgien, rendu plus prudent par l'épreuve et assagi par l'expérience. La révolution subie par le chirurgie, depuis un quart de siècle, a rendu inévitable la nécessité redoutable de la léthalité dans les grandes opérations abdominales, mais de ce mal relatif devra naître le bien; quel incendie à éteindre n'exige la part du feu.

Je ne veux pas prolonger ce préambule : j'aurais l'air de vous offrir par anticipation une pièce justificative. Pénétrons plutôt sans tarder dans ce cimetière, où j'ai bien souvent promené seul mes regrets et mes soupirs!...

I. — Ici, à gauche en entrant, repose, seul, le corps d'une pauvre femme âgée de 38 ans qui succomba une semaine après une simple myomectomie. Petit fibrome situé sur le côté droit de l'utérus, Laparotomie; enucléation facile; fermeture de l'abdomen. Puis, septicémie; mort le treizième jour. Autopsie: L'utérus est entouré par une collection de pus épais, de couleur rosée. A peine trace d'inflammation du côté du péritoine.

Pourquoi cette terminaison fatale à la suite d'une opération si simple? J'en ai pratiqué bien d'autres myomectomies depuis, quelques-unes même sur des utérus gravides; tout s'est passé le plus naturellement du monde, sans interruption du cours de la grossesse. Oui mais, à cette époque, je faisais mes premières armes dans la chirurgie abdominale. J'opérais dans un milieu où tout était à faire. Seul à la tête d'un service chirurgical composé d'un personnel inexpérimenté: assistance, ligatures, pièces de pansement. Il n'est pas étonnant que quelques streptocoques aient profité de ces conditions pour s'insinuer furtivement dans le champ opératoire et y semer l'infection et la mort. A mesure que les circonstances dans lesquelles je me suis trouvé placé sont devenues plus défavorables, ce genre d'accidents a de plus en plus perdu de sa fréquence, et aujourd'hui, une infection septique post-opératoire dans ma pratique, soit hospitalière soit privée, est tout un événement qui ne se rencontre qu'à de très longs intervalles.

Cependant, quoique l'on fasse, et malgré toutes nos précautions, dans mon humble opi-

nion, nous ne serons jamais absolument à l'abri de ces complications si redoutables qui, à elles seules, sont presque exclusivement responsables de la mortalité qui suit les interventions dans la cavité abdominale. Une opération métaphysiquement aseptique est un mythe, et l'ouverture de l'abdomen, quelles que soient les conditions dans lesquelles elle s'effectue, doit toujours être considérée de la part du chirurgien comme un défi auquel l'organisme du malade est chaque fois susceptible de répondre par un désastre. Il ne saurait en être autrement. Mettant de côté les fautes de technique, les erreurs grossières contre les règles élémentaires de l'antisepsie, où alors le chirurgien reçoit le juste châtement que sa négligence et son impéritie méritent, dans le cours d'une laparotomie même la plus régulièrement conduite, il existera toujours quelques issues qui échappent entièrement à notre contrôle et par où pénétreront des germes pathogènes. Jamais on ne referme un ventre laparotomisé sans que l'on y renferme un plus ou moins grand nombre de microbes qui, s'ils se trouvent dans des conditions favorables à leur développement, nous ménagent de bien désagréables surprises.

C'est une profonde erreur de croire que les mille précautions dont nous nous entourons, avant et pendant l'opération nous protègent entièrement contre l'accès de ces germes malfaisants. Outre la souillure fortuite — toujours possible — qui aurait pu contaminer, à notre insu, une pièce de pansement, une ligature, un instrument, sommes nous bien sûrs, par exemple, de l'asepsie parfaite des mains de l'opérateur et des assistants? Vous connaissez les expériences de Furbringer et d'autres à ce sujet, et vous savez combien il est difficile d'obtenir la pureté chirurgicale absolue des mains du chirurgien et du ventre de l'opérée.

Puis, l'air ambiant, est-il toujours inoffensif? Dans le début de l'ère antiseptique, Lister n'opérait jamais que dans un nuage de pulvérisations phéniquées afin de se prémunir contre les micro-organismes contenus dans l'atmosphère. Il a depuis, il est vrai, abandonné cette pratique et il a peut-être raison. Cependant, laissez filtrer dans une chambre quelconque, un rayon de soleil et vous constaterez aisément que nous respirons, vivons et opérons littéralement dans un bain de poussière dont chaque atôme est le véhicule de

myriades de germes plus ou moins pathogènes qui pénétreront sans entraves dans l'abdomen grand'ouvert de l'opérée.

La bouche même de l'opérateur peut dans certains cas jouer un rôle important dans l'introduction des agents infectieux dans la cavité abdominale. Vous vous rappelez la série d'expériences entreprises par Hubener à la Clinique de Mikulicz? Sur une table qui devait figurer la table d'opération, il disposait en forme de croix quatre boîtes de Pétri. L'auteur, placé à 50 centimètres environ de la boîte la plus rapprochée, a parlé, tantôt à voix basse, tantôt à voix ordinaire. Ces expériences ont montré que dans tous les cas et surtout quand on parlait à haute voix, des cultures se développaient dans les boîtes de Pétri et que ces cultures étaient particulièrement abondantes dans les boîtes les plus rapprochées de la bouche.

Ces considérations démontrent que, quels que soient les moyens aseptiques ou antiseptiques auxquels ont ait eu recours, des germes s'insinueront infailliblement dans la cavité abdominale ouverte et, si la contamination produite par leur présence n'est pas dans tous les cas suivie d'accidents, c'est que leur action est paralysée par les moyens de défense de l'organisme, pourvu que celui-ci jouisse de son intégrité normale et que le nombre de la virulence de ces micro-organismes ne soient pas exagérés.

De là la nécessité impérieuse d'examiner et d'assurer les conditions de résistance de l'opéré pour lui permettre de sortir victorieux de la lutte qu'il aura à subir. De là, aussi, les appréhensions que fait toujours naître une opération pratique chez un malade dont l'état moral ou physique laisse plus ou moins à désirer, toutes choses égales d'ailleurs.

Malheureusement, chez certains sujets, les apparences sont bien trompeuses et des accidents septiques font quelquefois périr des opérés, offrant avant l'opération un état de santé en apparence des plus favorables, mais chez qui existait dans les rouages de l'organisme, un défaut de résistance impossible à prévoir.

C'est dans ce même ordre d'idées que j'explique la fièvre traumatique qui suit invariablement toute opération grave, sans qu'il soit nécessaire de recourir, comme le veulent certains auteurs, à l'hypothèse d'une absorption de principes fibrogènes, etc. Je crois

plutôt que dans les premiers jours qui suivent l'opération, l'organisme momentanément sidéré par le traumatisme chirurgical, devient la proie des germes introduits ou même persistants dans l'intimité de ses tissus traduisant sa souffrance par une élévation de température. Seulement, la lutte tourne à son avantage, les germes sont mis hors de combat; la fièvre disparaît et tout rentre dans l'ordre. En d'autres termes, c'est une infection autochthone, un commencement de septicémie que les moyens de défense dont est physiologiquement armé le corps humain font avorter.

II. — Vous est-il déjà arrivé de perdre une opérée à la suite d'hémorrhagie secondaire? Les deux tombes que voici réveillent sous ce rapport dans ma mémoire de bien cuisants souvenirs!

J'ai lu souvent le récit d'opérés ayant succombé à une hémorrhagie causée par le glissement d'une ligature. La possibilité d'un accident de ce genre me faisait sourire. Comment une telle bévue pouvait-elle être commise? Ce n'est certes pas à moi que pareille chose arriverait jamais! Pour me servir du langage du petit catéchisme: je présumais de moi et je me préférais aux autres. L'expérience ménageait à mon orgueil un bien cruel châtiment! Dans le mois de février 1899, j'opérais une femme de trente ans; simplement l'ablation bilatérale des annexes. Ligature des pédicules au catgut, soigneusement appliquées. Peu de temps après le réveil anesthésique, l'opérée présenta tous les signes d'une hémorrhagie interne: face pâle, exsangue; pouls fréquent, filiforme. Malheureusement, certaines circonstances ne me permirent de me rendre auprès de la malade que plusieurs heures après le début des accidents. Je la conduisis rapidement sur la table d'opération, je fis sauter les sutures; l'abdomen était rempli de sang et les deux ovariennes, toutes les deux, veuves de leurs ligatures, saignaient abondamment. Je les liai de nouveau très fortement cette fois, ai-je besoin de le dire? Je mis tout en œuvre pour ranimer la malade: infusion saline, injections sous-cutanées d'éther et d'huile camphrée; bandages autour des membres et le reste, rien n'y fit; elle mourut dans la nuit. Pauvre femme! Pourtant, j'avais, je vous l'assure, apporté

le plus grand soin en pratiquant l'hémostase. Vous m'accorderez, je l'espère, assez d'expérience et d'intelligence pour connaître à fond tous les détails techniques en pareille matière; alors, quelle garantie ai-je contre la récurrence d'un pareil accident dans l'avenir?

L'an dernier, je fixais un rein droit mobile chez une femme de quarante ans. Elle repose à côté de celle dont je viens de vous rapporter l'histoire. Comme cette malade souffrait aussi de pelvi-péritonite, j'ouvris dans la même séance l'abdomen et détachai de nombreuses adhérences. Au réveil de l'anesthésie, tout allait bien et, à l'exception de quelques douleurs épigastriques immédiatement soulagées par l'application d'un sinapisme, l'après-midi se passa dans un calme parfait. Vers 8 heures du soir, le pouls devint subitement imperceptible. La malade se plaignait d'une vive douleur dans le membre inférieur droit. Bientôt la face pâlit; soif ardente; agitation accompagnée de délire. Tous les efforts que nous fîmes pour conjurer ces symptômes demeurèrent stériles; vers la fin de la soirée, elle rendit le dernier soupir.

Vous me demanderez peut-être pourquoi, dans ce cas-ci, je ne me suis pas empressé de rouvrir l'abdomen? Purement parce que je n'étais pas entièrement convaincu qu'il existât quelque part une hémorragie interne. Et si cette hémorragie existait, siègeait-elle dans le rein ou bien dans l'abdomen? D'ailleurs, je vous avouerai, sans que je puisse exactement définir ce que je veux dire, que l'habitude extérieure de mon opérée ne ressemblait pas absolument à celui que l'on observe ordinairement chez une malade en proie à une hémorragie. N'était-ce pas plutôt du choc opératoire? J'hésitais. Pris dans cette alternative, vous concevez combien est embarrassante la position du chirurgien. Si les symptômes sont attribués à l'hémorragie alors qu'ils sont dus au choc opératoire, la réouverture de l'abdomen sera sûrement suivie d'une terminaison fatale. Si, d'un autre côté, en présence d'une hémorragie que vous méprenez pour le choc opératoire, vous croyez devoir recourir au moyen héroïque et si efficace de la transfusion, vous tuerez la malade dont les artères sont ouvertes. Malgré la description du diagnostic différentiel de ces deux complications que nous lisons un peu partout, je vous affirme moi, que, dans cer-

tains cas, la situation du chirurgien est des plus perplexes, et le plus sage à mon avis, est de se retrancher dans une abstention, pénible il est vrai, mais qui a, au moins, le mérite de nous épargner le regret d'avoir contribué à la catastrophe.

III. — Continuons toujours notre lugubre promenade dans l'empire des morts.

Ci-gisent les victimes de l'hystérectomie vaginale et abdominale; onze cercueils!

Vous voudriez bien, j'imagine, que je vous dise le total des hystérectomies que j'ai pratiquées, afin de connaître le pourcentage de ma léthalité? Je me garderai bien de me rendre à votre désir; les lois qui ont l'honneur de me régir accordent à tout sujet britannique le privilège de ne jamais s'incriminer. Il sera d'ailleurs bien plus intéressant pour vous d'ouvrir avec moi quelques-uns de ces tombeaux, pour prendre connaissance des circonstances qui ont fermé à jamais les yeux des trépassés qu'ils renferment.

Voyez-vous ce tertre, conservant encore les vestiges desséchés des fleurs pieusement déposées par la main de son vieux père? Il recouvre le corps d'une jeune fille de 26 ans, opérée pour un fibrome de l'utérus. Hystérectomie abdominale subtotal. Opération rapide et régulière, n'offrant pas la moindre difficulté. Excellente santé antérieure. Morte le sixième jour, de septicémie, dont la cause est toujours restée absolument inconnue. C'est un de ces cas où tout faisait prévoir une convalescence sans entraves et où la fatalité est venue brutalement ravir toutes nos espérances.

Pauvre enfant! Qu'elle repose en paix!

Voici maintenant une autre victime de l'intoxication septique. Cette mort est un éclatant exemple de la justesse des considérations que je vous offrais tout à l'heure, sur l'importance de l'intégrité relative de l'organisme chez une malade qui doit subir une opération grave. Cette femme, âgée de 42 ans, s'est présentée à l'hôpital, pour se faire débarrasser d'une large tumeur fibreuse de l'utérus. Des hémorragies successives l'avaient profondément anémiée; la face était pâle; l'examen hématologique indiquait deux millions et demie d'hématies et 25 pour cent d'hémoglobine.

Je refusai d'opérer avant que son état général fût devenu plus satisfaisant. Après plu-

sieurs semaines d'un régime fortifiant, aidé d'un traitement reconstituant, jugeant les circonstances favorables malgré une anémie encore très accusée, je pratiquai l'hystérectomie abdominale. Dès le lendemain de l'opération, le pouls devint fréquent, misérable; la température s'éleva graduellement pour atteindre 105 degrés le quatrième jour, et la malade s'éteignit, après avoir présenté tous les signes de la plus profonde intoxication septique.

Morale: — Chez les malades offrant une anémie telle, que l'on serait presque tenté de lui attribuer un caractère pernicieux, quelle que soit l'apparence bénigne des symptômes subjectifs, refusez toute opération majeure sous peine de courir à un désastre.

—Je vous présente ici un groupe composé de trois hystérectomisées qui, toutes les trois ont choisi la même porte pour passer de vie à trépas. Toutes les trois ont également guéri de leur opération et, subitement, sans crier gare, elles ont été emportées par une embolie.

Voici en deux mots leur histoire:

No. 1. — Catherine B... 49 ans. Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale. Opération facile, sans la moindre complication. Convalescence normale. Le neuvième jour, vers trois heures de l'après-midi, elle devint subitement très pâle, paraissant menacée de syncope. Le pouls était fort, régulier, mais la respiration gênée, laborieuse. Elle se plaignit de vives douleurs sous-sternales, et vingt minutes à peine après le début de ce symptôme, elle cessa de respirer.

No. 2. — Miss Scott. Je la nomme, parce que ce nom rappellera peut-être à quelques-uns d'entre vous un souvenir homonyme qui est loin d'être empreint de tristesse. Miss Scott, 40 ans. Hystérectomie pour fibrome. Tout se passa naturellement jusqu'au treizième jour alors qu'elle fût prise d'une violente céphalalgie. Le lendemain, profonde stupeur; hémiplegie du côté droit, déviation conjuguée des yeux; selles involontaires. Ces symptômes persistèrent une couple de jours et se terminèrent finalement par la mort.

No. 3. — Madame W... 44 ans. Fibrome. Hystérectomie abdominale. Le 26ème jour, apparition d'une phlegmasia alba dolens du côté gauche. Cette complication suivit son cours ordinaire quand, au bout d'une couple de semaines, survinrent des troubles gastri-

ques accompagnés d'urticaire. Des vomissements presque incoercibles tourmentèrent la malade pendant plusieurs jours. Après s'être calmés momentanément, ces vomissements reparurent avec plus d'intensité que jamais et résistèrent à tous les anti-émétiques imaginables. Finalement, le lavage de l'estomac apporta un soulagement considérable. Un matin, pendant que le lavage était pratiqué comme les jours précédents, la malade se rejeta subitement en arrière et, au bout de quelques secondes, elle était morte.

Est-ce bien une embolie ici qui a causé la mort? La phlébite préexistante rend cette supposition plus que plausible. Cependant, ne pourrions-nous pas incriminer le lavage de l'estomac? Par quel mécanisme? je l'ignore, mais nous trouvons des faits de ce genre cités par quelques auteurs. Ainsi, Roux affirme avoir vu plusieurs fois des patients, atteints d'iléus, succomber immédiatement après un lavage d'estomac, sans qu'il y eut un accident quelconque.

Il me semble que j'ai été, moi, témoin plus souvent qu'à mon tour, d'accidents emboliques post-opératoires. Ainsi, encore j'avais enlevé un jour un carcinôme de la mamelle chez une vieille femme âgée de 68 ans. Elle demeura plusieurs semaines dans mon service et se préparait finalement à le quitter, quand, en s'éveillant un matin, elle fut subitement prise de suffocation, de raideur convulsive des membres, et mourut presque sans que rien du côté du cœur pût faire supposer que la mort fût d'origine cardiaque.

L'embolie est la conséquence d'une thrombose, vous le savez tous. Or, la thrombose, suivie ou non d'embolie, est plus commune qu'on ne pense à la suite des opérations chirurgicales, surtout celles qui sont pratiquées dans la cavité pelvienne.

C'est parfois une simple phlébite aseptique, évoluant sans fièvre, et due à une altération quelconque dans la composition du sang. La moindre cause aidant, les coagulations intra-vasculaires deviennent alors très faciles. La dilatation des veines, comme par exemple dans les tumeurs fibreuses de l'utérus, l'érailllement des parois des vaisseaux sanguins durant les manœuvres qu'emploie le chirurgien pour énucléer la tumeur, la ligature, la piqûre des paquets vasculaires par l'aiguille, toutes ces lésions traumatiques sont susceptibles d'agir comme cause provo-

catrice de la thrombose. Mais, dans la grande majorité des cas, c'est l'infection qui est le plus puissant facteur des coagulations vasculaires. Malgré toutes les précautions prises, comme je l'ai déjà dit, l'asepsie ne saurait être parfaite; un fil peut s'infecter; l'infection peut venir du voisinage, de l'intestin, par exemple. Or, qu'une veine soit tiraillée, lésée, éraillée, aussitôt elle se trouve en état d'infériorité au point de vue de l'envahissement des agents pathogènes; l'infection, quoique réduite au minimum, peut néanmoins aboutir à la formation d'un thrombus.

Qu'une partie du caillot se détache et soit entraîné par le courant circulatoire, il ira se loger dans une bifurcation de l'artère pulmonaire et produira la mort subite par embolie. Mais, dans l'absence de cette complication, la thrombose peut néanmoins exister et constituer une menace perpétuelle de ce redoutable accident.

Possédons-nous quelques moyens qui nous permettent de reconnaître ou de soupçonner ces thromboses cachées? Michel, chef de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Nancy, indique, comme symptôme important, la fréquence graduellement ascendante du pouls pendant la convalescence qui suit l'opération, alors que la température demeure normale ou à peu près. Wyder partage cette opinion et dit que, lorsqu'on observe une augmentation du pouls après les premiers jours de l'opération, alors que les dangers d'infection sont déjà à l'arrière-plan, sans élévation de température, pendant un bien-être relatif ou complet, en un mot sans cause appréciable, l'attention du médecin doit être attirée sur ce symptôme qui plaide pour une thrombose cachée ou manifeste.

Mon expérience personnelle, sur ce sujet, diffère de celle des auteurs que je viens de citer et, dans aucun des quatre cas d'embolie que j'ai rencontrés, je n'ai constaté cette allure caractéristique du pouls. Néanmoins, j'ai voulu porter à votre connaissance les prétentions de ces observateurs afin que s'il vous était donné d'observer cette fréquence du pouls chez des malades où les conditions dont j'ai parlé plus haut existent, vous prisiez des précautions qui dégageraient d'autant votre responsabilité de chirurgien.

—Vous voyez ici dans un coin, toujours dans le même enclos, quatre tombes portant

la même inscription: "Hystérectomies vaginales." Toutes les quatre ont été opérées pour cancer de l'utérus. Trois sont mortes de septicémie, il est survenu un accident opératoire dont je vous demanderai la permission de vous dire un mot. Les tissus pericervicaux étaient infiltrés, sclérosés. Malgré tout le soin que j'apportai à pratiquer le détachement du col, dans le premier temps de l'opération, je blessai malheureusement la vessie à laquelle je fis une entaille telle, que je dus, séance tenante, abandonner la voie vaginale, ouvrir l'abdomen et aller réparer à ciel ouvert les torts dont je m'étais rendu coupable. Tout se passa à merveille durant les deux premiers jours qui suivirent l'opération; mes sutures vésicales tinrent bon ainsi que le démontra la quantité d'urine recueillie par un cathéter que j'avais laissé à demeure. Mais, le soir du troisième jour, la température s'éleva le pouls augmenta de fréquence et la malade mourut dans la soirée, avec tous les symptômes d'une violente septicémie.

Or, à la même époque, il passa sur presque toutes les salles de l'hôpital, un véritable orage d'infection, causé par un cas de septicémie puerpérale venu de la maternité et admis par erreur chez nous. Deux autres malades moururent dans la même semaine de septicémie à la suite d'opérations insignifiantes, une, après une simple amputation du col, et une autre, trois jours après une hystéropexie pratiquée par mon assistant. Ce dernier, quelques jours plus tard, portait l'infection en ville chez une de ses accouchées qui faillit en mourir.

Est-ce cette infection fortuite qui déterminait la mort de ma malade, ou bien, cette dernière aurait-elle été contaminée durant l'opération nécessairement longue que je lui avais pratiquée dans des conditions d'asepsie qui laissent peut-être à désirer?..... Je compte sur votre indulgence pour opiner dans le sens de ma première supposition.

Dans tous les cas, je profite de cette occasion pour vous déclarer que j'ai bien perdu de l'enthousiasme dont j'étais autrefois animé à l'endroit de l'ablation de l'utérus par la voie vaginale! Décernez-moi, si vous voulez, un brevet d'ingratitude, pour délaisser ainsi mes prédilections d'antan et brûler ce que j'adorais jadis, je n'en demeure pas moins inébranlable dans la ferme conviction que, dans la majorité des cas d'exérèse utérine, on peut

toujours faire aussi vite et mieux, en choisissant le champ de bataille au-dessus du mont de Vénus.

Mes croyances à cet égard, ont subi la même évolution que celles de mon excellent ami le Professeur Segond qui, venu chez les Américains avec l'espoir de leur faire partager les idées qu'il entretenait sur la supériorité de l'hystérectomie vaginale, est retourné en France, absolument converti à l'opinion américaine. Depuis cette époque, les partisans de l'ablation de l'utérus par le vagin ont tous plus ou moins rengainé les arguments qu'ils opposaient autrefois à ceux qui préféreraient la voie abdominale, tels que: mortalité moindre que l'hystérectomie vaginale, avantage de ne pas ouvrir la cavité abdominale et surtout, l'absence de cicatrice disgracieuse sur le paroi de l'abdomen, persuadés enfin de l'inanité de cette dernière objection, car nos belles opérées, sûrement, ne pousseront jamais le décolletage assez loin pour alarmer leur coquetterie.

IV. — Arrêtons-nous un instant sur le bord de cette fosse solitaire, dissimulée dans l'ombre, comme si elle craignait, par son aspect, de raviver l'humiliation de celui qui l'a creusée.

Il y a quelques années, une jeune femme se présentait à mon bureau pour me consulter au sujet d'une fistule fécale située vers le milieu de l'abdomen entre l'ombilic et le pubis. Elle avait été opérée quelques semaines auparavant par un chirurgien de la ville pour une affection de la cavité pelvienne. On lui avait ouvert le ventre, mais la plaie ne s'était jamais cicatrisée et, depuis quelques temps, des matières fécales s'échappaient abondamment par l'angle inférieur de l'incision.

Les sensations particulières dont elle se plaignait du côté du rectum firent diriger mon exploration dans cette région. En introduisant le doigt dans l'anus, je sentis un corps étranger, mollaesse, sur lequel j'exerçai immédiatement quelques tractions. Comme le prestidigitateur qui retire de sa bouche des aunes de ruban dont on ne soupçonnait pas la présence, je fis graduellement l'extraction d'un pouce, deux pouces, six pouces, huit pouces, d'un corps étranger, mou, flexible, couvert de matières fécales. C'était une compresse de gaze, oubliée dans l'abdomen par le chirurgien qui avait pratiqué l'opération. J'opérai la fistule qui guérit parfaitement, et

je ne pus me défendre d'un haussement d'épaule surmonté d'un sourire de pitié, en songeant à mon confrère qui s'était rendu coupable d'une pareille maladresse. Ah! bien non, ce n'est pas à moi que semblable aventure arriverait jamais! J'avais oublié que, scandalisé un jour en songeant à l'impéritie de ceux qui oubliaient de serrer suffisamment leurs ligatures, je m'étais déjà, orgueilleusement livré à des réflexions de ce genre.

Quelques temps plus tard, j'enlevais à une jeune femme un utérus renfermant un énorme fibrome. Le soir de l'opération, l'infirmière en chef m'annonça, tout effarée que, sur les douze compresses dont nous nous étions servis, elle n'en retrouvait plus que onze. Le lendemain, je fis adroitement comprendre à mon opérée qu'il fallait lui administrer de nouveau l'anesthésie, pour lui enlever certaines sutures. Je rouvris l'abdomen et retrouvai sans peine la compresse égarée.

Généralement, quand je ferme l'abdomen à la fin d'une laparatomie, je protège les anses intestinales par une compresse dont l'extrémité inférieure dépasse l'angle de l'incision et repose sur la paroi de l'abdomen. L'ayant sans cesse sous les yeux, je la retire, avant de faire les derniers points de suture. Dans ce cas-ci, à cause du volume de la tumeur, j'avais dû pratiquer une très longue incision et la compresse, trop courte, était enfouie tout entière dans la cavité abdominale. Je menai rapidement une suture entortillée sur les bords du péritoine soulevés par mon assistant et, par la plus coupable distraction, nous avons tous les deux oublié cette serviette, plus ou moins indispensable. La "nurse" en charge était également en faute; elle aurait dû attirer notre attention sur cet accident, même si elle n'avait entendu retentir cette question que je manque rarement de poser avant la fermeture de l'abdomen: "Avez-vous toutes vos compresses?"

Bref, l'opérée ne s'en porta pas plus mal et en a été quitte pour une anesthésie supplémentaire absolument inutile.

Si, au moins j'avais guéri de ma maladresse aussi bien que ma malade de sa tumeur! Mais, pas du tout; vous allez voir.

L'an dernier, j'opérais, dans une petite ville située dans les environs d'Ottawa, une femme atteinte d'obstruction intestinale causée par des brides dues à une péritonite tuberculeuse. A domicile, surtout dans la campa-

gne, je redoute toujours une contamination possible de la part des aides, souvent absolument inexpérimentés, que j'ai à ma disposition. Aussi, je cherche autant que possible à tout faire moi-même: l'hémostase, le manie- ment des ligatures, des éponges, des comp- presses. Vous avouerez que c'est beaucoup, peut-être trop, pour un seul homme, surtout quand cet homme est un chirurgien, l'esprit tendu, absorbé par les détails d'une opération difficile et délicate.

Quelques jours après l'opération, le con- frère qui m'avait appelé en consultation m'annonça par le téléphone que la malade avait de la fièvre, qu'elle se plaignait de dou- leur dans le côté droit de l'abdomen où il croyait sentir une masse rénitente, doulou- reuse. C'est un abcès qui se forme, lui répon- dis-je; appliquez des fomentations chaudes, et incisez quand vous sentirez de la fluctuation. C'est ce qu'il fit, et l'ouverture de la collec- tion donna issue à une large quantité de pus fétide.

Singulier abcès! pensais-je en moi-même; d'où cela peut-il venir? Deux semaines plus tard, nouveau message. L'abcès ne tarissait pas, la suppuration était toujours abondante.

Je fis alors un diagnostic renversant, — accordez-moi au moins ce mérite. Il y a cer- tainement un corps étranger au fond de cette affaire; une compresse peut-être.

Je fis venir la malade à Ottawa. J'inci- sai sur la bosse que je sentis parfaitement et retirai une compresse, toute pelotonnée, blot- tie, au milieu d'une cavité baignée d'un pus fétide, dans la région de l'appendice. Quelques jours après, la malade retournait chez elle, parfaitement guérie. Comme la plus grande magnanimité a toujours été un des côtés re- marquables de mon caractère, je ne réclamai, au grand ébahissement du mari, aucun hono- raire pour cette seconde et brillante opéra- tion.

Mais tant va la cruche à l'eau qu'à la fin elle se casse. Femme de 40 ans; jaunisse; douleur, et tumeur mal limitée, peu volumi- neuse située entre l'épigastre et la région de la vésicule biliaire. Calcul dans le cholédo- que probablement. J'ouvre l'abdomen et je trouve un néoplasme cancéreux de la tête du pancréas que naturellement je laisse en place. Mais la vésicule est largement distendue par la bile, vraisemblablement infectée; je fais une cholécystotomie.

Après la fermeture de l'abdomen, la "nurse" m'annonce qu'il lui manque une compresse qu'elle pense être restée dans le ventre de l'o- pérée. Je refuse d'y croire et je l'assure qu'en cherchant bien, elle la trouvera quelque part. Seulement, au bout de deux jours l'état de ma malade m'inspira des craintes telles, que je me décidai à rouvrir le ventre. Je cherchai longtemps la malheureuse compresse, diri- geant naturellement mes investigations vers la partie supérieure de l'abdomen. Je ne trouvai rien. A la fin, je plongeai la main dans la cavité du bassin et là, coiffant l'uté- rus, je trouvai le corps du délit, déjà en train de contracter des adhérences avec les tissus voisins.

La malade mourut deux jours après, de septicémie. C'est elle qui repose au fond de cette fosse où je dépose bien souvent mes re- grets et mon repentir.

Si je vous ai fait la relation de ces mé- prises, mes amis, ce n'est certainement pas, vous me croirez sans peine, dans l'intention d'en tirer vanité. Mais l'Evangile nous l'as- sure, "Omnis homo mendax," tout homme se trompe, et personne, que je sache, ne peut se flatter de pouvoir toujours réussir à se sous- traire à cet axiome qui menace tous les mor- tels et, il pourrait bien se faire que ce fût un jour au tour de quelqu'un d'entre vous de se trouver placé dans des circonstances analo- gues; or, il suffit souvent de signaler un écueil pour multiplier les chances de l'éviter.

Oublier une éponge, un instrument, une pièce de pansement dans l'abdomen d'une la- paratomisée, est un accident apparemment si bête, qu'il paraît inconcevable qu'il puisse survenir dans la pratique d'un chirurgien tant soit peu attentif. Pourtant, les relations de faits de ce genre fourmillent dans la littéra- ture médicale. Permettez-moi de vous en ci- ter quelques-uns que je choisis, à dessin, par- mi ceux qui tendent à montrer la somme de tolérance dont le péritoine fait preuve dans certains cas, et la sollicitude avec laquelle la nature protège quelquefois le chirurgien contre les conséquences des fautes qu'il a com- mises.

(A Suivre.)

—: o :—

Revue des journaux

Thérapeutique et Mat. Médicale

TRAITEMENT DE LA LITHIASE RENALE.

Par M. le Dr. Vinay,

Agrégé, Médecin des Hôpitaux.

(Suite et fin)

Régime alimentaire.—Le régime doit être varié il comprendra : les légumes verts surtout, la chicorée, la laitue, l'artichaut, les salsifis, les cardons, céleris.

les céleris, les carottes, les pommes de terres, qui peuvent remplacer une partie du pain au repas, les radis, le cresson, la salade de feuilles, mais peu vinaigrée, ni poivrée ; peu de légumes secs, comme haricots rouges, pois, lentilles, fèves, choux, champignons, qui sont parfois difficiles à digérer et qui engraissent. Il est inutile de mettre les malades au régime des viandes blanches ; le bœuf, le mouton, les volailles valent mieux ; les viandes rouges et faites sont plus nourrissantes et bien préférables. En étudiant les variations de l'acide urique dans les urines suivant l'alimentation, Alb. Robin, a constaté que les matières collagènes ou gélatineuses qui se trouvent dans les viandes jeunes, comme l'agneau, le veau, augmentaient la quantité d'acide urique, de même que celles qui contiennent des nucléines, la cervelle, le riz de veau, les gélées des viandes : enfin, les aliments d'épargne, comme les corps gras, les féculents, le sucre, le chocolat, les pâtisseries. Par contre, on conseillera les poissons blancs ; le merlan, le brochet, la sole, la barbue, etc., ; ainsi que les œufs, malgré leur mauvaise réputation ; je connais un graveleux qui a absorbé 1,200 œufs dans une année et qui a guéri.

Les fromages frais et surtout les fruits sont très utiles, à conditions qu'ils soient bien mûrs, cuits ; on a le choix entre les prunes, les fraises, les pommes, les cerises qui font disparaître l'acide urique et le transforment en acide hippurique ; puis les raisins, les oranges, les citrons, les amandes, les figes fraîches ou sèches, les pruneaux. La plupart de ces fruits renferment des acides végétaux comme l'acide malique, tartrique, citrique, etc., ; qui se combinent avec la potasse ou la soude ; ces produits sont brûlés dans l'économie et donnent naissance à des carbonates de potasse ou de soude, qui alcalinisent l'urine.

Comme boisson on prendra du vin blanc léger, ou du petit bordeaux coupé d'eau ordinaire ; la bière est bonne à condition d'en boire peu ; le cidre est excellent mais à condition d'y mettre beaucoup d'eau, car l'urine s'alcalinise sous son influence.

Les aliments défendus sont : la cuisine relevée, les ragouts pimentés, les mets épicés, le gibier faisandé, les tomates, les truffes, la charcuterie, les conserves, les écrevisses, les coquillages, les boissons sucrées, alcooliques ou gazeuses, le champagne, l'eau de Seltz. Par prudence, il faut éviter les aliments qui sont riches en acide oxalique, comme l'oseille, les épinards, le thé, le cocoa, le chocolat, le pain de son.

Le régime sera mixte et les viandes doivent compter pour un quart et les végétaux pour les trois quarts. L'inconvénient d'une alimentation carnée trop prédominante a été prouvé par de nombreuses expériences, toutes démontrent que les substances azotées et spécialement la viande, augmentent l'excrétion d'acide urique. Lehmann a vu, par son observation personnelle, que le taux d'acide urique s'élevait à 1,47 gr. pour l'alimentation azotée, 1,18 gr. pour le régime mixte et 1,02 gr. pour le régime végétal, et Haig a constaté également que la proportion d'acide urique excrété pouvait s'abaisser de 0,90 à 0,54 gr., lorsqu'on substituait la diète végétale au régime mixte.

Mais d'un autre côté, il y aurait inconvénient chez les graveleux, d'user de l'alimentation purement végétale ; un régime de cette sorte peut provoquer l'oxalurie et l'alcalescence des urines ainsi que la précipitation des sels calcaires comme chez les herbivores. Mais le danger le plus sérieux serait de diminuer l'apport des albuminoïdes ; cette diète relative provoquerait rapidement l'autophagisme, un état d'amaigrissement et de débilité générale. La crainte des nucléines ne doit pas restreindre les albuminoïdes qui fabriquent le phosphore et qui sont si utiles chez les graveleux. Sans doute, il faut éviter l'alimentation carnée excessive, mais l'absorption des substances azotées doit rester dans les limites ordinaires, soit 100 gr. dans les 24 heures.

D'après Munck-Ewald, la ration d'entretien doit être composée, pour un adulte, de :

Albuminoïdes	100 gr.
Graisses	50 gr.
Hydrates de carbone	400 à 450 gr.

Ces chiffres correspondent à 2.550 calories environ. D'une façon générale, il est bien difficile de fixer invariablement cette ration parce que le chiffre doit varier avec le poids, le travail, l'état de santé, la capacité digestive du sujet ; mais pour ce qui concerne la plus grande partie des arthritiques, comme les goutteux, les obèses et spécialement les graveleux, je conseille de diminuer la quantité des graisses et des hydrocarbures, dont la digestion est parfois difficile et laisser intact le taux des substances azotées qui maintiennent l'activité musculaire et nerveuse.

Je donne comme exemple le fait d'un malade qui a présenté, à différentes reprises, des accès du grand mal néphrétique. Voici le détail des trois repas :

Matin : Lait 300 gr., café 50 gr., sucre 30 gr., un œuf, pain 80 gr.

Midi: Viande 100 gr., pain 150 gr., choux-fleurs 150 gr., salade 50 gr., fromage 20 gr., raisins 150 gr., vin 100 gr., eau 500 gr.

Soir: Potage 170 gr., pain 100 gr., viande 80 gr., laitues 100 gr., fromage 20 gr., raisins 120 gr., vin 100 gr., eau 500 gr., ce qui fait pour le total:

	Albuminoïdes.	Graisse.	Hydrocarbones
1er repas... ..	25	17	83
2e "	41	15	127
3e "	34	13	96
	100	45	306
Calories... ..	436	408	1.285

soit 2.128 calories pour les aliments, et si on ajoute 120 calories pour le vin (200 gr.), on voit la ration d'entretien s'élever à 2.248 calories.

D'après le tableau ci-joint, la quantité des substances azotées reste celle de la ration d'entretien, mais celle des substances non azotées a subi une certaine diminution. Je considère cet abaissement comme nécessaire pour maintenir l'équilibre, parce que beaucoup de gens, et notamment les arthritiques, mangent trop, ils ne devraient pas aller jusqu'à la satiété; la sensation d'appétit non apaisée n'a rien de désagréable. Du reste, il est un moyen bien simple pour apprécier si le régime auquel on soumet le sujet est réellement suffisant, on n'a qu'à user de la balance, celle-ci permettra de reconnaître si l'apport des aliments reste dans les limites normales.

Hygiène psychique et physique. — On évitera le sédentarisme, car le repos absolu constitue, par lui-même, une condition qui favorise la formation et la précipitation des dépôts uratiques. J'ai vu éclater des accidents de coliques néphrétiques chez des malades atteints de lésions accidentelles des membres inférieurs comme une fracture compliquée, une phlébite en fer à cheval, qui obligeaient les patients à l'alitement pendant plusieurs mois. Le repos prolongé enraye les combustions organiques et gêne l'élimination des déchets, c'est pour cela que la lithiase urique est surtout une maladie des sédentaires.

Inversement, il faut éviter la fatigue exagérée et doser l'exercice à la force du sujet; le surmenage a pour résultat d'augmenter l'excrétion sudorale et de provoquer ainsi la concentration du liquide urinaire, mais son résultat le plus fâcheux est que la courbe de fatigue augmente momentanément l'acidité des humeurs et de l'urine en particulier, elle aboutit à une formation exagérée d'acide urique. C'est une erreur, comme le prétend Dujardin-Beaumez, que d'exiger de ces malades de longues courses et la gymnastique sous prétexte que l'exercice est un grand comburateur de matières azotées; en réalité, le muscle, qui est alcalin à l'état de repos, devient acide quand il est fatigué. On comprend qu'une marche forcée, une ascension, un accouchement pour un médecin puissent être une occasion de coliques néphrétiques. Aussi, ne doit-on permettre ni chasse, ni canotage, ni équitation, ni escrime, peu, très peu de bicyclette, au moins pendant les premiers mois qui suivront les accès.

Pour la même raison, devra-t-on supprimer les veilles prolongées, les travaux intellectuels captivants, en somme, toute occupation qui peut être une cause de surmenage. La promenade à pied, en plein air, suffit avec le massage, ainsi que les cures de mouvements et d'exercices artificiels sagement réglés; le billard est encore un excellent exercice après le repas et pendant la mauvaise saison et aussi la menuiserie, le jardinage.

On abandonnera l'hydrothérapie froide, même le tub et les bains de vapeur, pour prendre des douches écossaises ou chaudes, et des frictions sèches avec le gant de crin ou des frictions humides avec de l'eau de Cologne ou de l'alcool de lavande. Ces frictions avec le massage et les douches chaudes sont particulièrement utiles chez les malades qui sont obligés, par leur profession, de mener une vie trop sédentaire. Un bain tiède à 35 degrés, tous les quinze jours, est suffisant, mais on aura soin de boire de l'eau pendant le bain pour combattre les résultats d'une sudation possible. En réalité, une bonne hygiène et des habitudes sobres suffisent à maintenir la santé, ici le climat n'a qu'une importance secondaire.

Enfin rappelons la nécessité de vider régulièrement la vessie et le rectum, la miction notamment est une fonction qui doit être surveillée chez tous, surtout chez ceux dont l'appareil uropoïétique laisse à désirer. C'est d'une mauvaise hygiène que d'imiter les enfants et les animaux qui n'urinent guère que lorsque le besoin les presse. Le fonctionnement de cet organe doit être soumis à un travail régulier comme la défécation, la digestion, le sommeil; du reste, les mictions fréquentes favorisent l'activité du rein et rendent les urines plus abondantes.

(Lyon Médical.)

SYPHILIGRAPHIE

LA SYPHILIS OCULAIRE EN GENERAL ET SON TRAITEMENT,

Par M. le Dr. Galezowski,

(Suite et fin.)

En quoi consiste-t-elle donc? Lorsque j'ai présenté mon procédé à l'Académie de médecine, on m'a objecté qu'il n'était pas nouveau. Aussi bien, n'étais-je pas embarrassé pour répondre. On frictionne depuis longtemps en effet, et la méthode est des plus anciennes, mais c'est la façon de faire des frictions, et la durée même du traitement qui constitue la partie nouvelle que je prétends avoir introduite en thérapeutique. Je repousse d'abord tout à fait les doses élevées de 8 à 10 grammes de mercure préconisées par certains praticiens. Je ne dépasse jamais deux grammes, et selon l'âge et la constitution de l'individu, je réduis cette dose à 1 gramme et même à 0 gr. 50 centigrammes. J'ai employé pendant longtemps l'onguent napolitain

qu'on trouve dans toutes les pharmacies. Mais comme j'observais de grandes variations dans les effets, je fus amené à suspecter le dosage de cette pommade et sa facilité d'absorption. Afin de mettre mes malades dans les mêmes conditions de guérison, j'ai fait préparer par M. Petit (de la pharmacie Mialhe) des capsules d'hydrargyre (onguent à base de lanoline) facilement absorbables et bien dosées. J'ai ainsi obtenu une plus grande continuité dans les résultats de ma thérapeutique, et surtout la disparition de certains accidents buccaux qui, chez des individus soigneux, ne pouvaient être dus qu'à un mauvais dosage du médicament.

La friction doit être faite de la façon suivante: La région où la pommade doit être appliquée sera préalablement lavée au savon et à l'eau tiède. On obtient ainsi un véritable décapage de la peau dont le pouvoir d'absorption est ainsi porté à son maximum. Cette précaution est indispensable et je vous recommande vivement, Messieurs, de ne pas oublier de l'indiquer à vos malades. La pommade est ensuite placée sur la région lavée; avec mes ampoules, cela est facile puisqu'il suffit de presser la capsule pour en faire sortir la substance médicamenteuse. La friction est faite ensuite pendant quelques minutes; quatre à cinq minutes au moins sont nécessaires jusqu'à ce que la peau soit devenue presque sèche. Il y a là une action mécanique absolument médicamenteuse. La friction terminée, la pommade doit rester en place toute la nuit. Le membre ou la région sera donc enveloppé avec une bande afin d'éviter de salir le linge et, le lendemain, un savonnage fera disparaître toute trace de pommade.

J'insiste, Messieurs, sur deux points dans cette méthode: le savonnage préalable et la durée de la friction (cinq minutes au moins). Il est facile de comprendre qu'il importe de varier la région où doit être faite la friction. La pommade en effet est irritante et détermine de l'eczéma, des ulcérations cutanées qu'il faut éviter. Chaque jour donc, on fera la friction sur une nouvelle partie du corps. Je vous donne le schéma suivant qui peut d'ailleurs subir des variations. Le 1er jour: temple, front, nuque droite, 2e. jour, aisselle droite; 3e. jour; coude droit; 4e. jour, flanc droit; 5e jour, haut de la cuisse droite; 6e jour, creux poplité; 7e jours, face interne de la jambe droite; 8e jour, plante du pied droit. Les mêmes frictions seront faites du côté gauche. Cette alternance de huit jours suffit pour éviter les ulcérations cutanées et permettre à la peau de reprendre sa souplesse et son aspect normal.

Le modus faciendi étant déterminé, il nous reste, Messieurs, à déterminer la durée de ce traitement. Elle est assez longue en général, car les choréïdites syphilitiques ne cèdent qu'à un traitement suivi et persistant.

L'organisme doit être imprégné de mercure, et il faut de nombreuses frictions pour obtenir cet état.

Le traitement sera continué ainsi pendant deux ans. On procédera de la façon suivante: 10 jours

de frictions, puis 5 jours de repos; après quarante frictions on pourra mettre 10 jours d'intervalle, quinze jours au plus. J'ai l'habitude de recommander à mes malades de ne jamais suspendre le traitement pendant plus de trois semaines. L'élimination du mercure, en effet, se fait rapidement et il ne faut pas cesser l'imprégnation si l'on veut obtenir de bons résultats. C'est dans ce but aussi que je ne prescris jamais l'iodure de potassium. Ce corps, à mon avis, élimine le mercure introduit dans l'organisme et en empêche les effets salutaires. Les recherches comparatives que j'ai entreprises sur les sujets soignés les uns sans iodure et les autres avec iodure, en analysant les urines, m'ont confirmé dans cette manière de voir. Dans le travail que j'ai présenté il y a quelques années à la Société de Dermatologie, j'ai démontré que l'iodure non seulement est inutile, mais même nuisible dans le traitement des affections oculaires syphilitiques. Depuis d'autres praticiens m'ont suivi dans cette voie, et se sont élevés contre l'iodure de potassium dans diverses sociétés scientifiques. J'aurai d'ailleurs plus tard l'occasion de revenir sur ce point important.

Le traitement ainsi réglé avec ces alternances régulières ne doit pas fatiguer le malade. La bouche du sujet devra d'abord être visitée par le dentiste et mise en état de résistance. Il est établi aujourd'hui, en effet, que si les stomatites graves qu'on voyait jadis à la suite du traitement mercuriel sont rares, c'est que les soins hygiéniques de la bouche sont plus répandus. La meilleure façon donc d'éviter ces accidents buccaux c'est d'adresser nos malades au dentiste.

On prescrira cependant des gargarismes trois fois par jour avec une solution chloratée. Chez les femmes, les frictions seront interrompues au moment de la menstruation, mais continuées un peu plus longtemps pour compenser cette perte de temps.

Je résumerai en quelques mots, Messieurs, les points importants de cette conférence: 1. la syphilis atteint souvent les membranes profondes de l'œil et en particulier la choréïde; 2. ces accidents ne peuvent disparaître qu'à la suite d'un traitement prolongé par les frictions; 3. ces frictions seront faites pendant deux ans avec les intervalles que je vous ai indiqués; 4. l'iodure de potassium ne doit pas être employé en même temps que le mercure.

Messieurs, vous entendrez parler beaucoup autour de vous d'injections sous-cutanées intramusculaires de divers sels de mercure. Je les ai expérimentées moi-même ou par mes élèves. Je n'en ai pas tiré un grand bénéfice et j'ai souvent occasionné de vives douleurs aux malades et une grande perte de temps. Le traitement par les frictions, au contraire, institué d'après ma méthode, m'a toujours donné les meilleurs résultats. Je vous le conseille donc et je suis convaincu que vous arriverez par lui à améliorer et à guérir les malades si nombreux atteints de syphilis oculaire.

(Le Progrès Médical.)

Otologie, Rhinologie, Laryngologie.

LES PERFORATIONS DE LA CLOISON NASALE EN DEHORS DE LA SYPHILIS.

Par M. le Dr. E. Félix.

Je crois avoir montré, dans cette rapide revue, combien sont multiples les causes de perforation du septum nasal. Il faut convenir que, en se basant sur les seuls caractères objectifs de la lésion, il ne sera pas toujours possible de poser un diagnostic étiologique précis: seule, la connaissance des antécédents morbides et de la profession exercée par le malade, ainsi que la recherche d'une affection concomitante, permettra le plus souvent de résoudre ce problème, dont la solution est cependant indispensable pour établir une thérapeutique rationnelle.

Ce qu'il importe en tout cas de retenir, c'est que, vu la multiplicité des causes possibles de la perforation de la cloison nasale, il ne faut jamais se hâter de considérer comme syphilitique — sans autre preuve — tout individu présentant une lésion de ce genre.

(La Semaine Méd.)

BIBLIOGRAPHIE

PORTRAITS OF CONTRIBUTORS TO THE "MEDICAL BRIEF". — Nous accusons réception de cette gentille brochure dont les photographies excellentes, et le "make up" général est artistique et parfait. Nos remerciements.

L'ADMISSION A LA PRATIQUE DE LA MEDECINE:

Il y a actuellement devant la législature un projet de loi amendant la loi des médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, en ce qui regarde l'admission à la pratique de la médecine. Le nouveau projet amende l'article 3970 des statuts fondus de la Province de Québec.

Cette loi intéresse au plus haut point les membres de la profession médicale et les étudiants en médecine dans cette province.

L'amendement projeté se lit comme suit:

Le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec devra admettre à la pratique leur accorder la licence requise pour l'exercice de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique dans cette province, et l'enregistrer de la manière vou-

lue par la loi, les élèves qui, étant élèves inscrits de l'une des universités de cette province, comme étudiants en médecine, seront dans les conditions suivantes:

(a) Atront, dans tous les cas, commencé leur cours médical dans l'une des dites universités et se seront fait inscrire comme élèves avant le 1er septembre 1903;

(b) Seront porteurs de la double inscription, pour cours classique, de collèges de la province dûment constitués en corporation;

(c) Ou seront porteurs d'une inscription ou d'un brevet de l'un des dits collèges et obtiendront l'autre inscription avant l'octroi de la dite licence;

(d) Ou seront porteurs d'un diplôme de cours complet d'une école normale de cette province.

NOUVELLES

Naissance:

—A St-Félix de Valois, dimanche le 10 courant, l'épouse de M. le Dr. Henri Ducharme, un fils, qui reçut au baptême les noms de Jean Paul Stanislas.

Nécrologie:

—A la ville de Saint-Louis, le 14 du courant, est décédé Léon Vermette, médecin, à l'âge de 65 ans.

Le défunt était un praticien distingué.

Durant 40 ans il a exercé sa profession à Saint-Janvier, district de Terrebonne, et à Montréal, où il ne laisse que les plus précieux souvenirs de sa science et de son immense charité.

—A Florence, Wisconsin, est décédé le Dr. Camille Amédée Fortier, à l'âge de 68 ans, des suites d'une longue maladie. Il était le frère de feu le docteur Alfred Fortier, de Longueuil; de feu le docteur Joseph Fortier, de West Superior, Wisconsin, de Victor Fortier, de Sainte-Adèle, P. Q.; de Madame J. J. Vandandaigne, de Montréal.

Le défunt naquit à Ste-Scholastique, fit ses études classiques au collège Ste-Thérèse, étudia la médecine à l'ancienne université Victoria de Montréal.

Il servit en qualité de chirurgien dans l'armée américaine, lors de la guerre de sécession, et fut pendant plusieurs années interne à l'hôpital de Washington.

Il est mort estimé de tous, à cause de sa science profonde et de sa charité à toute épreuve. Il laisse une veuve, fille de M. J. A. Davis, marchand de St-Lin, et un garçon, C. A. Harmant Fortier, principal des écoles publiques et surintendant de la ville d'Oconto, Wisconsin, E. U.

Nos sincères condoléances aux familles si cruellement éprouvées.

SUPPLEMENT

HISTORIETTES SUR QUELQUES CHIRURGIENS.

Par M. le Dr. Paul D'Esyrée.

Nous avons découvert, sous ce titre, dans le Recueil de Tralage, un des manuscrits les plus estimés de la Bibliothèque de l'Arsenal, des anecdotes assez piquantes sur des chirurgiens, plus ou moins connus, du XVIII^e siècle, anecdotes restées, autant qu'il nous semble, inédites.

La première, en somme un fait divers assez banal, se termine sur une appréciation quelque peu irrévérencieuse, quoique fort sensée, du rôle de la justice dans tous les temps et dans tous les pays.

La seconde historiette est consacrée à un homme que nous appellerions aujourd'hui une "victime du devoir". Le rédacteur de la note est un sceptique qui apprécie fort peu un tel dévouement et le souligne plutôt d'un sourire moqueur.

Les deux dernières anecdotes mettent en scène deux pères que n'eût pas désavoués le trop fameux Brutus. Ceux de notre temps se contentent de remettre leurs fils coupables entre les mains de la justice.

Le stratagème, imaginé par Desforges pour découvrir la vérité, est pratiqué aujourd'hui encore par des commerçants de détail qui suspectent leurs employés. Mais ce qui nous étonne c'est que le voleur de Desforges ait pu survivre cinq ans au supplice atroce qui lui avait été infligé. Evidemment, il n'avait pas été "rompu", comme l'étaient les grands criminels d'alors; car ces malheureux, exposés sur la roue, après que l'exécuteur leur avait brisé les membres avec une barre de fer, vivaient au plus quarante-huit heures. Nous avons, dans nos dossiers, des procès-verbaux d'exécution qui attestent le fait.

1. "Un maître chirurgien de Paris, nommé Pierre Chenard, sot et glorieux comme un barbier, et d'ailleurs méchant fripon et fort vicieux, tout marié qu'il était, a débouché une fille dévote, et, la voyant prête d'accoucher, il l'a tuée. Il s'était sauvé mais il a été trouvé, pris et mis en prison au Châtelet, où son procès lui a été fait. Il a été condamné d'être pendu et étranglé pour l'expiation de son crime, Appel à la cour où il n'a été condamné qu'aux galères perpétuelles.

"Les juges font leur métier en conscience, quand ils veulent, et d'autres fois, ils quittent la rigueur de loi pour gratifier qui il leur plaît et passer à une modération charitable.

2. "M. Bougnot, chirurgien de l'hôpital des Petites-Maisons, mourut de la vérole en Italie, où il était allé, par ordre de M. d'Angervilliers, ministre de la Guerre, avec M. Guerrin fils, pour traiter le mal vénérien dont une partie de l'armée était infectée.

"Lorsqu'il partit pour ce voyage, il avait au

front une exostose pour laquelle il avait déjà reçu trois frictions. Il jugea à propos de négliger le sage dicton qui se trouve dans la bouche de tout le monde Cura te ipsum et de faire passer les autres avant lui. Il en fut la dupe.

3. "En 1734, M. Bottentuit, maître chirurgien, avait deux fils, dont un allait toutes les nuits, en robe de chambre, voler à main armée, dans la rue où il demeurerait. Il fut suivi de loin par quelqu'un qu'il avait attaqué et qui, étant entré peu de temps après lui dans la maison où il le vit entrer, parla à son père, lui raconta qu'il venait d'être volé par quelqu'un qui était dans sa maison. Sur le récit qu'il lui fit de ce qui avait été pris et le portrait du voleur, M. Bottentuit père monta avec cette personne à la chambre de son fils et ayant trouvé les bijoux que lui avait déclarés la personne qui avait été volée, il prit un pistolet qui était sur la table de nuit et le tua.

4. "1710, Desforges, maître chirurgien, eut un fils qui volait à main armée au bout du Pont-Neuf. Sur l'avis qu'il en reçut d'un de ses amis, qui en avait été attaqué, et qui l'avait reconnu, il se munit d'argent auquel il fit une marque, puis passa sur le Pont-Neuf à l'heure qu'il savait que son fils faisait son expédition. Il fut arrêté et volé et s'en étant retourné chez lui, il monta à la chambre de son fils, lorsqu'il fut revenu et couché; et ayant trouvé l'argent qui lui avait été pris, il rompit les membres à son fils qui était dans son lit, de manière qu'il ne put en sortir. Il vécut cinq ans environ. Desforges demeurerait alors dans la rue de la Verrerie, vis-à-vis les Consuls."

(Jour. de Médecine de Paris.)

: o :

LA CURE A QUATRE PATTES.— L'ère des cures bizarres est loin d'être close. Après la cure d'air chaud, la cure de soleil, la cure des pieds nus, la cure du tonneau pour les obèses, la cure à la lumière violette, voici qu'un professeur (!) de Berlin préconise dans un journal médical allemand la cure à quatre pattes ! !

L'auteur de ce traitement nouveau prétend que l'habitude de marcher debout est aussi illogique que grotesque, et oblige les muscles abdominaux à des efforts auxquels leur nature ne les a pas destinés, d'où les inflammations et des dérangements variés. Il faut donc en revenir à la démarche primitive, celle dont les animaux nous offrent l'exemple. Et c'est ainsi qu'on peut voir en ce moment, dans un petit hospice bernois, sept personnes traitées pour diverses affections s'entraînant, quatre fois par jour et pendant vingt minutes chaque fois, à marcher à quatre pattes.

La grande difficulté consiste, paraît-il, à empêcher les patients de plier les genoux au bout de quelques minutes d'exercice. Une fois cette fatigue vaincue, il paraît que la cure à quatre pattes dévient souveraine contre la dyspepsie et l'appendicite.

: o :

FEUILLETON

NELLY BROWN

NOUVELLE INEDITE

par M. le Dr J. JEHIN-PRUME

(Suite.)

—Ma fille ici! s'écria Lady Clardy.

—Oui, milady, et votre fils aussi, cette fois vous ne serez plus séparé de vos chers enfants, car Lady Florence obtiendra maintenant un divorce, sans la moindre difficulté.

Le premier qui vint chez Lady Clardy fut le Major Bymme, il avait réuni dans son ambassade et possédait le précieux décret signé et paraphé par le magistrat. Lady Florence était donc sauvée, rendue à sa mère et pour le moment hors de danger.

Onze heures venait à peine de sonner, que Sir Patrick O'Brien se présentait à la maison de Warrington Crescent, Il s'était rendu au Club et n'apportait aucune nouvelle, vu que Dallshire n'y était pas allé. Ceci avait du reste son importance et laissait comprendre qu'en arrivant à Londres, il avait du directement se rendre chez lui.

—Et Florence qui n'arrive pas, pourvu que rien ne soit arrivé, dit Lady Clardy dont les yeux se mouillèrent de larmes.

Au même instant un coup de cloche retentit et peu après Florence, le petit Clarence et Lassy apparaissaient.

Ce ne fut qu'un cri.

—Ma mère!

—Ma fille!

Et les deux femmes tombèrent dans les bras l'une de l'autre.

—Comme tu as tardé de venir, dit Lady Clardy, nous t'attendions tous avec impatience et ne savions comment interpréter ce retard.

—Comment, vous m'attendiez, dit la jeune femme avec surprise, mais c'est justement parce que j'étais sans nouvelle que je me suis décidée à fuir avec mon enfant.

—Mais n'avez-vous pas vu Jimmy, ne vous a-t-il rien dit? demanda Sir Georges.

—Je n'ai vu personne, répondit Florence et personne n'a pu me parler.

—Et avez-vous connaissance que Lord Dallshire soit entré chez lui? questionna le Major Bymme.

—Oui, monsieur, au moment où nous partions nous avons entendu Lord Dallshire qui pénétrait dans ses appartements. Il fit mē-

me beaucoup de bruit, renversa quelques chaises et même nous entendîmes comme des coups de feu. C'est alors que folles de terreur nous nous précipitâmes au dehors.

—Des coups de feu! s'écria O'Brien.

Le jeune irlandais venait à peine de prononcer ces mots que Jimmy les cheveux défaits, le visage pâle ouvrait la porte de la chambre.

—Colonel j'ai à vous parler dit-il en attirant Sir Georges Brown, dans un coin de la pièce.

Alors il glissa quelques mots à l'oreille du Colonel qui aussitôt devint aussi pâle que son ordonnance. Puis s'approchant des deux femmes, Sir Georges leur dit.

—Soyez fortes, mesdames, la nouvelle que Jimmy vient de m'apporter est terrible, mais elle est la conséquence fatale des causes qui l'ont précédées. Lord Dallshire, s'est fait justice lui-même.

CONCLUSION.

L'été était radieux et toute la nature semblait en allégresse, Sous la vérenda de Garry Fen, une joyeuse compagnie était réunie prenant le thé, servi par Lady Brown. Ce n'était plus le Garry Fen d'autre-fois, le modeste cottage avait disparu pour faire place à un château imposant. C'était là qu'habitait le Général Lord Brown de Calgary et sa jeune épouse, veuve de Lord Dallshire. Le jeune Lord Dallshire vivait avec sa mère et partageait les caresses de l'excellente femme, avec sa petite sœur alors âgée de cinq ans.

Or ce jour là on était réuni pour célébrer l'anniversaire du mariage de Dick Brown et de Florence.

...

Tous étaient là, Lady Clardy, le Major Bymme, Sir O'Brien, le Dr. Smyth, tous même Paterson et Jimmy avec sa femme, car il est inutile de dire que le brave garçon avait réussi à gagner le cœur de Lassy.

Tout à coup une voiture s'arrêta devant la grille du château.

—C'est Monsieur Barnes! cria une fillette blonde comme les blés et jolie comme un chérubin.

L'enfant se précipita vers le vieillard et l'embrassa longuement.

—Bonjour ma petite Nelly, dit le vieillard en pressant la mignonne sur sa poitrine, bonjour ma petite Nelly Brown. Puis se tournant vers les autres:

—Vous voyez bien que rien des œuvres du Créateur ne se perd. Nelly Brown, la pauvre et chère victime n'est pas morte, puisqu'elle revit dans cette ange.

FIN.

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 27 AVRIL, 1904.

No. 44.

Travaux Originaux

PARMI LES TOMBES (1)

Par M. le Dr. Coyteux-Prévost,

Médecin de l'hôpital Saint-Luc, Ottawa.

(Suite et fin.)

Un chirurgien de Syracuse est un jour appelé pour voir en consultation une femme qui, quatre mois auparavant, avait subi, dans un grand hôpital de New-York, l'ablation de l'utérus et des annexes par la voie abdominale. La convalescence avait suivi son cours naturel et la malade était retournée chez elle, n'emportant comme souvenir de son opération qu'une fistulette apparemment insignifiante, située sur la ligne médiane. Pendant plusieurs mois, tout se passa sans le moindre nuage, mais vers la fin de juillet, quatre mois après l'opération, elle éprouva des malaises, de la céphalalgie, quelques petits frissons et un peu d'élévation de la température le soir. Ces symptômes s'aggravèrent graduellement et furent bientôt accompagnés de douleurs abdominales paroxystiques, localisées principalement dans la fosse iliaque droite où on pût constater la présence d'une tumeur molle, sensible et de la grosseur d'un poing. Alarmés de ces phénomènes étranges dont il était difficile de fixer la nature, les médecins ordinaires de la malade télégraphièrent à New-York, pour avoir l'avis du chirurgien qui avait pratiqué l'opération; mais ce dernier était en vacances en Europe. On attendit donc; on prescrivit des applications locales d'iode, agrémentées de préparations toniques de tous genres. "Mirabile dictu!" les symptômes disparurent peu à peu et finalement,

vers la fin d'août, tout rentra dans l'ordre, à l'exception de la petite fistule qui s'obstinait à demeurer béante.

Trois semaines plus tard, de nouveaux accidents firent leur apparition: vomissements incoercibles, nausées continuelles, constipation opiniâtre, douleurs abdominales situées maintenant dans la région iliaque gauche, en un mot, tous les signes d'une occlusion intestinale. La tumeur du côté droit avait disparu; mais il en existait une autre, offrant à peu près les mêmes caractères que la première, et occupant toute la partie inférieure gauche de l'abdomen. On décida de pratiquer le lendemain une laparotomie d'urgence; mais, pendant la nuit, la malade passa par le rectum... une large compresse, repliée plusieurs fois sur elle-même, et couverte de matières fécales. Cette compresse avait séjourné six mois dans l'abdomen et donné lieu à la série de phénomènes que j'ai énumérés; finalement, après s'être frayé par effraction un chemin dans l'intestin, elle avait été rejetée au dehors par les seuls efforts intelligents de dame nature, aidée de la Providence qui, évidemment, veillait avec la plus tendre sollicitude sur les destinées de cette malade privilégiée.

Martens, de Dusseldorf, rapporte le cas d'une jeune femme de 28 ans qui, peu de temps après avoir été laparotomisée pour lésions suppurées des annexes, présenta des symptômes de sténose intestinale, accompagnés de coliques violentes dans la région de l'ombilic. L'examen fit découvrir à ce niveau une tumeur cylindrique, dirigée transversalement et qui se laissait mobiliser dans tous les sens avec la plus grande facilité.

Une nouvelle laparotomie, pratiquée cinq mois après la première, permit de constater que la tumeur était constituée par un segment d'intestin grêle fortement distendu, de consistance pâteuse. En amont de la tumeur, l'intestin paraissait absolument normal; mais au-dessous, les anses se perdaient au milieu d'une masse d'adhérences situées dans la

(1) Lu devant la Société Médicale de Montréal, le 22 mars 1904.

fosse iliaque droite. Comme Merttens cherchait à détruire ces adhérences, il se fit une déchirure transversale et presque totale de l'intestin au niveau de la limite supérieure de la tumeur. On s'aperçut, alors, que celle-ci était constituée par une grande compresse de gaze, fortement tassée dans la lumière de l'intestin et imbibée de matières fécales. Extraction de la compresse; résection de toute la portion d'intestin en voie de gangrène; entéro-anastomose terminale circulaire. Guérison complète au bout d'un mois. La compresse, oubliée dans le ventre de la malade au cours de la première opération, avait dû d'abord donner lieu à un abcès péritonéal enkysté; celui-ci s'était ensuite ouvert dans une anse d'intestin dans laquelle, grâce aux mouvements péristaltiques, la compresse s'était peu à peu engagée tout entière. Puis la communication entre l'abcès péritonéal et l'intestin s'étant refermée, la compresse s'était trouvée uniquement et totalement incluse dans la cavité intestinale, occasionnant les symptômes d'obstruction qui avaient nécessité la deuxième intervention.

Chaput, dans une communication faite en 1900 à la séance du 12 décembre de la Société de Chirurgie, rapporte l'observation de la femme d'un confrère, atteinte d'une fistule pyostercorale. Cette malade avait déjà subi trois laparotomies; deux pour grossesse extra-utérine et une troisième pour hernie ventrale.

C'est à la suite de cette dernière intervention qui datait de sept ans, que s'était produite la fistule pyo-stercorale pour laquelle Chaput pratiqua une quatrième laparotomie. L'ouverture de l'abdomen lui fit découvrir une volumineuse tumeur, constituée par une anse intestinale qui paraissait au premier abord être le siège d'un néoplasme. Une incision longitudinale lui permit d'extraire une compresse de vingt pouces carrés. Après avoir suturé la plaie intestinale et fermé également l'orifice fistuleux, il termina l'opération en drainant la cavité abdominale. La malade guérit très simplement.

Enfin, en 1902, Pilate et Michaux rapportèrent deux cas analogues. Dans l'un, la compresse s'élimina par l'anus et dans le second cas, Michaux dut réséquer l'intestin à cause des altérations produites par le corps étranger.

Ces cas, Messieurs, constituent une confirmation clinique de l'exactitude des expé-

riences intéressantes qui ont permis à M. Jaguier et à M. Mauclair d'étudier la migration dans l'intestin de compresses abandonnées dans le péritoine chez certains animaux,

V. — Maintenant, Messieurs, si vous le voulez bien, prenons cette allée à droite, et inclinons-nous en passant, sur la tombe de ces deux pauvres vieilles, mortes à la suite d'opération pour hernie ventrale. Toutes les deux ont succombé à des accidents analogues fistules au niveau de l'intestin grêle.

Chez la première, affligée depuis huit ans d'une énorme hernie survenue après une laparotomie, je trouvai les anses intestinales adhérentes et extrêmement fragiles. Malgré la prudence que j'apportai à détacher ces adhérences, l'intestin se déchira en plusieurs endroits. J'appliquai des sutures partout, mais, quelques jours après l'opération, des trajets fistuleux s'établirent, les matières contenues dans le petit intestin s'écoulèrent continuellement et la malade mourut d'épuisement.

Chez la seconde malade, l'opération n'avait pas été laborieuse; aussi, je me demande encore quelle a bien pu être la cause de la fistule intestinale, laquelle fut suivie du même désastreux résultat.

VI. — Mais, que signifient cette multitude de croix! ces rangées de cercueils et de pierres tombales? Sommes-nous donc dans les catacombes ou dans une nécropole égyptienne, ou plutôt, transportés déjà dans la vallée de Josaphat où l'on nous promet que le Souverain Juge viendra, au son de la trompette, démasquer enfin les hypocrisies humaines? Non; c'est le caveau où dorment de leur dernier sommeil les malheureux qui, atteints d'appendicite ou d'obstruction intestinale, ont passé, malgré ou à cause de l'intervention, de la table d'opération au tombeau. Treize obstructions intestinales; dix appendicites; vingt-trois victimes! Je m'étais bien promis de ne pas divulguer mes statistiques mortuaires, mais je me risque, en me recommandant à votre clémence.

Sur 1000 opérations chirurgicales, j'ai eu 59 morts; disons 60 en chiffres ronds; du reste, rien ne m'assure que quelques blessés ne sont pas allés mourir ailleurs à mon insu.

Or, sur ces 60 morts, 13 ont succombé à la suite d'occlusion intestinale, c'est-à-dire,

près de 22 pour cent!... Et si je mettais maintenant en regard de ce pourcentage, le chiffre total de ceux que j'ai opérés pour cette redoutable maladie, le petit nombre de ceux qui restent vous ferait frémir!

Aussi, je considère l'obstruction intestinale aiguë comme le plus formidable accident que le chirurgien puisse rencontrer sur son chemin et les résultats de l'intervention par le bistouri dans le cas de ce genre constituent entre les mains de tous un véritable opprobre pour la chirurgie. Pourquoi?... Parce que, quelle que soit la cause qui produise l'obstruction, l'opération est toujours pratiquée trop tard. Il est vraiment étonnant de constater parfois l'étendue et la gravité des dégâts que nous rencontrons déjà à l'ouverture de l'abdomen, malgré la bénignité relative des symptômes subjectifs par le malade, et il m'est arrivé plusieurs fois de trouver l'intestin perforé et une quantité considérable de matières fécales épanchées dans la cavité abdominale, chez des opérés qui paraissaient, avant l'opération, dans des conditions générales comparativement satisfaisantes.

Aussi, s'il m'était permis de vous donner un avis, je vous dirais: dans toute obstruction intestinale aiguë, ne vous attardez jamais dans l'espérance illusoire d'une débâcle spontanée ou dans la recherche d'un diagnostic étiologique que vous ferez bien plus sûrement quand vous aurez les lésions sous les yeux; mais ouvrez de suite l'abdomen; quatre jours, trois jours après le début des accidents, rengainez votre couteau ou bien attendez-vous à un échec.

Ici, nous sommes en pays de connaissance; c'est la partie du caveau réservée à ceux qui sont morts à la suite d'appendectomie. Il y en a dix. C'est beaucoup peut-être, mais relativement peu, si l'on prend en considération le nombre considérable d'appendicites que j'ai opérées.

Voyons un peu dans quelles circonstances ces malades sont morts:

No. 1. — Jeune fille de 16 ans, opérée à la campagne au 7ème jour de la maladie. Profonde intoxication. Température; 104. Abscès peri-appendiculaire. Appendice enlevé. Drainage à la gaze iodoformée. Morte deux jours après l'opération.

No. 2. — Petite fille de 9 ans. Début fulgurant. Opérée le deuxième jour. Péritonite purulente diffuse; du pus partout. Résection

de l'appendice gangrené. Drainage. Morte au bout de quatre jours.

No. 3. — Jeune homme de 15 ans. Je le vis en consultation au quatrième jour de la maladie et conseillai fortement l'opération qui fut refusée. Après quelques jours d'accalmie, les symptômes reprirent leur intensité et je fus appelé pour opérer. La maladie avait atteint le septième jour; je trouvai le malade en pleine péritonite. Appendectomie. L'abdomen était rempli de pus que je vis s'écouler à travers toutes les anses intestinales. Mort dans les vingt-quatre heures.

No. 4. — Homme de 24 ans, amené à l'hôpital deux jours après le début d'une appendicite qui avait pris de suite les allures d'une péritonite généralisée. L'abdomen était énormément distendu. Je trouvai une perforation du caecum, tout près de la valvule de Gerlach. Les anses intestinales étaient agglutinées par de la lymphe, mais pas de collection purulente. Je fermai la perforation par une suture sero-séreuse, et crus ne pas devoir aller à la recherche de l'appendice. J'introduisis des bandes de gaze iodoformée. Le malade mourut au bout de quelques heures.

No. 5. — Homme de 37 ans. Refuse l'opération dans les premiers jours. La réclame le quatorzième jour. Abscès occupant toute la fosse iliaque. Évacuation du pus, drainage. Appendice laissé en place. Va de mal en pis et meurt au bout de plusieurs jours, de pyémie.

No. 6. — Homme âgé de 40 ans. Même histoire. Refuse l'opération au début. Opéré le dixième jour. Appendice gangrené. Abdomen rempli de pus. Meurt douze jours après l'opération, de pyémie accompagnée de la courbe thermométrique intermittente caractéristique.

No. 7. — Homme de 37 ans. Début brusque par une vive douleur dans la fosse iliaque. Un médecin consulté crut à une simple indigestion et prescrivit un purgatif. Les symptômes s'aggravèrent et il entra à l'hôpital, où il fut opéré le quatrième jour. Appendice gangrené et perforé. Pas de pus. Résection de l'appendice; drainage. Mort, trois jours après, de péritonite septique.

No. 8. — Dentiste âgé de 29 ans. Entre à l'hôpital quatre jours après le début de sa maladie. Appendectomie. Appendice gangrené. Collection purulente dans le bassin. Drainage. Mort le troisième jour, de septicémie.

No. 9. — Homme de 40 ans. Entre à l'hôpital et est opéré le troisième jour. Appendice gangrené. Pas de pus. Résection de l'appendice et fermeture de l'abdomen sans drainage. Tout va bien pendant quelques jours, mais bientôt, la marche de la température quelque part. Je désunisa la plaie, et l'examen de la cavité abdominale demeure entièrement négatif. Les symptômes s'aggravent. Tous les soirs, la température s'élève à 105, précédée d'un frisson intense. Seize mille leucocytes à l'examen hématologique. Mort le vingt-unième jour. A l'autopsie, nous ne trouvâmes rien de remarquable dans la fosse iliaque, la région pericœcale apparut à l'état normal. Après bien des recherches, on découvrit un large abcès métastatique entre les feuillets du mésentère de l'intestin grêle, à la partie supérieure de la cavité abdominale. La poche contenait une large quantité de pus verdâtre et fétide et paraissait close de toute part, n'offrant aucune communication avec la région de l'appendice.

No. 10. — J'ai gardé pour la dernière, mes amis, l'histoire de cette petite tombe d'enfant, toute humide encore des larmes de la pauvre mère. Je l'aimais moi-même tendrement ce charmant petit homme de 12 ans. Aussi, ce fut avec une véritable angoisse, qu'appelé un jour pour lui donner mes soins, je constatai qu'il était atteint d'appendicite aiguë.

Je m'enpresse de vous déclarer, Messieurs, que je me suis rangé, depuis longtemps, au nombre des chirurgiens qui sont intimement convaincus que l'appendicite doit être considérée comme une affection essentiellement du ressort de la chirurgie et que, par conséquent, dans presque tous les cas, on doit avoir recours à l'opération, pourvu que l'on soit appelé dès les premiers jours de la maladie. Je sais bien qu'un grand nombre d'appendicites peuvent se terminer spontanément par la guérison et avec le seul secours d'un traitement médical, mais, à quels signes reconnaître au début les cas qui devront suivre cette marche favorable? Les cas qui devront demeurer bénins et ceux qui doivent aboutir à une péritonite mortelle débutent souvent avec les mêmes allures. Si vous vous retranchez derrière une expectoration armée et que vous attendiez témérairement la lutte, je vous plains: l'avenir vous ménagera de bien douloureuses surpri-

ses! Cherchez plutôt votre salut dans la fuite, enlevez sans tarder pendant qu'il en est temps le corps du délit, refusez le combat; c'est plus lâche peut-être mais plus sûr, croyez-moi.

Cependant, ce simple mot "d'opération" retentit toujours d'une manière formidable aux oreilles du malade et de son entourage, et le chirurgien est toujours inondé de torrents de remerciements et de reconnaissance, quand il déclare que l'opération n'est pas nécessaire.

Je connaissais à ce sujet, les sentiments de terreur qui animaient mon petit malade ainsi que ses parents; la maladie, d'ailleurs, s'annonçait avec des symptômes mitigés: peu de fièvre, douleurs modérées, état général satisfaisant. Bref, je résolus de risquer l'expectoration; pour une fois, je n'aurais sûrement pas lieu de m'en repentir.

Pendant toute une semaine, les choses allèrent à merveille et je me félicitais d'avoir pu me rendre si agréable à toute la famille, quand, le soir du huitième jour, j'appris par le téléphone que la température marquait 103; que le petit malade vomissait et était en proie à la plus grande détresse. J'accourus et me trouvai en présence de tous les symptômes d'une péritonite généralisée! Le malade fut transporté à l'hôpital et l'opération pratiquée le plus tôt possible. Toute la cavité abdominale était remplie de pus fétide. L'appendice, ni gangrené, ni perforé, était adhérent du côté du bassin. Résection et drainage. Mort au bout de quelques heures.

Cette amère leçon, mes amis, ne sortira jamais de ma mémoire. Que les interventionnistes et les non-interventionnistes continuent s'ils le veulent, à chercher la solution de leur éternel problème; qu'ils amassent, de part et d'autres, les arguments les plus ingénieux à l'appui de leur opinion respective, quant à moi, je ne fais plus partie de la lutte et, toutes les fois que je rencontrerai une appendicite n'ayant pas encore franchi la fin du troisième jour, je proposerai l'opération, quelle que soit la fermeté de mon diagnostic, car, même si ce dernier est encore hésitant, j'aurai, en opérant, tout à gagner et rien à perdre.

—Maintenant, Messieurs, quelle influence a pu avoir l'opération sur la mortalité des cas que je viens de relater?

C'est difficile à dire. Cependant, vous me permettrez bien de croire que ces malades ont

simplement continué à mourir, malgré l'opération qu'ils ont subie et, si on avait permis à la maladie de suivre son cours, le résultat final eût été le même. Et combien de ces malades seraient peut-être encore vivants si, au lieu de recourir à l'intervention chirurgicale alors que l'organisme était saturé de produits septiques, l'appendice avait été enlevé dès l'apparition des premiers symptômes!

D'où viennent, je vous le demande, tous ces cas d'appendicite? Cette maladie est-elle simplement ce qu'on appelait jadis: pérityphlite, inflammation d'intestin, péritonite? Je ne le crois pas. Le nombre en est vraiment prodigieux et semble s'accroître de jour en jour.

Puisque nous ne sommes pas responsables des fléaux qui affligent l'humanité, je me risque à exprimer l'espérance que cette maladie n'est pas de sitôt destinée à disparaître. Elle suffit presque à elle seule à faire vivre le médecin! Puis, guidés par l'expérience, nous pourrions peut-être bientôt nous flatter d'avoir réduit à néant, dans le traitement chirurgical de l'appendicite, la mortalité de nos statistiques opératoires. Ce sera, alors, l'âge d'or de la chirurgie abdominale! Malheureusement, tous les médecins, autorisés ou non et protégés par l'antisepsie, sinon par leurs connaissances chirurgicales, voudront y aller de leur petit coup de couteau et nous, pauvres gynécologues spécialistes, victimes de l'application injuste d'une sorte de doctrine de Munro et chassés d'une partie d'un territoire que nous réclamons par droit de conquête, nous nous verrons relégués dans nos derniers retranchements, n'ayant pour toute consolation que notre expérience méconnue. Heureusement qu'il restera toujours, pour apaiser notre soif, quelques femmes fatiguées de leurs ovaires ou soupirant après la restitution des dimensions virginales de leurs organes relâchés.

Mes chers amis, je termine ici cette excursion macabre dans laquelle vous avez eu l'obligeance de m'accompagner. C'est avec un sentiment de véritable soulagement que je quitte ce séjour endeuillé où sont ensevelies, avec mes pauvres morts, les impressions douloureuses que j'éprouvais, les angoisses qui tourmentaient mon âme quand, face à face avec moi-même après la perte d'un opéré, je me sentais entraîné à me poser le problème de

ma responsabilité directe dans la catastrophe.

Dans l'espoir de vous intéresser, je vous ai fait une confession sincère de mes échecs et, ne cherchant en aucune façon à me soustraire au châtement que mérite ma culpabilité, sans proférer le moindre murmure ni même invoquer le bénéfice des circonstances atténuantes, je me condamne moi-même... à être lapidé.

Cependant, contrit, humilié, l'instinct de la conservation et l'espérance d'échapper peut-être au sort qui me menace, m'invitent à chercher le salut dans cette humble prière:

Que le chirurgien qui ne porte pas lui-même un petit cimetière dans un coin de sa mémoire, me jette la première pierre!

—:o:—

Revue des journaux

MEDECINE

LES NEPHRITES BRIGHTIQUES.

Dans un récent travail publié in Revue de Médecine, M. le Dr. L. Bernard a longuement étudié les néphrites brightiques et la perméabilité rénale dans les néphrites. Nous retiendrons ses principales conclusions qui sont fort intéressantes.

"Dans les néphrites brightiques, dit-il, la perméabilité rénale n'offre pas une adulation univoque; les néphrites chroniques à grands œdèmes et albuminurie abondante, dites néphrites épithéliales chroniques, sont à reins perméables, au moins dans les formes qui aboutissent à la mort assez rapidement; dans les autres, les reins sont moins perméables dans la seconde période de leur évolution.

"Les néphrites chroniques dites interstitielles offrent un fonctionnement rénal différent, caractérisé par une imperméabilité constante et précoce, qui est longtemps compensé par la polyurie, et qui finit, en l'absence de celle-ci, par l'insuffisance rénale. Il résulte de ces deux modalités opposées de la perméabilité rénale deux états dyscrasiques opposés, que révèle la cryoscopie du sang, une méiocrasie dans le premier cas, une pléiocrasie dans le second.

La perméabilité rénale des néphrites aiguës varie selon la gravité de la maladie: normale dans les cas légers, elle est d'autant plus diminuée que le cas est plus grave.

La notion de néphrites à reins perméables, introduite en médecine par l'étude de la perméabilité

expérimentale (bleu de méthylène), est confirmée par celle de la perméabilité vraie. Déjà, l'analyse chimique, la densimétrie et la toxicité nous avaient paru la fortifier; elle est encore consolidée par la cryoscopie.

Cette notion est intéressante au point de vue théorique; elle entraîne, en effet: une recherche systématique de la perméabilité rénale dans les diverses néphropathies non brightiques (urinaires; cardiaques, etc.); — la revision des théories pathogéniques de l'urémie; — la possibilité de groupements de symptômes d'origine rénale suivant le trouble fonctionnel qui les engendre.

Cette notion est intéressante aussi au point de vue pratique, car elle modifie quelque peu les éléments du diagnostic et du pronostic des néphropathies en particulier des néphrites brightiques.

En particulier, l'application de ces méthodes aux malades appelés en clinique cardio-rénaux, nous a permis de dissocier ce type morbide en ses deux éléments constituants: il répond à une phase évolutive soit de cardiaques, soit de néphritiques, reconnaissables toujours à la perméabilité rénale propre à ces deux catégories de malades.

(Le Concours Médical.)

————— : o : —————

PERICARDITE DES BRIGHTIQUES.

Par M. le Dr. Boinet.

Le point important à retenir, au point de vue pratique, est que l'apparition d'une péricardite chez un brightique, surtout s'il est arrivé à une période avancée, est de fâcheux augure. Assez souvent cette complication entraîne une mort rapide.

Cliniquement, il est difficile de distinguer parmi ces péricardites terminales celles qui sont d'origine microbienne (pneumococcique, streptococcique ou autres), de celles qui doivent être rattachées directement au mal de Bright.

Assez fréquemment ces lésions ultimes du péricarde tiennent à une complication liée à une infection accidentelle, comme la pneumonie, la pleurésie. C'est ainsi qu'il s'agissait de péricardite à pneumocoques dans les cas observés par Ménétrier et Bosc chez des brightiques.

Par contre dans les trois faits de Banti et dans celui de Merklen, les recherches bactériologiques sont restées négatives.

Il existe donc une péricardite, dite brightique, qui coïncide assez souvent avec l'urémie terminale. Aussi, Keraval a-t-il proposé de la désigner sous le nom de péricardite urémique.

Sa pathogénie est encore obscure. Bright considérait cette péricardite comme une conséquence directe de la dyscrasie sanguine, due à la dégénérescence rénale.

Cette péricardite ultime des brightiques est donc d'origine toxémique, "bien qu'il soit possible, dit Merklen, de préciser la nature des poisons ou des toxiques phlogogènes. D'ailleurs, ajoute-t-il, les documents ne sont pas assez nombreux."

C'est cette considération qui nous a engagé à publier le résumé de ces 17 cas de péricardite observés surtout chez des brightiques chroniques atteints de néphrite atrophique avec symptômes urémiques. (Marseille méd.)

————— : o : —————

Thérapeutique et Mat. Médicale

TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE CHRONIQUE,

Par M. le Dr. Degny.

Pendant dix jours à trois semaines tous les soirs, le pansement suivant vers huit heures. Introduire une sonde jusqu'au delà du sphincter et, en retirant la sonde, pousser lentement une instillation de 4 cent. cubes de la solution suivante:

Protargol... .. 1 gr. à 1 gr. 50

Huile de vaseline... .. 15 grammes.

Lanolin... .. "

Retirer la sonde sans laisser sortir le liquide et fermer le méat avec une très petite boulette de coton qu'on introduit dans le méat.

La boulette est chassée par l'urine le lendemain matin.

Au bout des huit premiers jours, remplacer le protargol par le dermatol dans la formule précédente.

(Ann. de Thér.)

————— : o : —————

PEDIATRIE

TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE ET CHIRURGICAL DE LA PARALYSIE INFANTILE.

Par M. le Prof. Kirmisson.

La thérapeutique de la paralysie infantile ressort, pour une très large part, de la chirurgie. Certe dernière, sans doute, ne saurait avoir aucune espèce de prétention lorsqu'il s'agit d'attaquer la lésion médullaire elle-même, la polyomyélite antérieure, mais, sur ce chapitre, il faut le reconnaître, la pharmacologie n'est guère plus avancée. Il n'existe aucun médicament, ayant une valeur quelconque pouvant être opposé utilement aux altérations morbides de la moelle, causes de la paralysie infantile.

Le traitement dirigé contre l'atrophie et l'impotence musculaires constitue déjà un premier pas vers l'intervention chirurgicale. Pour stimuler la contractilité affaiblie des muscles, on met en œuvre en effet, à côté de moyens purement médicaux, frictions excitantes, bains salés, bains sulfureux, bains chauds, des procédés qui touchent de près à la pe-

tite chirurgie: les massages et surtout l'électrisation.

L'électrisation dans la cure de la paralysie infantile, peut être employée sous deux formes. Au début, on se servira de courants galvaniques, descendants de préférence, le pôle positif étant placé — je suppose une paraplégie — à la région lombaire et le négatif étant promené de haut en bas sur les différents segments paralysés, cuisses, mollets, etc. Les séances dureront, par exemple, 10, 15 ou 20 minutes, et seront répétées 3 fois par semaine. Plus tard, lorsque les muscles atteints commencent à retrouver un peu d'activité, il deviendra indiqué de s'adresser aux courants faradiques de faible fréquence. La galvanisation agit principalement sur la nutrition musculaire et la faradisation sur la motilité qu'elle stimule, constituant ainsi un véritable traitement orthopédique du muscle auquel elle fait exécuter une série de mouvements. Il faut bien se pénétrer, dans la pratique, de ces divers modes d'action, pour ne pas tomber dans des excès dangereux. N'oubliez pas que l'emploi prématuré et intempestif des courants faradiques épuise le muscle fatigué: la faradisation musculaire est un exercice qui, comme tous les exercices, a besoin d'être dosé si l'on veut pas aboutir au surmenage.

Ceci établi, arrivons maintenant à la cure chirurgicale proprement dite elle commence avec le traitement degré de la difformité, et se présente sous deux aspects divers suivant qu'elle est préventive ou curative.

Traitement Préventif des Difformités.

Vous avez à soigner un enfant atteint de paralysie infantile et, en l'observant attentivement vous remarquez chez lui une tendance de plus en plus marquée à la production d'une déformation. Le petit malade, par exemple, tourne son pied dans le sens du varus ou du valgus, ou bien, dans la station debout, il a tendance à déformer son genou, qui se place en genu valgum ou recurvatum. La déviation du membre est évidente et s'accuse progressivement: qu'allez-vous faire? Vous devez vous adresser aux appareils orthopédiques. Vous choisirez ces derniers aussi légers que possible, car il ne faut pas imposer à un membre déjà faible, à des muscles dont la contractilité est amoindrie, de porter, avec le poids du corps, des appareils de 1000 et 1500 grammes. Vous prendrez bien garde, également, que ces tuteurs ne viennent pas contusionner les points sur lesquels ils s'appuient; je vous rappelle que l'un des inconvénients de la paralysie infantile est de créer des troubles trophiques qui se traduisent par du refroidissement local et des ulcérations tenaces.

Vous m'entendez dire fréquemment que, en matière de chirurgie orthopédique, les appareils sont un mal nécessaire. Ce sont, certes, dans nombre de circonstances, des agents très utiles; il convient toutefois de les employer judicieusement lorsqu'ils sont indiqués et il est bon de savoir s'en passer lorsqu'ils ne sont pas indispensables.

Prenez un enfant frappé de paralysie infantile; ses muscles sont affaiblis mais ses membres ont néanmoins conservé leur direction normale. Ce petit malade se tient debout et marche plus péniblement peut-être qu'un enfant sain, mais sans qu'il y ait déviation de la rectitude du membre. En pareille circonstance ne vous adressez pas aux appareils,

Voici un autre jeune patient chez lequel, au contraire, une déformation commence à se produire et à s'accroître. Vous allez, ici, avec un appareil approprié, prévenir le développement du mal. Si la difformité siège au pied, vous vous contenterez d'une chaussure orthopédique. Vous savez sur quel principe je base leur construction. Nous nous proposons d'imprimer au pied, grâce à elle, une déviation de sens inverse à celle que produit la maladie. Lorsqu'il y a, par exemple, tendance au varus, je préconise une semelle convexe à la partie externe, relevant le bord externe du pied; c'est naturellement l'opposé lorsqu'il y a tendance au valgus. La semelle sera faite sans talon ou avec talon surelevé, selon que l'équinisme ou le talus domine.

Ces bottines dont les semelles sont ainsi disposées pourront être renforcées par des contreforts ou des tiges métalliques. N'oubliez pas, chaque fois que vous aurez recours à de semblables chaussures chez les jeunes enfants, d'enrouler autour du cou-de-pied une bande de crêpe souple, de façon à éviter la pression trop directe des contre-forts sur les malléoles.

Si les altérations remontent plus haut, s'il y a difformité du genou, de telles bottines ne sont plus suffisantes. Il est indispensable, alors, d'avoir recours aux appareils à tuteurs latéraux, remontant au-dessus de l'articulation atteinte, que l'on aidera ou non d'une bande de rappel à la partie interne, comme pour le genu valgum des adolescents.

Si, enfin, la hanche est intéressée, les appareils orthopédiques devront arriver jusqu'à elle et comprendre une ceinture embrassant le bassin.

Un point extrêmement important dans la construction des appareils est la connaissance de l'état du triceps fémoral. La paralysie de ce muscle, en effet, empêche d'utiliser tout appareil portant une articulation au niveau du genou. Je vous ai dit, dans une précédente leçon, à quels signes on diagnostiquait l'impotence du triceps (impossibilité de détacher le talon du plan du lit, marche avec la main fixée sur la partie antérieure de la cuisse). La constatation de ces deux symptômes vous obligera à appliquer l'appareil tout le long du membre qui sera ainsi transformé en un levier rigide. Parfois, le triceps est seulement affaibli; vous pourrez faire, dans ce cas, une articulation à mouvements limités, avec, au besoin, une genouillère de tissu élastique placée au-devant du genou, pour aider le muscle atrophié.

Lorsque les difformités sont, non plus en voie de formation, mais constituées, les appareils demeurent encore utilisables, à la condition expresse, toutefois, que les déformations puissent être réduites par la seule pression des mains. Si, au contraire, la déviation est permanente et irréductible, du fait de la contracture des muscles antagonistes,

il faut, avant toute application d'appareil, lever l'obstacle par une intervention chirurgicale.

La question de la ténotomie se pose à ce moment. Pour le genou et pour la hanche je suis partisan de la ténotomie à ciel ouvert. Le nerf sciatique poplité externe offre des rapports tellement intimes avec les tendons du jarret qu'il est souvent difficile de ne pas le blesser dans les opérations sous-cutanées: les meilleurs opérateurs l'ont sectionné malgré eux et cette circonstance est pleinement suffisante pour adopter la ténotomie à ciel ouvert, au creux poplité. Il en est de même à la hanche lorsqu'il s'agit de couper le tenseur du fascia lata ou le couturier dont le voisinage est immédiat avec certains vaisseaux importants. Je n'entre pas plus à fond dans cette discussion que je résume par le conseil suivant: quand il s'agit de la hanche et du creux poplité, faites la ténotomie à ciel ouvert pour éviter les voisinages dangereux.

L'importance de la ténotomie en matière de traitement des difformités de la paralysie infantile, est considérable. Vous verrez des malades véritablement transformés par l'opération. Ils étaient auparavant de réels culs-de-jatte ou bien ils marchaient péniblement avec deux béquilles. Une fois les ténotomies nécessaires effectuées, les membres reprennent leur direction normale et les patients peuvent marcher avec un modeste appareil ou une simple canne. La marche, effectivement, demande peu de vigueur musculaire. Selon la théorie des frères Weber, vous le savez, le membre inférieur oscille comme un balancier de pendule et il faut, pour l'actionner et permettre la marche, une force faible: l'intégrité, même relative du muscle psoas-iliaque, est très suffisante. Les résultats obtenus, eu égard à la gravité des tels cas, sont remarquables et la condition sociale des malades, surtout s'il s'agit de jeunes filles, se trouve entièrement transformée.

Pour le pied, je suis partisan de la ténotomie à ciel ferme, sous-cutanée. Ici, en ayant soin de pénétrer du côté interne, où siègent l'artère et le nerf tibial postérieurs, il n'y a aucun danger.

Le rôle de la ténotomie a été très diversement apprécié.

Vous rencontrerez des chirurgiens qui disent: la ténotomie est une mauvaise opération; en sectionnant un tendon rétracté, vous substituez à un pied-bot, qui était fixe, un pied-ballant beaucoup plus pénible. Vous trouverez d'autres auteurs qui, par excès opposé, coupent à tort et à travers tous les tendons rétractés.

La vérité, comme presque toujours d'ailleurs, a sa place entre les deux opinions. La ténotomie, dans la cure des déformations de la paralysie infantile, constitue une excellente intervention qui, dans nombre de circonstances, procure des résultats absolument remarquables. Mais, il est nécessaire d'ajouter qu'elle a ses indications. Avant de la pratiquer, il faut tenir compte et s'enquérir soigneusement de l'état des muscles antagonistes. Ceux-ci, pour justifier la ténotomie, doivent avoir conservé leur intégrité presque complète. Si vous avez affaire, par exemple, à un pied-bot équin, avant de couper le tendon d'Achille, explorez le jambier,

l'extenseur commun et l'extenseur propre du gros orteil. Lorsque l'enfant est assez intelligent, vous pouvez lui demander d'exécuter certains mouvements que vous contrôlerez par une épreuve faradique. Les muscles antagonistes sont-ils à peu près normaux, vous êtes en mesure de dire: voilà une ténotomie dont les résultats seront bons. Au cas opposé, cette opération devient une mauvaise affaire: ou bien le tendon coupé se cicatrise, se reforme et alors vous êtes intervenu pour rien, ou bien il ne se cicatrise pas et vous avez, en définitive, un pied ballant.

Avant de conclure, toutefois, que les muscles antagonistes ont perdu leur contractilité, tenez compte de ce fait qu'ils sont singulièrement gênés par les rétractions. Celles-ci les arrêtent et vous ne sauriez vous attendre à les voir répondre à l'excitation électrique comme à l'état normal. Débarassez-les des liens qui les enserrant et ils reprendront immédiatement leurs fonctions.

Du reste, la ténotomie peut et doit, suivant les circonstances, se pratiquer de différentes façons. Le raccourcissement est-il léger, la section transversale du tendon suffit. Est-il considérable et craignez-vous, dès lors, un défaut de soudure des deux bouts, faites une section oblique de telle sorte qu'après écartement des deux fragments, il y ait contact par les pointes, les adhérences étant encore ainsi assez solides. Un autre procédé, également bon, consiste à dédoubler le tendon d'Achille: vous coupez en haut le bout inférieur, en bas le bout supérieur, vous les affrontez et vous gagnez, de cette manière, toute la hauteur du dédoublement.

Je n'insiste pas et je me résume en disant: la ténotomie est, dans la cure des difformités de la paralysie infantile, une excellente opération, à condition d'en suivre rigoureusement les indications dont la principale est l'intégrité tout au moins relative des muscles antagonistes.

On est allé plus loin. Depuis une dizaine d'années on parle beaucoup de plastique tendineuse, terme général qui comprend deux ordres d'interventions. Dans les premières, on se contente de raccourcir les tendons des muscles atteints. Voici, par exemple, un muscle frappé de paralysie, son tendon s'est laissé allonger et, à la faveur de cette élongation, une déformation se produit; s'il s'agit du tendon d'Achille, je suppose, le talon s'abaisse et vous avez un pied bot talus. Eh bien, le raccourcissement chirurgical du tendon a semblé pouvoir remédier au mal: en réalité, cette opération (assez satisfaisante dans d'autres affections comme la paralysie radiale invétérée, l'hémiplégie infantile) n'a pas été couronnée de succès en matière de paralysie infantile.

Dans la majorité des cas, on a eu recours au deuxième procédé de plastique tendineuse: la transplantation. Elle a pour but de transplanter sur le muscle paralysé la puissance d'un muscle voisin normal. Les premières tentatives faites dans cette voie pour la paralysie infantile (elles avaient été utilisées déjà pour le traitement des lésions traumatiques des tendons) datent de 1881 et sont dues à Nikoladoni de Gratz, qui eut l'idée de greffer les péronniers latéraux sur le tendon d'Achille. Ces re-

cherches furent poursuivies en Autriche et surtout en Allemagne où des opérations de ce genre ont été faites de très nombreuses fois. Les chirurgiens qui les appliquent se déclarent satisfaits, mais, malheureusement, ils donnent des statistiques et non pas, ce que je voudrais voir, des observations suivies probantes.

La question fut reprise en 1892 et l'on proposa de greffer sur le jambier antérieur, souvent frappé dans la paralysie infantile, le tendon de l'extenseur propre du gros orteil, dont la fonction est généralement conservée. Pour ne pas perdre, néanmoins, l'action particulière à ce muscle, l'opération fut modifiée de la manière suivante: on dédoublait le muscle sain par une section longitudinale; on greffa la première partie sur le muscle dégénéré et l'on conserva intacte la seconde partie.

Tels sont les principes généraux de la plastique tendineuse. Ce qui a plus d'importance, ce sont ses résultats. Je ne crains pas d'avancer, avec la conscience de la responsabilité que je prends, que la vérité n'est pas encore faite sur ce point. Les travaux allemands sont remplis de louanges à l'adresse de cette méthode mais ils ne se donnent même pas la peine de prouver sa supériorité; ils l'admettent. Or, c'est aller vite en besogne. Quiconque connaît pratiquement la question de la paralysie infantile ne voit pas sans étonnement enrégistrer des résultats toujours qualifiés de parfaits. Je voudrais, non pas des annotations vagues, écrites au lendemain de l'opération, mais des relevés enrégistrant les suites définitives des interventions. Personnellement je me suis adressé peut-être une vingtaine de fois, aux transplantations tendineuses et je n'ai obtenu que des effets médiocres, si je ne tiens pas compte des cas dans lesquels la plastique tendineuse était combinée aux ténotomies. Pour apprécier, en effet, la valeur des opérations allemandes, il faudrait faire la part de ce qui revient aux ténotomies et cette part, je crois, serait très grande. Sans doute, les transplantations tendineuses n'offrent pas de gravité, ne mettent pas la vie en danger; ce n'est pas un motif pour s'y adresser si leurs effets sont inférieurs aux autres méthodes. Je ne repousse pas ces opérations, mais je les estime tout au plus de mise dans les déformations légères ou moyennes; ce serait folie de compter sur elles dans les cas graves où elles ne peuvent rien donner.

Ceux-ci sont justifiables d'une intervention autrement puissante: l'arthrodèse, dont il convient de rapporter l'honneur à Albert, de Vienne. Elle s'adopte admirablement aux membres inférieurs, au genou et au pied surtout, et, depuis que je l'emploie jamais elle n'a trahi ma confiance. Non seulement je n'ai jamais perdu d'opéré, non seulement je n'ai jamais eu de suppuration ou d'ennui quelconque, mais encore ses résultats ont été constamment avantageux et presque parfaits. Elle permet au malade de marcher sans appareil et donne toujours des succès à une condition: qu'elle ne soit pas faite chez les jeunes enfants. Elle consiste à ouvrir largement l'articulation, à gratter les cartilages et à suturer les surfaces au moyen d'une fiche d'ivoire. La quantité de cartilage à enlever est généralement considérable et chez les enfants de 3, 4, 5 ans, elle

serait vraiment excessive. Avant de pratiquer l'arthrodèse, il faut attendre le développement du squelette, soit vers 10 ans.

Conclusions:

1. Dans le traitement des difformités constituées et surtout dans le traitement des difformités naissantes de la paralysie infantile, les appareils orthopédiques peuvent rendre de très grands services. Se basant sur les indications que je vous ai fournies le médecin prescrira les appareils comme l'oculiste formule les verres correcteurs des défauts de réfraction. C'est à cette seule condition que vous en obtiendrez des effets satisfaisants. Ne dites pas comme un de mes collègues des hôpitaux qui, apprenant que je me consacrais à l'orthopédie, s'écria: "Que va donc faire M. Kirmisson! Il n'y a, en orthopédie qu'à envoyer les malades directement chez le fabricant d'appareils!"

2. Lorsque les déviations sont fixes, irréductibles par la seule pression, sachez que l'opération de choix est la ténotomie pour les cas légers et l'arthrodèse pour les cas graves.

Grâce à ces règles de conduite vous aurez souvent des améliorations considérables; vous rendrez valides des infirmes.

(Le Concours Médical.)

— o: —

OBSTETRIQUE

ANALGESIE OBSTETRICALE ET SUGGESTION ETHYLMETHYLIQUE.

M. Paul Farez a fait une très curieuse communication à la Société d'hypnologie sur l'analgésie obstétricale et la suggestion:

Une primipare, arrivée au terme de sa grossesse est en travail depuis 3 heures du matin. A 6 heures du soir, la dilatation est comme deux francs et reste stationnaire pendant trois heures. La parturiente, énervée par la douleur, devient intraitable; dans l'espoir de moins souffrir, elle se couche sur le côté, en chien de fusil; elle refuse de se tenir sur le dos et de pousser. Je la soumets à la narcose éthyl-méthylque, pendant deux ou trois minutes: la douleur est complètement jugulée. Pendant la période d'hyponarcose qui précède le retour à l'état de veille, je fais des suggestions, grâce auxquelles l'analgésie persiste après la cessation de la narcose: la parturiente est tout à fait calme, ses contractions deviennent régulières, elle pousse de toutes ses forces très utilement, d'une manière soutenue et prolongée, sans se plaindre du tout. Au bout d'une demie-heure, la douleur reparait: nouvelle narcose, avec suggestion pendant l'hypnarcose, maintien de l'analgésie pendant une autre demie-heure, contractions régulières, suivies, soutenues et indolores. L'accouchement ne tarde pas à se terminer dans d'excellentes conditions. M. Bérillon a lui-même es-

sayé toutes sortes d'anesthésiques ou d'hypnotiques, pour renforcer l'hypotaxie et préparer un terrain favorable à la suggestion curative: chloroforme, éther, protoxyde d'azote, morphine, trional, etc. Les uns et les autres ont paru présenter des inconvénients et des dangers qui ont fait presque complètement renoncer à leur emploi. Les récentes publications de M. Paul Farez doivent arrêter notre attention, puisque la narcose éthyl-méthylque permet par exemple de traiter par la suggestion des obsédés non hypnotisables. Toutefois, il y a lieu de s'assurer si cette narcose éthylméthylque est réellement exempte de tout danger.

L'hypnotisme, ajoute M. Damoglon, au Caire, est devenu une branche légitime de la neurologie; tout praticien doit être avant tout un thérapeute, et, lorsque l'occasion s'en présente, ne pas hésiter à recourir à la psychothérapie qui, bien appliquée, soulage toujours, guérit souvent et ne nuit jamais. Témoins les cas suivants guéris par la suggestion hypnotique et dont l'auteur rapporte l'observation complète: crises d'hystéro-neurasthénie, constipation opiniâtre, névralgies, paroxysmes d'angoisse, spermatorrhée, etc.

(Le Concours Médical.)

GYNECOLOGIE

UN CAS DE DOUBLE KYSTE CONGENITAL DU VAGIN.

Par M. le Dr. Cohn.

Le 2 mai 1903, entre dans le service du professeur Jonnesco, à l'hôpital Coltea, la femme V.-N. Dimitra, âgée de 41 ans, née dans le district Covurlin, avec des pertes sanguines et des douleurs dans le petit bassin.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans son enfance. Réglée à 16 ans; règles régulières, durant 3 jours, non douloureuses et peu abondantes.

Mariée à 18 ans; grossesse et accouchement normal un an après. Nouvelle grossesse, qui se termine à 2 mois et demi, à cause des travaux pénibles qu'elle accomplissait dans les champs.

Plusieurs autres grossesses, qui se sont bien terminées. Enfants vivants bien portants.

Pas d'antécédents spécifiques, pas d'alcoolisme, pas de plaudisme.

Le début de la maladie actuelle remonte à 6 mois, quand la malade, sans aucune raison, a un retard de règles de 2 mois, puis une hémorragie utérine très abondante au commencement, qui diminue les jours suivants, en même temps douleurs dans le bas-ventre. La malade croit à un avortement.

Etat actuel: La malade est pâle et anémiée.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Cœur et poumons normaux.

En examinant les organes génitaux externes, on trouve dans la petite lèvre gauche une tumeur grosse comme une petite noix, régulière, ovulaire, dans le grand diamètre de la petite lèvre, fluctuante avec une surface lisse, qui n'adhère pas à la muqueuse de la face externe, adhérente un peu à la face interne.

Cette tumeur occupe plus la partie antérieure de la petite lèvre, vers le clitoris; elle est distendue par son contenu liquide et ne paraît pas être transparente.

La malade ne peut pas préciser la date de l'apparition de cette tumeur, qui ne lui fait pas mal, et qui ne l'incommode pas du tout.

Le vagin, qui est normal, contient aussi dans le cul-de-sac gauche, au niveau de l'orifice externe du col, une tumeur un peu plus grande que celle déjà décrite. C'est une tumeur molle, résistante, peu distendue; le liquide contenu dans cette poche est sans tension; c'est pour ça qu'au toucher cette tumeur donne la sensation d'un simple pli vaginal. Mais au spéculum, on distingue bien la tumeur avec les caractères déjà décrits; et la muqueuse vaginale qui la couvre est d'une couleur plus foncée que le reste de la muqueuse. Cette tumeur est sessile, et se confond sans limites précises avec le reste du vagin.

Le col utérin est gros, cylindrique, sclérosé, non ulcéré, son orifice est large, entr'ouvert, par où s'écoule un liquide sanguinolent, sans odeur.

Corps utérin un peu gros, dur, mobile, peu douloureux à la pression. Ligaments larges, mobiles, libres, non infiltrés; les annexes sensibles, surtout à droite, où elles sont un peu augmentées de volume.

Opération le 19 mai. Anesthésie générale au chloroforme.

On incise la muqueuse du kyste vaginal sur une longueur de 2 centimètres, et voulant disséquer les parois de la poche, elle crève et laisse couler un liquide visqueux, dense, filant, d'une coloration blanc jaunâtre, pouvant remplir une cuiller à café. On pince alors la paroi du kyste et on la dissèque de bas en haut, quand tirant, elle se rompt, et laisse ouvert le cul-de-sac de Douglas. Explorant avec le doigt la déchirure, on constate qu'on est dans la cavité abdominale.

On draine avec une mèche stérilisée le cul-de-sac puis on fait le curettage de l'utérus et on draine.

On tamponne le vagin, et on va à la dissection du petit kyste de la petite lèvre. Par une incision de 1 centimètre et demi sur la face cutanée de la petite lèvre, on tombe sur le kyste; il est facilement énucléable, de tous côtés, sauf à la face interne, où il adhère à la muqueuse, très amincie. Arrivé à ce point, le kyste se déchire avec la muqueuse, et il laisse s'écouler un liquide filant, opaque, blanc jaunâtre.

On ferme la plaie avec 3 fils de catgut. Pansement.

Suites opératoires. — Le 22 mai, on supprime le drain péritonéal; la suture de la plaie vulvaire se fait par première intention.

La malade quitte l'hôpital guérie le 2 juin 1903.

C'est donc un cas très net de kyste double congénital du vagin, quoiqu'on n'a pas fait l'examen microscopique de la paroi du kyste ni de son contenu.

On sait que l'origine de ces kystes c'est les débris du canal de Müller, qui ne prend pas part à la formation du vagin, mais qui persiste à côté du vagin normalement constitué.

On croyait que ces kystes sont rares; mais nous avons pu observer un certain nombre de cas qui doit modifier cette opinion.

Ainsi actuellement, il y a dans le service de M. le professeur Jonnesco une malade qui a été opérée d'un kyste de l'ovaire, et qui présente aussi un kyste sur la paroi postérieure du vagin, gros comme une noix très près de la vulve.

Chez d'autres femmes, la grosseur du kyste congénital du vagin peut devenir une cause de dystocie, comme dans le cas rapporté par le professeur Dragheiescu et Cristeanu.

Parfois, on peut trouver 2 à 6 kystes du vagin sur la même malade, et même un chapelet de petits kystes sur une des parois du vagin comme dans le cas de Picqué.

Ce qui fait l'originalité de cette observation, c'est la présence du kyste congénital dans l'épaisseur de la petite lèvre; car très rarement, le canal de Gartner pénètre et avance si loin. Habituellement, il s'arrête dans les parties supérieure et latérale du vagin, d'où fréquence de ces kystes aux mêmes endroits dans le vagin; tandis que les parties inférieures du canal de Gartner sont obstrués, et perdues, dans les tuniques vaginales d'où la rareté exceptionnelle des kystes congénitaux de la vulve et de la partie inférieure du vagin.

(Revista de Chirurgia de Bucarest)

DERMATOLOGIE

TRAITEMENT DE L'URTICAIRE.

Par M. le Dr. F. Trémolières.

L'étiologie de l'urticaire est parfois très simple, souvent très complexe. Aussi ne peut-on traiter cette dermatose qu'après avoir recherché, en une enquête minutieuse, les causes occasionnelles qui l'ont provoquée et les tares prédisposantes du sujet qu'elle atteint.

A. En présence d'une urticaire aiguë, le médecin doit s'assurer qu'elle ne dépend pas du contact d'un parasite quelconque (puces, punaises, poux), d'un animal ou d'une plante irritants (méduses, chenilles processionnaires, etc., ou bien orties). Dans ces cas, la guérison est spontanée et rapide.

Souvent, l'urticaire est causée par l'ingestion de certains aliments (mollusques, crustacés, charcuterie, etc.). Chez quelques sujets l'urticaire ap-

paraît après l'absorption, même minime, d'aliments d'ordinaire inoffensifs. Chez d'autres, elle est provoquée par certains médicaments, les balsamiques, le chloral, etc. Un purgatif léger, quelques cachets de salol ou de benzo-naphthol assurent l'antiseptie intestinale (Gaucher); de la quinine contre la fièvre, des alcalins à petites doses, et pendant deux ou trois jours la diète lactée ou tout au moins une alimentation très légère, voilà tout le traitement interne qu'il convient de prescrire. Il est bon cependant de surveiller les malades, car ces urticaires accidentelles sont parfois le point de départ d'urticaires persistantes.

Le traitement externe n'intervient que pour calmer un prurit insupportable. Ses moyens sont nombreux: lotions à l'eau tiède additionnée d'une petite quantité de vinaigre ou d'un peu d'éther, lotions phéniquées au centième:

Phénol absolu... ..	2 grammes
Glycerine... ..	50 —
Eau... ..	150 —

lotions chloralées à 5 p. 200; — poudres inertes d'amidon, de talc, d'oxyde de zinc, de sous-nitrate de bismuth, mélangées de camphre finement pulvérisé dans la proportion de 1 à 2 p. 100; — pommades à l'oxyde de zinc ou au bismuth additionnées de chlorhydrate de cocaïne, de menthol ou de phénol:

bismuth)... ..	3 à 5 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne (ou menthol, ou phé- nol).....	0,30 à 0,60 centigr.
Vaseline.....	30 grammes.

Les bains froids ou chauds sont plus nuisibles qu'utiles; les bains tièdes doivent être employés pour calmer les sujets nerveux.

Si le prurit est rebelle, il faut recourir à l'enveloppement protecteur réalisé soit par un pansement ouaté, dont Jacquet a montré expérimentalement l'influence, soit par la colle de zinc de Unna.

Ce traitement externe est applicable aussi à l'urticaire hydatique.

Mais la thérapeutique doit être plus active quand l'urticaire affecte une allure grave. Elle est, dans ce cas, consécutive d'ordinaire à l'ingestion de moules, de crustacés, d'aliments avariés. Si les vomissements ni les évacuations diarrhéiques ne se produisent spontanément, il faut les provoquer par des boissons chaudes et en même temps stimulantes (thé, infusion de tilleul ou de menthe), par un laxatif ou un lavement purgatif. Aux premiers signes de collapsus, les injections sous-cutanées d'éther, de caféine, d'huile camphrée excitent la fonction circulatoire; une potion éthérée, additionnée ou non de 1 ou 2 grammes d'acétate d'ammoniaque est administrée simultanément. Comme les phénomènes nerveux, anxiété, vertiges, délire, cessent ou diminuent quand apparaît l'éruption, on peut essayer de hâter celle-ci par l'application de sinapismes et de compresses chaudes.

L'œdème de la glotte est un des plus grands

dangers de l'urticaire aiguë. Il faut y parer sans retard par la médication révulsive: pédiluves chauds et sinapisés, larges applications de sinapismes, fumigations tièdes, par l'administration d'éther, de liqueur d'Hoffmann et dans quelques cas d'acétate d'ammoniaque. Malgré tous ces soins la trachéotomie est parfois inévitable.

B. L'urticaire chronique, rebelle, récidivante, d'origine toxique, nécessite un traitement approprié aux causes diverses et souvent multiples qui la provoquent ou tout au moins aux divers troubles viscéraux qui l'accompagnent. Une médication rationnelle ne peut être prescrite qu'après enquête étiologique sur l'état de la peau, du système nerveux, de la fonction rénale, des divers organes et surtout du tube digestif.

L'alimentation, dont le rôle morbide est souvent prépondérant et parfois exclusif, doit être surveillée. La suppression du vin et des boissons alcoolisées s'impose tout d'abord et peut être à elle seule efficace. Tous les mets excitants et fermentescibles doivent être proscrits: acides et épicés, graisses et sauces, viandes faisandées, charcuterie, poissons gras, crustacés, fromages faits, fraises, noix et amandes, sans parler des aliments ou boissons urticarigènes: pour quelques sujets, tels que blanc d'œuf, veau, eau de Seltz, etc. Certaines urticaires ne cèdent qu'au régime du lait écrémé, pris à doses fractionnées, additionné d'eau de Vichy ou d'eau de chaux.

La constipation, cause fréquente des récidives d'urticaire, est combattue par l'usage régulier des lavements ou laxatifs doux (rhubarbe, magnésie, cascara, etc.).

Les troubles dyspeptiques et surtout la dyspepsie nerveuse avec atonie gastrique, qui interviennent dans la genèse de l'urticaire, exigent l'emploi des poudres absorbantes, légèrement antiseptiques et alcalines: cachets de charbon et de bétol, craie préparée, bicarbonate de soude, magnésie calcinée, etc.

L'insuffisance rénale, favorisant l'urticaire par les rétentions diverses qu'elle entraîne, doit être combattue: on rétablira la diurèse par des médicaments appropriés: le meilleur est sans contredit le lait, auquel on peut associer quelques tisanes (chiendent, queue de cerises, orge) ou même le sirop des cinq racines.

Les auteurs classiques subordonnent à la diathèse arthritique toute l'étiologie de l'urticaire chronique. Aussi conseillent-ils de prescrire toujours et pendant fort longtemps les eaux minérales alcalines, de Vichy (Célestins ou Lardy), de Vals (Saint-Jean), de Royat (César), les préparations de bicarbonate ou de benzoate de lithine, l'arséniate de soude, etc.

L'état névropathique s'associant souvent à l'arthritisme, il convient d'user, selon les indications, de médications sédatives et toniques. Si l'hygiène physique et le repos moral ne calment pas la surexcitation nerveuse, le médecin recourra au bromure, au chloral, et mieux au musc, au castoréum, à l'assa foetida; le valériane d'ammoniaque ou la

valériane rendent dans beaucoup de cas des services signalés.

On peut agir directement sur le trouble d'innervation vaso-motrice qui réalise le symptôme urticaire; c'est dans ce but qu'on prescrit le sulfate de quinine, l'ergotine, la digitale, la belladone et l'atropine:

Sulfate de quinine... .. 0,20 à 0,30 centigr.
pour un cachet, deux par jour.

Teinture de belladone... x à xx gouttes.

Juleo gommeux... .. 120 grammes.
à prendre par cuillerées d'heure en heure.

Sulfate neutre d'atropine... 0,0005 déci-milli.
pour un granule, un à deux par jour.

Brocq associe les médicaments vaso-moteurs dans la formule suivante:

Bromhydrate ou chlorhydrate

de quinine..... 0,05 centigr.

Ergotine..... 0,05 —

Extrait de belladone... 0,001 à 0,002 milligr.

Excipient et glycérine... Q. s.

pour une pilule, de huit à seize par jour toutes les deux heures par une ou par deux à la fois.

Il faut non seulement faire disparaître les lésions existantes, mais prévenir la formation d'autres éléments éruptifs; les soins d'hygiène cutanée y contribuent beaucoup: le malade, habillé de vêtements flottants, ne doit porter ni jarrettières, ni ceinture, ni corset pouvant exercer des pressions sur les téguments; sa peau n'a de contact qu'avec des linges de toile fine et usée. La température de l'appartement qu'il habite doit être douce et toujours un peu fraîche.

Le traitement hydro-minéral n'est pas sans influence contre l'urticaire. Les eaux alcalines en boisson, Vichy, Vals, conviennent surtout à certains nerveux dyspeptiques; les eaux chlorurées arsenicales, et surtout celles de la Bourboule, en boisson et en bains, aux nerveux déprimés. Les bains d'eaux thermales alcalines et chlorurées sodiques légères, comme Royat, et d'eaux thermales plus faibles comme Luxeuil, Bagnères-de-Bigorre, Néris sont indiqués pour les nerveux hyperexcitables et rhumatisants. Devergie affirmait que les eaux alcalines sulfatées chaudes de Louèche guérissaient les urticaires chroniques rebelles à tout traitement. Dans ces cures hydro-minérales, le changement de milieu et de direction médicale, la distraction et l'espoir de la guérison, le séjour dans un air pur et tonique, influent autant sur le malade que les eaux elles-mêmes.

Tel est le traitement interne de l'urticaire chronique, que complète, quand besoin est, la médication externe antipruritique, comme dans l'urticaire aiguë.

Dans l'urticaire, comme dans toutes les dermatoses en général, il faut n'administrer les médicaments qu'avec prudence, en surveillant la susceptibilité individuelle de chaque malade et ses premières réactions aux substances ingérées.

(Gaz des Hôpitaux.)

_____ : o' : _____

SUPPLEMENT

LA LÈPRE AU MOYEN AGE.

Quelques indications sur le cérémonial de la séparation des lépreux.

La lèpre, après les croisades, prit un caractère sacré aux yeux de l'Eglise et des fidèles. On la regardait généralement comme une marque toute spéciale de l'attention divine. Elle était même en vénération parmi les chrétiens du moyen âge.

Le Christ avait été annoncé au monde comme un lépreux frappé de Dieu et humilié. Nous voyons aussi dans l'évangile que, lorsque Marie-Madeleine vint répandre des parfums sur les pieds de Jésus, il avait un lépreux pour hôte: le lépreux Lazarre, qui était présenté comme le symbole de l'âme sainte. En effet, si le Christ aimait tant les lépreux, nous ne devons pas être étonnés en apprenant que les saints, et même que les simples fidèles, ont toujours travaillé à acquérir et à conserver au fond de leur cœur la même affection, à montrer dans leurs œuvres le même dévouement. Un ordre de chevalerie sortit tout armé de la charité catholique pour soigner les lépreux de Jérusalem et de l'Orient; il avait un lépreux pour grand-maître.

En occident, nous pourrions recueillir aussi de précieux et touchants exemples de l'amour des chrétiens pour les lépreux. Voici quelques noms: la comtesse Sybille de Flandre, qui avait accompagné son mari dans la Terre Sainte, obtint comme une grâce de rester à Jérusalem, dans l'hospice de Saint-Jean-l'Aumônier, pour y soigner les lépreux. Saint Louis, on le sait, avait pour eux une amitié toute fraternelle. Henri III, roi d'Angleterre, visitait souvent leurs hôpitaux. Sainte Marie d'Oignies se consacra à leur service. Enfin, qui ne sait les beaux exemples d'Elisabeth de Hongrie et aussi le sublime dévouement de sainte Catherine de Sienne? Et sainte Odile d'Alsace, et sainte Judith de Pologne, et saint Edmond de Cantorbéry n'ont-ils pas été des miracles d'amour pour les pauvres lépreux?

En un mot, l'Eglise se déclare toujours l'amie et la protectrice des lépreux, mais sa charité était prudente. Elle prit d'abord des moyens efficaces pour empêcher une contagion si funeste. "Qu'on ait une très grande compassion pour les malheureux, disent les Pères du Concile de Lavaur, qu'on les embrasse avec une charité fraternelle, les infortunés qui, par l'ordre de Dieu, sont rongés de la lèpre; mais comme cette maladie est contagieuse, voulant prévenir le danger, nous ordonnons que les lépreux soient séquestrés du reste des fidèles, qu'ils n'entrent dans aucun lieu public, les églises, les marchés, les places, les hôtelleries; que leur vêtement soit uni, leur barbe et leurs cheveux rasés; ils auront une sépulture particulière et porteront toujours un signal auquel on puisse les reconnaître."

Le soin des lépreux était spécialement confié aux évêques. Le pape Grégoire II ordonna à saint

Boniface de ne point priver les fidèles lépreux de la divine Eucharistie. On ne voulait pas leur ôter même toutes les consolations humaines. Un lépreux n'était pas séparé de sa femme; ce lien intime du mariage était regardé comme aussi indissoluble que l'union sacrée et mystique du Christ et de l'Eglise.

Le cérémonial de la séparation des lépreux était particulièrement touchant. Voici quelques détails puisés aux meilleures sources. Nous les donnerons au fur et à mesure.

Le prêtre, après avoir célébré la messe pro infirmis, mettait un surplis et une étole; il donnait de l'eau bénite aux lépreux; puis il le conduisait à la chapelle. Il l'exhortait en bonne patience et charité, en l'exemple de Jésus-Christ et des saints.

"Mon frère, cher pauvre du bon Dieu, pour avoir à souffrir moult tristesse, tribulation, maladie, meselerie et autre adversité du monde, on parvient au royaume du Paradis, où il n'y a nulle maladie, ni nulle adversité, mais sont tous purs et nets, sans ordures et sans quelconque tâche d'ordure, plus resplendissants que le soleil, où que vous irez, si Dieu plaît: mais que vous soyex bon chrétien, et que vous portiez patiemment cette adversité, Dieu vous en donne la grâce! car, mon frère, telle séparation n'est que corporelle; quand à l'esprit, qui est le principal, vous serez toujours autant que vous fûtes onques et aurez part et portion à toutes les prières de notre mère sainte Eglise, comme si personnellement étiez tous les jours assistant au service divin avec les autres. Et quant à vos petites nécessités, les gens de bien y pourvoiront, et Dieu ne vous délaisse point. Seulement, prenez garde et ayez patience: Dieu demeure avec vous. Amen.

C'est après cette allocution consolante que le prêtre avait à remplir la partie pénible de son ministère; le moment était venu de prononcer les terribles défenses légales que nous prenons dans le même rituel, au nombre de douze:

"1. Je te défens que jamais tu n'entres en église ou moustier, en foire, en moulin, en marchier, ni en compagnie de gens;

"2. Je te défends que tu ne voies point hors de ta maison sans ton habit de ladre, afin qu'on te connaisse et que tu ne voies point deschaux;

"3. Je te défends que jamais tu ne laves tes mains et autre chose d'entour toi en rivage, ni en fontaine ni que tu ne boives; et si tu veulx de l'eau pour boire, puise en ton baril et en ton escuelle;

"4. Je te défends que tu ne touches à chose que tu marchandes ou achètes, jusqu'à tant qu'elle soit tienne;

"5. Je te défends que tu n'entres point en taverne. Si tu veulx du vin, soit que tu l'achètes, ou que on te le donne, fais-le entonner en ton baril;

"6. Je te défends que tu ne habites à autre femme que la tienne.

"7. Je te défends que si tu vas sur les chemins, et tu rencontres aucune personne qui parle à toi, tu te mettes au-dessous du vent avant que tu répondes;

"8. Je te défends que tu ne voies point par étroite ruelle, afin que tu rencontres aucune personne qu'elle ne puisse pis valoir de toi;

"9. Je te défends que si tu passes par aucun passage, tu ne touches point au puits, ni à la corde, si tu n'as mis tes gants;

"10. Je te défends que tu ne touches à enfants, ne leur donne aucune chose;

"11. Je te défends que tu ne boives, ne manges à autres vaisseaux que aux tiens;

"12. Je te défends le boire et le manger avec compagnie, sinon avec meseaux."

Les défenses légales une fois prononcées, le prêtre prenait avec sa main un peu de terre de cimetière, et il disait, en la répandant sur la tête du malade: "Meurs au monde, renais à Dieu..." Et le malade répondait: "O Jésus, mon rédempteur, vous m'avez formé de terre, vous m'avez revêtu d'un corps; faites-moi revivre au dernier jour."

Combien ces paroles devaient être pénibles pour un homme qui avait vécu au milieu de la société, et qui voyait ainsi ses plus chères affections rompues et ses plus nobles espérances détruites, on le comprend aisément. Aussi le lépreux restait sans mouvement, sa vie semblait disparaître. Cette cérémonie, en effet, revêtait quelque chose de la placidité du trépas chrétien, et cependant, comme nous l'avons vu, on ne devait pas lui donner une apparence funèbre.

Le peuple, de son côté, chantait les paroles suivantes: "Tous mes os ont été agités, omnia ossa conturbata sunt; mon âme a été troublée, turbata est anima mea"; le chant joyeux de l'Alleluia, par sentiment de profonde humilité, terminait cet aveu d'agitation et de trouble.

Le prêtre lisait ensuite l'évangile des dix lépreux puis, après avoir béni l'habit du malade et le pauvre mobilier de la léproserie, il lui présentait ainsi chaque chose:

En lui donnant l'habit que l'on appelait Housse il disait:

"Mon frère, recevez l'habit, et le vestez en signe d'humilité, sans laquelle désormais je vous défends de sortir de votre maison, au nom du Père et du Fils et du Saint-Esprit."

En lui donnant le baril:

"Prenez ce baril pour recevoir ce qu'on vous donnera pour boire, et vous défends, sous peine de désobéissance, de boire aux rivières, fontaines et puits communs, ni de vous y laver en quelque manière que ce soit, ni vos draps, chemises, et toutes autres choses qui auraient touché votre corps."

En lui donnant la cliquette:

"Prenez cette cliquette, en signe qu'il vous est défendu de parler à personne, sinon à vos semblables, si ce n'est par nécessité, et si avez besoin de quelque chose, la demandez au son de cette cliquette, en vous tirant loin des gens et au-dessous du vent."

En lui donnant les gants:

"Prenez ces gants, par lesquels il vous est défendu de toucher chose aucune à main nue, sinon ce qui vous appartient, et ne doit venir entre les mains des autres."

En lui donnant la pannetière:

"Recevez cette pannetière pour y mettre ce qui

vous sera élargi par les gens de bien; et aurez souvenance de prier Dieu pour vos bienfaiteurs."

Ce n'est pas tout. Voici encore une liste des objets mobiliers d'un lépreux, pour la tradition desquels il n'y avait pas de cérémonie particulière, si ce n'est une bénédiction préalable.

Un lépreux devait avoir "une tartarelle, des souliers, des chausses, une robe de camelin, une housse, un chaperon de camelin, deux paires de draps, un baril, un entonnoir, un courroie, un couteau, une escuelle de bois, un lit étoffé de coutte, un coussin et une couverture, deux paires de draps de lit, une hache, un écrin fermant à clef, une table, une selle, une lumière, une paille, une aiguière, des escuelles à manger, un bassin, un pot à mettre cuire la chair." Tous ces objets grossiers étaient également bénits et sanctifiés par les prières de l'Eglise.

Le prêtre prenant le lépreux par son vêtement, l'introduisait alors dans sa cellule. Il disait: "Voici mon repos à jamais, je l'habiterai; elle est l'objet de mes désirs."

Puis, en face de la porte, on plantait une croix de bois à laquelle on attachait un tronc pour recevoir l'aumône que le pèlerin fidèle déposait en échange des prières du malade solitaire. Le prêtre le premier y déposait son offrande, tout le peuple suivait son exemple.

Après cette cérémonie, mêlée d'une profonde tristesse et d'une grande espérance surnaturelle, les fidèles retournaient à l'église précédés de la croix. Alors tous se prosternaient, et le prêtre, élevant la voix, criait vers Dieu cette touchante prière: "O Dieu tout-puissant, qui, par la patience de ton fils unique, as brisé d'orgueil de l'antique ennemi, donne à ton serviteur la patience nécessaire pour supporter pieusement et patiemment les maux dont il est accablé. Amen." Tout le peuple répondait: "Amen."

Voilà comment un lépreux était séparé de la société. Heureux s'il possédait la vertu et la résignation! Dans tout le pays on le considérait comme très élevé en perfection. Exilé sur la terre, privé de tous les charmes et des toutes les joies qui embellissent la vie commune, manquant de tous les appuis humains qui la soutiennent, l'état habituel de lépreux était une humble et douce tristesse.

Au moyen âge, on honorait un lépreux comme un confesseur de la foi; on donnait à ces hommes que le ciel consolait les noms les plus affectueux. L'ami souverainement fidèle, Jésus-Christ, et c'était là une bien douce croyance, n'abandonnait jamais le pauvre malheureux. Il lui faisait éprouver une joie silencieuse sans mélange de trouble, tant il est vrai, répéterons-nous avec les chroniques du temps, "que le bonheur n'est que l'à où se trouve quelque chose du ciel!"

(La Médecine Orientale.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 4 MAI, 1904.

No. 45.

Travaux Originaux

LE CURETTAGE UTERIN (1.)

Par M. le Dr. A. Laurendeau.

Messieurs,

Je crois que peu de médecins pratiquant à la campagne ont l'habitude de faire du curettage utérin; cependant je vous affirme que cette opération devrait être pratiquée couramment par chacun de nous. Depuis une dizaine d'années, j'ai eu l'occasion de faire au moins 60 à 75 curettages utérins et je suis convaincu que j'ai par ce moyen, sauvé plusieurs vies. Si je semble tout d'abord insister pour vous démontrer la valeur, l'importance de cette intervention, c'est que je sais que certains médecins, certains accoucheurs, répugnent encore à accepter cette opération. J'ai été péniblement surpris au dernier congrès de Langue Française, à Québec, d'entendre feu le professeur Vallée, dont la réputation était grande, s'élever de toutes ses forces contre le curettage utérin, j'ai encore présent à l'oreille ses railleries au sujet d'un chirurgien qui disait-il avait laissé la moitié d'un fœtus dans l'utérus d'une femme curettée. Je respecte la mémoire de ce professeur éminent, mais je considère ses principes comme des hérésies en gynécologie-obstétricale. Je dois vous dire Messieurs, que je n'ai jamais compté autre chose que des succès, en fait de curettages utérin et j'en appelle à quelques uns de mes confrères, qui m'ont prêté leur concours, dont je

suis heureux de constater la présence ici. Je ne doute pas que ces confrères puissent témoigner en faveur de mes avancés.

Et d'abord qu'est-ce que le curettage utérin?

Je crois que "curettage" vient de "curare," soigner, nettoyer, et comme l'étymologie d'un mot est ce qu'il y a de mieux pour le comprendre et le définir nous dirons donc que le curettage est le nettoyage, le "berda" si vous voulez de l'utérus. Pour spécifier d'avantage: cette opération consiste à râcler, à enlever la muqueuse utérine et ses productions pathologiques ou obstétricales au moyen d'instruments spéciaux.

Quand et pour quelle maladie doit-on curetter l'utérus?

A la suite de fausses-couches, aux premiers mois de la grossesse, s'il y a rétention de débris placentaires, l'indication est alors formelle, et s'il y a quelques symptômes de septicémie par décomposition, putréfaction de ces débris, alors l'indication est urgente, pressante. Ce sont ces cas qui m'ont donné les plus beaux succès.

Je recommande le curettage utérin contre toute métrite accompagnée de dysménorrhée, contre la métrite catarrhale, hémorragique chronique interstitielle, glandulaire ou polypeuse. En un mot, toute la gamme des inflammations de la face interne de l'utérus, sont justifiées du curettage, sauf peut-être la métrite blennorrhagique, si je m'en rapporte à certains auteurs. Si je me récuse dans ce dernier cas, n'ayant pas suffisamment d'expérience. Enfin Messieurs, à la suite de couches à terme ou près du terme, je ne vous conseille pas d'intervenir avec la curette, au

(1.) Lu devant l'Association Médico-chirurgicale du district de Joliette, à l'Assomption, le 14 mars 1904.

cas de rétention placentaire avec septicémie ou fièvre puerpérale. En effet assez souvent alors, l'on a vu les parois utérines ramollies, céder sous l'effort, la pression de la curette, et vous comprenez facilement les suites déplorables d'une perforation utérine sous ces circonstances. L'anatomo-pathologie du muscle utérin dans ce dernier cas, explique le mécanisme de cet accident. Tenez vous en alors aux grandes injections aseptiques intra-utérines à l'écouvillonnage de la surface interne de la matrice, avec application d'antiseptiques tels que teinture d'iode, etc.

(Le conférencier énumère et expose l'instrumentation dont il fait usage, pour curetter l'utérus; puis il fait la description détaillée de la technique opératoire.)

J'espère maintenant que chacun de vous est en état de faire, et de bien faire un curetage utérin. Il n'est pas nécessaire Messieurs d'avoir fait le voyage à Paris à Berlin ou à New-York pour faire n'importe quelle opération chirurgicale urgente, surtout celle qui fait le sujet de la présente communication.

Lorsque j'ai une opération quelconque à faire pour la première fois, voici comment je m'y prends: J'en lis attentivement la description, la technique opératoire, et lorsque j'ai saisi les points saillants, les principaux détails, je m'enferme dans mon bureau privé, je m'isole du monde extérieur et je refais mon opération mentalement par l'imagination. Ce qu'il importe alors, c'est d'avoir la conception nette du but à atteindre. Ensuite je tâche de prévoir toutes complications, toutes difficultés qui pourraient survenir au cours de l'opération: erreur de diagnostic, hémorragies, anomalies anatomiques, et ensuite je vais droit au but, sans hâte ni faiblesse. Telle est la méthode qui m'a assez bien réussie jusqu'à présent, et si quelqu'un de vous assiste au congrès chirurgical de Juin prochain, j'espère pouvoir démontrer que les résultats que j'ai obtenus par ma méthode de conception et d'exécution, quoique absolument personnelle, sont couronnés de jolis succès. Je

me propose au prochain congrès de faire une lecture sur la "Pratique de la chirurgie à la campagne" et je voudrais que cette communication profitât à chacun de nous, à nous, qui exerçons loin des grands centres, loin des hôpitaux, loin des spécialistes, à nous, qui sommes obligés de faire de la médecine générale, de même que de la chirurgie générale. La tâche est lourde sans doute, mais j'affirme qu'elle n'est pas audessus des forces d'un travailleur intelligent.

Je voudrais vous donner confiance en vous-même, j'aimerais vous aider à gravir les sentiers de la science un peu abrupts, un peu ardu sans doute, mais parsemés de jouissances pures et durables, de satisfactions chères et véritables. Travaillez mes amis, vous trouverez dans le travail un dérivatif à vos préoccupations, un refuge dans vos déceptions, le bien-être pour votre famille, le meilleur moyen d'atteindre au but où vise votre ambition. Je crois que c'est là, la fin que l'homme doit se donner.

Discussion, etc.

Je donne avis de motion qu'à la prochaine assemblée, je soumettrai à l'approbation des membres de l'association les quelques principes élémentaires de déontologie qui suivent; (1) j'ai essayé à délinier ce que doivent être nos rapports mutuels, considérant le milieu dans lequel nous exerçons notre profession; j'ai tâché d'éviter tout ce qui serait inutile: rapports vis-à-vis des spécialistes, etc., pour ne m'en tenir qu'à la définition nette et précise des obligations, des devoirs, les uns envers les autres.

Je me proposè enfin, Messieurs, de joindre aux choses sérieuses quelques instants de détassement. Comme vous le savez sans doute, la prochaine réunion aura lieu à St.-Gabriel de Brandon, mon pays. Nous avons un joli lac. Un tour de yacht, un lunch dans la forêt, dans l'intimité de la nature où nous

1.) Paru dans l'Union Médical, 30 Mars 1904.

pourrions un instant oublier les soucis, les microbes pathogènes, étant donné que cette classe de bactéries n'aiment pas les solitudes boisées, pourraient peut-être intéresser, distraire les membres de notre association. A cet effet, je vous invite tous, Messieurs, à venir à St.-Gabriel de Brandon samedi soir le 11 juin. Le dimanche, jour suivant, aussitôt après diner, nous pourrions tenir une séance afin de faire l'examen et l'adoption de notre projet de tarif et si le temps le permet l'examen des règles déontologiques dont j'ai donné avis de motion. Aussitôt après, nous pourrions prendre les délassements dont j'ai parlé plus haut. Le soir je me propose d'inviter le public à assister à une séance, où le sujet à traiter sera "L'alcoolisme" question extrêmement importante, vous ne l'ignorez pas. Il me semble que ce serait œuvre philanthropique, que de démontrer à nos concitoyens les dangers de l'alcoolisme tant au point de vue de la morale que de la santé publique, et de l'avenir de notre race. C'est vous dire Messieurs, que cette question devrait être traitée au point de vue populaire plutôt que scientifique. Je vous invite à étudier cette question de l'alcoolisme, si importante, si passionnante, si troublante, afin de pouvoir prendre part à la discussion et fournir des arguments, à l'appui de notre thèse.

Au revoir Messieurs, à St.-Gabriel de Brandon.

—: o': —

INTERETS PROFESSIONNELS

LETTRE OUVERTE DE MM. LES ETUDIANTS EN MEDECINE A L'HON. S. N. PARENT.

Monsieur le Premier Ministre,

Les étudiants des universités Laval de Montréal et de Québec entendent parler depuis le commencement de la session, de la passation d'un certain bill dont l'effet est de régulariser la position d'a peu près deux cents soixante "scabs", qui suivent les cours de médecines à Québec et à Montréal. En première et en deuxième lecture, il n'a pas eu d'op-

position; la majorité des étudiants veulent qu'il ne subisse pas la troisième.

Nous sommes des bacheliers ou porteurs de brevets d'études. Nous formons la majorité de la jeunesse universitaire. Parmi nous, est la plus fine fleur des intelligences des collèges de cette province.

Par sept, huit, dix ans d'étude, nous avons acquis les titres qui nous donnent aujourd'hui accès aux diverses professions libérales, nous avons des droits que nous vous demandons de respecter et de faire respecter par votre gouvernement.

Nous sommes loin, M. le premier ministre, d'être une quantité négligeable. Dans un an, dans deux, sûrement dans trois, nous serons dans notre belle province, dans notre district, dans notre comté, dans notre ville ou notre paroisse, des notables.

Nous sommes pour la plupart des électeurs, nous avons droit de protester et nous protestons hautement contre le bill aujourd'hui devant la chambre.

Notre gouvernement a semblé depuis quelques années, s'opposer vigoureusement à l'admission des "scabs" dans les professions libérales. Les étudiants en droit se rappellent du rejet d'un bill présenté dans des circonstances exceptionnelles. M. Henri Laurier, protonotaire à Arthabaska, demandait à la Chambre de l'admettre à la profession d'avocat sans examen. La majorité de la Chambre était libérale. Le frère de M. Laurier était Sir Wilfrid Laurier, premier ministre et chef du parti libéral au Canada. Cependant, la chambre refusa de l'imposer au Barreau. C'était de la part de nos députés un acte d'intelligente indépendance. Nous l'avons remarqué et nous vous en félicitons.

Nous attendons de vous, M. le premier, la même conduite et la même justice. Les circonstances n'ont pas changé. la loi à laquelle veulent déroger les 260 "scabs." Elles existent encore, et celles qui ont fait refuser l'admission de M. H. Laurier, ne sont pas disparues.

En plus le bill sur lequel nous attirons votre attention, M. le premier, est d'un effet beaucoup plus préjudiciable à nos droits, à la justice que nous réclamons de vous et que vous devez à la province. Le bill de M. Laurier était privé, et d'intérêt privé. Celui que nous contestons est public, il forcera le collège des médecins à recevoir 260 "scabs" ou "rats," médecins chirurgiens; il est d'intérêt public.

Nous voulons dire, M. le premier, que ce ne sera pas seulement une injustice à nous, étudiants, mais une injustice à la province, et surtout une injustice aux paroisses et villes où iront s'établir ces "scabs."

Le gouvernement d'un peuple légifère pour le plus grand bien du peuple. La province a intérêt à avoir comme médecins, comme avocats, le moins d'éteignoirs possible. Le gouvernement a, à ce sujet, édicté des lois sévères, mais justes et n'ayant pas tant en but, de diminuer la quantité, que d'augmenter la qualité.

Nous nous sommes conformés à ces lois. Nous avons acquis des droits. Après les obligations, toujours les droits. Nous disons que nous ne croyons pas juste, qu'après avoir assumé les charges, le travail d'un cour classique, les sacrifices de plaisirs et

d'argent qu'il nous faut souvent faire, ceux que nos parents ont toujours, il ne nous resté que le droit de voir récompenser ceux qui n'ont pas peiné, et donner des palmes à ceux qui ne méritent que des chardons.

Si on veut être médecin, M. le premier, qu'on se conforme aux exigences de la loi. Ou on a les connaissances et la science requises, ou on ne les a pas. Si les 260 "scabs" les ont, c'est facile à eux de s'acquérir un titre, et c'est une injustice à tous de les exempter. Si on ne les a pas, si on est ignorant et paresseux, ce qui existe pour au moins 259 sur 260, il est facile au gouvernement de leur répondre de se conformer à la loi, et ce serait une injustice à la province de légiférer contre son bien.

Nous soumettons respectueusement ce que nous pensons de ce bill; nous demandons justice et sommes,

M. le Premier Ministre,

Vos obéissants serviteurs,

La MAJORITÉ DES ÉTUDIANTS.

—: o :—

ASSEMBLÉE DES MÉDECINS DU DISTRICT DE MONTREAL, A L'UNIVERSITÉ LAVAL.

Mardi, le 26 avril, avait lieu à l'Université Laval, une importante assemblée des médecins du district de Montréal. Il s'agissait d'examiner le nouveau bill qui vient d'être présenté à la Législature de Québec à l'effet de modifier la législation de la profession médicale.

M. le Dr. L. Désy présidait et M. le Dr. Camille Bernier agissait comme secrétaire.

Invité à prendre la parole, M. le Dr. Valin résuma nettement la situation.

Depuis longtemps, dit-il, on présente chaque année à la Législature des bills privés demandant qu'on admette à la pratique de la profession médicale un certain nombre d'étudiants irréguliers qui ont commencé leurs études sans être munis du certificat obligatoire.

L'an dernier, une loi fut votée pour mettre fin à cet état de choses mais les bills privés n'en affluèrent pas moins.

Enfin, en ce moment M. Taschereau présente à Québec un projet de loi tendant à généraliser la coutume de l'admission des irréguliers.

L'assemblée de ce soir, conclut M. le Dr. Valin a été convoquée pour protester contre le bill Taschereau.

M. le Dr. Lachapelle qui se lève ensuite expose très clairement la situation.

Longtemps, aucun législateur n'a songé à se mêler des affaires du Corps médical. Un jour on admit le principe du bill privé pour des intérêts particuliers. C'était ouvrir la porte à beaucoup d'abus. A plusieurs reprises, notamment en 1896, et en 1900, on a tenté d'enrayer cette fâcheuse coutume des bills privés, mais le pli était pris.

Voici qu'aujourd'hui on veut faire voter une loi générale confirmant pour toujours le principe du bill privé. Une pareille loi enleverait à la profession médicale la direction de ses destinées.

Le grand argument que l'on donne c'est la bonne foi de certains étudiants qui ont cru pouvoir obtenir le titre de docteur en médecine sans avoir obtenu d'abord le certificat d'admission aux études médicales. Mais nul n'est censé ignorer la loi et ceux qui la respectent méritent certes plus d'égards que ceux qui ont passé outre, à ses exigences.

Le Dr. Lachapelle commence ensuite, les déclarations faites dans le "Star", par le Dr. Hingston. Le Dr. Hingston, dit-il, trouve notre législation médicale très mauvaise et estime qu'il serait aussi bien de n'en avoir pas du tout.

Mais nos Facultés n'ont rien à envier aux Facultés des provinces sœurs, ni à celles des États-Unis.

Elles jouissent d'une autonomie complète et ont même le droit de conférer le diplôme de docteur. Que veut-on de plus?

Quant aux étudiants irréguliers, le Collège Médical est tout prêt à leur conférer le diplôme de docteur s'ils veulent bien commencer par réparer leur faute en passant les examens d'admission qu'ils ont omis avant de commencer leurs études.

MM. les Drs. Marsolais, Lecavalier et Baril ont appuyé les déclarations du Dr. Lachapelle et l'assemblée a voté les résolutions suivantes:

"Les médecins du district de Montréal, convoqués en assemblée à l'Université Laval, le mardi, 26 avril 1904, après avoir étudié la situation intolérable qui menace de leur créer un projet d'amendement à la loi médicale, lequel annulerait la loi de 1903, qui a été passée à l'unanimité des deux chambres législatives, à Québec et avec le consentement des officiers du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, et qui, dans l'esprit des législateurs devrait mettre fin aux inconvénients immenses apportés par les bills privés antérieurs, ont résolu à l'unanimité de formuler une protestation énergique contre cette nouvelle tentative d'enlever à la profession médicale ses prérogatives légales et son autonomie professionnelle et que cette protestation soit transmise au président du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec et à la législature sous le plus bref délai."

Une délégation de dix médecins a été chargée de se rendre à Québec, jeudi matin, pour protester contre la considération, par le comité de législation, du fameux amendement.

L'interview de Sir William Hingston, commentée par le Dr. E. P. Lachapelle, se lisait à peu près comme suit:

"Notre législation sur les études médicales est si peu efficace, qu'il serait presque aussi bien de n'en pas avoir du tout.

"On rencontre trop souvent, dans les Universités, a-t-il dit, des professeurs qui tout en étant d'excellents praticiens sont mal préparés pour l'en-

seignement. Ils sont aidés d'assesseurs, dont la tâche est mal définie. Cette situation empêche dans une certaine mesure d'arriver à des résultats aussi brillants qu'on pourrait le désirer.

"Quant aux examens, il serait préférable, selon le Dr. Hingston, d'adopter le système français ou allemand.

"En France, l'Etat a institué un corps d'examineurs qui servent d'intermédiaires entre le corps enseignant et le public et ne permettent l'exercice de la profession qu'aux étudiants très sérieusement préparés.

"Quant aux jeunes gens qui ont commencé leurs études médicales sans avoir obtenu le certificat d'admission, ils sont évidemment coupables mais la première faute revient encore à la législation actuelle et il ne me semble pas raisonnable de faire perdre à des étudiants sérieux le bénéfice de quatre ou cinq années de travail."

: o :

Revue des journaux

MEDICINE

ENTEROCOCCIE A FORME DE FIEVRE INTERMITTENTE.

Par MM. Courtois-Suffit, médecin de la Maison municipale de santé, et Trastour, interne des hôpitaux.

L'entérocoque de Thiercelin, saprophyte intestinal, a paru jusqu'ici manifester sa virulence suivant quatre modes:

1. Dans les entérites (Marfan et Bernard, Bécère et Lesage, Tissier);
2. Dans les broncho-pneumonies (Rosenthal);
3. Dans les infections hépatiques (Thiercelin, Chevrey, Gnudi);
4. Dans les méningites cérébro-spinales (Thiercelin et Rosenthal, Babonneix et A. Delille).

Nous avons eu l'occasion d'observer nous-mêmes à la Maison municipale de santé un nouveau cas d'entérocoque au moment où MM. Hudelo et Dehéraïn en observaient deux autres dans le même établissement. Ces observations nous permettent d'ajouter un syndrome nouveau aux faits cliniques concernant déjà l'entérocoque. Il s'agit d'une véritable fièvre intermittente non cyclique, due au passage du germe dans le sang lorsque sa virulence s'exalte par suite de troubles intestinaux.

Le nommé W..., âgé de dix-sept ans et demi, entre, à la Maison municipale de santé, le 3 octobre 1902, avec le diagnostic de fièvre typhoïde.

Les symptômes qu'il présente lors de son entrée dans le service nous font affirmer ce diagnostic. Il

existe de la céphalée persistante, de l'insomnie; le ventre légèrement ballonné est douloureux, mais sans maximum dans la fosse iliaque droite. Il existe de la constipation. La rate est notablement augmentée de volume. Le malade a présenté la veille et l'avant-veille deux ou trois petites éristaxis.

Enfin il existe de l'angine érythémateuse. Il est vrai qu'on ne trouve pas de taches rosées, mais nous sommes encore dans les tout premiers jours de la maladie. Par contre la température est très élevée, 40 degrés, ce qui nous engage à instituer aussitôt le traitement par les bains froids.

Le lendemain l'état est le même, la céphalée persiste. L'asthénie surtout reste très prononcée. Cependant la température semble déjà avoir une tendance à diminuer et dans la soirée le malade a seulement 38 degrés, 6.

Le surlendemain état stationnaire. La température remonte dans la soirée à 40 degrés 6, mais pour redescendre le 6 au matin à 38 degrés 2.

L'angine a complètement disparu; la céphalée est devenue presque supportable.

Le ballonnement du ventre a cédé aux lavements et à un purgatif léger qui ont amené la production des gardes-ropes abondantes.

A partir du 6, la température reste à la normale, tous les phénomènes s'amendent et l'on est obligé de rejeter le diagnostic de dothiéntérie. Du reste, le séro-diagnostic recommencé à deux reprises est resté négatif, même dans la proportion de 1 goutte de sérum pour x gouttes seulement de culture de bacille d'Eberth, qui ont toujours conservé leur mobilité. Nous n'avions eu affaire qu'à un simple embarras gastrique fébrile et le jeune W... sort guéri de la Maison municipale de santé le 16 octobre.

Il entre à nouveau dans la soirée du 20 octobre renvoyé par son médecin avec des symptômes analogues à ceux présentés quinze jours auparavant.

La température est à nouveau remontée à 40 degrés. La constipation a reparu.

Il n'existe cette fois ni douleurs abdominales, ni céphalée, mais seulement un grand état de faiblesse, une dépression extrême. La langue est sabburrale, l'anorexie est complète.

A l'examen le ventre n'est pas météorisé; mais la rate est à nouveau très augmentée de volume. Le foie aussi présente une certaine hypertrophie. Il déborde de deux travers de doigt les fausses côtes et cette hypertrophie du foie coïncide avec l'existence d'un ictère qui est apparu avec la réascension de la température. Les téguments, les muqueuses, les conjonctives oculaires présentent une teinte jaune évidente quoique pas extrêmement prononcée. Les urines, diminuées de quantité, sont plus foncées que normalement. Elles sont légèrement albumineuses et contiennent des pigments biliaire, mais en petites quantités. Quant aux matières fécales, elles sont peu colorées, mais non blanches crayeuses.

Le lendemain 21 l'état est à peu près le même. L'ictère ne s'accroît pas. La température qui le matin était à 38 degrés remonte le soir à 40 degrés. Mais dès le lendemain elle retombe au-dessous de 38 degrés et s'y maintient les jours suivants.

La constipation persiste encore quelques jours, rebelle à tous les laxatifs, ne cédant qu'à l'administration de purgatifs énergiques. Cependant l'ictère diminue; les urines deviennent plus claires, plus abondantes.

Le 1er novembre, le malade paraît convalescent et commence à s'alimenter.

Le 4 novembre dans la soirée la température remonte encore brusquement à 39 degrés 6.

La constipation reparaît les jours suivants. Le foie et la rate restent toujours un peu hypertrophiés, augmentent de volume sans toutefois devenir douloureux. Cette fois il n'existe pas d'ictère mais seulement du subictère et les urines restent claires sans pigments biliaires. Ce qui domine l'état général, de même que dans les autres crises qu'à présentées le malade, c'est l'affaiblissement général, l'abattement, une sensation de lassitude extrême. En outre le malade a éprouvé au début de l'accès trois ou quatre frissons d'une durée de quinze minutes environ, frissons qui se renouvelaient au moindre mouvement; cet état persiste quarante-huit heures. Le 6, la température commence à redescendre: 38 degrés 8 le matin, 37 degrés 9, le soir. Elle est à 37 degrés le 7 novembre, et restera normale jusqu'au 19. Les phénomènes intestinaux s'amendent assez rapidement après la crise, le subictère disparaît. Le malade conserve cependant un foie un peu hypertrophié, non douloureux et une grosse rate, qui diminuera, mais lentement, de volume.

Nouvelle poussée de fièvre, brusquement comme les autres, le 19 novembre, sans frissons cette fois, sans ictère et sans hypertrophie du foie.

Inappétence, constipation, langue saburrale. La rate augmente de volume. Amendement de ces symptômes et chute de la température à la normale dès le 22 novembre.

Mais après chaque nouvelle poussée le malade reste plus affaibli, plus amaigri. Son teint pâle légèrement subictérique indique une anémie assez prononcée. La numération donne seulement 2960,000 globules rouges par millimètre cube.

Cinquième poussée le 1er décembre. La température monte seulement à 39 degrés 4, et le soir du même jour elle n'est plus que de 38 degrés 5. Le malade n'a pas éprouvé de frissons au début de ce nouvel accès, mais présente cette fois un état nauséux, très marqué. Il est pris dans la journée à plusieurs reprises de vomissements bilieux.

Il existe du subictère assez prononcé. Le foie n'est pas douloureux, pas augmenté de volume. La rate au contraire est grosse et en plus douloureuse. La douleur est spontanée avec par moments des élancements que réveille la pression dans la région splénique.

Amélioration les jours suivants et le malade est de nouveau apyrétique le 4 décembre.

Cette fois, la période d'apyrexie, qui avait déjà été moins longue entre les deux accès précédents qu'entre les premiers, sera encore écourtée. Il semble, en effet, que les accès aient une tendance marquée à se rapprocher. D'autre part, leur intensité diminue, et le dernier accès auquel nous ayons as-

sisté s'est montré beaucoup moins aigu que les autres.

Le 11 décembre, la température remonte, mais son maximum ne dépassera pas cette fois 38 degrés 4, pour redescendre dès le lendemain à 37 degrés 6. Les autres symptômes de la crise se limitent à de la constipation avec un peu de subictère, une nouvelle augmentation de volume de la rate qui cependant reste moins grosse que dans les autres poussées. La langue est saburrale, mais ce symptôme n'apparaît, comme nous l'avions déjà remarqué dans les autres crises, que vingt-quatre heures après l'élévation de température.

Enfin la sensation de fatigue, de lassitude est moins prononcée que dans les accès précédents. Néanmoins la crise passée le malade reste toujours de plus en plus affaibli. Aussi nous rendons-nous assez volontiers au désir de la famille du malade qui manifeste l'intention d'emmener le jeune W... à la campagne dans l'espoir que son état général en sera heureusement modifié.

Telle est le résumé l'histoire de notre malade. Ce qui frappe tout d'abord au simple examen de la courbe thermique, c'est l'intermittence de la température. Des accès de fièvre atteignant 40 degrés et plus, séparés par des périodes d'apyrexie complète de dix à quinze jours, se sont succédé à cinq reprises, s'accompagnant chaque fois d'un ensemble de symptômes dans lequel dominent l'asthénie extrême l'existence des troubles gastro-intestinaux (langue saburrale, constipation opiniâtre.) l'augmentation du volume de la rate qui devient douloureuse.

Ces accès ont été précédés, parfois de frissons. Enfin la nature intestinale de l'affection s'est manifestée d'une façon plus nette encore dans certaines crises par la coïncidence d'une poussée d'ictère et par l'augmentation de volume douloureuse du foie.

En présence de cette évolution le diagnostic fait au début de dothiéntérie fut vite écarté. Nous n'avions pas affaire non plus à des accès de fièvre paludéenne ni à des la fièvre récurrente. Le caractère bien différent des crises, l'absence de l'agent spécifique de ces affections dans le sang de notre malade au moment des crises permettent de l'affirmer.

D'autre part le nommé W... ne présentait aucune trace tuberculeuse.

L'étude bactériologique du sang de notre malade nous permet seule de faire le diagnostic d'entéroccie.

On sait l'importance de plus en plus grande que prend chaque jour dans la pathologie intestinale ce germe étudié par M. Thiercelin.

Mais il a été rarement observé en tant qu'agent de septicémie. Aussi nous a-t-il paru intéressant de rapporter l'observation de notre malade où les manifestations cliniques ont en outre présenté une allure si particulière.

Bactériologie. — Nous avonsensemencé le sang du malade recueilli aseptiquement par ponction d'une veine du coude, dans des ballons contenant des quantités variables de bouillon (de 80 à 200 grammes) suivant la méthode de Courmont. Nous avons répété ces ensemencements à chaque nouvelle poussée de température, jusqu'à la troisième crise.

Nous avons chaque fois obtenu une culture pure d'un germe restant coloré par la méthode de Gram, se présentant sous forme de cocci, tantôt isolés, plus fréquemment groupés en diplocoques, mais pouvant aussi, quoique plus rarement, s'associer en piles de boulets de trois éléments, en tétrades, en courtes chaînettes toujours décomposables, en diplocoques.

Ces groupements ont été signalés, on le sait, par M. Thiercelin, qui insiste sur ce polymorphisme de l'entérocoque.

L'ensemencement sur gélose nous a montré le développement au bout de vingt-quatre, trente-six heures, de colonies d'abord isolées, rondes, de petites dimensions, légèrement saillantes.

Au bout de quelques jours, ces colonnes deviennent confluentes sont assez nombreuses, et la culture prend l'aspect d'une nappe à contours polycycliques, opalescente.

Par piqure en tube droit, on obtient l'aspect d'un clou, le développement se faisant dans la profondeur moins abondamment qu'à la surface.

Sur gélatine, le germe donne des colonies comparables, et, fait important, la gélatine n'est pas liquéfié.

Ce diplocoque germe aussi très bien dans les milieux liquides.

Le bouillon est troublé au bout de vingt-quatre heures; puis, au bout de quelques jours, il se clarifie et il se forme un culot qui, lorsqu'on agite le tube, ne se désagrège pas, mais forme une sorte de torsade.

Le sérum d'ascite est troublé par le développement de ce germe, qui pousse aussi très bien dans le lait, dont il produit rapidement la coagulation.

Nous avons, enfin, tenté l'inoculation à la souris et au cobaye. Nous n'avons pas obtenu la mort de ces animaux. On sait d'ailleurs, que la virulence de l'entérocoque vis-à-vis des animaux de laboratoire s'est montrée très inégale, et MM. Thiercelin et Rosenthal ont signalé l'inconstance de son action.

(Gaz. des Hôpitaux.)

LA PSYCHOLOGIE DU REVE.

A l'une des dernières séances de la Société d'hypnologie, M. le Dr. H. Beaunis a exposé un certain nombre d'observations et de considérations desquelles il tire les conclusions suivantes: les phénomènes du rêve peuvent se décomposer en trois phases: phase d'excitation initiale, phase de souvenir, phase d'irradiation. La seconde phase semble pouvoir se produire en dehors de toute action initiale sensitive, sous une simple variation de pression ou de composition du sang (action chimique) qui agit directement sur un centre cérébral pour déterminer l'apparition d'un souvenir, point de départ du rêve. Les souvenirs qui apparaissent dans les rêves peuvent provenir d'événements du jour même ou des jours précédents ou d'époques plus ou moins éloignées. Les deux ordres de souvenirs peuvent s'amalgamer dans le même rêve. L'évolution

biologique du rêve correspond assez exactement à l'évolution organique et psychologique de l'individu.

(Le Concours Médical.)



STOMATITE DES TUBERCULEUX.

D'après M. le Dr. G. Petit, in Rev. intern de la tuberculose, la stomatite des tuberculeux et une véritable entité morbide; dès le début, elle est caractérisée par la douleur, la céphalagie et la température; elle a des allures d'une maladie infectieuse et aboutit toujours à l'ulcération. La stomatite des tuberculeux coïncide toujours avec la tuberculose pulmonaire ou intestinale, jamais, ou exceptionnellement, avec la tuberculose osseuse. Le diagnostic de cette affection est excessivement difficile, car ses symptômes ressemblent à ceux de la stomatite aphteuse. Il est de toute importance de différencier ces deux affections; pour cela, on s'appuiera sur l'examen général du sujet, d'une part, et l'absence d'épidémie, d'autre part. La stomatite des tuberculeux coïncide avec une modification pulmonaire, en général l'aggravation, ou simplement avec une réaction fébrile exagérée; d'autres fois elle peut apparaître sans cause, mais il est de règle de la voir survenir chez les fabricants dont la température alors ne présente plus de défervescence matinale. L'adénite cervicale est constante; elle persiste pendant plusieurs semaines après la guérison, et peut même suppurer. La durée de la stomatite des tuberculeux est de quinze jours, mais, si on intervient dès le début, le malade peut être débarrassé en quelques jours. Le traitement de choix est le suivant:

- Biborate de soude... .. 4 grammes.
- Chlorate de soude... .. 4 grammes.
- Eau bouillie... .. 100 grammes.

Une cuillerée à café dans un verre d'eau bouillie (ne jamais introduire d'alcool dans la formule). cou avec une pommade gâchée au 1/10. Dès que Lait alcalinisé, œufs crus, quinine. Bâtonner les cérations, il faut, pour faciliter la réparation, tor la période inflammatoire est remplacée par les ulcher celles-ci avec:

- Iodure de potassium... .. 1 gramme.
- Glycérine..... .. 15 grammes.
- Eau de chaux... .. 15 grammes.

Assurer l'antisepsie de l'intestin. Purgatifs salins. Lavements alcalins.

Se souvenir que l'alcool est un irritant et ne doit pas entrer dans la formule des collutoires ou gargarismes. Quant aux antiseptiques, ils sont impuissants dans ce cas. Il faut également suspendre toute intervention sur le système dentaire pendant la durée de l'affection.

(Le Concours Médical.)



HÉMIATROPHIE FACIALE DANS LES PARALYSIES DU PLEXUS BRACHIAL.

D'après M. le Dr. J. Tournaire fils, de Tain (Drôme), les paralysies du plexus brachial peuvent s'accompagner d'hémiatrophie faciale du côté correspondant.

C'est seulement dans les paralysies radiculaires totales ou inférieures qu'on la rencontre.

Les cas où on l'a notée sont assez rares. Nous avons pu toutefois en relater cinq observations, quatre des auteurs et une inédite.

Cette hémiatrophie faciale peut être rapide et très accusée et s'explique par la lésion des filets sympathiques des racines du plexus brachial (dernières paires cervicales et première dorsale). Le sympathique a une action trophique sur la face; le centre médullaire et le trajet des filets qui ont cette fonction sont très rapprochés de ceux des filets irido-moteurs et peut-être identiques à eux.

Cette hémiatrophie peut s'accompagner de parésie de certains muscles de la face et de la langue, avec une diminution de la contractilité faradique, et on peut l'expliquer par l'atrophie de rameaux nerveux moteurs de certains nerfs crâniens sous la dépendance des lésions du sympathique.

(Le Concours Médical.)



LA MALADIE DE BASEDOW A FORME FRUSTE.

M. Dr. Edouard Girod signale dans sa thèse une trentaine d'observations de malades atteints de maladie de Basedow, c'est-à-dire de goitre exophtalmique à formes frustes. Dans ces différents cas, on a noté que les troubles fonctionnels du cœur et des vaisseaux, considérés comme une des principales manifestations de la maladie de Basedow ordinaire, peuvent occuper une place prépondérante dans les formes frustes.

La recherche du syndrome de Basedow est indiquée chez les malades atteints de troubles cardiovasculaires; tachycardie, arythmie, pouvant aller jusqu'à l'asystolie, quand l'examen clinique n'a pas révélé de lésions causales dans le cœur et les vaisseaux.

Dans la tachycardie et l'asystolie d'origine basedowienne, la digitale est un médicament de choix, à dose élevée, à moins de contre-indications spéciales.

Le traitement électro-faradique a donné aussi de bons résultats à M. Vigouroux; d'autres auteurs emploient le courant continu galvanique.

MM. Laquerrière et Delherm utilisent un mode électrique qui réunit les propriétés de ces deux procédés: c'est le courant ondulatoire dont voici la technique:

1.) Appliquer une large plaque sur la face postérieure du cou. Une deuxième plaque recouvre le corps thyroïde qu'elle dépasse;

2.) Relier le pôle positif à la plaque postérieure le pôle négatif à la plaque antérieure;

3.) Amener progressivement le courant à 3040 milliampères pendant 5 à 10 minutes;

4.) Ne pas produire d'interruptions de courant et par conséquent de secousses;

5.) A la fin de la séance ramener le courant progressivement à 0.

L'indication importante est d'atteindre le maximum d'intensité tolérable.

Lorsque le traitement est bien appliqué, en général, on observe les résultats suivants:

La circonférence du cou subit une diminution dès les premières séances.

Les crises de palpitations, l'angoisse précordiale, et en général les symptômes douloureux sont parmi les phénomènes qui s'atténuent ou disparaissent les premiers.

La tachycardie diminue plus lentement. Il en est de même des sueurs et de la diarrhée.

En somme, au bout d'une quinzaine de jours, il arrive souvent que l'état du malade est transformé du tout au tout.

(Le Concours Médical.)



LA CIRCULATION DU LIQUIDE CEPHALORACHIDIEN.

Par M. le Dr. Cathelin.

L'auteur substitue sa théorie cyclique à la théorie existante du flux et reflux. Des plexus choroïdes, ses glandes sécrétrices, le liquide céphalorachidien se décharge, s'accumule dans le sac arachnoïdien, passe dans les gaines périvasculaires, sorte d'intermédiaire entre le sac et le système lymphatique; il se mélange, ainsi, avec la lymphe pour traverser le réservoir de Pecquet, le canal thoracique, la veine sous-clavière, la grande circulation, et, au gré de l'inventeur, remonter, avec les riches vaisseaux afférents des plexus, à sa source, et de nouveau, et toujours circuler.

(Presse Médicale.)



LE RADIUM ET LES CORPS RADIO-ACTIFS.

M. le Dr. Millan a résumé, dans un très intéressant article de la Revue des Hôpitaux, l'état de nos connaissances actuelles sur le radium et les corps radio-actifs.

Sous le nom de radio-activité, M. Henri Becquerel a désigné, il y a quelques années, la propriété jusqu'alors ignorée qu'ont certains corps, "d'émettre spontanément ou du moins, sans cause actuellement connue, des radiations invisibles qui traversent les corps, que ceux-ci soient opaques ou transparents pour la lumière".

Ainsi, les composés d'uranium, en l'absence de toute cause provocatrice connue, lumière ou autre,

avec une intensité constante, émettent des radiations qui impressionnent une plaque photographique à travers des corps opaques même métalliques; ces radiations rendent conducteurs de l'électricité l'air ou les gaz qu'ils traversent, aussi déchargent-ils les corps électrisés à proximité desquels ils se trouvent."

M. Schmidt a constaté que le thorium était également radio-actif. M. et Mme Currie ont retiré de la pechblende, deux produits, plusieurs milliers de fois plus actifs que l'uranium: l'un uni au bismuth, le polonium l'autre mélangé au baryum, le radium. L'actinium a été isolé ensuite par M. Debierne. Ce sont là les principaux corps radio-actifs.

Propriétés du radium. — Le radium est un métal du même groupe que le calcium, le strontium. Son poids atomique est de 258 environ, c'est-à-dire le plus élevé connu; le bismuth n'a que 208, le mercure 200. Tous les corps radio-actifs ont une atomicité très élevée.

Les émanations du radium sont de trois catégories: a) une émanation gazeuse arrêtée par le verre dont les molécules ont une vitesse analogue à celle de la lumière et dont les émanations rendent l'air conducteur de l'électricité et impressionnent fortement une plaque photographique; b) une émanation ultra-gazeuse (quatrième état de la matière) très pénétrante qui traverse le verre et les métaux et peut impressionner une plaque photographique à travers cinq ou six millimètres de plomb et plusieurs centimètres de bois et d'aluminium. Ces émanations sont analogues à une grêle "de projectiles, traversant une cible". Elles rendent, comme les précédentes, l'air conducteur et déchargent un électroscope, alors même que le radium est à trois mètres de distance; c) une émanation de rayons de Roentgen.

Les rayons ultra-gazeux sont moins pénétrants que les rayons Roentgen. Une photographie d'objets enfermés dans une boîte est prise en trois jours par le radium, en trois minutes par les rayons de Roentgen.

Les rayons gazeux rendent très vivement lumineux les écrans phosphorescents, mais ne sont pas déviés par les aimants. Les rayons ultra-gazeux sont au contraire déviés par les aimants, mais rendent très faiblement lumineux les corps phosphorescents.

Ces émanations du radium ont pu être mesurées et l'on a pu calculer que, pour chaque centimètre carré de surface rayonnante, il s'échappe un flux de matière dont le poids total atteindrait un milligramme environ au bout d'un milliard d'années. C'est presque dire que la perte est nulle pour des actions aussi énergiques.

Action calorique du radium. — A côté de ses actions chimiques ou lumineuses, le radium possède encore une action calorique. La température propre de ce corps dépasse toujours de un degré environ le milieu environnant. Il résulte de là, que le radium émet de la chaleur. On en a évalué la quantité à cent calories par heure et par gramme de

radium. Cette quantité de chaleur est telle que la provenance de toute la chaleur du soleil pourrait être expliquée, si cet astre renfermait 3 gr. 6 de radium par mètre cube. Il n'est d'ailleurs pas impossible qu'il en soit en réalité ainsi, car, ainsi que le fait remarquer M. J. Deschamps (Arch. gén. de méd., 5 janvier 04, p. 44), l'hélium, qui existe en abondance dans le soleil, se trouve aussi dans l'uranium, le thorium et autres substances radio-actives, et un sel de radium donne dans le spectre huit raies, dont quatre au moins se confondent avec celles du spectre de l'hélium. Il semble dès lors possible de regarder l'hélium comme un produit de désintégration atomique du radium, en sorte que la présence dans le soleil du premier de ces métaux, exige celle du second.

Action physiologique. — Elle n'est pas encore bien connue, car il n'y a pas encore assez de radium isolé pour des expériences nombreuses.

Un certain nombre de faits sont cependant acquis. Les émanations du radium ont un pouvoir physiologique destructeur, non sur les muscles, ni les organes profonds, mais sur les téguments, les poils, l'épiderme, le derme, les terminaisons nerveuses.

Le système nerveux central de la grenouille n'est pas impressionné; mais chez les vertébrés supérieurs, il se produit des troubles vaso-moteurs entraînant des paralysies d'origine centrale.

Un des phénomènes les plus curieux, constaté par Bohn, est le suivant: il suffit que les rayons du radium traversent le corps d'un animal pendant quelques heures pour que les tissus acquièrent des propriétés nouvelles, qui pourront rester à l'état latent pendant de longues périodes, pour se manifester tout à coup au moment où normalement l'activité des tissus augmente.

Il faut distinguer la phosphorescence de la radio-activité. La phosphorescence résulte toujours "d'une énergie primitivement accumulée et qui se dépense peu à peu, presque toujours assez rapidement. On peut comparer l'émission phosphorescente à l'émission sonore d'une cloche qui continue pendant un temps plus ou moins long après le choc du marteau qui l'a frappée".

"Au contraire, les corps radio-actifs, en l'absence de toute excitation connue lumineuse ou autre, émettent, avec une intensité constante, des radiations qui impressionnent une plaque photographiquement s'accompagner d'hémiatrophie faciale du côté talliques."

(Le Concours Médical.)

CHIRURGIE.

LA MOBILISATION DES FRACTURES.

M. le Professeur Cornil a communiqué récemment à l'Académie de Médecine, les résultats de ses expériences avec M. P. Coudray, en vue de corrobore

rer les affirmations que M. Lucas-Championnière n'a cessé de professer et d'appliquer depuis plus de 25 ans, à savoir que l'on perd son temps et surtout celui de ses malades en les immobilisant dans des appareils inamovibles et que la meilleure réparation des fractures s'obtient par un traitement méthodique dans lequel une "certaine dose de mobilisation" est un des éléments nécessaires.

La communication de M. Cornil et de M. Courdray porte sur l'étude approfondie de ce qui se passe chez les animaux. Les auteurs ont opéré sur des lapins. Leurs résultats sont surprenants. Voici d'ailleurs comment ils ont résumé leurs expériences:

Dans les fractures mobilisées nous voyons au bout d'un certain temps (onze à douze jours) l'irritation aboutir à la production d'un tissu fibreux qui s'interpose entre les fragments déjà recouverts par le cartilage qui est beaucoup plus abondant que l'os nouveau. C'est la présence de ce tissu fibreux qui protège le tissu osseux nouveau.

Nos recherches sur les fractures abandonnées à elle-même indiquaient une consolidation très rapide (quinze à dix-huit jours), soit que les fragments fussent au contact, soit qu'il y eut chevauchement. La mobilisation journalière nous montre, d'autre part, l'extrême difficulté qu'il y a de provoquer des pseudarthroses chez l'animal.

On ne peut sans doute, conclure du lapin à l'homme, mais on sait à n'en pas douter que les phénomènes histologiques du cal sont identiques chez l'un et chez l'autre. Rigal et Vignal, entre autres, en ont donné la démonstration en comparant des cals expérimentaux avec des cals humains; chez ces derniers, il y avait un processus un peu plus lent, mais en somme la différence était minime et ne portait que sur quelques jours. Cette manière de voir est en concordance avec l'opinion de M. Lucas-Championnière qui pense que chez l'homme les fractures traitées par la mobilisation articulaire et le massage se consolident beaucoup plus vite qu'on ne le croit généralement.

En somme, la mobilité des fragments n'a pas sur la non-consolidation des fractures l'importance primordiale qu'on lui a attribuée autrefois. Il faut donc penser que lorsqu'une fracture ne se consolide pas, il y a une autre cause que la mobilité; en d'autres termes la mobilité est plutôt un résultat qu'une cause de la non-consolidation. Il y a, ou bien un obstacle local à la consolidation, appareil trop serré ou placé prématurément et par suite exerçant une compression, ou bien une interposition musculaire ou bien il faut incriminer une cause générale en vertu de laquelle les tissus manquent de plasticité.

Il est vraisemblable que le meilleur traitement de la non-consolidation, l'interposition musculaire mise hors de cause, est la mobilisation plus ou moins énergique des fragments suivant une méthode qui n'a rien de nouveau, puisqu'elle a été recommandée par Celse. Expérimentalement, la méthode n'a rien de dangereux, à la condition que la peau ne soit pas trop irritée ni amincie par les fragments. Sinon, on pourrait voir survenir de la suppuration, même sans perforation des téguments.

"Les lésions provoquées par ces mobilisations des fragments n'ont rien de bien grave: ce sont de petites hémorrhagies que nous avons rencontrées dans le tissu conjonctif inter-fragmentaire, une inflammation de ce tissu conjonctif et des esquilles microscopiques, ces derniers témoignant d'une vigueur incontestable dans la prolifération des fragments."

On ne peut être plus affirmatif et la tenacité de M. Lucas-Championnière dans l'application de sa doctrine se trouve ainsi justement récompensée, puisque désormais, il n'y aura plus d'objections sérieuses à lui opposer.

(Le Concours Médical.)

—:o:—

Therapeutique et Mat. Medicale

TRAITEMENT DU LUPUS PAR LES APPLICATIONS D'ACIDE CHLORHYDRIQUE.

Par M. le Dr. Drown.

Il s'agit de l'acide non purifié du commerce. Après insensibilisation par le chlorure d'éthyle, l'application est faite sur une étendue ne dépassant pas la dimension d'une pièce de 5 fr.; mais plusieurs applications successives peuvent être faites dans une même séance. Frotter énergiquement avec un tampon d'ouate trempé dans l'acide. S'il y a hémorragie elle s'arrête par une nouvelle application d'acide. La cautérisation terminée, on calme la douleur en pulvérisant encore du chlorure d'éthyle, puis l'on recouvre de tarlatane. Les eschares tombent dans l'intervalle de huit à quinze jours. S'il reste des points suspects, les marquer à l'encre, pulvériser du chlorure et limiter la cautérisation aux points noirs restés visibles à travers la couche de givre. La cicatrice est lisse.

(Bull. Méd.)

—:o:—

LA VALEUR DU SERUM DE TRUNECEK.

On a fait, depuis quelque temps, beaucoup de bruit autour du sérum de Trünecek à propos du traitement de l'athérome, M. le Dr. H. Chrestien vient de remettre les choses au point, dans un article du Poitou Médical.

Le sérum de Trünecek est un liquide transparent, alcalin, de saveur salée, contenant 6,12 de sel pour 100 de véhicule, et dont le poids spécifique est de 1,04. Sa formule est la suivante:

Sulfate de soude...	0,44
Chlorure de sodium...	4,92
Phosphate de soude...	0,15
Carbonate de soude...	0,20
Sulfate de potasse...	0,40
Eau distillée q. s. pour 100 gr.	

Cette formule reproduit, on le voit, la teneur du sérum sanguin en sels minéraux, mais à un degré de concentration dix fois supérieur. Il convient cependant de signaler la suppression des phosphates de chaux et de magnésie, dont le sérum sanguin contient 0,73 p. 1000, et que Trünecek a supprimés, et l'addition du sulfate de potasse, qui n'existe que dans le caillot du sang humain. Ce sérum n'est donc pas un véritable sérum, puisqu'il ne contient pas de matières albuminoïdes: c'est une solution saline concentrée reproduisant approximativement la formule de constitution du sérum sanguin.

Pour être stérilisé, le sérum de Trünecek doit être distillé et ensuite filtré sur une bougie de porcelaine. Il se conserve très bien en grande quantité surtout si l'on a soin d'y ajouter une substance faiblement antiseptique, telle que la réeorcine, à la dose de 1 gr, par litre.

Trünecek injecte son sérum tout d'abord à la dose d'1 cc., et il renouvelle l'injection tous les quatre ou sept jours, jusqu'à 5 et 7 cc. On peut, d'ailleurs, en cas de besoin, rapprocher les séances sans inconvénient.

En général, l'injection est faite dans une région riche en tissu cellulo-adipeux, comme la fesse et la cuisse; la dose injectée dépasse rarement 4 cc. Si les accidents de suppuration sont très rares, les injections sont douloureuses, et, quoi qu'en ait dit Trünecek, elles laissent souvent après elles des indurations désagréables qui s'effacent lentement.

Pour éviter cet inconvénient, le docteur Léopold Lévi a préconisé l'emploi du sérum en lavements ou en poudre à prendre en cachets. Il faut écarter résolument ces deux modes d'administration dans l'étude des résultats obtenus, et nous en tenir exclusivement à la méthode de Trünecek. L'absorption buccale ou rectale des médicaments en modifie tellement l'action qu'il ne peut plus être question de sérothérapie. La prise directe du sérum par le sang, dans les espaces conjonctifs constitue seule une méthode nouvelle et intéressante. L'idéal serait même l'injection intraveineuse, s'il n'y avait lieu de redouter l'action toxique des solutions salines concentrées sur les éléments figurés du sang et les perturbations brusques de la pression artérielle.

Des quatre observations fournies par M. Trünecek à l'appui de sa méthode, deux seulement paraissent concluantes. M. Léopold Lévi a obtenu une amélioration, à la suite des injections de sérum de Trünecek, non seulement dans l'artério-sclérose, mais encore dans les affections les plus dissimilables: neurasthénie, monoplégies, hémiplegies, paralysies pseudo-bulbaires. Le docteur Bardet a eu recours à cette méthode dans douze cas d'artério-sclérose bien marquée. Ces douze observations se divisent en deux groupes: six fois le résultat a été nul, et six fois une amélioration très nette s'est produite. Si l'on examine avec soin les détails, on constate bien vite que l'amélioration s'est manifestée toujours de la même manière: disparition des vertiges, de la céphalée, des bourdonnements d'oreilles, ralentissement du pouls, diminution de l'hypertension.—

C'est en réalité, comme hypotenseur seulement

qu'agit le sérum de Trünecek, mais il est sans action sur les lésions de l'artério-sclérose.

(Le Concours Médical.)

—:o:—

PEDIATRIE

LA RATION ALIMENTAIRE DU NOURRISSON.

Dans un des derniers numéros du Journal des Praticiens, M. le Pr. Budin s'élève contre la tendance que l'on a de donner trop de lait aux nourrissons. La suralimentation est la cause générale des troubles digestifs de l'enfance; il vaut mieux pécher par excès contraire.

Un enfant qui ne prend pas assez de lait peut ne pas augmenter; il peut même diminuer, mais il n'a pas de troubles digestifs; dès qu'en lui donnant plus de lait on arrive à la quantité nécessaire, on le voit rapidement s'accroître.

Pour les enfants allaités artificiellement, le Pr. Budin recommande donc une quantité égale au dixième du poids de l'enfant.

Par exemple, après le dixième jour, pour un enfant pesant aux environs de 2.000 grammes, 200 grammes de lait pur, stérilisé, contenant 37 à 38 grammes de beurre. — Pour un enfant de 3 à 4 mois, pesant de 4 à 5 kilogrammes, 480 à 500 grammes de lait.

Cette quantité peut être élevée chez les enfants débiles, chez les prématurés. En ce cas, elle peut atteindre le cinquième du poids de l'enfant.

(Le Concours Médical.)

—:o:—

FORMULAIRE

CYSTITE TUBERCULEUSE.

D'après M. Howitz, il faut tout d'abord combattre la purulence des urines et les douleurs vésicales au moyen du salol ou du galacol associé à des médicaments calmants:

Sulfate de codéine... .. 30 cent.
Salol..... 6 gr.

Mêler et diviser en 20 cachets. Prendre un cachet après chaque repas.

Ou:

Chlorhydrate de codéine... .. 0 gr. 30
Extrait de chanvre indien... .. 0 gr. 30
Carbonate de galacol... .. 6 gr.

Mêler. Faire 20 capsules gélatineuses. Prendre une capsule après chaque repas.

Contre la fermentation ammoniacale de l'urine, Nécrologie:
employer:

Utropine... 30 cent.
Pour un cachet, 4 fois par jour.

Ce médicament présente d'ailleurs l'avantage de pouvoir être administré sans inconvénient dans les cas de cystite tuberculeuse compliquée de néphrite interstitielle.

(Jour. de Méd. de Bordeaux.)

FEU LE DR. J. P. CHARTRAND,

La Faculté de Médecine de l'Université Laval, à Montréal, vient de perdre l'un de ses distingués professeurs titulaires dans la personne du Dr. Joseph Pierre Chartrand, décédé mardi matin, le 24 avril, à la suite de méningite cérébrale.

CONTRE LA SYPHILIS GRAVE.

Biodure de mercure... 0 gr. 20
Iodure de potassium pure... 0 gr. 20
Eau distillée stérilisée... 10 cc.
1 à 2 centimètres cubes en injection tous les jours, selon la gravité des cas, durant 3 ou 4 semaines.

(Le Progrès Médical.)

CRAMPES.

Frictions sur les muscles contractés avec le liniment suivant:

Laudanum de Sydenham.
Chloroforme.
Huile de jusquiame.
M. Parties égales.

Si elles se renouvellent fréquemment, administrer le bromure de sodium. Hydrothérapie.

NOUVELLES

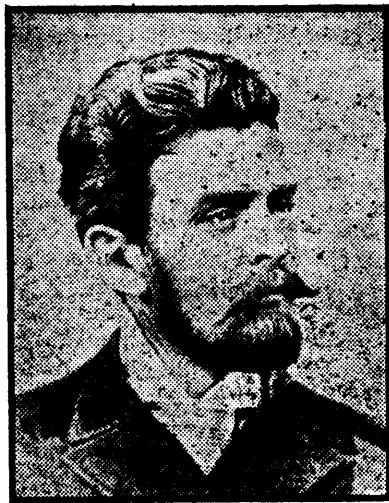
Naissance.

—A Ottawa, le 23 avril, l'épouse du Dr. Edmond Bourque, une fille.

L'enfant a été baptisée Marie-Joséphine Henriette.

Mariage.

—Lundi, le 25 avril, a eu lieu à Notre-Dame de Lévis, le mariage de M. le Dr. J. N. Boivin, de St-Martin, avec Mademoiselle Eva Lemieux, fille de M. Alfred Lemieux, comptable, de Lévis. Les heureux époux sont partis en voyage de noces, pour New-York, Boston, St-Louis et plusieurs autres villes importantes des États-Unis.



Feu le Dr. J. P. CHARTRAND.

Le Dr. Chartrand naquit le 28 janvier 1861, à St-André Avelin, et était le fils de M. Joseph Chartrand, notaire, et de Dame Léocadie Bélanger. Après un brillant cours d'étude au Collège de Joliette, il étudia la médecine à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie, affiliée à l'Université Laval, et prit ses degrés de M.D., C.C. en 1883. Le docteur alla d'abord s'établir à Acton Vale, mais après un séjour de seize mois, il revint à Montréal, où il fut nommé professeur de chimie à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie, après concours. Il remplit cette charge jusqu'en 1891, alors qu'il partit pour Paris. A son retour, on le nomma successivement professeur de toxicologie, charge qu'il occupa pendant un an, puis, professeur d'anatomie pratique à l'Université Laval, chaire qu'il occupa jusqu'à sa mort.

Le Dr. Chartrand avait épousé, en 1887, Mlle Anna Prévost, fille du Dr. Prévost de Sainte-Genève; elle lui survit.

Nous prions les familles Chartrand et Prévost d'accepter nos plus sincères condoléances.

SUPPLEMENT

1. — LES MALADIES ENDEMIQUES AU JAPON

Par M. le Dr. Meyners d'Estrey.

Il existe au Japon quatre maladies contagieuses endémiques, dont trois très importantes. Ce sont : la lèpre, la petite vérole, la syphilis et les ulcères appelés "ka-sa" en japonais.

La lèpre règne dans toutes les parties de l'Empire, aussi bien dans les provinces méridionales de l'île de Nippon. De même que dans tout l'Extrême-Orient, elle a été endémique déjà dans les temps les plus reculés. Ce sont surtout les classes intérieures et pauvres qui en sont atteintes, notamment les mendiants que l'on rencontre sur la grande route de Miaco à Yeddo. Parmi ceux-ci, le docteur Moh-nike en a vu quelques-uns qui avaient perdu presque toute forme humaine. Il paraît que leur état est pire que celui des mendiants de l'hospice de Samarang et de l'hôpital chinois de Batavia.

Cependant, malgré cette acuité, la maladie est relativement moins répandue au Japon qu'à Java et à Sumatra. On compte un lépreux sur 10.000 habitants, ce qui représente environ 3.500 individus atteints de cette maladie, sur la population totale du pays, s'élevant à 35 millions d'âmes. Les hospices spéciaux pour les lépreux, tels qu'il en existait en Europe au moyen âge, sont chose inconnue au Japon.

Quoique les Japonais connaissent bien les premiers symptômes de la lèpre et les maladies terribles qui en sont, tôt ou tard, la conséquence, ils ne s'en soucient guère au début. Les personnes qui n'en sont encore que légèrement affectées continuent à cohabiter avec leur famille et à vaquer à leurs occupations habituelles. Ce n'est que plus tard, lorsque la maladie a eu le temps de bien se développer, que ces personnes se séparent des leurs pour vivre seules, retirées dans leurs appartements. Les mendiants, dont nous venons de parler plus haut, proviennent de familles pauvres ou qui, n'ayant pas assez de fortune pour les entretenir, sont obligées de les abandonner à leur triste sort, bannis qu'ils sont de la société, et sans secours de la part du gouvernement. Quelques-uns de ces derniers vivent dans des trous qu'ils creusent dans la terre et recouvrent de paille et de roseaux. Lorsqu'ils entendent arriver des passants, ils se montrent pour leur demander l'aumône. Ils sont privés de tout vêtement pour se couvrir et se traînent à quatre pattes comme des bêtes fauves.

La petite vérole est également comme au Japon depuis un temps immémorial. Selon certains auteurs, elle aurait fait sa première apparition en l'an 735 de notre ère; selon d'autres, elle serait venue de la Corée, déjà un siècle plus tôt, en 626. Depuis cette époque, elle est restée endémique au Japon, en faisant de temps en temps des ravages épouvantables. Les années 790, 833 et 904 ont été

particulièrement terribles au point de vue de cette maladie et, depuis lors, il ne se passe pas d'années sans qu'une contrée quelconque du pays en soit sérieusement affectée. Dans le siècle présent (1), les années 1803, 1848 et 1849 ont vu la petite vérole faire de nombreuses victimes dans l'île de Nippon. Les Japonais croient généralement qu'il faut avoir cette maladie au moins une fois dans sa vie.

Dans quelques provinces, il est d'usage de conduire les varioleux et tous ceux qui ont eu des rapports avec eux, dans un endroit retiré des montagnes et de les y laisser jusqu'à ce qu'ils soient tous guéris. Cette mesure a eu, paraît-il, de très bons résultats.

On a l'habitude au Japon, d'avertir le public, au moyen d'une tige de bambou au-dessus de la porte de l'habitation, lorsqu'il s'y trouve un malade atteint de la petite vérole.

Le gouvernement ne s'en est que peu ou point occupé et, quant à la vaccine, il paraît que cette opération était connue des Chinois et des Japonais dès l'an 1014 de notre ère, tandis qu'elle n'a été introduite chez nous qu'au commencement du dix-huitième siècle. Détail curieux, les Japonais, jusqu'à une époque peu éloignée, pratiquaient la vaccine sur le bout du nez.

On a eu beaucoup de peine à introduire au Japon le vaccin de vache, qui, au début, employé par les Hollandais ne réussissait point; mais, en 1849, il a donné des résultats satisfaisants et est maintenant employé dans tout l'Empire.

La syphilis a été importée au Japon, au milieu du seizième siècle, par les Portugais. Aujourd'hui elle y est répandue dans tous ses états et à tous degrés, comme en Europe. Les Japonais n'en font pas de mystère et y attachent relativement peu d'importance. Malgré l'incompétence des médecins japonais pour traiter cette maladie, on rencontre peu d'accidents tertiaires sérieux. La syphilis a pris probablement au Japon, comme en Europe dans ces derniers temps, un caractère moins grave. Le climat particulièrement salubre du Japon doit y être pour beaucoup. Une température constamment élevée ne suffit pas pour amoindrir la gravité de la syphilis. Ceci se voit par exemple à Java, où l'on rencontre, parmi la population indigène, des cas extrêmement graves de syphilis tertiaire; et à ceux qui attribuent ce fait à l'ignorance des médecins indigènes de Java, nous répondrons que la plupart des médecins japonais, notamment ceux de la vieille école, ne sont pas beaucoup plus savants que leurs confrères, les "doukoums" de Java.

Au Japon, l'air est toujours très pur et très peu chargé d'humidité, quoiqu'il y pleuve souvent. Une atmosphère remplie de vapeurs d'eau de mer paraît être particulièrement défavorable au traitement de la syphilis, surtout lorsque la température est constamment élevée. En Europe, nous en trouvons encore la preuve à Venise, ville située au milieu des lagunes, où il est reconnu que la syphilis ne guérit presque jamais. Personne n'aura la prétention de vouloir soutenir qu'à Venise il manque des médecins capables. Les syphilitiques de Venise qui

en ont les moyens se rendent au cœur de l'Italie pour se soigner...

La visite médicale n'existe pas au Japon, mais chaque maison est tenue d'avoir son médecin attiré, afin de faire soigner immédiatement les filles malades. Cette mesure a pour résultat d'enrayer assez bien la diffusion de la syphilis et des maladies vénériennes en général. Ajoutons à ceci une autre mesure, qui nous paraît très utile et qui est très rigoureusement observée au Japon, c'est-à-dire qu'en dehors des maisons publiques, "Zjoloja," et des maisons de thé, "Tsja-ja," où les filles des maisons publiques peuvent être appelées, aucune autre espèce d'établissements secrets n'est tolérée pour la prostitution. On surveille même attentivement les jeunes actrices, "geko" et les danseuses, "odori-ko," pour que leurs charmes ne les perdent point; mais il est probable que beaucoup échappent à la vigilance de la police japonaise.

Au Japon, même dans les plus grandes villes, on ne rencontre pas cette catégorie de femmes qui contribuent le plus souvent à propager la syphilis, nous voulons dire celles qui vivent chez elles et qui font le métier pour leur propre compte. Pas de femmes entretenues non plus; comme les mœurs permettent aux japonais d'avoir plusieurs femmes dans son domicile, il n'en entretient pas hors de chez lui.

La surveillance de la police n'est nullement motivée par un sens moral, ni exercée dans un but hygiénique. Elle est d'origine exclusivement politique. Au Japon, les maisons publiques font en quelque sorte partie de la police; elles lui servent pour observer le peuple dans ses heures d'abandon, de jouissance et de plaisir, et c'est pour cette raison que chaque visiteur est obligé, à son entrée dans la maison, de consigner sur un registre son nom, son domicile, etc. Au Japon, la plupart des hommes suspects, criminels ou autres, sont découverts par les femmes publiques.

La quatrième maladie contagieuse endémique mentionnée plus haut, les éruptions, "ka-sa" en japonais, règne surtout au printemps dans toutes les classes de la société. Elles affectent les deux sexes et les personnes de tout âge, quoique les japonais soient généralement propres et soignés.

Ces éruptions scabieuses se convertissent souvent en ulcères très difficiles à guérir. "L'acarus scabiei" se découvre très distinctement à l'œil nu. Les japonais le connaissent fort bien, et ceux qui en souffrent retirent souvent le sarcopte avec une épingle.

Les japonais mangent constamment toute espèce de poissons frais, secs et salés, beaucoup de crustacés ainsi que des céphalopodes; tandis que leur nourriture végétale, surtout en hiver, consiste presque exclusivement en légumes salés, tels que radis; choux, etc. Cette alimentation, fortement épicée, favorise chez eux le développement des maladies cutanées en général et probablement celui du scabies en particulier. Ce qui confirme ce fait, c'est que cette maladie règne plus au printemps, à l'époque où l'on se nourrit pendant plusieurs mois, presque exclusivement, des produits de la mer et des légumes salés. Ajoutons à ceci leurs bains qu'ils

prennent journellement à une température excessive, qu'il nous serait impossible de supporter. Les japonais, même les femmes, n'ont jamais la peau nette et lisse; s'ils ne sont pas affectés de dermatoses, ils ont au moins toujours la peau remplie d'exanthèmes plus ou moins bénins.

II. — Les connaissances médicales des Japonais.

Les Chinois ont, depuis les temps les plus reculés, une idée immuable, toute particulière, de l'organisation du corps humain. On pourrait l'appeler imaginaire, car elle ressemble fort peu à la réalité, tant pour la forme des viscères que pour leur position. Depuis deux siècles, aucune modification, aucune amélioration n'a été introduite dans cette science, pour la seule raison que toute tradition, même scientifique, venant des ancêtres, doit être respectée chez les Chinois, et que ce peuple a une aversion très prononcée pour les autopsies.

Cette anatomie fantaisiste s'est introduite au Japon, en même temps que les autres branches de la science médicale des Chinois. La plupart des médecins japonais ne connaissent, encore à l'heure actuelle, d'autre anatomie que celle-là, notamment ceux de l'école chinoise, quoiqu'il y en ait eu quelques-uns de l'école européenne qui, déjà bien avant l'existence de la Faculté de Tokio, saisissaient avec empressement toute occasion qui leur permettait d'améliorer leurs connaissances anatomiques. Malégalement, défend les autopsies, déjà depuis fort gré la loi prescrite par la religion qui, au Japon longtemps, l'empereur, à la demande expresse des médecins, permettait tous les deux ou trois ans, l'autopsie du cadavre d'un criminel. Nous nous rappelons un fait de ce genre, qui eut lieu à Tokio en présence de plus de soixante-dix médecins venus expressément de toutes les parties du Japon et qui en causaient entre eux comme d'un événement de la plus haute importance.

En prenant en considération la grande difficulté qu'ils avaient autrefois pour se procurer des cadavres, il faut reconnaître que les japonais ont des dispositions pour arriver par la suite à une grande dextérité chirurgicale. On est vraiment étonné de les voir si bien opérer, avec le peu de connaissances qu'ils ont de l'anatomie topographique, et il est plus que probable qu'en ceci il faut attribuer leurs progrès au fait que, les Chinois n'ayant rien pu leur apprendre, ils ont été obligés de chercher eux-mêmes dans les livres européens.

Pour les amputations, ils opèrent généralement trop tard, incapables qu'ils sont de pouvoir bien juger du juste moment où l'opération est nécessaire. Ils connaissent l'emploi du tourniquet et lient très bien les artères. Le couteau dont ils se servent est celui de Fabrice Hildanus, depuis longtemps abandonné chez nous. Ceci prouve que, déjà du temps des Portugais, ils pratiquaient cette opération. Ils font toujours la ligature des artères avant de scier l'os et, selon l'ancienne méthode de Celse, ils laissent suppurer la plaie.

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 11 MAI, 1904.

No. 46.

Travaux Originaux

DES ANESTHÉSIIQUES. (1.)

Par M. le Dr. Jos. Versailles,
Chirurgien-Dentiste.

En présentant ce travail à mes distingués confrères dans l'art dentaire, mon ambition n'est pas de renverser les doctrines acquises ni de révolutionner la science moderne mais simplement de soumettre à cette docte assemblée une dissertation que je me suis efforcé de rendre sérieuse par une étude élaborée et soutenue, heureux si je pouvais, je ne dis pas jeter du jour mais une lueur sur cette question très importante des anesthésiques et qui intéresse à un si haut point les praticiens de l'art dentaire et de toute la profession médicale.

Mon but néanmoins n'est pas de passer en revue tous les anesthésiques connus, cela mènerait trop loin; mais je me propose simplement d'étudier les plus usités, ceux dont l'emploi demande le plus de prudence en même temps qu'ils sont les meilleurs agents thérapeutiques dans les cas que nous rencontrons tous chaque jour dans notre clientèle. Je parlerai donc du chloroforme.

Avant d'entrer en matière, il importe de savoir ce que c'est qu'un anesthésique, en connaître le mode d'action sur l'organisme et en signaler les dangers voire même les contre-indications chez certains patients.

On donne le nom d'anesthésiques à des substances qui abolissent complètement la

sensibilité en même temps qu'elles produisent la résolution musculaire, l'immobilité et le sommeil. L'ensemble des modifications ainsi produites constitue l'anesthésie.

Dans l'administration des anesthésiques il y a à considérer trois phases ou périodes bien nettement tranchées. La première phase appelée encore période d'excitation s'observe après les premières inhalations de l'anesthésique; le malade alors est fortement secoué dans son système nerveux et circulatoire, son intelligence s'égare, sa volonté s'abolit peu à peu, il crie, pleure, dit des paroles incohérentes fait des mouvements désordonnés etc. Puis à cette période d'excitation succède la période d'anesthésie ou de sédation. Ici la respiration devient plus normale et la circulation peut même être ralentie au-dessous du chiffre moyen. La pupille est alors contractée et c'est le temps d'agir; mais si l'administration de l'anesthésique est poussée plus loin, le malade ne tarde pas à entrer dans une troisième période qui est celle du collapse. L'alarme est généralement donnée par l'arrêt de la respiration avant celui du cœur, la pâleur devient extrême, la pupille est dilatée et des sueurs froides annoncent la fin prochaine du malade. Toutefois ces phénomènes sont susceptibles de varier beaucoup selon l'anesthésique employé et la réceptivité du patient; ainsi, souvent la période d'excitation est nulle ou du moins passe inaperçue; chez les alcooliques c'est tout le contraire et elle peut être assez longue pour donner beaucoup de difficulté à l'opérateur qui assiste alors à des véritables scènes de délire furieux. Dans ces cas il arrive souvent que des quantités énormes d'anesthésiques soient absorbées; il faut

(1.) Lu devant la Société d'Odontologie Canadienne-Française le 3 mars 1904.

être prudent et se mettre en garde contre un collapse et une syncope pulmonaire et cardiaque aussi fatale que fâcheuse. On a vu des alcooliques absorber jusqu'à huit onces de chloroforme sans accident, mais cette quantité ne doit jamais être atteinte même la moitié de cette énorme dose est encore redoutable et l'on ne doit s'attendre à la rencontrer que dans les grandes opérations de la haute chirurgie. Cependant pour ce qui intéresse en particulier l'exercice de notre art il faudra rester bien en deça d'une semblable quantité. En opérant dans la bouche il ne faut pas perdre de vue que cette région est très vasculaire et partant très hémophile. Le résultat en est que les hémorragies y sont fréquentes et d'autant plus à craindre qu'un caillot tombant dans l'arrière gorge et obstruant ainsi les voies respiratoires, peut rapidement produire de la suffocation et amener l'asphyxie. De nombreux exemples de cet accident sont là pour l'attester.

Comment agissent les anesthésiques?

Les anesthésiques agissent essentiellement sur les centres nerveux ayant une action spéciale sur le cerveau. L'abolition de la sensibilité est le phénomène principal de l'anesthésie qui bien qu'ayant son siège le plus important dans les grands centres qui est anémié tout d'abord et ses fonctions sont suspendues. En poussant l'administration du médicament un peu plus loin on voit apparaître l'abolition des fonctions de la moëlle épinière qui préside aux mouvements musculaires des membres inférieurs, exerce un contrôle important sur les membres supérieurs ainsi que sur les fonctions digestives de l'estomac et de l'intestin. Plus tard si l'anesthésique est poussé encore plus loin, on voit apparaître des phénomènes d'un ordre nouveau. Cette fois c'est le bulbe rachidien qui est intéressé et qui donne l'alarme. Les symptômes de cette anesthésie exagérée sont bien reconnaissables et toujours très inquiétants. C'est la troisième et dernière période de l'anesthésie laquelle est presque invariablement fatale. La

pâleur du patient, la suspension de sa respiration, des sueurs abondantes et froides bientôt du collapse suivi de la suspension de la circulation, tout cela présage facilement un dénouement lugubre. Souvent avec toutes les précautions cet accident regrettable arrive sans que l'on puisse incriminer soit la pureté de l'anesthésique, soit la prudence ou la compétence de l'opérateur, l'âge, les habitudes ou tempérament du patient. Mais il n'en demeure pas moins vrai qu'une main inhabile et par conséquent téméraire ne devrait jamais prendre sur soi de manier à tout propos, un médicament dont l'emploi exige tant de précautions et autant de jugement.

Il est vrai que l'on a vu des veinards qui après plusieurs années de pratique, qui à temps et à contre-temps ont fait un usage intempestif pour ne pas dire un abus des anesthésiques et cela sans inquiétude ni désagrément, en sont venus à des conclusions trop familières sur la prudence à employer dans l'administration des anesthésiques; mais leur exemple n'est pas à suivre pas plus que les promesses de ces fameux nageurs qui à force de jouer avec le danger se noient tout bonnement, de même que ces soi-disant connaisseurs d'armes à feu qui avec une désinvolture impardonnable, voulant expliquer à leur ami la perfection du mécanisme de leur arme les assassine accidentellement je l'avoue, mais imprudemment. Il ne faut jamais badiner avec le danger et dans les cas qui requièrent une intervention aventureuse d'une administration d'un médicament anesthésique quel qu'il soit, il faut s'entourer de scrupuleuses précautions. Il ne faut pas perdre de vue que les anesthésiques agissent par une sorte de stupéfaction de la cellule cérébrale laquelle stupéfaction s'exerçant dans les limites physiologiques suspend à la fois la sensibilité et la motilité mais d'une façon momentanée. Quand l'anesthésie est poussée trop loin, il y a d'après Claude Bernard une demi coagulation de la cellule nerveuse qui n'est pas fatale d'emblée puisqu'elle peut revenir à la nor-

miale; mais qui n'est jamais désirable et toujours redoutable. Les accidents les plus fréquents sont parmi les légers; les vomissements principalement chez les alcooliques et les sujets nerveux. Les accidents graves sont l'asphyxie ou la syncope soit respiratoire ou circulatoire. L'asphyxie est la privation d'oxygène dans le poumon et elle est due à de trop fortes doses d'anesthésique en même temps qu'à la trop minime administration d'air atmosphérique. C'est généralement un accident au début et il est familier au protoxyde d'azote. Quelquefois aussi en dépit de l'anesthésique employé l'asphyxie peut survenir par la langue refoulée au fond de la gorge obstruant ainsi l'entrée du larynx. Outre l'asphyxie j'ai aussi parlé de la syncope qui est l'accident le plus redoutable et le plus fréquent de l'anesthésie. La syncope se rencontre le plus souvent à la suite de l'administration de l'éther ou du chloroforme et est de beaucoup plus fréquemment respiratoire que circulatoire. Elle est due à l'action stupéfiante de l'anesthésique sur la cellule nerveuse et sur le bulbe rachidien laquelle action produit l'anémie cérébrale. Cet accident est éminemment favorisé par la position verticale ou même demi assise.

Il y a indication d'employer un anesthésique toutes les fois qu'il s'agit de combattre une douleur intense ou d'amener un relâchement musculaire ou encore de produire le sommeil. On voit de suite la fréquence de l'emploi de ces médicaments non seulement pour la grande chirurgie mais aussi pour l'art dentaire où leur rôle est certainement prépondérant et indispensable; mais si leur indication est fréquente et si leur emploi rend aux praticiens de si grands services il n'en est pas moins vrai qu'ils ne peuvent pas toujours être employés et qu'il existe de nombreuses contre-indications de leur administration. Il importe donc beaucoup de signaler les nombreux états pathologiques qui contre-indiquent l'administration des diffé-

rents anesthésiques que nous allons tout à l'heure repasser d'une manière succincte.

Les anesthésiques sont contre-indiqués dans tout état pathologique qui prédispose à l'asphyxie ou à la syncope. Ainsi les maladies organiques du cœur non suffisamment compensées doivent être exclues de l'administration des anesthésiques. Cette assertion comporte de nombreuses explications. Nous n'entendons pas par là que toute maladie du cœur contreindique l'anesthésique, mais nous entendons dire que toute maladie du cœur, non compensée, en proscriit l'emploi. Comment la reconnaître et en faire un diagnostic raisonné? La réponse n'est pas facile, il faut l'admettre, mais avec un peu d'étude et de bonne volonté, on peut assez facilement arriver à un diagnostic acceptable et justifiable. Les péricardites, les endocardites, les insuffisances mitrales, tricuspides aortiques ainsi que leurs rétrécissements, sont parmi les maladies du cœur les principales contre-indications des anesthésiques. J'oubliais la dégénérescence graisseuse de cet organe, qui, pourtant, n'est pas la moindre. Cependant tout cela n'indique pas les moyens de reconnaître ces différentes lésions. Sans vouloir entrer ici dans des détails cliniques, qui ne sont pas ou sont à peine de notre fait, je me contenterai d'indiquer les principaux symptômes communs à toutes les lésions cardiaques, sans empiéter sur les détails des différentes maladies, qui sont propres à cet organe et que j'ai énumérées tout à l'heure. L'œdème des extrémités ainsi qu'une oppression dans la respiration, sont les symptômes les plus apparents des maladies organiques du cœur; mais l'auscultation est encore bien plus précise et vient précieusement en aide à asseoir un diagnostic éclairé. En effet, dans les maladies organiques du cœur, le stéthoscope nous révélera dès bruits de souffle soit à la pointe, soit à l'apophyse xyphoïde du sternum, soit à la base du cœur c'est-à-dire un peu à droite au deuxième espace intercostal. Ce bruit de

souffle à la pointe du cœur ou au sixième espace intercostal, s'il est au premier temps, révèle une insuffisance mitrale, s'il est au deuxième temps, c'est un rétrécissement mitral. Il en est de même pour l'insuffisance et le rétrécissement tricuspide, qui s'entend à l'extrémité du sternum. Quant à ce qui est des lésions des orifices aortiques, le diagnostic se fait de la même manière, mais les rôles sont renversés. Le bruit de souffle au premier temps signifie un rétrécissement aortique, tandis qu'au deuxième, il signifie une insuffisance des valvules sigmoïdes. Les bruits de râpe et de scie indiquent plutôt une endocardite ou une péricardite, cette dernière étant souvent confondue avec une pleurésie sèche, à cause de leur symptôme commun et quasi dominant du bruit de frottement, qui ressemble à celui de deux briques que l'on ferait glisser l'une sur l'autre. Plus ces symptômes sont accentués, moins il y a d'indication d'employer les anesthésiques. En outre, il y a des maladies du poumon et du cerveau qui contre-indiquent les anesthésiques; mais ici encore, il faut savoir distinguer les lésions et proportionner les doses de l'anesthésique à la condition du patient. Outre ces différents états pathologiques, qui entravent et même prescrivent l'administration des anesthésiques, il en existe d'autres assez nombreux que je me contenterai d'énumérer. De ce nombre, sont la pleurésie avec épanchement, reconnaissable par sa matité complète et par l'absence du bruit vésiculaire ou respiratoire; il y a de l'alcoolisme avancé, la prostration extrême des forces, l'anémie à la suite d'hémorragies, mais il ne faut pas croire que les anesthésiques sont contre-indiqués dans des conditions simplement anémiques d'un patient particulier, qui, bien souvent au contraire, supporte mieux que quiconque n'importe quel anesthésique.

Les anesthésiques sont tous des substances volatiles qui sont administrées en inhalations au moyen d'appareils, tantôt simples tantôt compliqués. Ils appartiennent à la classe des éthers et des alcools. Le choix que

l'on doit en faire est subordonné au but que l'on veut atteindre, à la nature du cas, à la constitution du patient, et, partant, à sa réceptivité. Il faut de toute nécessité se servir de son jugement pour ce qui concerne chaque cas.

D'après ce qui précède sur les anesthésiques en général, il ne me reste que fort peu de chose à ajouter sur les anesthésiques en particulier. Dans cette étude j'ai eu particulièrement en vue l'emploi du chloroforme, qui, avec la cocaïne, sont ceux qui nous rendent le plus journellement service. Le protoxyde d'azote, qui a déjà été magistralement étudié par notre estimé confrère le Dr. Kent, sera passé sous silence, attendu que sa thèse sur cette question était parfaitement complète et sérieusement rédigée. Le chlorure d'éthyle, qui est plutôt un analgésique qu'un anesthésique proprement dit, ne présente pas beaucoup de difficultés et ses moyens sont parfaitement connus, du moins sont bien vulgarisés dans la profession. Pour ce qui est de la cocaïne, son emploi demande plus de prudence et ce travail serait de beaucoup plus long, si je devais en faire une étude spéciale. Ce n'est pas que je déprécie l'importance de cette substance ni le rôle qu'elle joue chaque jour dans l'exercice de l'art dentaire; mais c'est parce qu'il existe sur elle et son action des travaux d'une haute valeur que je ne puis faire mieux que vous recommander. Ainsi le Dr. Reclus, dans son traité sur la cocaïne, nous a laissé sous un petit volume, un ouvrage de haute valeur et d'une portée scientifique inattaquable.

Reste le chloroforme, qui rentre en tous points dans les affirmations que nous avons faites, quand nous avons parlé des anesthésiques en général. C'est le type des anesthésiques, mais il faut bien s'assurer de sa provenance et de sa pureté. Beaucoup de manufacturiers peu scrupuleux, lancent sur le marché des produits inférieurs et impurs, qui mettent la vie des clients en danger et ruinent la réputation de l'opérateur. Le Smith d'Edinburgh est sans contredit un bon chloroforme,

il a pour lui la recommandation des chirurgiens les plus distingués du globe; mais tout se perfectionne avec le temps et nous croyons humblement que le Chloroforme Duncan & Flockhart, bien que d'un prix beaucoup plus élevé, lui est infiniment supérieur à tous les points de vue, étant d'une action plus rapide, produisant moins de nausées ainsi qu'une anesthésie des plus satisfaisantes.

Messieurs pour la bienveillante attention que vous m'avez portée, je vous remercie.

Revue des journaux

MEDICINE

LES FLUIDES HUMAINS.

Dans son premier cours de Biologie générale M. le Dr. Baraduc a étudié, avec beaucoup de science communicative, les fluides humains. L'existence de ces fluides humains est démontrable par la radiographie et les mouvements d'une aiguille biométrique qui chiffre et mesure par des arcs de cercle différents les différentes vibrations du double fluide contenu dans le corps humain.

Il a exposé ses deux méthodes de radiographie humaine spontanée, et de biométrie, en les comparant au point de vue du mouvement imprimé à l'aiguille par l'émanation humaine, et de la puissance photo-chimique de cette même émanation réduisant les sels d'argent.

M. Baraduc insiste sur les avantages qu'on pourrait retirer de l'emploi de ces deux méthodes, vieilles de plus de dix ans, lorsque, dans un laboratoire de physiologie, elles seraient simultanément employées avec l'écran au platino-cyanure de baryum, si bien que l'homme fluide pourrait à la fois être étudié dans ses vibrations par la plaque en reçoit l'empreinte photo-chimique, c'est-à-dire la signature authentique, le biomètre qui en chiffre le mouvement d'émanation, et l'écran de MM. Charpentier et Blendlot dont la fluorescence s'illumine sous leur influence. Ces trois méthodes réunies permettraient de se rendre exactement compte de l'allure du mouvement vital, de sa puissance photo-chimique, et de son degré de luminosité.

(Le Concours Médical.)

UN CAS DE PNEUMONIE TYPHIQUE SIMULANT UNE PNEUMONIE CASEEUSE.

Par MM. les Drs. Guelpa et Louis Régis.

Le 3 octobre dernier, le docteur Guelpa et moi étions mandés auprès d'une malade à qui son médecin avait conseillé le séjour dans un sanatorium. C'était une femme brune, de taille moyenne, âgée de 45 ans. Interrogée, elle nous apprenait qu'à part une rougeole dans sa seconde enfance et une grippe durant l'hiver de 1900, elle avait toujours joui d'une excellente santé et que sa hérédité ne présentait aucune particularité morbide digne de retenir notre attention.

Les premières atteintes de son mal remontaient au mois de juin 1903. A cette époque, elle prit un refroidissement qui l'obligea à s'aliter. Ce ne fut que 15 jours plus tard, devant la persistance d'une fièvre très élevée, d'une toux douloureuse avec point de côté à la base droite et d'une légère diarrhée qu'elle appela un docteur. Celui-ci diagnostiqua une bronchite chronique, ordonna des toniques et un régime fortifiant. Après un traitement d'un mois sans amélioration, son médecin lui conseilla d'aller à la campagne. Elle s'y rendit. Là, malgré le repos le plus absolu et les soins les plus dévoués, son état, loin de s'améliorer, empira. Elle perdit tout appétit, vit ses forces journellement décroître, sa fièvre persister toujours très élevée, sa toux devenir plus opiniâtre, la diarrhée subsister et les premières manifestations d'une intolérance gastrique apparaître. Ces résultats peu encourageants hâtèrent son retour à Paris. Ce déplacement ne lui réussit pas davantage. Soumise à un traitement créosoté, son estomac devint intolérant au point de ne pouvoir supporter aucune nourriture sans la rejeter. Une douleur très vive s'installa au creux épigastrique, les selles augmentèrent de fréquence, enfin des accès de toux répétés et douloureux et des crises dyspnéiques aggravèrent successivement son cas.

C'est à ce moment que nous l'examinâmes; son état général était lamentable. Considérablement amaigrie et affaiblie, les yeux profondément excavés, les traits tirés et la voix cassée témoignaient de longues et vives souffrances. Les mains livides montraient des ongles hippocratiques. La malade était en proie à une fièvre intense, avait de fréquents vomissements bilieux et de la diarrhée fétide.

L'examen organique révélait: "Aux poumons." "Poumon gauche" complètement sain.

"Poumon droit". En avant, sonorité exagérée dans la fosse susclaviculaire; à la base, quelques gros râles humides.

"En arrière," pneumonie massive occupant les deux tiers du poumon. Dans toute son étendue, submatité, abolition des vibrations et du murmure vésiculaire. Pas de souffle, quelques gros râles muqueux à la périphérie de la lésion, que l'on entendait à l'expiration forcée. Frottements dans le cul-de-sac pleural. Au sommet, exagération de la respiration et de la sonorité. On notait 40 respirations à la minute. Les crachats étaient rares,

nummulaires et un peu rouillés.

Au cœur, rien. Pouls mou, dépressible, battant à 120.

Foie, " gros, légèrement sensible à la palpation, dépassant de deux travers de doigt les fausses côtes.

"Rate", normale.

"Abdomen", souple, généralement douloureux, gargouillement le long du trajet du gros intestin.

"Estomac", très douloureux, surtout dans la région épigastrique, dilaté et intolérant, vomissements fréquents, bilieux généralement, jamais d'hématémèse.

"Selles", diarrhéiques, fréquentes, fétides.

"Urines", foncées, épaisses; l'analyse montrait une profonde désassimilation et des traces d'alumine.

"Température": 39 degrés, 1.

Enfin, cet état physique déplorable était complété par un moral très abattu.

Devant ce complexe morbide, quel diagnostic porter?

Si la durée de l'affection pulmonaire, qui remontait à 4 mois, l'amaigrissement considérable, la perte de force, l'examen des urines indiquant une profonde désassimilation et révélant des traces d'albumine qui auraient pu être l'expression de cette albuminurie que l'on note presque toujours chez les tuberculeux en évolution, l'angoisse respiratoire et les ongles hippocratiques pouvaient faire songer à une lésion bacillaire, par contre l'intégrité absolue de l'un des poumons, la perméabilité des deux sommets et les symptômes gastro-intestinaux rendaient ce diagnostic bien improbable. Nous posâmes celui de pneumonie non tuberculeuse avec gastro-entérite.

Quant à la nature de cette gastro-entérite que laissait déjà soupçonner la clinique et qu'aurait éclaircie la marche de la maladie, le laboratoire devait l'affirmer.

En effet, la diazotéaction d'Erlich et la séro-réaction de Widal furent positives. La maladie étant très pusillanime, nous ne pûmes prélever sur elle les 4 centimètres cubes de sang nécessaires à un examen bactériologique. Mais à défaut de cette dernière preuve biologique, les deux premières témoignaient d'une façon indiscutable que nous avions à faire à une fièvre typhoïde.

Cela ne nous suffisait pas, il nous restait à résoudre la question de la pneumonie. Quelle était son origine? Après plusieurs recherches infructueuses du bacille tuberculeux dans les crachats nous découvrimus, le quatrième jour, de l'éberth que nous retrouvâmes également dans les selles.

Sous l'influence d'un traitement tout symptomatique, l'intolérance gastrique et la douleur de l'épigastre cédèrent. Les selles restèrent liquides, mais ne se produisirent plus que deux ou trois fois par jour et diminuèrent de fécondité. La fièvre subit des fléchissements pour arriver, neuf jours après notre première visite, à la normale; seule la lésion pulmonaire persista, aussi intense qu'au premier jour.

L'apyrexie ne dura que quatre jours. La fièvre se ralluma atteignant 38 degrés, puis s'éleva à 40 degrés. Concurrentement, on perçut au cœur une double soufflé sans localisation, le pouls vibra plus rapidement, puis devint misérable, les urines devinrent rares, puis manquèrent; enfin, la cyanose apparut aux extrémités et la malade mourut après avoir déliré toute une nuit. Une myocardite infectieuse l'avait emportée.

Messieurs, ce cas nous permet d'attirer votre attention sur ces formes prolongées et ces complications exceptionnelles de la fièvre typhoïde. Il est regrettable que nous puissions préciser à quelle époque remontait cette dothientérie. Était-elle contemporaine de la pneumonie ou lui était-elle postérieure? Y avait-il eu substitution loco-dolente de l'éberth au pneumocoque ou l'éberth avait-il été le premier et exclusif agent pathogène? Nous ne saurions vous fixer péremptoirement à ce sujet, n'ayant pas suivi l'affection dès le principe. Pourtant, en considérant l'apparition précoce des symptômes gastro-intestinaux, la persistance de cette fièvre toujours très élevée, nous croyons que la pneumonie a été la première manifestation de l'offense éberthienne sur l'organisme de notre malade. C'est à cette circonstance qu'est due la forme prolongée et de la pneumonie et de la dothientérie. En effet, tandis que le traitement, antisepsie, lavages intestinaux, parce que là l'agent causal était accessible, les symptômes pulmonaires restaient stationnaires — le bacille typhique trouvait dans le parenchyme pulmonaire un abri sûr contre lequel nos moyens thérapeutiques étaient impuissants.

Notre cas présente aussi un autre point intéressant. Si vous considérez, Messieurs, les feuilles de température, vous constaterez que l'affection pulmonaire semble n'avoir pas participé à la production fébrile. Durant les 18 jours que nous avons suivi la maladie, que la température partant de 39,1 degrés arrive après plusieurs oscillations atypiques à la normale et s'y maintienne quatre jours, ou que cette normale s'élève rapidement jusqu'à 40 degrés, l'oscillation demeure uniforme, la lésion ne varie pas.

Il serait curieux de savoir si l'éberth, ce bacille pyrérogène par excellence, peut, dans le poumon, se comporter comme les pneumocoques qui vieillissent dans la lésion? La littérature médicale est muette à cet égard.

Nous terminerons cette communication en rapprochant notre cas de ceux dont parlait l'an dernier M. Widal dans une de ses conférences du lundi à l'hôpital Cochin. Il s'agissait de deux dothientériques: le premier était atteint de cette congestion du sommet encore assez fréquente dans la fièvre typhoïde, mais c'était tuberculeux aussi; quant au second, sa lésion était une pneumonie de la base droite qui guérit parfaitement après deux mois d'évolution, mais dont l'allure clinique avait offert la plus grande ressemblance avec celle de la pneumonie caséuse. Seules, les preuves biologiques avaient permis de préciser le diagnostic.

M. Widal, en matière de conclusion, disait que les praticiens devaient se souvenir de pareils faits pour s'éviter des mécomptes. Cette conclusion est celle logique de notre observation.

(Jour. de Médecine de Paris.)

— : o : —

DES ATROPHIES REFLEXES D'ORIGINE ARTICULAIRE ET DE LEUR TRAITEMENT PAR L'ELECTRISATION ET LE MASSAGE.

Par M. le Dr. Denis-Courtade.

On voit souvent survenir à la suite de lésions articulaires diversés, de nature traumatique ou rhumatismale, des atrophies musculaires portant surtout sur les extenseurs et dont l'étendue n'est pas toujours en rapport avec le degré de gravité de l'affection primitive. Il n'y a pas à proprement parler paralysie, mais bien impotence musculaire d'autant plus prononcée que le nombre de fibres atteintes est peu considérable.

Comment se produisent ces atrophies ?

On a incriminé l'immobilité forcée de la jointure; l'inflammation périarticulaire, déterminant soit de la myosite, soit de la névrite de voisinage. On a cherché aussi à attribuer une influence à l'anémie des masses musculaires produite par la compression de l'œdème interstitiel. Ces causes peuvent avoir un effet positif sur le développement de l'atrophie, mais ce n'est pas là la véritable pathogénie de l'affection. Il faut plutôt penser à une irritation réflexe partant de la périphérie et allant impressionner les centres trophiques correspondants. Cette théorie, émise d'abord par Brown-Séguard et Vulpian, a été reprise par M. le professeur Raymond et M. le docteur Onanoff.

Les expériences qu'ils ont faites dans le laboratoire de M. le docteur François Franck, sont très nettes et donnent à la théorie réflexe un grand degré de certitude.

Si on produit un traumatisme articulaire des deux côtés sur un chien après avoir sectionné préalablement les racines postérieures d'un côté, l'atrophie survient seulement du côté où les racines médullaires sont restées intactes. A l'autopsie on ne trouve pas de lésions organiques des cornes antérieures, ni de névrites. Il est probable que l'on a affaire simplement à un trouble dynamique dans le fonctionnement des cellules.

L'atrophie peut siéger sur tous les muscles d'un membre, mais elle attaque surtout les extenseurs. Ainsi dans les lésions du genou, c'est le triceps crural qui est surtout atteint; pour l'épaule ce sont les deltoïdes. Il faut dans ce dernier cas bien faire attention que la lésion du deltoïde ne reconnaisse pas pour cause le traumatisme du nerf circonflexe. Le pronostic serait alors tout différent, du moins comme durée. L'examen électrique d'ailleurs lèvera tous les doutes comme nous le verrons plus loin.

Pourquoi les extenseurs sont-ils le plus souvent atteints? M. Deroche, et je suis tout à fait de son avis, pense que la raison peut en être trouvée dans le fait suivant. Il résulte des expériences de MM. Babinski et Onanoff, qu'il y a corrélation entre la rapidité du développement des muscles et le degré de prédisposition aux lésions qui peuvent atteindre ces organes: ils citent comme se développant rapidement un certain nombre de muscles extenseurs, comme le deltoïde, le triceps crural. C'est là probablement la raison qui fait que ces muscles s'atrophient plus fortement que les autres.

La gravité n'est pas en rapport avec la lésion articulaire et l'on voit des lésions en apparence minimes, déterminer des atrophies très étendues. Il faut, je crois, faire intervenir dans le degré plus ou moins grand de l'atrophie, un facteur important représenté par l'état plus ou moins bien constitué du système nerveux. Chez les neurasthéniques, par exemple, l'atrophie sera plus forte et la guérison spontanée plus tardive.

Les réactions électriques de cette affection ne présentent pas de particularités bien intéressantes. On trouve seulement de l'hyporectabilité faradique et galvanique, en rapport avec le degré d'atrophie. Il n'y a pas d'altérations qualitative et la réaction de dégénérescence est absente. Lorsque cette dernière existe, il faut modifier son diagnostic et penser soit à une lésion du nerf par traumatisme (paralysie du deltoïde par lésion du circonflexe), ou à une lésion médullaire ayant déterminé des arthropathies en même temps que l'atrophie. La marche de cette affection est très simple. Lorsque la lésion articulaire est guérie, l'atrophie disparaît souvent spontanément; mais il n'en est pas toujours ainsi: une impotence musculaire plus ou moins prononcée peut persister et durer des années entières sans amélioration ni aggravation.

(A Suivre.)

— : o : —

CHIRURGIE.

TROUBLES TROPHIQUES ET CIRCULATOIRES DE LA PEAU RESULTANT D'INJECTIONS DE PARAFFINE.

Par M. le Dr. Dionis du Séjour,

Observation. — Une jeune femme nous raconte, que pour remédier à son état de maigreur, encouragée d'une part par des réclames de journaux et des succès dont on lui aurait parlé, croyant d'autre part à la parfaite innocuité de la méthode, elle a fait pratiquer sur elle des injections de paraffine dans les seins. Ces injections furent faites avec un mélange de paraffine à point fusible peu élevée et de vaseline (mélange analogue à celui de Gersuny).

Une première injection (3 à 4 centimètres cubes

environ), faite dans le sein droit, avait été douloureuse au point de nécessiter la cessation de l'intervention ce jour-là. Cette douleur a été attribuée par la malade à une brûlure causée par l'aiguille insuffisamment refroidie. Cette douleur aurait été suivie presque immédiatement de tuméfaction et de rougeurs du sein, d'endolorissement de l'aisselle, phénomènes qualifiés de lymphangite et qui ne tardèrent pas à disparaître sans laisser de traces.

Trois semaines environ après, de nouvelles injections furent pratiquées sans incident, dans les deux seins, et suivies de solidification immédiate sans la moindre réaction. Au bout de quinze jours l'opéré constata l'apparition du côté droit d'une douleur intermittente, suivie bientôt d'un changement de coloration de la peau, devenue violacée par endroits, et d'un affaissement avec diffusion de la matière injectée.

Il nous fut donné de voir pour la première fois la malade environ un mois après l'injection; à ce moment le sein parfaitement mobile sur les plans profonds présentait sur la presque totalité de la périphérie de l'aréole une peau lisse et brillante de coloration vineuse rappelant celle qu'on observe sur certaines jambes variqueuses. A la palpation le sein n'était ni chaud, ni dur, ni douloureux, mais on trouvait par place, au milieu de la carapace dure formée par l'injection, des foyers ramollis presque fluctuants. L'examen de l'aisselle correspondante restait négatif au point de vue douleur et engorgement ganglionnaire.

Notre première idée, vu l'histoire de la malade, fut que nous nous trouvions en présence de troubles inflammatoires et nous instituâmes comme traitement des applications de pansements humides au bicarbonate de soude. Ce traitement continué pendant huit jours et ne déterminant aucune modification, nous incisons franchement aux deux points qui paraissent les plus ramollis. Des deux incisions s'écoula un liquide semblable à de la vaseline liquéfiée et un peu de sérosité contenant des globules graisseux en suspension. La pression des parties voisines faisait sourdre des particules de paraffine pâteuse.

Par les incisions nous nous sommes efforcés d'extraire par pression le plus possible de matière injectée, à aucun moment nous n'avons constaté d'écoulement purulent. La sérosité qui s'échappait examinée au microscope, ne contenait pas de leucocytes ni de globules de pus. Ces manœuvres furent répétées plusieurs fois tout en maintenant les pansements humides. Au bout d'un mois, les plaies qui avaient un aspect vernissé s'étaient rétrécies, sans qu'on ait jamais constaté de réaction inflammatoire.

En janvier, il ne restait plus qu'une légère fistule, mais les troubles de la peau avaient persisté. Dans l'intervalle de légères douleurs et rougeurs étaient apparues du côté gauche où se constatait aussi un peu de diffusion de la masse injectée, mais à aucun moment les troubles ne furent aussi marqués qu'à droite.

Réflexions. — Comment interpréter les phénomènes constatés? Au premier examen il paraissait logique d'admettre, malgré l'absence des signes ordinaires, l'idée de troubles inflammatoires; étant donné, surtout, l'unilatéralité des lésions et l'accident primitif qui semblait imputable à une faute de technique.

La persistance des troubles malgré le traitement l'absence des phénomènes inflammatoires nous ont obligé d'admettre l'existence des troubles trophiques et circulatoires dus sans doute à la pénétration de particules de la masse injectée dans le système sanguin. Cette opinion cadrerait du reste très bien avec les signes objectifs. La pénétration dans les vaisseaux de particules de la masse injectée, la formation de thromboses a été signalée dans les cas où a été employée la méthode de Gersony, or notre malade avait été injectée avec un mélange très voisin.

En résumé, sans parler des cas graves comme ceux signalés par Pfannenstiel (de Breslau), par Leiser, par Huart et Holden, les injections de paraffine sont loin d'être aussi innocentes qu'on serait tenté de le croire; elles peuvent donner lieu à des complications de moindre importance, telles que l'œdème (Brindel, Moure et Brindel), à des diffusions de l'injection, à des troubles trophiques et circulatoires comme dans le cas que nous rapportons; ces accidents quoique de minime importance doivent entrer en ligne de compte et les malades doivent en être prévenus. Aussi croyons-nous, et nous ne serons pas le seul, que la prothèse par la paraffine qui a donné d'excellents résultats doit être comme toute opération chirurgicale réservée aux cas où la nécessité l'impose; il est bon de le répéter — et c'est dans ce but que nous avons publié cette observation — ne serait-ce que pour lutter contre l'abus qu'on serait tenté d'en faire dans un but nullement chirurgical, mais où l'esthétique et la beauté seraient seuls en jeu.

(Gaz. des Hôpitaux.)

—: o:—

Thérapeutique et Mat. Médicale

LA TEINTURE DE MARRONS D'INDE CONTRE LES HÉMORROIDES.

Par M. le Dr. Artault de Veney.

La teinture de marrons d'Inde calme les douleurs et affaïsse le bourrelet des hémorroïdes plus rapidement qu'aucun médicament.

Elle agit aussi bien sur les hémorroïdes internes qu'externes, procidentes que cachées, simples que compliquées.

A. — "La disparition de la douleur" est le premier effet du médicament. Elle se produit en quelques heures je l'ai vue en deux heures; il en faut en moyenne de 6 à 10.

Si on veut simplement s'attaquer à ce symptôme qui est, de beaucoup, le plus gênant, et celui pour lequel les malades viennent surtout consulter, on peut cesser l'administration du médicament dès que la douleur s'éteint.

Si on veut obtenir l'affaissement du bourrelet, il faut continuer le remède pendant quelque temps après la cessation des douleurs.

B. — "L'affaissement du bourrelet" est en effet consécutif à la disparition de la douleur, et plus ou moins rapide.

Il est inutile d'insister sur cette dissociation des deux phénomènes, cessation de douleur et affaissement de bourrelet, car il est des cas où on peut désirer, où il y a même avantage à chercher seulement à calmer la douleur tout en conservant le bourrelet devenu indolent. C'est le cas des hémorroïdales congestifs où on pourrait craindre les effets en contre-coup d'une suppression brusque des lacs sanguins du petit bassin.

C. — La "dose moyenne" à donner est de 10 gouttes avant les deux principaux repas dans un peu d'eau.

Mais cette dose peut varier et doit être proportionnée à l'intensité des douleurs. On peut, d'emblée, en présence de douleurs très vives, s'accompagnant de tension et de turgescence, donner une dose de 20 ou 30 gouttes, quitte à diminuer pour les prises suivantes:

"Mieux vaut augmenter progressivement la dose de 5 gouttes à chaque prise matin et soir, ou trois fois dans la journée, pour arriver à la dose adéquate, que de risquer de dépasser cet optimum et d'exaspérer les phénomènes morbides.

D. — Dans les hémorroïdes qui s'accompagnent de "rectite avec selles glaireuses, dysentériques," comme des œufs brisés, avec quelques filets de sang et de "ténésme," la teinture de marrons seule, tout en modifiant les douleurs dans leur intensité ou dans leur mode, est sans action sur l'état local et sur les selles; il faut alors lui adjoindre à parties égales la "teinture d'aloès," ou faire prendre une pilule de "nitrate d'argent" d'un centigramme matin et soir. Sous l'influence de ces associations la douleur cesse immédiatement, l'état local s'améliore et les selles glaireuses disparaissent en un jour!

Dans certains cas, lorsqu'il y a par exemple atonie musculo-intestinale, dans les "hémorroïdes sourdes," dues manifestement à de "la constipation habituelle," on peut adjoindre à de la teinture de marrons, parties égales de "teinture de noix vomique." X

E. — Enfin, dans ces formes d'hémorroïdes mixtes, ne tenant à l'arthritisme que d'une manière pour ainsi dire collatérale, et se rattachant à des règles insuffisantes, à la grossesse, à des tumeurs abdominales, en se greffant sur des états dyspeptiques qui sont surtout l'apanage des nerveux et des femmes; dans ces "hémorroïdes qui saignent" abondamment, même en dehors des selles, et qui le plus souvent ne se montrent guère au dehors, si la teinture de marrons seule ne réussit pas à calmer les douleurs ni à arrêter l'hémorragie, il est bon alors

d'y joindre parties égales de "teinture d'amamelis."

Ces deux teintures de marrons et d'amamelis associés agissent bien plus efficacement que si on les administre isolément.

F. — On peut, dans certains cas, tout en donnant la teinture de marrons d'Inde à l'intérieur, l'adjoindre à un corps gras, vaseline ou axonge, pour la réduction des hémorroïdes et des prociences du rectum, qu'elle facilite étonnamment: on peut, dis-je, appliquer la teinture ou "l'extrait de marrons en pommade," quand il y a étranglement et suintement du bourrelet; j'ai employé à maintes reprises ce procédé avec succès.

Cependant je dois dire qu'en topique la teinture de marrons semble moins active qu'à l'intérieur contre les hémorroïdes; en revanche je l'ai vue sous cette forme améliorer notablement des "varices des jambes."

G. — Enfin la teinture de marrons d'Inde est capable de modifier la circulation du petit bassin et d'agir efficacement dans tous les cas où une congestion de quelque nature qu'elle soit se montre dans un organe de cette région, cystite du col, prostatite, rectite, congestion utérine.

————— o: —————

LA PHYSICOTHERAPIE DANS LE CANCER

M. le Dr. Rivière a fait à l'Académie de Médecine une communication très intéressante sur l'action des agents physiques contre le cancer. "Cette méthode, dit M. Rivière, est très utile, pour obtenir la diminution des tumeurs, la sédation de l'élément douloureux, la disparition des engorgements ganglionnaires:

C'est la seule méthode à employer contre certains néoplasmes inopérables, ou voués à une reproduction rapide; dans les formes végétantes, ulcéreuses et térébrantes, de l'épithélioma; dans les sarcomes et carcinomes récidivants et repullulants, à la suite des interventions opératoires.

On peut employer de préférence la radiothérapie, les effluves statiques et les effluves de haute fréquence, sans négliger les moyens physiothérapiques généraux (bains statiques, darsonvalisation, etc.), ainsi que le calomel, l'eau et la quinine à l'intérieur, afin de pousser aux éliminations et à la neutralisation des éléments néoplasiques, mobilisés par le traitement local et faisant retour au torrent circulatoire.

Les effets les plus saillants du traitement physiothérapique, sont: la disparition des œdèmes, engorgements et indurations, la cessation des douleurs lancinantes et autres, la cicatrisation rapide et complète de l'ulcus rodens, l'affaissement et le ratatinement des saillies végétantes; enfin, la disparition complète de la cachexie et de l'amaigrissement et le retour de l'intégrité dans l'état général.

Bien que les succès soient fréquents pour la cure des récidives opératoires, il est préférable de traiter ainsi les néoplasmes à leur début. La radiothérapie devra toujours déborder la lésion, puisque

l'histologie nous prouve que le néoplasme s'étend toujours plus loin que la lésion apparente.

En dépit des améliorations notoires et rapides (sédation des douleurs, régression des foyers, arrêt des proliférations adénopathiques), il faut apporter une persévérance indispensable dans le traitement par les agents physiques, surtout pour la continuation des méthodes générales, destinées à l'amendement diathésique. En résumé, on peut affirmer que le traitement des nosologies malignes est entré dans une nouvelle phase, grâce aux applications des modernes méthodes physiothérapeutiques. La facilité de la simplicité, l'indolence et la promptitude de nos traitements, la régularité esthétique des résultats obtenus, le retour intégral des fonctions compromises, tout donne à la physiothérapie une valeur curative incontestable, tant au point de vue du nombre des guérisons que de la solidité des améliorations, dans des cas (primitifs ou récidivants) qui semblaient bien au-dessus des ressources de l'art.

(Le Concours médical.)

—: o: —

TRAITEMENT DE LA FIEVRE TYPHOÏDE PAR LE PYRAMIDON.

Par M. le Dr. Eggli.

M. Eggli, dans le service du Docteur Gerest, a soumis d'emblée les typhiques au traitement du pyramidon. Il le donnait en cachets à la dose de 0 gr. 25 pour les adultes, de 0 gr. 10 pour les enfants au dessous de dix ans, et de 0 gr. 20, de dix à vingt ans.

L'administration des cachets se fait avec l'aide d'un peu de lait ou d'une boisson indifférente; une seule recommandation est à faire: ne pas trop couvrir le malade aussitôt après, car il n'est pas rare de voir se produire des sueurs abondantes.

Pour donner la dose, on se base comme dans la méthode de Brand, sur la température prise de trois heures en trois heures.

Quant à la limite à partir de laquelle on donne le médicament elle varie avec l'intensité de la fièvre. Si elle est violente, se maintenant à peu près constamment au-dessus de 40 degrés, il suffit de donner le pyramidon à partir de cette température et dans ces conditions quelques malades ont pris jusqu'à un gramme par jour.

Ceci est du reste exceptionnel, et le plus souvent on peut abaisser la limite à 39, 38.5 et 38 degrés, en se basant, pour la fixer, sur la quantité du médicament absorbée, de manière que la malade, aussi longtemps que la température est supérieure à 38 degrés ne reste pas plus de vingt-quatre heures à prendre moins de quatre doses.

Pour ce qui est du traitement complémentaire, alimentation, hygiène, médication spéciale nécessitée par les complications, convalescence, l'auteur a adopté les règles classiques. &L

On sait, depuis les travaux de MM. Albert Robin et Bardet, que le pyramidon, contrairement à

ce qui se passe pour le plus grand nombre des substances oxydantes, excite les oxydations au lieu de les diminuer; c'est donc sans aucun danger qu'on peut utiliser l'abaissement thermique produit par ce médicament.

L'abaissement de la température produit par un cachet de 0 gr. 25 de pyramidon est, en général, de un degré; il atteint son maximum au bout d'une heure environ et s'y maintient pendant trois ou quatre heures; la température remonte ensuite assez rapidement. Assez fréquemment, et surtout chez les sujets jeunes et vers la fin de la maladie, on a constaté des abaissements, atteignant parfois trois à quatre degrés. Dans aucun de ces cas, on n'a observé des malaises ou menaces de collapsus. Quant à l'ensemble de la courbe, on y constate de grandes modifications: les trois périodes classiques de la dothiéntérie disparaissent pour faire place à un abaissement progressif et régulier, sans stades aussi nettement tranchés.

A l'abaissement thermique se joint une sensation de bien-être, accusée par tous les malades et cela lors même que la température persiste encore élevée vers 40 degrés. Ce bien-être fait oublier au malade la gravité de son état; aussi est-on obligé d'insister sur les précautions hygiéniques ou alimentaires usuelles.

(Jour. de Médecine de Paris.)

—: o: —

GYNECOLOGIE

TRAITEMENT DE L'ENDOMETRITE CHRONIQUE PAR LA FORMALINE D'APRES LA METHODE DE MENGE.

Par M. le Dr. Odebrecht.

L'auteur emploie ce procédé depuis plus d'une année et s'en trouve bien. Il a complètement abandonné le chlorure de zinc et lui préfère la formaline qui pénètre mieux l'épaisseur des tissus tout en ne produisant pas d'escarre comme les caustiques violents. L'action bactéricide du formol est supérieure à celle du chlorure de zinc. L'application est toujours un peu douloureuse, mais on ne peut attribuer des complications fâcheuses telles que paramétrites, périmétrites, salpingites. Sa supériorité est évidente pour la disparition des fleurs blanches, des hémorragies et des douleurs. Doit-on cautériser souvent? Le mieux est de laisser des intervalles d'une semaine entre les séances; suivant la sensibilité des sujets, l'état des organes, col plus ou moins perméable. On pourra parfois cautériser tous les 4 ou 5 jours. On prévient les douleurs par les tampons de glycérine ichtyolisée et les enveloppements humides de tout l'abdomen. L'auteur n'a pas eu des cas où il ait fallu plus de 8 à 10 cautérisations. En cas d'insuccès il changeait de thérapeutique.

Menge emploie la cautérisation avec une solu-

tion à 50 pour cent. L'auteur ne trouve aucun inconvénient à user de 50 pour cent, mais les séances doivent être plus rares. Il se sert d'une sonde résistante. L'antisepsie la plus minutieuse est indispensable: sans cela il peut se produire des infections ascendantes.

Dans les endométrites végétantes hémorragiques, le curetage est toujours indiqué.

(Gaz. de Gyn.)



RAPPORTS ENTRE LE NEZ ET L'APPAREIL GENITAL DE LA FEMME.

Libov, dans le *Wratch* (1802), a signalé les rapports entre l'appareil génital de la femme et le nez. Fliess a le premier constaté qu'au moment des règles la muqueuse du nez est hyperémisée et tuméfiée au niveau des cornets inférieurs et du tubercule de la cloison, et il a désigné ces régions sous le nom de "régions génitales du nez". D'après Fliess, on peut observer des hémorragies au niveau de ces régions génitales du nez, au moment des époques menstruelles. Ces rapports entre le système génital et le nez furent confirmés plus tard par Schiff. Si les règles normales peuvent déjà exercer une telle influence, cette dernière doit être encore plus marquée lorsque les règles sont modifiées sous l'influence des affections de l'appareil génital.

Se basant sur ces rapports si étroits, on proposa un nouveau mode de traitement de certaines affections gynécologiques. C'est ainsi que Fliess démontre nettement que dans un grand nombre de cas on arrive par la cocaïnisation des "régions génitales du nez" à arrêter complètement les douleurs dans le bas-ventre et la région sacrée au moment des règles (dysménorrhée): la cocaïnisation de l'extrémité antérieure du cornet inférieur fait cesser les douleurs dans le bas-ventre, et la cocaïnisation du tubercule de la cloison, celles de la région sacrée. L'influence de la cocaïnisation des régions déterminées de la muqueuse du nez a surtout été notée dans la dysménorrhée, qui ne dépend pas d'altérations pathologiques des organes génitaux.

En contrôlant ce mode de traitement de la dysménorrhée sur un grand nombre de malades, Jaworski et Svanicki ont trouvé que l'heureux effet des séances de cocaïnisation persiste de quelques heures à plusieurs jours et qu'un traitement plus prolongé peut même donner la guérison complète.

(Gaz. de Gynécologie.)



Otologie, Rhinologie, Laryngologie.

LES LESIONS PROFESSIONNELLES ET TRAUMATIQUES DE L'OREILLE.

Par M. le Dr. Della Vedova.

L'auteur (rapporteur) parle d'abord de la grande importance de l'appareil de l'audition au

point de vue de l'hygiène industrielle et professionnelle. Par suite de certaines difficultés dans le diagnostic, certaines maladies de l'oreille ne sont reconnues que lorsque les lésions sont déjà anciennes, que lorsque le malade est déjà plus ou moins sourd ce qui nécessite son licenciement.

Il y a trois sortes de causes qui peuvent provoquer des maladies professionnelles de l'oreille: les causes qui tiennent à l'opéré lui-même, les conditions matérielles du travail.

Au point de vue du milieu, on peut distinguer les ouvriers qui travaillent enfermés et les ouvriers qui travaillent en plein air.

Dans le premier cas, la salubrité et la santé des ouvriers dépendent de la ventilation surtout; il faut tenir ici un grand compte des poussières industrielles, minérales, animales ou végétales, des gaz irritants, des températures excessives, de l'humidité et de la pression atmosphérique.

De même, l'auteur a pu constater que chez les maîtres d'école, les affections des premières voies respiratoires étaient très fréquentes, et cela vient certainement du milieu où ils vivent, qui est insalubre.

Parmi les ouvriers qui travaillent au grand air, l'auteur ne s'occupe surtout que des employés de chemins de fer et des militaires. Il prouve, avec preuves à l'appui, que les lésions otitiques sont beaucoup plus fréquentes chez tous ceux qui travaillent enfermés et que, chez les militaires, les otites sont par exemple, dans la période de manœuvres, bien plus rares que quand les soldats ne quittent pas leur casernement.

L'auteur conclut, au point de vue du traitement à la presque inutilité du traitement purement médical, dans toutes ces otites suraiguës ou chroniques favorisées ou provoquées par les conditions de travail et de milieu, et au contraire, à l'efficacité pour ainsi dire souveraine de l'application rigoureuse des règles d'hygiène dans la nutrition, dans le vêtement, dans le travail: on a ainsi obtenu souvent, dans des cas rebelles, des succès inespérés.

Au point de vue des lésions traumatiques, le rapporteur rappelle que beaucoup de traumatismes de la tête exercent une action funeste jusque dans l'appareil auditif; si les traumatismes intéressent directement la voûte du crâne, ils retentissent presque à coup sûr sur l'appareil auditif. Les traumatismes de la face ont au contraire un retentissement très relatif. (*Arch. int. de laryng.*)



FORMULAIRE

GOUTTES CONTRE LES MAUX DE DENTS.

Menthol... .. 2 grammes
 Camphre... .. I —
 Chl. de cocaïne, 0 gr. 25 à 0 gr. 50. W
 Triturez jusqu'à liquéfaction.

Il faut introduire dans la dent cariée un petit tampon d'ouate imbibé du liquide, toutes les demi-heures jusqu'à ce que le soulagement ait été obtenu.
(Jour. de Médecine de Paris.)

—————: o :—————

CONTRE L'HYPERTROPHIE AMYDALIENNE.

Gargarisme:

Acide phénique pur... ..	1 gramme
Résorcine... ..	8 —
Alcool de menthe... ..	20 —
Glycérine pure... ..	30 —
Eau distillée... ..	450 —

Dans le cas de pharyngite granuleuse, on emploiera le gargarisme iodé suivant, qu'on peut diluer:

Iode métallique... ..	o gr. 40 centig.
Iod. de potassium... ..	o gr. 80 —
Sirop de menthe... ..	50 grammes.
Eau distillée... ..	250 —

(Jour. de Médecine de Paris.)

—————: o :—————

CONTRE L'OEDEME DE LA GLOTTE CHEZ LES ENFANTS.

Par M. le Dr. Comby.

Pulvérisations fréquemment avec la solution suivante:

Alun... ..	5 gr.
Tanin... ..	5 gr.
Extrait de ratanhia... ..	10 —
Eau... ..	500 —

Cinq à six par jour avec un pulvérisateur à main ou à vapeur.

(Jour. de Médecine de Paris.)

—————: o :—————

LE SUPREME ADIEU.

Les restes mortelles du Docteur M. T. Brennan.

Ce n'est pas sans une très vive émotion que jeudi dernier (28 avril), nous assistions à l'inhumation des restes du Docteur Brennan.

Avant que la tombe entr'ouverte ait reçu cette chère dépouille, nous avons demandé au fossoyeur de soulever le couvercle du cercueil. Le Docteur nous est apparu une dernière fois tel que nous l'avions vu il y a six semaines, mais les yeux avaient complètement disparus au fond de leurs orbites... ces yeux naguère encore si vifs, si intelligents, si étincellants.....

Madame Brennan était là, entourée de ses cinq enfants. Mademoiselle Martin, Monsieur Auguste Martin, belle sœur et beau-frère du défunt, et M. L. A. Bernard, pharmacien, étaient aussi présents.

Messieurs les Docteurs L. P. Normand de Trois-Rivières, L. H. Delorme, de la Pointe Saint-Charles, A.A. Bernard, de Saint-Henri, S. J. Girard, de Sainte-Cunégonde et William J. Dérôme, de Montréal, et autres étaient aussi près de la fosse pour dire à leur confrère aimé un dernier adieu.

—R. I. P. —

W. J. D.

—————: o :—————

NOUVELLES

Naissances:

—Le 23 avril, au No. 205 Visitation, l'épouse de M. le Dr. A. F. Jeannotte, un fils, qui a reçu les prénoms de Albert Antonio.

—A Saint-Jovite, le 28 avril, l'épouse de M. le Dr. Gervais, une fille.

—A Montréal, le 30 du mois d'avril, l'épouse de notre excellent collaborateur et ami, M. le Dr. J. E. Laberge, Surintendant médical des maladies contagieuses de cette ville, un fils.

—A Montréal, le 3 mai courant, au No. 46 rue des Inspecteurs l'épouse de M. le Dr. J. A. Pilon, un fils.

—A Québec, le 22 avril, l'épouse de M. le Dr. Roy, une fille et un fils,

Mariage:

—A l'archevêché de cette ville, à 7 heures, a eu lieu, lundi de cette semaine, le mariage de M. le Dr. Georges-Etienne Cartier avec Mlle Marie-Anne Valois, fille de feu le Dr. J. A. Valois. M. l'abbé Ecrément, curé de Sainte-Cunégonde, officiait. Le marié était accompagné de son père, le Dr. Antoine Paul Cartier; la mariée, son oncle, M. A. Valois, de Vaudreuil.

Le chœur de la cathédrale, sous la direction de M. Guillaume Couture, a exécuté un très beau programme musical, avec M. Edouard Lebel et M. Morin comme solistes. M. Lebel a suavement chanté "Je vous salue Marie", de Tremblay; M. Zénon Morin nous a donné un magistral "Ave Verum", celui de Théo. Dubois. M. le professeur Pelletier accompagnait au grand orgue. C'est le premier mariage célébré à la cathédrale depuis l'érection de la nouvelle paroisse.

La famille Valois a offert un joli déjeuner aux parents et aux amis.

Nécrologie:

—Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr. J. S. Sylvestre, de cette ville, décédé subitement le 30 du mois dernier.

—A Vacennes, est décédé le 29 avril, à l'âge de 28 ans, l'épouse de M. le Dr. Beauchemin.

Nos sincères sympathies aux deux familles si cruellement éprouvées.

—————: o :—————

SUPPLEMENT

I.—LES MALADIES ENDEMIQUES AU JAPON

Par M. le Dr. Meyners d'Estrey.

(Suite et fin)

L'extirpation des tumeurs, des kystes et l'opé-
ration de l'hydrocèle, cas si fréquents au Japon,
leur sont complètement inconnues. Il en est de
même de la lithomie; mais les fractures des bras et
des jambes, ainsi que les luxations, sont assez bien
traitées par les Japonais. Ils nous font l'effet de
remplacer avantageusement nos rebouteurs, qui ne
pas plus que chez ceux-ci, leurs manœuvres ne
soient basées sur des notions anatomiques et phy-
siologiques. Il y a là un véritable progrès sur le
chirurgien chinois, qui s'abstient complètement dans
ce cas et abandonne le patient à son triste sort.
Pour les pansements, ils emploient un papier spé-
cial japonais, dont nous pourrions peut-être tirer
grand profit en Europe.

Pour l'oculistique, ils ne sont pas plus avancés
que les "doukouns" de Java, qui emploient généra-
lement trop de collyres piquants. Autrefois, à Yed-
do, on comptait, sur une population de 5 millions
d'âmes, 50.000 aveugles. Aujourd'hui, Tokio pos-
sède quelques oculistes capables, de l'école euro-
péenne.

Les Japonais fabriquent eux-mêmes des instru-
ments de chirurgie de fort bonne qualité. Ils en im-
portent aussi de l'Angleterre et en achètent en
France pour les copier.

Nous n'entrons pas dans les détails relatifs à la
pratique de l'acupuncture et de l'emploi des moxas,
systèmes importés de la Chine au Japon et qui ont
été décrits déjà par bien des auteurs européens. Di-
sons seulement, pour finir, un mot de l'Art de
l'Amma, espèce de massage, dont nous avons déjà
parlé, et qui consiste à presser, frapper, frotter les
parties du corps, de la même manière que cela se
pratique à Java, par les "toukan pietjeet."

Souvent pour augmenter la force du frottement,
on se sert d'un outil, appelé également "amma," et
qui n'est autre qu'un morceau de bois courbé, muni
d'une petite roue de bois à chaque extrémité. En
saisissant le bois par le milieu, l'opérateur promène
les roues sur le corps du malade, en appuyant plus
ou moins. Les Japonais aiment beaucoup cette
opération, qu'ils subissent souvent pendant des
heures, aussi bien pour se reposer des grandes af-
fections pathologiques. On s'en sert surtout contre
les rhumatismes du dos, des épaules, des bras et
des jambes.

Disons encore que les Japonais sont d'excellents
dentistes. Ils fabriquent des dents et des râteliers
de dents naturelles, d'ivoire ou de porcelaine, imi-
tant la nature à s'y méprendre et d'une solidité re-
marquable.

Ils sont aussi d'habiles accoucheurs, quoique
parmi les instruments d'obstétrique dont ils se ser-

vent, il s'en trouve qu'on se garderait bien, d'em-
ployer chez nous. Ainsi, sans faire mention des
crochets, des pinces, des leviers, des nœuds de toute
sorte et de toutes formes, composant l'arsenal des
trousses de ces spécialistes, citons seulement l'outil
employé par eux en dernier ressort et qui consiste
en une espèce de vindas, ayant sa poulie, sa corde
et son crochet, et au moyen duquel ils retirent l'en-
fant de l'utérus de la mère, absolument comme les
marins lèvent l'ancre d'un navire. Inutile d'ajouter
que cette opération n'est pratiquée qu'à la dernière
heure, pour tâcher de sauver la mère, car l'enfant
est naturellement sacrifié.

Cet exercice, quasi empirique, de la médecine et
de la chirurgie, s'efface graduellement devant le
progrès de l'art médical européen depuis la fonda-
tion de la Faculté de Tokio, qui, depuis une ving-
taine d'années qu'elle existe, a déjà doté le pays
d'un millier de praticiens de notre école, répartis
sur divers points du Japon.

(La Chronique Médicale.)

LA SCIENCE EN RUSSIE.

L'autorité a interdit pendant la dernière séance
du Congrès national des médecins, institué en sou-
venir du fameux chirurgien Pirogov, la lecture des
conclusions des sections du Congrès sur les différen-
tes motions que l'autorité avait jugées inspirées
par un esprit trop libéral pour pouvoir être livrées
à la publicité.

Malgré les réclamations de plusieurs membres
du Congrès, le président, M. Rostovsev, a refusé
cette lecture. Il a proclamé le Congrès clos, et la
police a fait immédiatement évacuer la salle, qui
était principalement remplie de médecins, d'étu-
diants et d'étudiantes. Des murmures et des pro-
testations ont retenti, mais ils ont été étouffés
par l'orchestre militaire qui a joué pendant la sor-
tie. Le public était à ce moment très tumultueux.
Les journaux russes gardent un silence absolu
sur cet incident.

On n'est pas très libéral chez les Russes.

(Jour. de Médecine de Paris.)

L'AMOUR ET L'ALCOOL.

Il faut lire, dans les journaux d'Outre-Manche,
les "trucs" nombreux auxquels ont recours les
"misses" et les "ladies" pour satisfaire leur noble
passion.

Écoutez cette anecdote édifiante racontée par
un docteur d'Oxford!

"Une de mes clientes avait perdu, à la suite d'un accident, l'index de la main droite; pour cacher cette mutilation disgracieuse, elle se fit faire un doigt artificiel, tout ce qu'on put trouver de mieux, le "dernier cri" du genre. Une large bague dissimulait le point d'union du doigt postiche avec le moignon, et il fallait vraiment être averti d'avance pour remarquer l'artifice.

"Mais tout de même, ce que ne devinait pas les personnes qui étaient au courant de la supercherie, c'est ceci: le faux index était creux, et quand elle allait dans le monde, la dame le remplissait d'eau de Cologne. Sous l'ongle, à l'extrémité de la dernière phalange, il y avait une petite soupape, que la succion ouvrait. Et lorsque dans un salon, en plein monde, la dame portait son index à sa bouche, d'un air innocent, et pensif, elle satisfaisait tout simplement sa passion furieuse pour l'eau de Cologne."

On a raconté l'histoire d'une dame anglaise qui, s'étant convertie au catholicisme, portait suspendue à son cou une grande croix d'argent. Quelqu'un qui la voyait fréquemment embrasser la croix fit une enquête et s'aperçut que chaque baiser était une lampée de whisky contenu dans la croix.

(Jour. de Médecine de Paris.)

LA NOCIVITE DES MOUCHES.

La mouche est-elle simplement malpropre, ou bien contribue-t-elle, comme on le pense volontiers, à la dispersion des germes et des bactéries? De récentes expériences, faites à l'Université John Hopkins, de Baltimore, ne laissent aucun doute sur ce point. Les expérimentateurs ont pris, à cet effet, une boîte à deux compartiments. Dans l'un, on a mis des substances alimentaires infectées de bactéries faciles à reconnaître ultérieurement; dans l'autre compartiment, on a mis un milieu de culture stérile par lui-même, selon la formule des laboratoires. Des mouches, introduites dans le premier compartiment, s'y promènèrent et y picorèrent à loisir, dégustèrent les matières scientifiquement infectées de germes. Puis, on les fit passer dans le second compartiment, et, en très peu de temps, microbes et bacilles pullulèrent dans le milieu de culture qui s'offrait à eux. L'expérience recommencée, contrôlée, a été irréfragable. Donc la mouche n'est pas seulement malpropre, elle est dangereuse: ce qu'il fallait démontrer, mais ce qu'on avait affirmé depuis longtemps déjà, ailleurs qu'en Amérique.

(La Médecine Orientale.)

ORDONNANCES ILLISIBLES.

Le Ministre de l'Intérieur de Prusse estime que les médecins ne s'appliquent pas assez à écrire leurs ordonnances et il adresse une circulaire aux pharmaciens à ce sujet.

Il leur fait interdiction de délivrer des médicaments sur le reçu d'ordonnances dont le sens n'est pas absolument sûr, à moins d'explications très nettes de la part du médecin de qui émane l'ordonnance. En outre, sur chaque ordonnance devront être inscrits le nom et l'adresse de celui à qui les médicaments sont destinés; si le médecin ne les a pas inscrits, le pharmacien devra lui-même les inscrire.

Si le malade refuse l'inscription, l'ordonnance devra être marquée d'un signe particulier pour empêcher toute confusion par la suite.

Des écoles d'écriture pour médecins vont s'ouvrir!

(Jour. de Médecine de Paris.)

LA CHEVELURE DES MUSICIENS.

Un médecin anglais a constaté que la musique exerce une réelle influence sur l'abondance ou la rareté de la chevelure. Le piano, le violon, le violoncelle et la contre basse favoriseraient sa sortie et sa conservation: Lizst, Rubinstein, Talberg, Paganini, Sarasate en fournissent la preuve. Par contre, la pratique des instruments de métal détruirait en cinq ou six ans la production pileuse la plus exubérante. Le trombone serait surtout un dépilateur infailible. Les instruments de bois, comme la clarinette, la flûte et le hautbois sont, par contre, sans action perceptible. Mais l'effet conservateur des instruments à corde sur les cheveux ne se produit, semble-t-il, que jusqu'à cinquante ou cinquante-deux ans. Passé cette époque, les plus sublimes mélodies n'empêcheraient plus la calvitie.

(Jour. de Médecine de Paris.)

LA MEDECINE ET LE PIANO.

Des médecins allemands viennent de se réunir et de constituer une ligue contre l'abus du piano. Ils certifient que la pratique prématurée de cet instrument est la cause originelle de nombreux troubles nerveux. Ils rendent le clavier responsable des névroses féminines et ils donnent comme argument probant la mortalité précoce qui a souvent frappé les pianistes en renom: Mozart, Chopin, Mendelssohn, Schumann sont morts à la fleur de l'âge. Les Allemands demandent donc, pour conclure, que les études du piano ne commencent jamais avant l'âge de seize ans. A cet âge, on peut espérer que beaucoup renonceront à faire les premières gammes: c'est sans doute là-dessus que comptent les adversaires du piano.

(La Médecine Orientale.)

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 18 MAI 1904.

No. 47.

A nos Lecteurs

La modification que nous avons cru devoir apporter à la direction scientifique de ce journal, sera, nous l'espérons, apprécié de nos lecteurs et aura sur l'avenir de notre feuille, une profonde et durable influence. Mieux que personne nous savons les imperfections et les défauts de cette Revue, c'est pour y remédier dans la mesure de nos moyens que nous faisons appel à la bonne volonté de tous nos amis.

Notre excellent confrère et ami, le Dr. Boulanger demeure administrateur responsable de ce journal — Son passé répond de l'avenir, et nous savons que grâce à lui qui n'a jamais menagé ni son temps ni sa peine, notre journal est en bonne main — si des améliorations peuvent être apportées, il sera le premier à les suggérer et les faire aboutir.

La direction scientifique sera composée de nos confrères les Drs. Derome, Ethier, Fortier, François de Martigny et Masson. Le secrétaire général de la rédaction sera Wm. J. Derome. En partageant la responsabilité entre plusieurs nous avons voulu la rendre à la fois plus aisée et plus efficace, et donner aux décisions souvent délicates à prendre, une sanction plus forte.

La ligne scientifique de ce journal n'en sera pas changée. Comme par le passé nous aurons à cœur de tenir nos lecteurs au courant de la pensée scientifique et médicale de tous les pays, en nous efforçant de publier aussitôt que parues, les découvertes les plus récentes, les communications aux Sociétés, les travaux originaux marqués au coin du vrai cachet de la science moderne.

A cet effet nous avons demandé plus spécialement à certains de nos collaborateurs de bien vouloir nous rédiger mensuellement une revue des travaux parus dans les principales publications du monde entier, et afin de divi-

ser un travail considérable nous sommes heureux de pouvoir annoncer à nos lecteurs que nos confrères et amis les Drs. E. P. Chagnon, I. Cormier, H. Duhamel, A. Ethier, L. E. Fortier, J. E. Laberge, de Martigny, Masson, F. Monod, ont bien voulu se charger de ce travail.

Nous porterons un soin tout particulier à la publication du compte rendu des Sociétés médicales de la province de Québec et des sociétés françaises des États-Unis. Quant à notre Société médicale de Montréal, qui chaque année grâce à l'effort de tous, fait un pas en avant dans la voie du progrès, nous tiendrons la main à ce que notre compte rendu, bien que forcément résumé, donne cependant à nos lecteurs, une idée exacte de la physionomie de la séance; nous voulons être et nous serons impartiaux, jusqu'au jour prochain, nous l'espérons, ou la Société Médicale publiera soit par elle-même soit par l'intermédiaire des journaux médicaux, un compte rendu officiel de ses séances. Le projet est dans l'air, nous ferons tout pour le faire aboutir; ce compte rendu ne nous empêchera pas de publier intégralement les communications, dont l'auteur voudra bien nous faire parvenir le manuscrit; qu'il appartienne ou non à la collaboration de ce journal, il sera le bienvenu; nous n'hésiterons même pas à emprunter à un de nos confrères la publication d'une communication inédite, si elle nous paraît de nature à intéresser le lecteur, en pareille matière nous ne craignons pas d'être accusé de plagiat car nous aurons toujours soin d'indiquer l'origine de nos emprunts.

Dans un pays jeune et qui ne demande qu'à se développer comme le nôtre, le côté pratique a une place prépondérante, aussi nous efforcerons-nous d'obtenir de nos collaborateurs, les travaux d'un intérêt utile et immédiat pour le praticien isolé, qu'il s'agisse de médecine ou de petite chirurgie. Nous espérons qu'ils seront appuyés du plus grand

nombre d'observations personnelles, toujours si instructives.

Nous ne saurions nous désintéresser des questions touchant l'intérêt professionnel: oubliez de tout intérêt personnel ou privé, on nous trouvera toujours au premier rang de ceux désireux de combattre pour l'intérêt général. Nous prêcherons l'union de tous vers notre but commun: la grandeur et le respect de notre profession médicale française au Canada. Nous estimons qu'à l'heure actuelle un syndicat médical devrait se créer, unissant tous les membres de la Profession, sans distinction de langue ni de race, dont la protection s'étendant à tous, permettrait à tous de pratiquer avec dignité et respect notre profession. Nous chercherons aussi s'il ne serait pas possible de faire germer l'idée d'une caisse de secours pour ceux d'entre nous que le sort a frappé sans pitié.

Avant de terminer ce long exposé, nous tenons à dire, que tout article publié dans cette Revue devra être signé en toutes lettres du nom de son auteur, c'est-à-dire que tout article anonyme sera impitoyablement refusé.

Tout article original devra être accepté avant d'être publié, par la direction scientifique, au cas où la direction scientifique ne voudrait ou ne pourrait prendre une détermination, elle devra en référer à l'administrateur de ce journal.

Afin de donner une part plus active à la collaboration, il a été décidé que toute modification apportée à la direction scientifique, toute décision intéressant l'avenir et la prospérité de ce journal devrait être soumise à l'approbation de la direction scientifique, et des collaborateurs convoqués par les soins de l'administration de la Revue.

"La Revue Médicale."

— : o : —

Travaux Originaux

TRAITEMENT DES BRULURES.

Par M. le Dr. Fernand Monod,
Ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Paris.
Lauréat des hôpitaux et de la Société de Chirurgie de Paris,

Il n'existe pas de plaies, car il s'agit bien de plaies qui soient plus mal traitées en gé-

néral que les brûlures, qu'elles soient du 1^{er} ou du 4^{ème} degré, petites ou étendues, et dans bien des cas de brûlures graves, le malade guérit avec des cicatrices vicieuses, des rétractions ligamenteuses ou musculaires, des ankyloses plus ou moins complètes par faute du traitement qui, dès le début a été appliqué. Or, pour traiter une brûlure il faut bien se persuader qu'il s'agit toujours d'une plaie et qu'en tant que plaie, elle est plus qu'aucune autre sujette à s'infecter, qu'il faut donc la traiter chirurgicalement, c'est-à-dire proprement, en respectant les lois si simples, mais si formelles de l'asepsie. C'est donc le traitement antiseptique des brûlures que j'aurai en vue dans cette étude, traitement qui a fait des progrès considérables durant ces dernières années, et qui permet aujourd'hui de faire appel de l'opinion que proférait Daniel Mollière en 1899, disant: "malgré tous les progrès de l'antisepsie, je crois que ce qui vaut encore le mieux est le classique liniment oléo-calcaire" — non ce liniment pas plus que les autres onguents ou pommades chères aux familles, ne vaut rien, il est encore hélas, bien trop répandu, c'est à lui qu'on doit les désastres dont je parlais au début, et c'est pour le combattre que j'écris ces lignes. Je voudrais avant tout transcrire une phrase que je détache de l'excellente thèse de Madame Nageotte Wilbouchewitch, ancien interne des hôpitaux, Paris, 1893 et que voici: "les brûlures n'échappent pas à la loi générale qui gouverne les plaies: la suppuration est une complication plus ou moins grave des plaies. Ce n'est point un élément nécessaire de la régénération des tissus. Il est bien établi que toutes les brûlures peuvent guérir sans suppurer, quels que soient le siège, la profondeur de la lésion, pourvu qu'elles se produisent dans des conditions aseptiques et que le traitement consécutif soit aseptique."

Je diviserai donc le traitement rationnel des brûlures en deux catégories, suivant que

TUBERCULOSE

L'indication de la créosote se trouve dans la phthisie pulmonaire où elle a donné des succès dans toutes les périodes de la maladie et où elle a produit des guérisons, non pas apparentes et temporaires, mais réelles et durables ; en tous cas, les résultats sont assez satisfaisants pour qu'il ne soit pas permis de négliger un moyen dont l'efficacité n'est plus douteuse, surtout dans la phthisie à marche lente et comme préventif chez les sujets offrant des prédispositions à la tuberculose " Dr Manquat ".



CAPSULES CREOBENE

R Créosote de Hêtre
Eucalyptol Absolu
Térébène
Quassine Cristallisée

L'addition à la CREOSOTE dans la CAPSULE CREOBENE, de l'EUCALYPTOL, de la TERE-BENE et de la QUASSINE CRISTALLI-SEE en fait le médicament par excellence, non seulement contre la tuberculose, mais aussi contre toutes les maladies des voies respiratoires : TOUX OPINIATRES, RHUMES, BRONCHITES AIGUES, ET CHRONIQUES, LARYNGITES, CATARRHES PULMONAIRES, ASTHME, PHTISIE, ETC., ETC.

N.B. — Les CAPSULES CREOBENE se trouvent dans toutes les bonnes pharmacies du Canada et des Etats-Unis. Nous les expédions aussi sur réception du prix, 50c le flacon, ou 12 flacons pour \$5.00.

ARTHUR DECARY,

Pharmacien

1688 RUE STE-CATHERINE
MONTREAL.

Malarial Toxemia

SUCCESSFULLY TREATED

FOR the past two years we have been engaged in collating much information regarding the Antimalarial qualities of Phenalgin and are now able to announce to the Medical profession, that in this synthetic we have a recognized and efficient remedy in the treatment of Malarial Toxemia.

As an adjuvant with Quinine or taken alone, Phenalgin is invaluable for the treatment of Malaria.

We shall be glad to furnish any physician with Hospital Reports, Temperature Charts, etc., together with samples on application.

ETNA CHEMICAL CO.,

313 West Street, NEW YORK, U. S. A.

la brûlure aura été faite en milieu aseptique ou septique, ou qu'elle se soit infectée secondairement avant l'arrivée du médecin, sans tenir compte de l'étendue ou de la profondeur de la brûlure.

1. "Brûlure non infectée": On peut poser en principe que une brûlure non infectée guérira par première intention, si elle ne s'infecte pas secondairement, et tous les efforts du médecin devront tendre, 1. à ne pas infecter la plaie. 2. à ne pas appliquer un antiseptique trop énergique qui ne ferait qu'entraver le processus réparateur.

Le nettoyage des brûlures devra donc être pratiqué dès les premières heures, et devra être parfait, il ne faudrait pas hésiter à avoir recours à l'anesthésie, si l'étendue, la multiplicité des brûlures, la douleur, l'âge ou la nervosité du malade le demandait.

L'anesthésie sera de règle au moins pour les premiers pansements chez l'enfant ou dans les cas de brûlures de la face, le chloroforme est sans danger pour ces brûlés, le réveil normal, et souvent toute douleur a disparu sous le pansement bien fait quand le blessé revient à lui.

Si l'épiderme est encore intact, le nettoyage sera fait en ayant grand soin de le respecter. On savonnera toute la région en commençant par les parties saines," en brossant autour de la brûlure énergiquement à l'aide d'une brosse préalablement bouillie. La partie brûlée sera également lavée à l'eau bouillie et au savon, mais à l'aide d'une compresse de tarlatane ou d'un coton hydrophile stérilisé. On traitera la région comme si on avait à y opérer, lavant la peau saine au permanganate et à l'éther.

Tout étant propre autour de la brûlure, il faut nettoyer la brûlure elle-même mais s'il existe déjà des phlyctènes, que faire? Si la phlyctène est petite, on peut la respecter: si elle est grande il faut l'ouvrir "avec un instrument stérilisé" quand tout le voisinage aura été nettoyé.

Si la phlyctène a déjà été rompue, il faut sans hésiter enlever la pellicule dans toute son étendue et dénuder la plaie, il n'y a à cela aucun inconvénient au point de vue de la cicatrisation.

"Brûlure infectée." Le lavage devra être dans ce cas plus méthodique, que dans le cas précédent s'il est possible, afin d'éviter d'infecter encore des parties qui ne le seraient pas encore. Il faudra donc examiner minutieusement la région brûlée et s'il existe des brûlures à épiderme encore intacte, si petites qu'elles soient, commencer par elles, puis passer aux plaies infectées en commençant à nettoyer autour de la brûlure—la brûlure infectée sera elle-même longuement lavée, savonnée, baignée en ayant soin de ne pas promener le tampon d'un bout à l'autre de la brûlure, et faire pénétrer ainsi le pus superficiel encore dans les glandes de la peau.

PANSEMENT.

1. "Brûlure non infectée." Une brûlure aseptique demande un pansement aseptique, On y arrive seulement en isolant les brûlures voisines sous des pansements indépendants, à l'aide du pansement adhésif ouaté collodionné de Périer. Le pansement le plus favorable à la cicatrisation des brûlures est le pansement sec, mettant la brûlure à l'abri complet de l'air et renouvelé aussi rarement que possible, le pansement unique est l'idéal mais il n'est pas toujours possible de le réaliser.

"Brûlure infectée." La brûlure infectée non suppurée, et qui aura pu être désinfectée par un lavage sérieusement pratiqué demande un pansement antiseptique, c'est de beaucoup le cas le plus fréquent — la région avoisinante a été lavée, savonnée, les phlyctènes déchirées, enlevées, on a une surface à vif qui ne suppure pas encore; le but principal est d'éviter cette suppuration en n'usant d'aucune substance capable d'entraver la cicatrisation — or dans une étude faite sur l'action des antiseptiques Unna a bien démontré que le phénol, l'acide salicy-

lique, le sublimé, empêchent la kératinisation c'est-à-dire la formation de l'épiderme — et que d'une façon générale les antiseptiques ne favorisent pas la kératinisation. — L'expérience est complètement d'accord avec les conclusions du travail d'Unna, dit madame Nageotte Wilbouchewitch "les pansements humides et gras qui empêchent la dessiccation sont les plus mauvais au point de vue de l'épidermisation, le bain continue, et j'ajouterai le pansement humide ont la même action nocive sur les plaies cutanées. Les tissus imperméables par dessus les pansements secs entretiennent une atmosphère humide défavorable.

Ce sera donc le pansement sec auquel il faudra avoir recours en saupoudrant au besoin la plaie d'une poudre neutre telle que le sous nitrate de Bismuth, l'acide borique en poudre — l'iodoforme est dangereux surtout chez l'enfant.

Madame Nageotte recommande le thiol et l'ichthyol. Quelque soit le tropique adopté la plaie sera recouverte d'un pansement ouaté légèrement compressif.

S'il existe une escharre, il faut un pansement sec.

Quant à la brûlure franchement infectée, suppurée, elle ne demande qu'à être traitée comme une plaie ordinaire infectée.

— : o : —

Société Médicale de Montréal

SEANCE DU MARDI, 11 MAI 1904.

Docteur Oscar Mercier, Vice-président, au fauteuil.

Docteurs: Décary, secrétaire; Asselin, trésorier; Laramée, Isaie Cormier, Dubé, de Martigny, Boucher, LeSage, Barry, Roy, Harwood, R. Tudeau, LeCavalier, Cléroux, H. Duhamel, Parizeau, Hamelin, Bourgeois, Wm. Derome, Dagenais, échevin; Gagnon.

Le Dr. François de Martigny présente deux pièces anatomiques. Un utérus fibromateux avec un polype a très long pédicule et

une grossesse ovarique. Il lit l'observation de ces deux cas et celle d'un cas de hernie inguinale contenant l'appendice. Ces observations seront publiées en entier dans un prochain numéro.

DISCUSSION.

Le Dr. Harwood constate avec plaisir que c'est le deuxième cas de grossesse ovarique que le Dr. de Martigny communique à la société depuis six mois. Toutefois il ne peut accepter ces observations avant que le rapport microscopique ait démontré que l'on se trouve bien en présence de grossesses ovariennes.

La seconde observation est très intéressante mais il ne croit pas que les fibromes utérins dégèrent aussi souvent en cancer que le Dr. de Martigny le laisse entendre. Il a examiné un grand nombre de cancers portant de très anciens fibromes de l'utérus sans la moindre dégénérescence.

Dans les cas de fibromes multiples il partage complètement l'opinion du Dr. de Martigny, et il est en faveur de l'hystérectomie qui seule assure une guérison définitive à la femme.

Le Dr. Oscar Mercier rapporte le cas d'une femme à qui, il enleva d'urgence un gros polype utérin sphacélé qui permit de tenter une opération aussi sérieuse. Deux ans après cette femme mourrait de cancer de l'utérus développé probablement au dépens d'un fibrome utérin.

Il a aussi enlevé un second polype de l'utérus, expulsé dans le vagin et ayant produit par compression, la nécrose des parois vaginales. Il a perdu cette malade de vue. Il cite un cas de polype enlevé par un confrère avec un petit forceps d'obstétrique.

Il partage l'opinion du Dr. de Martigny et il est en faveur de l'hystérectomie dans les cas de fibromes de l'utérus. Il est en faveur de l'opération, a cause de la dégénérescence fréquente des fibromes.

Le Dr. Harwood demande au Dr. Mercier sur quoi il base son opinion, pour dire que le cancer de l'utérus, qui a emporté la malade de son observation s'est développé au dépens d'un fibrome, et que ce n'est pas un cancer du corps indépendant des fibromes.

Le Dr. Mercier dit que c'est plutôt une impression qu'une certitude.

Le Dr. de Martigny partage l'avis du Dr. Mercier et il est prêt à admettre que le cancer s'est développé au dépens d'un ou plusieurs fibromes. Il ajoute que cette question des dégénérescences des fibromes utérins occupait beaucoup Péan et Delaunay et que pendant qu'il était un de leurs internes ces chefs de services faisaient examiner microscopiquement par Pilliet et Cornil, simultanément, tous les fibromes qu'ils enlevaient et que presque toujours le microscope répondait qu'il y avait dégénérescence cancéreuse malgré qu'à l'œil nu il était impossible de trouver l'apparence de la dégénérescence.

Le Dr. Décary dit que dans ces cas de tumeurs de l'utérus il est très difficile de poser un diagnostic précis même avec l'aide du microscope.

Le Dr. Dubé demande ce que le médecin doit faire quand il se trouve en présence d'une femme près de la ménopause ou l'ayant dépassé et portant un fibrome utérin. Doit-il, dans tous les cas insister pour l'opération ? Le Dr. Harwood est d'opinion que si les fibromes ne causent aucun trouble, qu'il vaut mieux attendre, que dans le cas contraire l'intervention est nécessaire.

Le Dr. de Martigny trouve ces cas embarrassants et il est d'opinion qu'il faut examiner plus que la tumeur elle-même, que l'on doit rechercher soigneusement s'il n'y a pas du cancer dans les ascendants de la malade et dans l'affirmative opérer tous les cas, de crainte que le fibrome ne se transforme rapidement en cancer. L'opération est si bénigne que la malade court moins de risque en se faisant opérer qu'en conservant sa tumeur.

Le Dr. Dubé ne croit pas que l'hérédité cancéreuse fasse courir de si grands dangers à la malade atteinte de fibromes utérins. D'ailleurs la théorie microbienne du cancer est admise par beaucoup d'auteurs et gagne chaque jour du terrain.

Le Dr. de Martigny ajoute que même si le cancer était une infection comme la tuberculose, ce qui est loin d'être prouvé malheureusement, il n'en reste pas moins admis que les sujets issus de souches cancéreuses ou tuberculeuses sont plus aptes que les autres à souffrir soit de cancer soit de tuberculose, et que comme l'on ne peut encore prévoir l'avenir, il vaut beaucoup mieux, dans l'intérêt du malade, prévenir que tenter de guérir.

Le Dr. Boucher attire l'attention de la

Société sur le règlement Dagenais, qui rend obligatoire la déclaration des naissances à l'Hôtel de Ville, et qui force les médecins, sous peine d'une pénalité, à déclarer eux-mêmes les naissances. Il voit là une atteinte à la dignité professionnelle et dans certains cas une obligation de violer le secret professionnel.

Après une longue discussion à laquelle prennent part les Docteurs: de Cotret, Dubé, Décary, Le Cavalier, de Martigny, Dagenais, Cormier, le principe même du nouveau règlement a été adopté à l'unanimité et la discussion des différentes clauses est remise à plus tard, après la vacance prochaine. Le Dr. Le Sage attire l'attention de la Société sur une grave question qui se discute en ce moment à l'hôtel de ville, celle de savoir si l'on permettra aux laitiers de donner de la draïche, du touraillon, aux vaches laitières comme aliment.

Le Dr. Dagenais dit qu'il ne voit pas l'inconvénient de donner de la draïche très fraîche aux vaches laitières.

Le Dr. Cormier énumère les inconvénients graves qui résultent de l'emploi de la draïche dans l'alimentation des vaches laitières.

Le Dr. Le Sage propose que le Dr. Cormier soit nommé président d'une commission, avec pouvoir de s'adjoindre le nombre de membres qu'il voudra, et de faire un rapport à la prochaine séance de la société sur cette question, et que ce rapport soit transmis aux échevins. Adopté.

— : o : —

INTERETS PROFESSIONNELS

Sous ce titre, M. le Dr. A. de Martigny a publié, dans "La Revue Médicale du Canada" du 13 avril courant, une vigoureuse protestation contre les pharmaciens qui pratiquent la médecine. Les pharmaciens qui connaissent et font leur devoir, ne manqueront pas d'approuver cette protestation; ils seront les premiers à se joindre à tout mouvement ayant pour objet d'enrayer la malhonnête habitude chez quelques-uns des leurs d'usurper les fonctions du médecin.

Les trois cas cités par M. le Dr. de Martigny sont, il nous semble, du ressort de la Cour de Police; c'est accorder trop d'honneur

aux coupables que de s'en occuper autrement que pour les faire punir, comme ils le méritent richement.

L'article de M. le Dr. de Martigny a toute notre approbation, exception faite de la phrase suivante qui, croyons-nous, doit être un "lapsus calami: " Or l'intérêt du pharmacien, c'est la seule garantie du médecin". On nous concèdera, sans se faire prier, qu'un grand nombre de pharmaciens ont un code autre que celui de l'intérêt.

Il existe une foule de questions d'intérêt médico-pharmaceutique qui méritent d'attirer l'attention des médecins et des pharmaciens. Citons entre autres: une définition précise de ce qui constitue, pour un pharmacien, pratiquer la médecine. Nous sommes loin de nous entendre là-dessus. Bon nombre de médecins voient dans les plus simples affaires de commerce une usurpation de leurs fonctions.

La remise au client de copies des prescriptions, la répétition des ordonnances sans autorisation, sont aussi des sujets qui méritent qu'on s'en occupe.

Il y a quelques mois, l'Association Pharmaceutique a nommé un comité qui devait rencontrer les représentants des médecins, dans l'intention de discuter des questions d'intérêt mutuel. Pour une raison ou pour une autre, rien n'a été fait. Nous espérons que l'élan donné par M. le Dr. de Martigny aura l'effet de ressusciter les représentants des médecins et des pharmaciens.

J. E. W. Lecours.

Revue des journaux

MÉDECINE

HYPOCHLORURIE ET ANASARQUE DANS LES NEPHRITES.

D'après M. le Dr. H. Strauss, assistant de clinique de M. le Dr. Senator, de Berlin, les hydropisies liées à la néphrite se trouvent très vraisemblablement, en un rapport de causalité avec la rétention du chlorure de sodium dans l'organisme, rétention qui, elle-même, doit être considérée comme d'origine rénale.

Cela étant, la présence d'œdèmes chez les brighiques doit, d'après l'auteur, exiger l'emploi de moyens visant, d'une part, à diminuer l'apport du chlorure de sodium à l'organisme malade et, d'autre part à augmenter l'excrétion urinaire de ce sel.

Pour suffire à la première de ces indications, on mettra le malade à un régime alimentaire pauvre en sel de cuisine et dans lequel figurera, entr'autres substances nutritives, le lait, qui, comme on sait ne contient que fort peu de chlorure de sodium. Se trouve-t-on dans la nécessité, pour combattre des phénomènes de collapsus cardiaque ou d'urémie, de pratiquer une injection sous-cutanée massive de sérum artificiel ou d'administrer ce sérum en lavement, on se servira, à cet effet, non de la solution physiologique de chlorure de sodium, mais d'une solution de sucre ou de saccharate de soude, isotonique aux liquides de l'organisme.

Enfin, tenant compte de la seconde indication qui vise l'augmentation de l'excrétion urinaire du chlorure de sodium, on prescrira l'usage des toniques cardiaques, tels que digitale ou strophantus, et des diurétiques, notamment de la caféine ou de la théobromine. (Bull. méd.)

Des essais thérapeutiques, basés sur ces principes, ont donné jusqu'ici à M. Strauss, dans les cas d'œdèmes d'origine rénale, des résultats encourageants.

LA SUGGESTIBILITE.

D'après M. Van Velsen, de Bruxelles, la suggestion est une faculté aussi normale que les autres facultés humaines (Société d'Hypnologie). Étant donné la loi: toute cellule cérébrale actionnée par une idée actionne à son tour les fibres nerveuses, qui doivent réaliser cette idée, on arrive à cette définition que la suggestibilité est la faculté par laquelle le cerveau accepte et réalise l'idée. Insistons sur le mot "faculté", car trop de personnes pensent qu'être suggestibles c'est être malade et que la suggestibilité est un phénomène anormal. Comme les autres facultés, la suggestibilité peut être normale ou anormale; il peut y en avoir trop ou peu, comme il y a anesthésie et hyperesthésie. Dans l'état normal, le cerveau accepte avec jugement. Dans l'état d'entêtement, le cerveau n'accepte pas, car il n'y a pas assez de suggestibilité. Dans l'état d'hypersuggestion, de nature hystérique ou autre, le cerveau accepte trop vite et réalise donc trop rapidement. Comme cas cliniques, tirés de la pratique citons: un cas d'ovariologie qu'on allait opérer et qui a guéri par suggestion en deux séances; un second cas d'ovariologie, opéré celui-ci, malgré avis contraire, et dont on a pu guérir la récurrence ainsi que les symptômes moraux ayant suivi la mutilation; un cas de paralysie agitante pas guéri, évidemment, mais soulagé pendant trois ans; un cas de surdité, datant de trois ans, guéri en six semaines; deux cas d'application à la chirurgie; le cas d'une jeune fille hystérique, tenue en état de somnambu-

lisme pendant cinq mois, sans réveil, et guérie complètement.

(Le Concours Médical.)

—:o:—

DES ATROPHIES REFLEXES D'ORIGINE ARTICULAIRE ET DE LEUR TRAITEMENT PAR L'ELECTRISATION ET LE MASSAGE.

Par M. le Dr. Denis-Courtade.

(Suite et fin)

J'ai eu l'occasion d'observer deux malades, tous deux neurasthéniques, qui avaient conservé une atrophie très marquée du triceps crural à la suite d'une lésion traumatique du genou guérie. Chez l'un de ces malades l'impotence durait depuis quatre ans et chez l'autre depuis trois ans. La symptomatologie, du moins au moment où j'ai observé ces malades, était calquée l'une contre l'autre: atrophie considérable du triceps fémoral avec hypoexcitabilité faradique et galvanique. Sous l'influence du traitement électrique et du massage, l'amélioration fut très rapide et la guérison survint dans l'espace de deux mois et demi et de trois mois.

Voici quelle est la technique du traitement:

1. Massage cutané par friction sèche; massage musculaire par pression pratiquée le long des muscles, et percussion légère avec les cinq doigts réunis;

2. Electrification faradique faite avec le courant de la bobine à gros fil, une intensité moyenne et des intermittences lentes;

3. La séance doit se terminer par un massage cutané par friction sèche.

Le malade doit faire en outre, lui-même, matin et soir, une friction avec le liniment suivant:

Alcoolat de lavande... ..	100
Alcool comphré... ..	100
Teinture d'iode... ..	10

suivie pendant cinq minutes d'une gymnastique méthodique et très modérée, consistant surtout en flexion et extension lente du membre malade. Il faut surtout éviter d'aller jusqu'à la fatigue.

On peut associer à ce traitement la galvanisation descendante médullo-musculaire, en mettant le pôle P. sur la moelle, au niveau de l'origine des cellules des cornes antérieures correspondant au membre lésé, et le P. N. sur le point d'élection du muscle. L'intensité ne doit pas dépasser de 8 à 10 milliampères.

Les séances doivent être faites 2 ou 3 fois par semaine: il n'est pas nécessaire de les faire plus rapprochées.

(Jour. de Méd. de Paris.)

—:o:—

CHIRURGIE.

LA METHODE SCLEROGENE ET LES INJECTIONS INTRA-ARTICULAIRES DANS LA TUBERCULOSE DU GENOU.

M. le Dr. Ch. Perier, a fait récemment à l'Académie un rapport sur un mémoire fort intéressant concernant la tuberculose du genou que M. le Dr. Villemin avait présenté.

Trois enfants ont été soumis par M. Villemin au traitement de la tuberculose du genou par la méthode sclérogène et les injections intra-articulaires iodoformées. Les résultats ont été remarquables; en six ou huit mois, les enfants ont été guéris complètement, au moins les deux premiers, et le troisième a été amélioré dans de telles conditions qu'on espère voir bientôt la guérison définitive par de nouvelles injections.

La technique de ce traitement (injections cavitaires et injections interstitielles) ne doit pas être considérée comme banale, car le chlorure de zinc, qui en est l'élément fondamental et qui est si efficace contre la fongosité, pourrait occasionner une perturbation violente, s'il était injecté dans la cavité synoviale, et des escarres plus ou moins étendues, s'il était trop voisin de la peau.

La prudence du praticien doit donc être en éveil; aussi nous garderons-nous bien de changer un mot à la description si précise que M. Villemin nous a donnée de la marche à suivre.

"En premier lieu, il faut évacuer aussi complètement que possible l'épanchement intra-articulaire par une ponction faite à l'aide d'un trocart de moyen calibre à l'un des culs-de-sacs supérieurs de la synoviale.

"Immédiatement, une vingtaine de grammes de solution d'iodoforme dans l'huile (iodoforme 10, éther 40, huile d'amandes douces 80, créosote 2) est injectée et abandonnée dans l'article soumis ensuite à la compression et à l'immobilisation. Quelques jours après, deux semaines environ, lorsque le véhicule médicamenteux introduit dans la jointure a presque totalement disparu, il y a lieu d'avoir recours à la méthode sclérogène. L'injection iodoformée a agi sur la sécrétion pathologique de la synoviale, modifié son revêtement séreux; le chlorure de zinc va transformer les fongosités, scléroser le tissu tuberculeux, étouffer les colonies bacillaires dans une masse inodulaire, rétractile de tissu fibreux.

"La solution de chlorure de zinc doit agir sur la zone la plus voisine des fongosités, sur les parties qui contiennent les vaisseaux alimentant les tissus tuberculeux. Grâce à ses propriétés diffusibles, les effets se font sentir bien au-delà du lieu de son application, La solution au dixième est préférable à toute autre. Une seringue de Pravaz stérilisable, armée d'une longue aiguille, dépose trois ou quatre gouttes de son contenu en plusieurs points de la synoviale, dont le relief très accusé par l'infiltration pathologique est perçu par la pûpe des doigts de la main gauche de la façon la plus

nette. L'opération est répétée en faisant plusieurs piqûres équidistantes. En une séance, 40, 50, jusqu'à 80 gouttes, suivant l'âge des sujets, sont poussées profondément dans les tissus sous la synoviale, au contact de l'os, contre lequel s'arrête à chaque reprise la pointe de l'aiguille. Celle-ci est enfoncée au-dessus du cul-de-sac supérieur, de manière à atteindre le fémur au niveau de la réflexion de la synoviale fongueuse. L'opérateur doit chercher à injecter le caustique sous le périoste. Six à huit piqûres profondes sont faites sur la demi-circonférence du cul-de-sac supérieur. Les parties de la synoviale au-dessous de la rotule de chaque côté du ligament rotulien, sont attaquées à leur tour; en dedans du ligament, l'aiguille est dirigée parallèlement à lui, enfoncée à un centimètre en dedans du bord interne de l'os, sous l'aponévrose, pour éviter l'escarre; une injection semblable est pratiquée parallèlement au bord supérieur de l'épiphyse du tibia, au niveau de la réflexion de la synoviale sur ce bord. La même façon de procéder s'applique au côté externe de la synoviale sous-rotulienne; d'ailleurs, les régions inférieures de la séreuse et surtout les parties les plus reculées des régions externe et interne sont d'habitude les moins atteintes.

"En principe, il faut faire pénétrer le liquide dans les régions d'où les synoviales tirent leurs vaisseaux, c'est-à-dire avant tout sur les os, au niveau des culs-de-sacs synoviaux, puis dans les fongosités, le long des ligaments. A tout prix, il faut se garder d'introduire le chlorure de zinc dans la cavité de la synoviale où il provoquerait une violente réaction et où il ne remplirait pas son but. On doit, aussi, se tenir toujours dans les parties profondes, juxtaosseuses, sous-aponévrotiques, ce qui évitera les escarres de la peau.

"Une légère compression ouatée est exercée sur la jointure. Après deux ou trois jours de réaction locale sans danger, de gonflement modéré, le processus sclérogène commence à se manifester par la diminution lente et progressive des tissus malades qui acquièrent une dureté ligneuse, une densité caractéristique.

"C'est alors qu'est appliqué un appareil plâtre immobilisateur, destiné à rester en place jusqu'à guérison presque complète.

"Parallèlement, interviennent les adjuvants ordinaires de tout traitement d'arthrite fongueuse, massages et électrisation des masses musculaires, aération continue, suralimentation, toniques sous toutes les formes, climat marin, etc. En trois à cinq mois la guérison est obtenue, sans complications, sans suppuration, avec intégrité complète des mouvements de la jointure, mouvements qui reviennent peu à peu par le simple jeu d'une articulation rendue libre, mais qu'on fait travailler très lentement, très progressivement, sans gymnastique spéciale, sans mobilisation forcée, avec la plus grande modération dans le retour à la marche et à l'utilisation intégrale du membre primitivement atteint."

(Le Concours Médical.)

CINQ CAS CONSECUTIFS D'ULCERE PERFORE DE L'ESTOMAC TRAITES PAR L'EXCISION,

Par M. le Dr. Sinclair ...hite.

L'auteur a eu l'occasion d'opérer cinq ulcères gastriques perforés dont quatre chez des jeunes femmes anémiques et un chez un homme de trente et un ans dont l'état général était très mauvais. Tous ces malades avaient présenté depuis un an au moins des symptômes d'ulcère de l'estomac et la perforation fut dans tous les cas d'un diagnostic facile. Celle-ci s'était toujours produite dans la paroi antérieure de l'estomac au milieu d'une zone de tissu épaissi et friable. Le contenu gastrique s'était largement répandu dans le péritoine jusque dans la cavité pelvienne.

L'excision de l'ulcère fut pratiquée dans tous les cas et l'orifice ainsi produit fut fermé par deux rangées de sutures continues, l'une interne au catgut fin pour la muqueuse, l'autre externe à la soie pour la couche musculo-péritonéale. Pour renforcer la zone intéressée, une portion de l'épiploon fut suturée par-dessus.

L'opération fut suivie d'un lavage extrêmement soigné de la cavité péritonéale, en allant du diaphragme vers le bassin, au moyen de sérum artificiel chaud, les épaules du malade étaient soulevées de façon à faciliter l'écoulement du liquide vers les parties déclives. Pendant trois jours, un drain en verre fut laissé en place au moyen duquel on fit toutes les six heures l'aspiration des liquides accumulés dans la cavité pelvienne.

Sur les cinq cas rapportés par l'auteur il y a eu deux morts: l'une survint au bout de six semaines, l'autre au bout de quinze jours: dans les deux cas il s'était produit une ulcération le long de la ligne des sutures. Malgré ces deux insuccès, l'auteur considère que l'excision constitue la méthode de choix. Il insiste sur la nécessité d'opérer le plus tôt possible et il attache une importance capitale à la toilette du péritoine. Quand la perforation s'est produite il y a quelque temps ou quand elle s'est produite l'estomac étant plein d'aliments, on fera des lavages au sérum en procédant comme il est dit plus haut. Dans les cas récents, surtout si l'estomac était vide au moment de la perforation, il suffit en général d'aspirer soigneusement.

L'auteur conseille enfin d'opérer au domicile même du malade pour peu que la disposition du logement s'y prête: dans le cas contraire, on n'hésitera pas à transporter le malade à l'hôpital, à condition de l'opérer dès son arrivée.

(British med. Jour. et Presse Méd.)

Therapeutique et Mat. Médicale

NOUVEAU PANSEMENT AMBULATOIRE, DIT "BOTTE ELASTIQUE" POUR LE TRAITEMENT DES ULCERES VARIQUEUX.

Nous trouvons, dans la "Presse médicale," la description de ce nouveau pansement, imaginé par Leroy (du Havre); il nous semble utile de le signaler à l'attention de nos confrères pour le traitement des ulcères variqueux. Voici comment le décrit Maury dans sa thèse inaugurale:

1.) Mettre pendant une demi-heure sept bandes de tarlatane légèrement amidonnée, mesurant 5 mètres de long sur 7 centimètres de large, dans une solution de formol chaud à 2 p. 100.

2.) Mettre au bain-marie, afin de lui donner une consistance semi-liquide, la préparation suivante qui aura été faite d'une façon aseptique:

Eau bouillie.....	180	grammes.
Glycérine officinale.....	100	—
Gélatine blanche surfine.....	50	—
Oxyde de zinc.....	40	—

F. S. A. Passez sur tarlatane double et aseptique.

3.) Faire coucher le malade, et pendant cinq minutes aseptiser, par un bon savonnage et brossage à l'eau bouillie chaude, sa jambe depuis les orteils jusqu'au genou; puis lavage de l'ulcère et de la jambe avec une solution de formol.

4.) Essuyer fortement le membre à l'aide de compresses sèches stérilisées.

Les bandes formolées, fortement exprimées, sont ensuite trempées dans la préparation ci-dessus, puis roulées sans trop serrer autour de la jambe depuis la racine des orteils jusqu'au genou. A la sixième bande, commencer juste au-dessous des malléoles, de façon à éviter un trop gros pansement du pied.

Au bout d'une demi-heure, la jambe étant toujours restée allongée, ce pansement que Maury appelle "botte élastique", est sec, très souple, comprimant d'une façon régulière tout le membre et n'occasionnant aucune douleur.

Contrairement aux traitements actuels, on recommande aux malades de marcher; ceux dont l'ulcère occupe une grande étendue font de courtes promenades; puis, lorsque la cicatrisation est à moitié obtenue, c'est-à-dire souvent au bout de huit ou quinze jours environ, on peut permettre la reprise complète du travail. Si la plaie est grande et la suppuration abondante, la botte doit être refaite tous les cinq jours; si, au contraire, l'ulcère est de moyennes dimensions, sans trop de suppuration, le pansement peut très bien n'être renouvelé que tous les huit jours.

Pour aviver les bourgeons charnus, on applique de temps en temps quelques pointes de thermocautére.

Les observations cliniques, qui accompagnent le

travail de Maury montrent tous les avantages qu'on peut retirer de l'emploi de ce procédé.

Les principaux de ces avantages sont:

1.) De permettre au malade de continuer son travail;

2.) De protéger l'ulcère contre les infections extérieures, tout en n'empêchant pas les fonctions de la peau;

3.) De permettre, en raison de la perméabilité du pansement et de la présence de l'oxyde de zinc, l'absorption des produits de sécrétion de la plaie et leur dessiccation;

4.) De supprimer ou du moins atténuer considérablement les démangeaisons et en tous cas d'empêcher le grattage;

5.) De produire une compression élastique et régulière, empêchant l'afflux des liquides de l'organisme à la partie superficielle du membre;

6.) Enfin, de donner, grâce à la marche, qui active la circulation ralentie et favorise la nutrition des tissus, une cicatrice épaisse, souple, ne différant des tissus sains que par son aspect plus pâle.

(Le Concours Médical.)

—:o:—

PEDIATRIE

A PROPOS D'UN CAS DE DECOLLEMENT EPIPHYSAIRE DU GENOU.

Par M. le Dr. P. Desfosses.

MM. Derocque et Petit ont observé un cas intéressant de décollement épiphysaire chez un enfant de treize ans et demi,

L'enfant était aux courses, monté sur un tourniquet en bois, quand un indididu donna une violente impulsion à ce tourniquet. Violemment projeté, l'enfant fut lancé contre un arbre et reçut un choc violent sur la cuisse droite, un peu au-dessus du genou.

Quinze jours après l'accident, l'enfant entra à l'hôpital.

Deux épreuves radiographiques ont été faites, l'une dans le sens antéro-postérieur, l'autre de côté.

L'épreuve vue de face montre l'existence d'un décollement de toute la moitié externe de l'épiphyse fémorale qui est reportée en dedans, ainsi qu'un fragment de la diaphyse. L'angle inféro-externe de la diaphyse dépasse en dehors le bord interne de l'épiphyse d'environ 25 millimètres.

Du milieu de la ligne inter-diaphyso-épiphysaire part un trait de fracture oblique en haut et en dedans, qui vient aboutir à environ 7 centimètres de la ligne articulaire du genou.

Le fragment triangulaire, ainsi détaché de la diaphyse, est resté complètement fixée à la moitié externe de l'épiphyse. Ce fragment, dont la silhouette mesure environ 3 centimètres de largeur sur 4 de hauteur, a subi un mouvement de translation

en haut et en dehors par rapport à la diaphyse, de telle sorte que la partie décollée (épiphyse unie au fragment diaphysaire détaché) semble avoir décrit un arc de cercle.

Le point principal à noter dans cette observation est l'unilatéralité du décollement par rapport à l'axe du fémur. Seule la moitié externe de l'épiphyse est détachée de l'extrémité inférieure de la diaphyse, la moitié interne de cette diaphyse restant en rapport avec un fragment triangulaire de l'extrémité diaphysaire.

(Revue médicale de Normandie.)

OBSTÉTRIQUE

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE PAR LE SÉRUM ARTIFICIEL.

Par M. le Dr. Condamin.

Le nouveau traitement des vomissements incoercibles de la grossesse que je propose, repose sur la notion pathogénique suivante: l'intoxication plus ou moins générale de l'organisme, chez certaines femmes enceintes, est la cause des vomissements incoercibles. Débarrassons cet organisme par des injections sous-cutanées, mieux intra-rectales, de sérum artificiel, en laissant l'estomac au repos: telle est la thérapeutique qui nous a toujours donné des résultats que nous croyons supérieurs à ceux que fournissent les autres méthodes médicamenteuses.

L'étiologie des vomissements incoercibles de la grossesse est certainement complexe. Nous croyons cependant, que la notion de l'intoxication générale de l'organisme suffit à tout expliquer, même les symptômes généraux dont on a voulu faire de la névropathie.

Les intoxications et les auto-intoxications sont admises sans conteste aujourd'hui. Or, chez certaines femmes enceintes, au début de la grossesse surtout, quand l'organisme est, pour ainsi dire, surpris par la suractivité éliminatrice composée aux émonctoires, rein, foie, etc., des accidents, peu graves il est vrai, apparaissent à chaque grossesse, avec une régularité presque parfaite, pour cesser plus ou moins rapidement au cours de celle-ci. On incrimine la névropathie. On peut aussi bien en faire de l'intoxication par exagération dans la production des toxines, soit par le fait seul de la grossesse, soit par la gêne circulatoire qu'apporte l'utérus gravide au niveau des organes voisins, d'autant plus que c'est précisément dans les premiers mois de la grossesse que se montrent ces accidents, pour cesser quand l'utérus gravide passe dans l'intérieur de la cavité abdominale.

Chez les sujets intoxiqués le système nerveux est manifestement plus excitable. Un simple toucher vaginal peut amener une crise d'éclampsie. La crise convulsive est bien la conséquence d'une excitation du système nerveux, mais d'un système ner-

veux rendu hyperexcitable par l'imprégnation toxique.

Cette théorie de l'intoxication, admise aujourd'hui sans conteste pour l'éclampsie, peut s'appliquer parfaitement aux vomissements incoercibles. Un de mes élèves fait sa thèse sur ce sujet; il s'est appliqué à faire ressortir le parallélisme de ces deux affections.

L'idée de ce nouveau traitement est toute fortuite. Il y a quelques années on apportait, à la salle Sainte-Thérèse, une jeune femme dans un état de cachexie très avancée et absolument incapable de se tenir debout. Depuis trois semaines elle n'avait pu supporter ni liquide, ni aliments. Son médecin ayant épuisé toute la thérapeutique médicale, l'envoyait à la Charité, pour qu'on la fit avorter au plus tôt. Elle était arrivée à la troisième période, dite des accidents cérébraux. Son état me parut tellement grave que je n'osais provoquer immédiatement l'avortement. Pour la remonter je lui fis administrer, chaque jour, de 3 à 4 litres de sérum artificiel en lavement, par doses de 300 grammes fréquemment répétées. Elle ne prit rien par la voie buccale.

Dès le lendemain la malade put se rendre compte de ce qui se passait autour d'elle; vers le cinquième ou sixième jour elle était tellement améliorée que je n'intervins pas. Le onzième jour, la malade qui, jusque-là, n'avait rien voulu prendre par la bouche, se trouvant bien de ses lavements de sérum, accepta un peu de nourriture qui fut bien tolérée. L'appétit revint insensiblement et la malade rentra chez elle, complètement guérie, après avoir été dans un état qui semblait désespéré.

Depuis ce cas, je n'ai jamais été obligé de pratiquer l'avortement artificiel pour vomissements incoercibles. La thérapeutique que je pratique peut se formuler ainsi:

1. Repos absolu de l'estomac, par la suppression complète de tout aliment liquide ou solide pendant huit à dix jours.

2. Injection quotidienne, par la voie rectale de préférence, de trois à quatre litres de sérum artificiel. S'il y a intolérance, ajouter quelques gouttes de laudanum aux lavements ou recourir à la voie hypodermique.

3. Au bout de dix à douze jours, permettre à la malade quelques gorgées de liquide et revenir insensiblement à l'alimentation ordinaire, tout en continuant quelques jours encore le lavage du sang.

J'ai employé cette méthode dans sept à huit cas identiques. Les résultats ne se sont pas démentis. L'expérience n'est pas encore suffisante pour juger de la méthode, mais on ne risque rien à l'essayer. Elle a le grand avantage de pouvoir être instituée dès le début des accidents, dans les cas légers comme dans les cas graves, d'être répétée plusieurs fois et de soulager presque immédiatement en faisant cesser le spasme, parfois si douloureux, du pylore, chez ces malades.

(Jour. de Méd. de Paris.)

GYNECOLOGIE

DECHIRURES DU COL.

Le Dr. R. L. Dickenson est en faveur de suturer toutes les déchirures du col à une date aussi rapproché que possible de l'accouchement. Cette manière d'agir lui a donné de très bons résultats.

(New York Med. Journal.)

VOIES URINAIRES

DE L'ACIDE CAMPHORIQUE COMME PROPHYLACTIQUE DE LA FIEVRE URINAIRE.

Par M. le Dr. Albert Freudenberg.

Dans mes premières années d'expérience avec l'opération de Bottini j'ai vu fréquemment, après cette opération, arriver les frissons violents avec élévation grande et rapide de la température, caractéristiques de la fièvre urinaire. C'était une complication alarmante en même temps pour le malade et désagréable pour le médecin, qui souvent ne pouvait pas savoir dès le commencement, s'il s'agissait d'une simple fièvre urinaire, relativement bénigne, ou d'une vraie pyémie de pronostic extrêmement grave. Il est connu que ces accès de fièvre urinaire peuvent arriver dans toute intervention sanglante intra-urétrale ou intra-vésicale, comme dans l'uréthrotomie interne, la lithotritie, l'extirpation de papillomes de la vessie par la voie urétrale, etc., chez des individus très disposés aussi à la suite d'une cystoscopie et même d'un simple cathétérisme ou de l'introduction d'une bougie. Mais plus souvent que dans ces interventions, ces accidents peuvent arriver à la suite de l'opération de Bottini.

Naturellement, j'ai essayé d'éviter cette complication. J'ai employé pour ce but l'usage interne de la quinine, de l'urotropine, du salol, du salicylate de soude, de la busserole (uva ursi), de l'essence de santal, du bleu de méthylène, seule ou en combinaisons.

Le résultat prophylactique était nul! De même les accès de fièvre urinaire ne furent pas évités par la sonde à demeure; quelquefois, il est vrai, les accès n'eurent lieu qu'après l'enlèvement de la sonde.

Il y a trois à quatre années, que j'ai commencé à employer pour le même but l'usage interne de l'acide camphorique, et je peux dire maintenant que l'acide camphorique me semble être le médicament vraiment prophylactique de la fièvre urinaire, même dans l'opération de Bottini.

Il est vrai que ce médicament ne peut pas empêcher les élévations insignifiantes de la température, qui arrivent presque toujours dans les premiers jours après une opération dans une vessie in-

fectée, et certainement non la fièvre causée par une complication, par exemple, par une épididymite; ne peut-il empêcher, comme des cas rares m'ont appris, les frissons de la vraie pyémie. Mais les accès de frissons typiques de la vraie fièvre urinaire sont presque complètement disparus de mon observation, depuis que j'administre l'acide camphorique. Il s'ensuit que, si malgré l'administration de l'acide camphorique il se fait un accès de frisson, il faut poser un pronostic plus grave, soit qu'il s'agisse d'une pyémie vraie, ou d'une affection pulmonaire, etc.

Je donne l'acide camphorique en poudre, en doses de un gramme, trois fois par jour, c'est-à-dire 3 gr. par jour, souvent dans les capsules amylacées, puis qu'il a un goût un peu désagréable pour quelques malades; je commence, si cela se peut, son administration quelques jours avant l'opération, et je la continue longtemps après l'opération. Je n'ai jamais vu d'action désagréable du médicament, excepté qu'après un usage prolongé il y a quelquefois un peu de dérangement de l'estomac. "Mais j'ai vu maintes fois, outre l'action prophylactique, une action excellente sur la guérison ou amélioration d'une cystite, souvent équivalente à celle de l'urotropine et même meilleure."

Il va sans dire que je recommande l'acide camphorique comme prophylactique de la fièvre urinaire non seulement dans l'opération de Bottini, mais dans toute autre intervention prédisposante pour les accès de la fièvre urinaire.

J'ai vu d'ailleurs dans ce dernier temps un cas très démonstratif de l'action de l'acide camphorique prophylactique de la fièvre urinaire. C'était un malade venant de Lisbonne, pour se faire faire par moi l'opération de Bottini. Il avait été sondé à Lisbonne plusieurs fois par deux médecins spécialistes, et le sondage avait été suivi presque toujours par un frisson très violent avec élévation de la température à plus de 39 et même plus de quarante degrés. Passant par Paris, il consulta un chirurgien distingué, membre de cette association; aussi le sondage exécuté par ce confrère fut suivi d'un violent accès de fièvre urinaire. Or, avant d'examiner ce malade, je lui ai administré l'acide camphorique trois fois par jour un gramme, et je l'ai suivants neuf fois le cathétérisme et le lavage de la vessie, et une fois la cystoscopie. La température la plus haute atteinte par le malade fut de 36,9 et une fois, dans le soir, de 37,3. Je lui ai fait alors l'opération de Bottini, et la plus haute température fut de 37,5 dans la matinée et de 38,4 dans le soir. Jamais il n'a eu aucune trace de frisson.

Le Dr. Albert Freudenberg de Berlin, au septième congrès de l'association française d'urologie tenue à Paris en 1903 recommande l'injection de glycérine contenant en suspension de l'iodoforme dans le traitement de la cystite ammoniacale avec odeur fétide. Il emploie une poudre d'iodoforme très fine une glycérine neutre. Il a trouvé après 48 heures que la vessie chez les prostatiques renfermait de l'iodoforme, c'est justement à cause de cette rétention longue d'un corps étranger dans une vessie à

urines ammoniacales que l'on a abandonné du moins un grand nombre d'urotopsie emploi de l'iodoforme qui souvent est le point de départ de calculs.

Nous croyons et c'est notre expérience, que dans ces cas de cystites ammoniacales, l'emploi de l'huile de sulfure de carbone est bien supérieure. Nous employons souvent aussi l'huile de goménol qui nous donne des résultats des plus satisfaisants.

— : o : —

SUR LES INJECTIONS EPIDURALES DANS LES AFFECTIONS DE LA VESSIE.

C'est en avril 1902, que Cathelin inaugura à l'hôpital Necker la méthode des injections épidurales, dérivant du procédé subdural de Corning-Bier.

Elle permet d'agir sur les racines rachidiennes, sans léser la moelle. En érignant la dure-mère sur une coupe verticale de la colonne vertébrale, on met facilement en évidence un espace où sont étagées les racines rachidiennes dans toute la hauteur de la colonne carvico-dorso-lombaire. C'est dans cet espace épidural qu'il faut injecter. Il est possible d'y introduire une quantité de liquide assez grande pour traumatiser toutes les racines rachidiennes et les inhiber; le choc ainsi produit se répercute sur les centres médullaires correspondants, et détermine des changements d'équilibre moléculaire, modifiant le sens et la qualité de l'influx nerveux. Ces explications données par Cathelin sont purement théoriques et hypothétiques.

Bien que cette méthode soit récente, nombreuses sont déjà ses applications thérapeutiques: injections épidurales de glycérine iodoformée dans la pachyméningite tuberculeuse, de benzoate de mercure dans la myélite syphilitique, de cocaïne dans la sciaticque et le lumbago. Des essais ont été également tentés dans les arthralgies, les névralgies intercostales, les crises tabétiques, les coliques de plomb.

Dans les affections des voies urinaires, telles que les uréthrites, les cystites, la méthode épidurale n'amène qu'un soulagement passager. Les meilleurs résultats sont obtenus dans l'incontinence nocturne des enfants, et parfois aussi dans la rétention, la polyurie psychopathique, l'impuissance, etc.

Dans l'incontinence nocturne, Cathelin obtient 75 pour cent de guérisons. La méthode des injections épidurales a donné également de bons résultats entre les mains de Kapamer et de Preindlsberger (Wien. Méd. Woch., 1903 — No. 46). Cette variété d'incontinence, ordinairement rebelle au traitement diététique, médicamenteux ou mécanique a pu disparaître dans un grand nombre de cas, grâce aux injections épidurales de solution saline physiologique.

(Le Concours Médical.)

— : o : —

NOUVELLES.

Mariage:

—Le 10 du courant, à la chapelle St-François d'Assise de l'église St-Jean-Baptiste de Québec, a eu lieu le mariage du docteur Fortunat Belleau, de Québec, à Melle Rosanne Bussièrès, fille cadette de M. Sam. Bussièrès, marchand de Québec.

Après la bénédiction nuptiale qui a été donnée par M. l'abbé J. P. Fillion, secrétaire de l'Université Laval, les époux se sont rendus à la résidence du père de la mariée, où un somptueux déjeuner les attendait.

Nos meilleurs souhaits accompagnent l'heureux couple qui est parti pour voyage.

Nécrologie:

—En cette ville, le 14 du courant, à l'âge de 55 ans, 1 mois et 6 jours, est décédé le Dr. Le Roux.

Fils de cultivateurs pauvres, le Dr. Leroux suivit l'école de son village puis se mit à travailler pour gagner ses cours. Admis à l'école Normale, il lit ses études classiques puis devint professeur. Ayant économisé à ce métier si ingrat, de quoi payer son université, le jeune Leroux étudia la médecine à l'Université Laval, à Montréal. Admis à la pratique de la médecine en 1883, le docteur Leroux s'établit dans le faubourg Saint-Joseph, où il a toujours pratiqué depuis. Le docteur a succombé à une congestion pulmonaire, contractée au chevet d'un malade.

Le docteur Leroux était âgé de 55 ans, étant né le 9 avril 1849, à Ste-Monique. Il laisse pour déplorer sa perte, une épouse et un fils Joseph Albert, seul survivant de huit enfants.

Les funérailles ont eu lieu mardi, à la Côte des Neiges.

—Le docteur Edouard L. Trudeau, jr., fils du docteur E. L. Trudeau de Saranac Lake, a succombé à la pneumonie à sa résidence. Le défunt était âgé de 31 ans et natif de Saranac Lake.

Il reçut son diplôme de l'université Yale, en 1896.

En décembre dernier, il se maria à Mlle Hazel Martyn, de Chicago.

Les funérailles du docteur E. L. Trudeau ont eu lieu vendredi, à l'Eglise St.-Jean du Désert, à Paul Smith, dans les Adirondacks.

—A Saint-Jérôme, le 17 du courant, à l'âge de 15 ans et 8 mois, Jeannette, seconde fille de M. le Dr. Eugène Fournier.

—M. Adam Matteau, de Saint Barnabé, étudiant de troisième année à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, de Montréal, est décédé samedi dernier, à la résidence de son père.

Ses funérailles ont eu lieu lundi matin, en l'église de Saint Barnabé.

Nos sincères sympathies aux familles si cruellement éprouvées.

— : o : —

Solution Antiseptique de Wampole.



COMPOSITION:

Formaldehyde... ..	1/4 per cent.
Acétanilidè... ..	1/2 " "
Boroglycérine... ..	1 " "
Sodium Benzo-Borate... ..	3 " "
Eucalyptol, Thymol, Menthol, Huile de Gaultherin, Alcool, Hamamelis.	

Un antiseptique et un germicide concentré, non toxique, absolument pure et non irritant.

FORMOLID peut être employée comme solution antiseptique dans les opérations chirurgicales, le traitement des plaies, des ulcères, etc., et comme douche, irrigation, ou gargarisme dans toutes les cavités naturelles de l'économie et comme tels ne cause jamais d'irritation. Elle déodorise et modifie les sécrétions, détruit immédiatement les bactéries et exerce un effet légèrement astringent sur les muqueuses avec lesquelles elle est mise en contact.

MODE D'EMPLOI: Comme douche, injection ou lavage, FORMOLID s'emploie de préférence, diluée avec de 2 à 10 parties d'eau. Comme antiseptique durant les opérations, ou comme application antiseptique sur les ulcères il faut l'employer pure ou diluée avec parties égales d'eau stérilisée.

Formolid est vendue en flacons de seize (16) onces.

FABRIQUEE PAR

HENRY K. WAMPOLE & CO.,

Chimistes Fabricants

SUCCURSALE ET LABORATOIRE

BUREAU CHEF ET LABORATOIRE

TORONTO, ONT.

PHILADELPHIE, U. S.

MONTREAL, 20 St-Alexis.

Les Médecins

prescrivent la

Glyco-Héroïne [**Smith**]

avec

Une satisfaction parfaite

et

sans précédent

— dans la —

TOUX

PHTISIE

BRONCHITE

COQUELUCHE

LARYNGITE

PNEUMONIE

ASTHME

Par ses qualités thérapeutiques et ses propriétés physiques, la GLYCO-HEROÏNE (SMITH) met en évidence le plus grand progrès de la médecine dans le traitement de ces maladies.

REMARQUE

La GLYCO-HEROÏNE (SMITH) est délivré aux pharmaciens en flacons de seize onces seulement. La quantité ordinairement prescrite par le médecin, est de deux, trois ou quatre onces.

DOSE

Pour adultes, la dose de la GLYCO-HEROÏNE (SMITH) est d'une cuillère à café toutes les deux heures ou moins souvent suivant les indications.
 Pour les enfants de dix ans ou plus, d'un quart à une demi cuillère à café.
 Pour enfants de trois ans ou plus, de cinq à dix gouttes.

Echantillons et brochure explicative gratis sur demande.

MARTIN H. SMITH CO.,
 NEW-YORK, N. Y.

SEULS AGENTS EN ANGLETERRE :
 THOMAS CHRISTY & CO
 LONDON, E. C.

SUPPLEMENT

UN ACCOUCHEMENT CHEZ UNE JUIVE.

Par M. le Dr. E. A. René de Cotret, M.D.

Accoucheur de la Maternité, professeur-adjoint d'Obstétrique.

Avez-vous déjà accouché des Juives? Quelques-uns me diront oui, la plupart, non; et tous me répondront quand il m'auront lu, nous ne savions pas cela.

Laissez-moi vous raconter une anecdote qui va déridier votre face d'Esculape, et peut-être, vous donner des haut-le-cœur, comme j'en ai moi-même éprouvés alors. Je transcris quelques-unes de ces notes que je me plais quelque-fois à tracer la nuit auprès de mes malades, pour chasser le sommeil et passer moins tristement mes longues heures d'attente et, j'allais dire, d'impatience, mais non le terme est faux puisqu'un accoucheur est un homme tout de patience.

25 juin 1903, minuit et quart, rue Sanguinet, No..... Ce soir, auprès d'une jeune et jolie Juive (ces Juives sont belles jusqu'à vingt ou vingt-cinq ans, mais après, quand le velouté de la joue, le teint de la jeunesse, et la fraîcheur que répand la rose à demi éclos sont évanouis et surtout quand elles coiffent la perruque, elles n'attirent plus les regards, elles sont déjà vieilles, fanées), donc auprès d'une jeune et jolie Juive, j'attends, armé de tous mes instruments, les sauvages qui tardent bien à paraître. La nuit est longue dans mon embuscade. Quand j'en sortirai, les étoiles qui brillent dans cette nuit sereine auront disparu et cependant je n'aurai pas un seul instant fermé mes yeux que je frotte souvent comme s'il y avait des grains de sable. Ah! je comprends! Pourquoi aussi attendre les sauvages chez une Juive. Ils ne passent pas chez la nation sémitique. C'est le Messie qu'on doit toujours être prêt à recevoir chez elle. Messie ou sauvage, ça ne vient toujours pas vite.

Je suis bien chez des Juifs: la mère une Juive, le père un Juif, le grand-père et la grand-mère encore tout jeunes, des Juifs, et même jusqu'à toutes les gravures accrochées aux murs, tout est juif. Cependant dans la demeure de ce jeune couple, marié depuis à peine dix mois, rien ne frappe ma vue. C'est un nid ordinaire de jeunes époux et l'on ne se croirait pas chez des Juifs de basse-classe tant tout y est propre, et à sa place.

L'odorat est plus atteint et y reconnaît, par un relent spécial, la nationalité et les habitudes des oiseaux qui y nichent.

Ma malade courageuse endure avec résignation et patience son mal et l'on entend

à peine un sourd murmure. Je cause avec son mari, son père et sa mère, du pays de leurs ancêtres, de leurs mœurs, de leur religion. J'interroge avec curiosité, eux me répondent avec plaisir. Parfois la malade se plaint un peu plus; elle appelle, elle demande un regard de compassion, une parole d'encouragement. Tous s'empressent autour d'elle; et moi, je reprends mon crayon et je trace notre entretien. Que de renseignements je pourrais ici transmettre à mes lecteurs si le temps et l'espace me le permettaient! Un seul leur suffira parce qu'il pourra leur être d'une grande utilité à l'occasion.

"Docteur," me dit la mère de la patiente, "connaissez-vous un remède qui supprime complètement et pour toujours, pour tous les accouchements à venir, les tranchées post-partum."

Je le donnerais à deviner en mille à tous les médecins, qu'aucun n'y arriverait, un seul, peut-être, excepté. Pour invraisemblable que soit ce traitement, il a peut-être du bon, puisqu'un médecin de Paris, et pas le dernier, l'a expérimenté et a voulu s'assurer par lui-même si ce traitement empirique n'aurait pas eu d'effets curatifs, comme beaucoup d'autres traitements qui, partis de l'officine du charlatan, sont arrivés, en passant par le creuset de la science, de l'expérimentation, de l'analyse et du raisonnement, jusqu'à la prescription savante du maître de l'art. Non seulement ce médecin l'a étudié à fond mais il en a fait le sujet d'une longue communication qu'on trouve dans l'Obstétrique, 1902, page 105. Un autre avant lui, en 1898, présente au congrès français de médecine interne une étude sur: l'action médicamenteuse du placenta; il n'a pas eu tout le succès qu'il attendait de cette communication; peu importe, l'étude en était faite; et c'était déjà beaucoup.

"Un moyen bien simple, et cependant infailible, me dit confidentiellement la mère, a été employé depuis des générations dans ma famille. Mes filles en ont usé, de même que moi, ma mère, et ma grand-mère."

Dès médicaments contre les douleurs post-partum, mais il y en a beaucoup! j'aurais pu lui nommer l'opium, la morphine, le chloral, l'antipyrine, l'antikamnia, le viburnum, etc, etc., mais n'aurais-je pas fait rire de moi. Je me taisais. J'étais perplexe. Le mari de la jeune femme était là tout oreille pour entendre l'oracle par la bouche de sa belle-mère, tout yeux pour examiner ma physionomie étonnée, et tout bouche grimaçante pour se moquer de mon ignorance; et le mari de la belle-mère, lui, comment était-il donc? Ah! je le vois encore ce petit Juif qui ne voyait que par sa femme beaucoup plus savante que moi. J'aurais préféré être en face de mes élèves, à leur donner une clinique ou à répon-

dre à leur mille et une questions que d'être là, coi, confus, devant cette femme du peuple cherchant à instruire un docteur.

Mon orgueil était blessé, mais ma soif d'apprendre était grande, je me soumis, je me fis petit, et j'écoutai.

Voici la formule de cette bonne femme, n'en riez pas, vous seriez obligés de rire de la médecine moderne, vous feriez fi de l'opothérapie.

"Prenez une demi-tasse d'infusion de camomille bien chaude. L'accouchement est terminé, la délivrance est faite. Vous prenez le placenta et vous coupez le cordon ombilical à une certaine distance de la ligature qui y est faite. Vous comprimez le placenta et le cordon et vous en faites sortir le sang que vous mêlez à la demi-tasse de Camomille chaude. Vous faites boire chaud."

J'avais hâte de voir ces manipulations, j'étais anxieux d'examiner attentivement les grimaces de l'accouchée quand elle avalerait cet horrible mélange. Ah! j'en frissonne encore et j'en ai des haut-le-cœur au seul souvenir de ce filtre enchanteur qui non seulement va agir maintenant mais marquera son pouvoir étrange dans dix ans, dans vingt ans si cette femme à d'autres enfants dans dix ou vingt ans. Oh! pouvoir magique du charlatanisme!

La mère a une heureuse inspiration de me dévoiler ce secret avant la fin de l'accouchement. Dès lors je sais à quoi m'en tenir; si après la parturition on m'offre une tasse d'un breuvage quelconque, je refuserai net parce qu'on aurait bien pu y mettre quelques gouttes du même sang, dans l'espoir que j'emporterai les douleurs de ma malade. Pour rien au monde je boirai ici et même n'inviterait-on à la fête de la circoncision et au banquet qui suit, je ne voudrais toucher aucun mets, ni tremper mes lèvres dans aucun liquide: on aurait bien pu faire cuire le placenta et nous le servir sous forme de gâteau succulent, ou bien le faire macérer dans de l'alcool et nous le donner sous forme de liqueur alléchante. Ça s'est vu; chez certaines peuplades de l'Afrique, on invite les parents à se partager le placenta au milieu d'un grand festin.

Laissez-moi rapporter quelques lignes de l'étude du Dr. L. Bouchacourt (1) et vous me croirez après.

Bouchacourt parle d'abord des analogies entre la digestion et la fonction de reproduction chez la femelle. "Dans l'article II. intitulé: "ingestion de la partie extra-embryonnaire de l'œuf, il décrit "A" Universalité de cet acte instinctif dans la série animale; "B" Persistance de cet instinct chez les animaux

domestiques malgré les efforts de l'homme; "C" Persistance de cet instinct chez quelques représentants de l'espèce humaine."

Sous ce titre on trouve des notes assez curieuses. "Parmi les médecins du XVIII siècle, qui se sont passionnés pour l'art obstétrical, on doit placer en première ligne Jean Astruc, médecin consultant du Roy (Louis XV)." "Il écrit à l'âge de 82 ans son "Traité des maladies des femmes." Au cours de son livre, Astruc disserte copieusement sur cette question, qui présentait à cette époque, un intérêt palpitant (car elle divisait, non seulement les accoucheurs, mais encore les théologiens): "Quelle a été la conduite d'Adam et Eve vis-à-vis du cordon et du placenta de Caïn!"

Entre autres solutions, Astruc donne celle-ci en parlant d'Adam:

"Il savait donc, pour l'avoir vu plus d'une fois, que les petits de tous les quadrupèdes naissaient avec une masse informe, qui tenait à leur nombril par le cordon ombilical. Il savait aussi que les femelles de ces animaux, même de ceux qui ne se nourrissaient point de chair, après avoir mis bas leurs petits, mangeaient cette masse ou placenta..." "Je ne prétends pas, dit-il, qu'Adam ait mangé leur arrière-faix.

"Quoique, ajoute Bouchacourt, depuis un nombre de siècles qu'il est impossible de déterminer, l'instinct qui poussait la femme à manger son placenta, soit presque complètement tombé en désuétude, il nous semble que l'expression même de placenta, implique l'idée d'utilisation alimentaire, tout au moins à l'origine.".....

"Mais n'est-il pas plus logique de penser, que cette expression de placenta, c'est-à-dire de "gâteau", dérive de l'observation de l'utilisation de l'arrière-faix dans toute la série animale, et anciennement dans l'espèce humaine?".....

"D'ailleurs la coutume instinctive de la placentophagie, s'est retrouvée, à diverses époques, chez des peuples primitifs d'origine très différente."

"C'est ainsi que Jean de Lévy, ministre protestant de Genève, avant fait en 1556 un voyage au Brésil, rapporte que les naturels du pays mangent le délivré dès sa sortie de la mère, comme les animaux."

"Un siècle et demi plus tard, le voyageur Gémelli Carreri observe que chez les Lakutes (ou Yakouts), peuplade de la Russie d'Asie, le père s'empare de l'arrière-faix immédiatement après sa sortie, le fait cuire, et s'en régale avec ses parents et amis.

(A Suivre.)

(1) De l'utilisation naturelle de la partie extra-embryonnaire de l'œuf par L. Bouchacourt, ancien interne de la Maternité. Voir l'obstétrique 1903, page 106.

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 25 MAI, 1904.

No. 48

Travaux Originaux

HYSTERECTOMIE VAGÉNALE POUR POLYPE ET FIBROMES MULTIPLES DE L'UTERUS. (1).

Par M. le Dr. F. X. De Martigny,
Officier d'Académie.

Les grossesses ovariennes sont d'une excessive rareté mais maintenant admises par tous, malgré les travaux de Lawson Tait et de Webster. Les auteurs citent les six cas de grossesse ovarienne suivants: de Patenko, de Mouratoff, de Saenger, de Makeroat, de Lassen et de Chrobak.

On comprend que ces cas soient très rares en se rappelant que pour qu'une grossesse soit ovarienne, il faut que le placenta s'incère là où il existe du tissu ovarien et qu'il y ait continuité de l'albuginé et de la paroi kystique.

En examinant la pièce que je vous présente, ce soir vous pouvez voir que tous ces caractères s'y trouvent réunis.

Le 16 octobre dernier, Madame M. âgée de 26 ans vient me consulter. Régliée à 14 ans, les règles furent toujours régulières indolores et peu abondantes.

Mariée à 21 ans, elle eut deux enfants, pas de fausse couche.

Premier accouchement à 22 ans et 6 mois, après une bonne grossesse, les suites furent normales.

Deuxième accouchement il y a deux ans. Le médecin fut obligé de faire une application de forceps. Depuis ce dernier accouchement les

règles avancent de 4 ou 5 jours, durent 3 ou 4 ne sont pas très abondantes, mais douloureuses avec caillots.

Les dernières règles, celles de septembre, ont retardées d'une dizaine de jours, elles furent un peu plus douloureuses que les autres et les caillots furent nombreux.

La malade souffre aussi du côté droit qui d'endolori qu'il était, est devenu douloureux.

Depuis un an leucorrhée abondante. Les intestins sont réguliers.

Examen: Ventre souple, indolore, excepté à la région du rein droit (ce rein est abaissé) et dans les fosses iliaques, la droite beaucoup plus douloureuse que la gauche.



Grossesse Ovarique.

Toucher: Périnée déchiré, Cystocèle assez prononcée.

Utérus: Col hypertrophié déchiré à gauche largement. Corps mobile indolore, pas augmenté de volume.

Annexes: Droites très douloureuses, semblent un peu grosses; gauches paraissent saines.

Le 17 janvier dernier, j'examinai de nouveau la malade. Les dernières règles furent douloureuses comme d'habitude avec caillots.

(1) Lu devant la Société Médicale de Montréal, le 11 mai 1904.

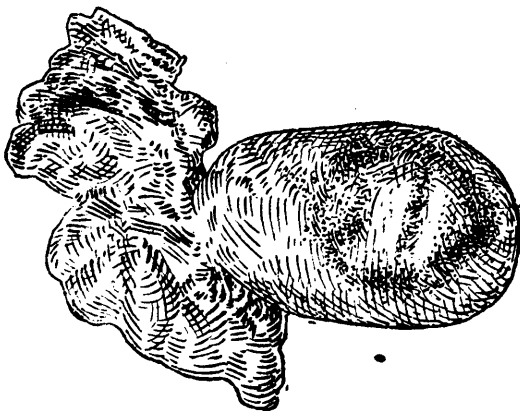
La leucorrhée persiste malgré quelques douches vaginales que la malade prend avec une irrégularité désespérante. Les annexes étaient tellement douloureuses au toucher qu'il me fut impossible d'apprécier leur état. L'examen sous chloroforme ne me donna pas beaucoup plus de renseignements: utérus mobile, pas augmenté de volume, annexes droites sûrement augmentées de volume mais mobile.

J'opérai cette malade avec mon confrère et ami, le Dr. Bourgeois, je fis la laparatomie et j'enlevai les annexes droites. L'ovaire gros comme une grosse noix mou, et semblait au toucher en dégénérescence kystique. Je fermai complètement le ventre, et je terminai l'opération par l'amputation du col et l'élytrorrhaphie.

En ouvrant l'ovaire, il s'écoula d'abord, une certaine quantité de sang noirâtre, plus un corps gélatineux.

UN SECOND CAS DE GROSSESSE OVAIRIQUE.

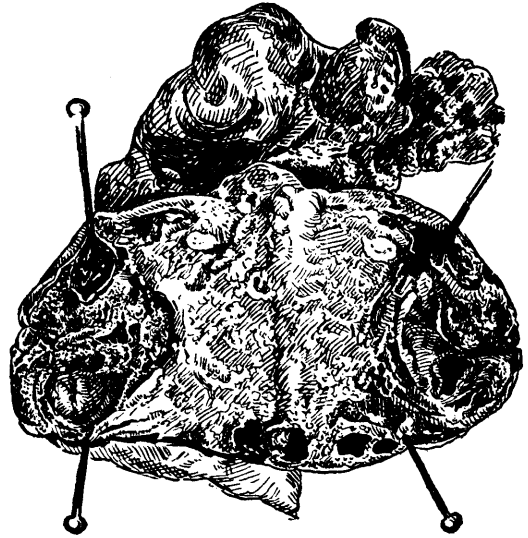
Les grossesses ovariennes dont les observations sont encore si rares, me semblent plus communes que l'on le croit généralement, et je suis persuadé que si nous observions attentivement nos malades de ce côté, nous aurions des observations nombreuses, ainsi voici le second cas que j'opère en six mois:



Vignette montrant la grossesse ovarienne en train de se rompre dans la cavité péritonéale.

Madame H. C., 28 ans, me fut envoyée par un confrère, pour des accidents utérins qui duraient depuis plus d'un mois.

Cette femme qui avait été toujours très bien réglée, qui n'avait jamais eu de grossesse avait présenté un retard de quelques jours dans ses règles de mars. Ses règles étaient



Coupe de l'ovaire montrant la grossesse ovarienne.

apparues très abondantes, presque hémorragiques, douloureuses avec de gros caillots, après six jours de repos absolu au lit, tout était rentré dans l'ordre. Quinze jours après, vers le vingt avril, nouvelle hémorragie avec caillots et douleurs pendant huit jours, Quand je l'examinai, cette dernière perte était arrêtée depuis quelques jours. Je trouvai un ventre indolore à la pression excepté dans la région iliaque droite, dont les muscles étaient contractés.

Au toucher, utérus: col mou, entrouvert; corps gros, en antéversion mobile, douloureux, annexes droites prolabées dans le cul-de-sac antérieur, grosses, douloureuses.

Le lendemain, je faisais la laparatomie avec mon confrère et ami, le Dr. Bourgeois. L'appendice gros et long renfermait quatre corps étrangers, je l'enlevai. L'ovaire droit, gros, donnait une sensation kystique sur une de ses faces, une petite surface sanguinolente que je croyais produite par la déchirure d'une adhérence intestinale. J'enlevai l'ovaire. A l'examen de la pièce on observe le contour intra-ovarien bien délimitée d'une poche dont une partie est rupturée. On voit accolé un

petit point jaune saillant qui doit être l'insertion du placenta. L'examen microscopique confirmera, je l'espère, mon diagnostic.

Cette pièce que je vous présente ce soir, provient d'une femme de 47 ans, à qui j'ai fait, le 4 mai dernier, une hystérectomie vaginale.

UTERUS FIBROMATEUX, AVEC POLYPE A LONG PEDICULE.

Madame A. L. âgée de 47 ans, réglée tard à 16 ans, eut toujours des règles irrégulières peu abondantes et indolores jusqu'à il y a dix ans. A cette époque, la malade étant âgée de 37 ans, sans cause apparente, elle fut prise, au moment de ses règles, d'une hémorragie qui dura sept mois et qui s'arrêta grâce à un traitement médical. Les règles redevinrent plus ou moins régulières, mais restèrent depuis lors toujours plus abondantes. Elle se maria à l'âge de 40 ans, n'eut jamais de grossesse et resta en bonne santé jusqu'au décembre dernier. De nouveau elle fût prise d'une hémorragie qui n'a pas cessé depuis, malgré le traitement médical très actif institué par son médecin. En janvier dernier, la malade remarqua pour la première fois l'apparition à la vulve, d'une petite tumeur rouge, violacée, sanguinolente. Cette tumeur apparaissait quand elle se tenait debout, et disparaissait dans la position couchée. Puis, peu à peu la tumeur s'allongea jusqu'à prendre 1 1/2 pouce en dehors de la vulve.

J'examinai la malade, et j'aperçus un polype qui sortait entre les grandes lèvres. Au toucher, je trouvai un col mou entrouvert par le polype. Ayant acquis la certitude que ce dernier s'implantait à l'intérieur de la cavité utérine, j'abandonnai mon examen à cause de l'hémorragie qu'il provoquait. J'avais reconnu un corps utérin, gros, bosselé et mobile.

Je fis, le lendemain, l'hystérectomie vaginale, opération rendue difficile par l'étroitesse du vagin.

En examinant la pièce, on voit que l'im-

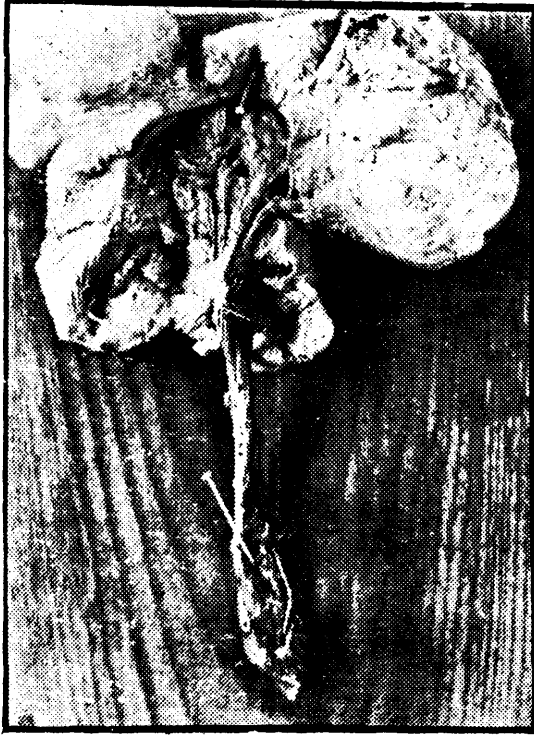
plantation du polype sur le fond de l'utérus est multiple, et on remarque un gros fibrome et plusieurs petits. Dans ces cas d'utérus farcis de fibromes, l'énucléation est illusoire et seul l'hystérectomie, vaginale ou abdominale, peut assurer une guérison définitive à la malade, si on a la chance, comme dans ce cas-ci, d'intervenir avant que les fibromes dégènerent.

HERNIE INGUINALE RENFERMANT L'APPENDICE.

Je fis, il y a trois mois, à un jeune homme de 10 ans, une double cure radicale de hernie très douloureuse. L'opération fut rendue laborieuse à gauche, par la minceur du sac. A droite, j'enlevai deux lipomes herniaires et j'aperçus dans le haut de mon incision, le bout de l'appendice. Je tentai avec une pince de l'abaisser pour le résecquer, et, comme il ne voulait pas venir à moi, j'allai à lui, en allongeant ma ligne d'incision. Je l'enlevai, et à l'intérieur je trouvai 4 corps étrangers, et une petite cavité close renfermant un abcès. Ce que je trouve d'intéressant dans cette observation, c'est que jamais le malade n'accusa d'appendicite. Le médecin de famille me confirma le renseignement. Les intestins furent toujours bien réglés, ni constipation, ni diarrhée. D'ailleurs, il est de fait courant que les symptômes de l'appendicite ne concordent pas toujours avec les lésions de l'appendice que nous trouvons en ouvrant le ventre. Ces hernies de l'appendice dans le canal inguinal, sont connues depuis longtemps et assez fréquente. L'observation la plus ancienne que je connaisse, est celle que publie le Professeur A. Richet dans son traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale, publié à Paris en 1860, à la page 650 :

"J'ai opéré à la Pitié alors que je remplaçais le Professeur Laugier, un homme de 55 ans. Il s'agissait d'une hernie inguinale droite étranglée: je fis soulever la peau par un aide, j'incisai le pli dans toute son épaisseur du sommet à la base, et lorsque je lais-

sai retomber les téguments, j'aperçus quelques bulles de gaz qui sortaient du fond de la plaie. Cela me parût si singulier que je ne pus d'abord y croire; ayant agrandi mon incision, je vis distinctement sourdre du pus liquide mélangé de gaz qu'à l'odeur je jugeai être du liquide intestinal. Je dissequai en re-



Utérus fibromateux.

doublant de précaution et en quelques coups de bistouris, je découvris un cordon cylindrique que je reconnus pour l'appendice vermiforme. Cette fois, plus de doute, il s'agissait d'une hernie du cœcum; après une dissection pénible, je parvins enfin à isoler complètement l'intestin, puis je procédai au débridement. La réduction se fit avec facilité, je conservai seulement dehors l'extrémité de l'appendice qui avait été ouverte dans l'étendue de quelques millimètres, et pour plus de précaution, je la maintins avec un fil. Quelques jours après le malade sortait guéri sans avoir éprouvé le plus léger accident."

N.B. — Le Dr. Harwood s'est élevé à la dernière séance de la société médicale contre l'opinion que j'avançais que le fibrome de l'utérus dégénère presque toujours. Voici quelques observations recueillies au hasard et qui prouvent, je crois, surabondamment, que la marche ordinaire du fibrome est la dégénérescence:

SARCOME DE L'UTERUS; RESECTION D'UNE ANSE INTESTINALE ADHÉRENTE; HYSTERECTOMIE ABDOMINALE TOTALE; GUEKISON. — M. Quénu. Cette observation, également due à M. Cottin, est intéressante et par l'histoire de la malade qui avait présenté d'abord tous les signes rationnels d'un fibrome, puis ceux d'une tumeur maligne de l'utérus, et par l'opération; résection d'une anse grêle de 15 centimètres, et entero-anastomose consécutive.

M. Quénu s'attache surtout au premier point, savoir au problème de la dégénérescence sarcomateuse des fibromes utérins (la tumeur enlevée par M. Cottin avait, en effet, toutes les apparences d'un sarcome).

D'abord M. Quénu ne trouve pas dans l'observation de M. Cottin d'argument absolument convaincant en faveur de cette thèse. Il pense plutôt que sa malade a eu un sarcome d'emblée et non un sarcome secondaire à un fibrome. M. Pozzi a écrit "qu'il est extrêmement probable que le fibro-sarcome utérin a toujours pour tissu matriculaire un fibro-myome". Cette opinion est fort contestable. Sans doute l'évolution sarcomateuse ultérieure d'un fibro-myome utérin est chose acquise, mais sans parler des sarcomes qui ont pour berceau, la muqueuse utérine, M. Quénu cite des faits qui prouvent de façon indiscutable l'existence des sarcomes utérins primitifs purs, c'est-à-dire sans myomes. D'ailleurs, Pillet et Coste ont démontré la formation des cellules sarcomateuses aux dépens des cellules endothéliales des vaisseaux.

La chose est importante, car il est clair que si on met à la charge des fibro-myomes tous les cas de sarcome utérin, la fréquence de la dégénérescence maligne s'en trouvera fort augmentée et leur pronostic assombri outre mesure. Il serait donc intéressant, désormais de rechercher dans chaque observation de sarcome utérin, d'après la texture et la clinique, s'il s'agit de tumeurs secondaires ou primitives.

M. Schwartz confirme l'existence de sarcomes utérins primitifs. Il en a observé un cas des plus probants.

(Société de Chirurgie.)

RESULTATS ANATOMIQUES DE L'ENUCLEATION DES FIBROMES UTERINS ; PRESENTATION D'UN UTERUS OPERE QUATRE MOIS AUPARAVANT. — M. Tuffier présente l'utérus d'une femme chez laquelle il a pratiqué récemment l'hystérectomie abdominale pour cancer du col; or, cette femme avait déjà été opérée par lui quatre mois auparavant pour un volumineux fibrome utérin pesant 1 kilogramme, et qui fut énuclée par voie abdominale. M. Tuffier montre sur la pièce la cicatrice résultant de cette première intervention; cette cicatrice est si petite qu'il serait à peu près impossible à un observateur non prévenu de retrouver la place où siégeait le volumineux fibrome enlevé.

M. Segond a possédé une pièce tout à fait semblable à celle de M. Tuffier; seulement, dans son cas, la myomectomie avait été faite par la voie vaginale, voie à laquelle M. Segond a toujours recours quand la chose est possible.

(Société de Chirurgie.)

FIBROME ET CANCER DE L'UTERUS. — M. Walther présente un gros utérus fibromateux qu'il a enlevé par hystérectomie sus-vaginale chez une femme de soixante-trois ans. L'intérêt de cette pièce réside dans ce fait qu'il existe en même temps un épithélioma de la cavité utérine et que le fibrome lui-même, en voie de sphacèle, offre de l'infiltration cancéreuse.

M. Quénu attire l'attention sur ce dernier fait qui explique certains faits de gangrène des fibromes. Personnellement, il en a observé deux cas manifestes.

(Société de Chirurgie.)

FIBROME SPHACELE ET CANCER UTERIN CHEZ DES VIEILLES FEMMES. — M. Schwartz rapporte deux observations, qu'il estime devoir être rapprochées, au point de vue clinique et thérapeutique. Dans les premiers cas, il s'agit d'une femme de cinquante-huit ans, présentant des pertes de sang fréquentes, abondantes, à odeur fétide, gangreneuse. L'utérus est volumineux, relativement mobile, et il existe des douleurs expulsives intermittentes. Le col est sain.

D'après les symptômes, on pense à un cancer, mais la biopsie montre qu'il s'agit d'un fibrome en voie de sphacèle.

On fait alors l'hystérectomie supra-vaginale, qui montre un énorme fibrome faisant saillie dans la cavité utérine, où il a détruit la muqueuse.

Dans le deuxième cas, la femme âgée de cinquante-deux ans, présentait après deux ans de ménopause des pertes de sang, et un écoulement ichoreux, non fétide. Il n'y avait pas de douleur. L'utérus tuméfié, a le volume d'un gros poing. Le col est normal, mais il y a une annexite gauche non douloureuse. La

femme a beaucoup maigri depuis quelque temps.

L'examen histologique fait porter le diagnostic de cercinome utérin.

On fait l'hystérectomie abdominale totale. L'ovaire et la trompe gauche, atteints par le néoplasme, sont enlevés.

Dans les deux cas, les femmes guérirent.

M. Schwartz insiste sur les difficultés du diagnostic dans ces deux observations, celle à allure grave étant une affection bénigne et inversement. Sans l'examen microscopique, l'erreur aurait été difficile à éviter.

(Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pédiatrie.)

FIBRO-SARCOMÉ DE LA PAUME DE LA MAIN. — MM. Blanchard et Caubet présentent une tumeur de la paume de la main siégeant au niveau de l'éminence hypothénar de la main droite, et ayant évolué en huit mois chez un homme de vingt-deux ans. La tumeur a le volume d'un gros œuf de pigeon; sa coupe a l'apparence macroscopique d'un fibrome. L'examen histologique a montré que la tumeur était un fibro-sarcome.

(Société Anatomique.)

LES PERILS ET LES COMPLICATIONS DES FIBROMES APRES LA MENOPAUSE.

(The Lancet.) J. Bland Sutton. — Les troubles dus à la présence des fibromes utérins après la ménopause sont des troubles de présence ou des troubles dégénératifs. Parmi les premiers on peut placer les hémorragies utérines et l'accroissement en volume même après la cessation des règles, fait exceptionnel, mais pouvant se produire. Dans d'autres cas, le fibrome, d'abord très volumineux, diminue et tombe dans le petit bassin où il s'incarcère: c'est ainsi que Sutton rapporte l'observation d'une femme à laquelle il dut faire une hystérectomie à cinquante-cinq ans pour rétention d'urine due à un fibrome qui, de temps en temps, tombait dans le petit bassin et empêchait la malade d'uriner. Arnott rapporte un cas plus exceptionnel encore: une femme de soixante-douze ans fit une chute sans importance et mourut en trente-six heures; à l'autopsie, on trouva une perforation d'une anse d'intestin placée entre la paroi du ventre et un gros fibrome calcifié.

Les troubles dégénératifs des fibromes sont nécrotiques ou aseptiques. La nécrose est due à l'insuffisance de l'irrigation sanguine de ces masses fibreuses et les agents septiques trouvent alors un terrain tout préparé pour leur évolution. Il est difficile de savoir par où ces agents de la suppuration pénètrent dans le fibrome, mais il est probable qu'assez souvent ils pénètrent par le col utérin dilaté, comme le montre l'observation de ces cas où parfois même le fibrome fait saillie par le col; ceci peut se produire à tous les âges. Une des conséquences les plus

graves est la dégénérescence cancéreuse de l'utérus ou de la trompe, et il n'y a pas de fait plus triste que celui d'une femme qui s'est résignée à être invalide pendant vingt-cinq ans dans l'espoir d'être enfin bien portante après sa ménopause et qui se trouve alors atteinte d'une des complications des fibromes dont nous venons de parler.

FIBROME ET CANCER. — M. François-Dainville présente un utérus fibromateux qui a subi au niveau d'un fibrome l'évolution cancéreuse.

(Société Anatomique).

Revue des journaux

MEDECINE

RHUMATISME TUBERCULEUX ABARTICULAIRE.

D'après la thèse de M. le Dr. I. Borreil, de Lyon à côté du rhumatisme tuberculeux articulaire, doit prendre place une nouvelle forme, que M. Poncet désigne sous le nom de "rhumatisme tuberculeux abarticulaire". Celui-ci qui, d'ailleurs, peut avoir les localisations viscérales les plus diverses se manifeste du côté de l'intestin par des phénomènes d'entéro-colite assez particuliers, tels que l'apparition et la cessation souvent brusque des accidents, la répétition de ces mêmes accidents variables, toutes les fois dans leur durée et leur intensité, avec des périodes d'accalmie se chiffrant par années dans certains cas, pendant lesquelles l'état général est excellent, enfin le rétablissement souvent très rapide des sujets même après les plus violentes crises.

Une telle mobilité dans les symptômes et une curabilité aussi spontanée ne sauraient faire soupçonner la présence, au niveau de l'intestin, de granulations ou d'ulcérations; il semble qu'elles doivent plutôt relever des lésions purement congestives "fluxionnaires", n'ayant rien de tuberculeux au sens anatomique du mot, dues à l'élimination des toxines bacillaires par l'intestin, émonctoire fort important comme cela a été démontré.

La toxine bacillaire aime le système nerveux, comme les toxines microbiennes en général et les lésions irritatives, en tout cas la névrite légère qu'elle produit sur les nerfs, sur le sympathique dans le cas actuel, explique ces phénomènes d'entéralgie parfois excessivement douloureux chez les malades.

(Le Concours Médical.)

THORACENTÈSE SANS ASPIRATION.

M. le Dr. Boinet a communiqué à l'Académie un nouveau procédé d'évacuation des épanchements pleuraux, sans aspiration, au moyen d'un "drain à valves formant soupapes." Ce tube-drain consiste en un tube de caoutchouc assez souple, ayant 4 centimètres de longueur, 4 millimètres de diamètre, obturé à une extrémité et offrant deux fentes "latérales," longitudinales parallèles, longues d'un centimètre, par lesquelles s'écoule le contenu pleural. Leur accolement hermétique empêche la pénétration de l'air dans la plèvre pendant l'inspiration. Si le liquide pleurétique est épais et grumeleux, on favorise son écoulement en pratiquant une fente "verticale" sur l'extrémité arrondie et close d'un tube de caoutchouc disposé en doigt de gant et analogue aux petites tétines, aux tubes à valves de biberon. En cas d'engorgement du drain évacuateur, on le comprime au-dessus de la fente que l'on entr'ouvre et que l'on nettoie aisément. Par son autre extrémité, ce drain est adapté à la canule ou au tube d'évacuation préalablement amorcé de l'appareil Pottain. La plèvre se vide alors par une sorte de siphonage. Après la ponction, la tension intra-pleurale refoule le liquide qui s'écoule par les fentes du drain en raison de 80 centimètres cubes par minute. S'il ne survient aucun trouble fonctionnel, on attend que l'écoulement cesse spontanément.

"Avantages." — La lenteur de cette auto-évacuation évite les accidents de la thoracentèse ordinaire, qui sont surtout causés par une aspiration trop rapide ou prolongée outre mesure; elle empêche la décompression trop brusque et partant dangereuse du cœur et du poumon qui revient graduellement sur lui-même et se dilate progressivement; elle permet d'enlever sans inconvénients et dans une seule séance jusqu'à 3.650 centimètres cubes de liquide pleural et d'évacuer couramment tout le contenu de la plèvre.

Cette évacuation "lente et complète" paraît abrégier la durée du traitement; toute proportion gardée, l'épanchement, vidé à bloc, se reforme moins vite et en moins grande abondance que lorsqu'une certaine quantité de liquide est laissée dans la plèvre, de propos délibéré: on dirait que le liquide appelle le liquide. L'absence d'aspiration rend des services dans les pleurésies hémorragiques; elle évite la rupture des vaisseaux de nouvelle formation et permet d'évacuer au-delà du trop-plein de la plèvre. Nous avons enlevé d'un seul coup et sans accident 1.400, 1.800 centimètres cubes de liquide hémorragique. Enfin l'évacuation lente et complète de l'épanchement favorise l'accrolement des feuillets pleuraux qui contracteront d'autant plus facilement des adhérences que l'inflammation sera de date récente; elle s'oppose ainsi, dans la mesure du possible, à la formation de ces poches pleurales persistantes, à coque fibreuse, épaisse, s'accompagnant de rétraction costale et du refoulement d'un poumon scléreux et ratatiné dans la gouttière vertébrale. Enfin, on peut obtenir le "drainage prolongé" de la plèvre en adaptant ce petit appareil évacuateur à une ca-

nule, longue de 4 centimètres, que l'on maintient à demeure au moyen de petites ailettes fixées à la peau par du collodion. Dans le pneumothorax surtout suffocant, à soupape, l'emploi de ce drain à demeure calme rapidement la dyspnée; dans un cas, nous avons pu laisser cet appareil en place pendant douze jours; il est également utile dans les pleurésies purulentes à pneumocoques, dans certains pyopneumothorax d'origine tuberculeuse.

Ce drainage continu met la plèvre à l'abri d'une infection secondaire par les germes extérieurs, en particulier chez les cachectiques (brightiques, cardiaques, cancéreux).

M. Boinet recommande l'application de son procédé surtout dans les cas d'épanchements gazeux (pneumothorax suffocant).

(Le Concours Médical.)

—————: o: —————

LA MALADIE DE DERCUM.

D'après la thèse du Dr. Alain Houée, Dercum a très heureusement appelé "adipose douloureuse généralisée" un syndrome très particulier et bien défini.

La dégénérescence nerveuse, le sexe, la ménopause, l'alcoolisme et autres intoxications, les traumatismes, jouent un grand rôle dans l'étiologie de cette affection.

Cette maladie est caractérisée par trois symptômes cardinaux: l'adipose symétrique, les douleurs, les troubles mentaux; et par divers signes accessoires: l'asthénie, les troubles vaso-moteurs, trophiques, sensitivo sensoriels, etc... Elle offre cliniquement trois formes: nodulaire, diffuse localisée, diffuse généralisée. La triade symptomatique principale rend le diagnostic peu hésitant.

Histologiquement, les néoplasies graisseuses traversent trois stades définis: gonflement œdémateux initial, transformation adipeuse, sclérose terminale. L'anatomie pathologique a montré des lésions de névrite interstitielle périphérique, des altérations du corps thyroïde et de la glande pituitaire.

Il est acquis que la production de l'adipose dépend d'une perturbation du système nerveux, mais la nature et le mécanisme de ce trouble nerveux restent à établir.

Actuellement, on ne connaît pas de cas de guérison et les traitements employés ne sont que des palliatifs incertains.

(Le Concours Médical.)

—————: o: —————

CHIRURGIE.

DE QUELQUES ACCIDENTS CONSECUTIFS AU PERCEMENT DES OREILLES.

A la suite du perçement des oreilles, les suppurations, les lésions impétigineuses, eczémateuses, les

adénopathies cervicales, sont monnaie courante; l'ulcération des lobules, leur déchirure par le poids des boucles se rencontrent assez fréquemment; les chéloïdes plus ou moins volumineuses ne sont pas rares; l'érysipèle a été observé; la gangrène et la destruction des lobules, quoique exceptionnelle, peut se produire; enfin la syphilis et la tuberculose ont pu être inoculées par l'instrument du bijoutier. C'est en effet, le bijoutier qui est considéré dans les familles comme l'opérateur de choix, malgré son ignorance absolue des premières notions d'antiseptie ou même d'asepsie.

Parmi les accidents peu fréquents qui peuvent se présenter, je rappellerai un cas de chéloïde, un de gangrène, un enfin de lupus tuberculeux.

Le fait de chéloïde semble bien démontrer l'origine infectieuse de cette tumeur et sa résistance aux divers traitements qui ont été proposés et employés.

Le cas de gangrène s'est développé chez un enfant de 10 mois qui, huit jours après avoir subi la perforation des oreilles, fut atteint de rougeole. Des plaques de sphacèle s'étant produites au niveau des lobules en amenèrent la destruction.

Enfin l'observation de lupus tuberculeux se rapporte à une femme, qui, à la suite du perçement des oreilles, eut un placard de lupus qui du lobule s'étendit peu à peu à tout le pavillon et au cou au-dessous du lobule.

(Marseille-Médical.)

—————: o: —————

A PROPOS DU TRAITEMENT DE L'APPENDICITE;

Par M. le Dr. Paul Petit,

Chirurgien adjoint de l'hôpital libre Saint-Michel.

Il n'y a pas encore longtemps, on traitait, par extirpation, les annexites à l'état aigu et, par curetage, les métrites aiguës non puerpérales. Ces exagérations, qui constituaient des fautes graves, sont définitivement jugées pour ce qu'elles valent et il n'est pas, à l'heure actuelle, de gynécologiste digne de ce nom qui intervienne dans les cas précités autrement que pour obéir à ces enseignements séculaires dans lesquels le repos général et local et l'ouverture des abcès collectés, au point le plus accessible, tiennent la plus grande place.

La mortalité, dans l'annexite aiguë, est à peu près nulle, car, rarissimes sont les cas de péritonite extensive de son fait, sans défense suffisante du péritoine.

Bien que les conditions morbides de l'appendicite soient sensiblement différentes, je n'ai jamais douté qu'après avoir passé à son égard, par ces mêmes errements qui ont été fatals à tant de gens, on n'arrivât à accepter, en fin de compte, ces mêmes préceptes qui, pour être moins neufs, n'en sont dans l'espèce que meilleurs. Peut-être même y serait-on arrivé plus tôt, n'eût été la peine que l'on éprouve à abandonner des opinions toutes faites données, "ex cathedra," comme définitives, et l'im-

mixtion, sur le terrain chirurgical, d'un prince de la médecine, pris de passion pour la laparotomie : personne de plus belliqueux, à l'occasion, que les gens de profession naturellement pacifique.

Malgré les discussions, d'ailleurs incohérentes, et en apparence très contradictoires, dont la presse se fait encore l'écho, il n'est pas douteux qu'à part les résistances de la dernière heure, l'accord ne soit prêt de se faire dans le sens que je viens d'indiquer.

Actuellement, sauf exception négligeable, on ne meurt pas d'appendicite aiguë, reconnue et dès le début, médicalement bien traitée, c'est-à-dire par : repos absolu, opium, glace, abstention de purgatifs et lavements, diète absolue pendant deux ou trois jours (quelques gorgées de liquide cependant si pas de vomissements) et, au besoin, injections de sérum.

Cette formule lapidaire : "Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite" a donc fait son temps ; je n'en connais pas de plus fausse, si ce n'est cette autre de même source : "L'appendicite est une."

Il n'y a de traitement "radical" de l'appendicite que le traitement chirurgical ; d'accord mais il y a aussi un traitement "médical" et tellement important que ; si on le suit à la lettre, on peut mener presque toujours son malade à cette période de refroidissement où il sera opéré sans danger et que si on le transgresse, surtout en ce qui concerne l'immobilisation intestinale, on peut être entièrement responsable de l'issue fatale.

D'après Roux, de Lausanne, (qui a une si grande expérience de la maladie en question) 5 p. c. seulement des cas aigus seraient justiciables de l'intervention. Parmi ces cas, nous devons pratiquement distinguer : l'abcès d'origine appendiculaire ; la péritonite septique diffuse ; le défaut d'amendement des symptômes locaux et généraux, au bout de 48 h. environ, malgré un traitement médical approprié.

1. Par abcès d'origine appendiculaire, nous entendons parler d'abcès de volume notable, appréciable, bien collecté, accusant déjà ses tendances migratrices, car nous savons actuellement que, pour ainsi dire, dans tous les cas opérés à chaud, on trouve du pus et que, le plus souvent, à moins de médication intempestive, le pus se résorbe.

2. La péritonite septique diffuse, non localisée, a pour caractéristique le peu de gravité apparente des symptômes, pour un médecin non prévenu : peu ou pas de douleurs spontanées ou provoquées ; le malade, dont l'intelligence est intacte (sauf bien entendu aux approches immédiates de sa fin), vous dira même volontiers "qu'il se sent très bien, qu'il a faim" ; pas d'exsudat, appréciable ; le faciès peut être à peine altéré ; la température peu élevée. Mais le pouls est rapide ou même incomptable, filant, irrégulier, ce qui contraste singulièrement avec l'apparence extérieure ; la langue est sèche ; les urines sont rares ou supprimées. En pareil cas, on est autorisé à opérer de suite, mais sans grande chance de succès. Comme l'a si bien écrit Gaudin, élève de Roux, il est important de ne pas confondre cette modalité terrible de l'infection, survenant dans

un péritoine qui ne se défend pas, avec la péritonite sus-pubienne à grand fracas, mais qui se localise et ultérieurement se résout rapidement ou laisse derrière elle des abcès, parfois énormes, qu'il faut savoir, bien entendu, reconnaître et ouvrir sans tarder. Les hasards de la clinique nous en ont mis en mains, ces temps derniers, toute une série : abcès des deux fosses iliaques avec double psoïtis, vaste abcès sus-pubien occupant l'hypogastre et la fosse iliaque et communiquant par une ouverture en bouton de chemise, avec un abcès de Douglas, etc., etc.

3. Il est de règle qu'au bout de 2 ou 3 jours de traitement approprié les symptômes d'une appendicite aiguë s'amendent. Dans l'état actuel de nos connaissances, il semble donc prudent, passé ce temps, d'intervenir si l'amélioration ne survient pas, si, entre autres, la fièvre persiste, si le plastron s'accroît, si l'état général n'inspire pas confiance. Méfions-nous surtout des cas "tout d'abord mal dirigés au point de vue médical."

Devons-nous encore opérer, de parti pris, tous les cas se présentant tout à fait au début ? Étant donné ce que nous savons de l'anatomie pathologique de l'appendicite, de la rapidité avec laquelle les microorganismes abordent le revêtement épithélial, de l'action non seulement enkystante mais neutralisante du péritoine, il semble bien inopportun de s'opposer à ce travail de défense, il semble bien à craindre qu'au lieu de supprimer le foyer septique, on ne le diffuse. Il faut craindre aussi qu'à force de vouloir intervenir trop tôt, on n'intervienne sur des appendices qui n'aient pas encore d'appendicite. J'ai eu l'occasion de m'en rendre compte, comme nous avons pu "jadis" constater bien des annexectomies sur des annexes saines.

Voici un tableau où je ne change aucun détail : dans un grand service de la capitale, où l'on fait d'excellente besogne, car le chef de service est à la fois très habile et d'une irréprochable asepsie, on amène une-fois-disant appendicite dont le début monterait à moins de douze heures ; quelle chance pour la principale intéressée et quelle aubaine pour l'assistance ! L'interne, qui a étudié la malade, affirme bien qu'elle n'a rien, mais le Maître mettant le doigt au point de Mac Burney et voyant la paroi entrer en défense, réplique : "Ou Mac Burney a raison ou il a tort ; nous allons bien le voir". Et ce que nous vîmes c'est que le Maître n'avait pas raison de s'attaquer à cet appendice, car il était sain, et pourtant Mac Burney n'avait pas tort, car jamais il n'a prétendu que la localisation douloureuse à laquelle s'attache son nom doive suffire à diagnostiquer l'appendicite. Je tiens d'un histologiste très exercé, qu'un bon nombre des appendices qu'on lui adresse ne lui permettent guère que d'en vérifier l'histologie normale et, pour en finir sur ce point, je crois bien faire en rappelant au lecteur les travaux de Berthier et Milian, Glantenay, etc., sur la pseudo-appendicite névralgique, ou nettement hystérique. La pseudo-appendicite névralgique n'est autre qu'une névralgie du 12^{ème} nerf intercostal dont le rameau perforant antérieur correspond à peu près au point de Mac Burney ; j'en ai observé plusieurs cas et toujours j'ai trouvé pour m'éclairer la dou-

leur à la pression au niveau du point d'émergence vertébral du nerf. La pseudo-appendicite hystérique est une topoalgie d'origine centrale qui disparaît, un beau jour, comme elle est venue, et que l'on doit rapporter, sans doute aux conversations du public, l'appendicite ayant, pour le moment, remplacé, dans ses préoccupations, les inflammations des annexes sur lesquelles s'exerçaient naguère les auto-suggestions de la grande simulatrice.

Sans vouloir entrer dans le détail du diagnostic différentiel de l'appendicite, j'attirerai en passant l'attention, étant donnée la fréquence actuelle de cette maladie, sur "l'obstruction intestinale" dont elle peut être l'origine facilement méconnue. On ne saurait être mis sur la voie que par l'histoire de la maladie et la prédominance de la douleur au point de Mac Burney; il est cependant bien important, dans la circonstance d'y voir clair, avant de prendre le couteau: si l'on ouvre dans la fosse iliaque droite, si l'on tombe sur une collection suppurée et qu'on l'évacue, "dans plus," le cours des matières peut se rétablir dans les heures qui suivent et la guérison survenir, alors que la situation semblait quasi désespérée. Si, tablant sur un certain degré de résistance du patient, et n'ayant pas reconnu l'appendicite, on se décide pour la laparotomie médiane, les chances de succès sont certainement bien moindres.

L'orage aigu passé et bien passé, c'est-à-dire six semaines environ après la chute de la température il faut opérer, même après une première crise, car s'il n'est pas douteux que l'appendicite puisse guérir par sclérose, surtout si la crise a été sérieuse (il ne faut donc pas tabler sur sa bénignité, pour rester l'arme au bras, au contraire), si son pronostic a été abusivement assombri, il ne faut cependant pas trop demander à la nature, ni tenter par trop la fortune. Même en admettant qu'une appendicite bien traitée, lors de chacune de ses poussées puisse être exempte d'accidents graves, l'opération faite à froid offre vraiment si peu de risques qu'il faut la conseiller sans hésitation, étant donné les souffrances récidivantes, les préjudices professionnels auxquels expose la maladie en question.

Comme nous le disions en débutant, on ne raisonne pas autrement, pour la salpingite, après avoir pas mal déraisonné à son sujet, et, si peu comparable qu'elle soit à l'appendicite, il faut se réjouir de n'être plus très éloigné à son sujet de l'entente définitive, si tant est qu'il y ait rien de définitif en ce bas monde.

On dit, paraît-il, dans un certain milieu où le prince de la médecine, fanatique de chirurgie, rend ses arrêts et ne se présente plus qu'avec son exécuteur des hautes œuvres, comme le médecin de jadis, avec son barbier: "Pour un comte, un baron, on consent encore à attendre; mais un duc, on l'opère de suite." Evidemment, pour qui connaît le caractère de l'homme, la sincérité de ses convictions, le mot est très injuste. N'attendons cependant point les petites malices du public pour nous rendre compte de nos erreurs.

(Le Concours Médical.)

Thérapeutique et Mat. Médicale

L'HELMITOL.

A la Policlinique de Kiel, le docteur F. Behring emploie avec les meilleurs résultats, dans tous les cas de cystite, un nouvel antiseptique des voies urinaires: l'Helmitol. Dans la cystite violente avec urine fortement purulente, la clarification de l'urine et la cessation des accidents apparaissent dans un délai de vingt-quatre à quarante-huit heures, si bien que, se basant sur ses expériences, l'auteur recommande très chaudement l'Helmitol. Il fait en outre, dans la cystite, des lavages de la vessie avec une solution de permanganate de potasse à 1/4000, puis aussi, suivant le cas, avec de l'acide borique ou une solution faible de nitrate d'argent. Pour faire ces lavages, il emploie la seringue de Zeisl, d'une contenance de 200 à 250 centimètres cubes.

(Gaz des Hôpitaux.)

—:o:—

VALEUR ANTISEPTIQUE DE QUELQUES SOLUTIONS DE BICHLORURE DE MERCURE.

Par M. le Dr. Da Costa Ferreira.

Il est classique que les solutions de bichlorure de mercure doivent être faites avec de l'eau stérilisée. L'auteur a recherché expérimentalement quelle pouvait être l'influence d'eaux non stérilisées sur le pouvoir antiseptique des solutions.

Il a employé des solutions à 1/100, faites avec de l'eau de puits, avec de l'eau des conduits de la ville de Coïmbre, avec de l'eau distillée, avec de l'eau stérilisée; il a aussi utilisé des solutions d'acide tartrique et bichlorure (à 1/1000), de chlorure de sodium (30/1000) et bichlorure. Les expériences étaient faites 24 heures après la préparation.

Toutes ces solutionsensemencées au bouillon ne l'ont pas fertilisé. L'eau des puits elle-même est donc stérilisée.

L'auteur a alors comparé la valeur de ces solutions par la méthode du fil (Koch, Tarnier, Vignal), plongé 15 secondes à 3 minutes dans la solution et par l'addition directe d'antiseptiques à des cultures. Dans la méthode du fil, la nature de ce dernier n'est pas indifférente (soie ou coton). Le "staphylocoque" est toujours atténué par le contact de 15 à 30 secondes avec la solution à 1/1000, quelle que soit sa provenance. Mais, incontestablement, des solutions faites avec l'eau distillée sont plus antiseptiques.

Le chlorure de sodium et l'acide tartrique augmentent le pouvoir antiseptique.

C'est la matière organique de l'eau qui transforme le bichlorure en albuminate de mercure, inactif. L'ébullition détruit ces matières organiques. Le filtre Chamberland peut donner de l'eau impropre

à l'emploi de ces solutions s'il n'a pas été nettoyé depuis longtemps.

Comme l'ont dit Tarnier et Vignal, il faut environ 0 gr. 010 de bichlorure dans un litre de bouillon pour le rendre aseptique.

(Journal de Médecine de Paris)

----- : o : -----

TRAITEMENT DU CANCER.

Dans son numéro de Mars, Le Medical Review of Reviews, publie une longue revue, sur la question du traitement du cancer par les rayons X, et le Radium. Il est clair que la question du traitement du cancer par les rayons X est encore au stade des expériences la lecture attentive des différents articles sur la matière, le prouve hors de doute. Il ressort aussi plus que clairement, qu'une très petite quantité des cas traités peuvent être considérés comme "guéris". Plusieurs cas sont améliorés, souvent la douleur a disparue, mais dans d'autres cas la maladie a semblé sous l'effet des rayons X prendre une recrudescence.

Dans le même numéro du même journal, on lit un article du Dr. McCourt sur les expériences qu'il a tentées sur la cure des cancers par un sérum de tissu cancéreux avec des résultats semblables à ceux obtenus par les rayons X.

Le fait pratique qui se dégage de la lecture de ces deux articles c'est que le meilleur traitement que nous possédons à l'heure actuelle c'est d'enlever la masse cancéreuse aussi largement que possible et à une période aussi rapprochée que possible du début de la maladie.

Espérons toutefois que les expériences qui se continuent encore un peu partout dans les laboratoires nous donnerons une méthode sûre de guérir le cancer.

----- : o : -----

PEDIATRIE

Pédiatrie.....
 TRAITEMENT DES GASTRO - ENTERITES INFANTILES PAR LES FÉCULENTS,

Par M. le Dr. Méry.

L'auteur reconnaît l'utilité de la diète hydrique pour arrêter les fermentations intestinales, mais il conseille de ne prendre le régime lacté qu'après avoir employé comme cure intermédiaire les féculents, c'est-à-dire la décoction de farine, l'eau de riz, le bouillon de légumes, qui préparent le tube digestif à l'absorption des albuminoïdes.

Le bouillon en faveur chez M. Méry est ainsi préparé:

- Carottes... .. 200 gr.
- Pommes de terre... .. 300 gr.

- Navets..... 100 gr.
- Haricots..... 30 gr.
- Sel... .. 35 gr.
- Pour 7 litres d'eau.

Ce régime paraît lutter efficacement contre la déshydratation rapide qui emporte nombre d'enfants atteints de gastro-entérite. Il paraît vraisemblable d'admettre que ce régime hydro-carbone retarde l'apparition de ce processus vicieux dont l'acétonurie est le principal symptôme objectif. L'organisme débilité trouve, d'autre part, dans cette détention végétale, une dose appréciable d'acide phosphorique directement assimilable.

----- : o : -----

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS CHEZ LES NOUVEAU-NÉS PAR LES INJECTIONS MERCURIELLES SOLUBLES.

MM. Schwab et Lévy-Bing sont d'avis que la méthode hypodermique doit être désormais admise dans le traitement de la syphilis chez le nouveau-né, même dès la naissance.

Méthode sans danger, elle semble particulièrement efficace, rapide et sûre. Elle permet dans les cas graves, syphilis viscérale par exemple, de produire une mercurialisation intensive: elle respecte le tube digestif, dont l'intégrité physiologique et anatomique est indispensable chez le nourrisson, et remplace avantageusement les frictions, dont l'action est si inégale.

Les auteurs ont utilisé, dans leurs observations les injections d'une solution aqueuse de biiodure. La dose moyenne quotidienne doit être de 1 à 2 milligrammes environ pour les nouveau-nés pesant entre 2,200 et 3,500 grammes. On fera une première série de 10 à 15 injections, puis, après un repos d'une quinzaine de jours, on reprendra une nouvelle série de 10 injections. Par suite, le traitement intermittent chronique se fera par cette méthode comme par les anciens modes de traitement.

Pour leurs injections MM. Schwab et Lévy-Bing ont employé la formule suivante:

- Biiodure d'hydrargyre... .. 0 gr 05
- Iodure de sodium... .. 0 gr. 05
- Eau distillée... .. 10 cc.

Cette solution contient 0 gr. 005 de biiodure par centimètre cube. On injectera donc quatre divisions de la seringue de Pravaz (à 20 divisions) pour injecter 1 milligramme de biiodure.

La technique est celle de toutes les injections mercurielles intra-vasculaires. Chez le nouveau-né, le tissu musculaire est évidemment fort peu développé; mais, même injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané, la solution aqueuse de biiodure n'offre aucun inconvénient.

(Jour. de Méd. de Paris.)

----- : o : -----

GYNECOLOGIE

L'ANALYSE DU SANG CHEZ LES MALADES ATTEINTES DE KYSTES DE L'OVAIRE.

D'après MM. Pozzi et Bender, voici succinctement les résultats que donne l'examen du sang chez les malades atteintes de kystes ovariens.

Dans les kystes uniloculaires ou multiloculaires non végétants, le nombre des globules rouges et des globules blancs est habituellement normal.

Dans les kystes végétants, principalement dans les kystes papillaires, sans dégénérescence maligne on observe habituellement une leucocytose plus ou moins accentuée, le nombre des globules rouges restant normal.

Dans les kystes avec dégénérescence maligne, avec ou sans métastases, on observe toujours une diminution du nombre des globules rouges et une leucocytose appréciable pouvant atteindre 15 et 20.000 globules blancs.

Ces résultats permettent de formuler les conclusions suivantes:

1. L'examen du sang permet, dans un bon nombre de cas, de reconnaître la nature maligne ou bénigne d'un kyste de l'ovaire;

2. Lorsque avec un chiffre normal de globules rouges, on trouve un nombre de leucocytes variant de 6 à 8.000, le kyste est un kyste bénin.

3. La constatation d'une diminution du nombre des globules rouges, coexistant avec une leucocytose plus ou moins accentuée, doit faire songer à une dégénérescence épithéliale.

(Le Concours Médical.)

: o :

GOMME SYPHILITIQUE DES FOSSES NASALES.

Par MM. les Drs. Lafite-Dupont.

Tout praticien, même non spécialiste, doit avoir son attention attirée sur les accidents tertiaires des fosses nasales. Il est, en effet, très important de dépister l'affection à son début, sa marche progressive, quelquefois rapide, amenant, outre les lésions de l'ozène syphilitique, des délabrements osseux qui sont une désastre pour un visage féminin, malgré tous les progrès de prothèse à la paraffine dont use la rhinologie, soit pour réparer des cornets détruits par les lésions, soit pour rétablir un nez dans des courbes harmonieuses.

Je veux surtout attirer l'attention sur les gommes des fosses nasales. Prises au début et traitées énergiquement, elles rétrocedent et tout se borne là. Mais si, par malheur, elles viennent à s'ulcérer, la suppuration crânienne est installée avec tous ses pénibles inconvénients. A ce stade encore, le traitement général, uni à l'état local, vient à bout des lésions. Mais si cette période n'est pas celle où le diagnostic est posé, alors ce sont les lésions osseu-

ses, les nécroses, les séquestres qui se produisent avec toutes leurs conséquences, longueur de la guérison, interventions pénibles ou laborieuses et danger de certaines propagations à la voûte des fosses nasales.

C'est donc dès le début que le diagnostic doit être posé et cela par le médecin général. Quels sont donc les signes auxquels un simple praticien pourra dépister la syphilis tertiaire des fosses nasales. Ces signes vont correspondre aux lésions anatomiques du début: la première est l'hyperplasie des cornets dont découlent deux symptômes, une gêne de la respiration, un obstacle à la sécrétion, en somme, c'est un enchièvrement, mais un peu particulier, sans la gêne et la sourde cuisson du coryza. Cette gêne va s'accroître surtout si les cornets très hypertrophiés viennent se coller sur la cloison ainsi épaissie.

De cette obstruction vont découler encore des symptômes accessoires à leur début, mais dont l'accentuation va faire de véritables troubles fonctionnels. L'anosmie se présentera si le cornet moyen a subi l'infiltration gommeuse en même temps que le tubercule de la cloison: point de prédilection de cette affection. La fente olfactive est obstruée et les ondes osmiques n'y peuvent pénétrer.

Le larmolement peut être la conséquence d'une hyperplasie du cornet inférieur venant appliquer son bord libre sur l'ouverture du canal nasal; peut-être celui-ci est-il aussi envahi par l'infiltration gommeuse.

La rétention des sécrétions nasales amène bientôt l'infection des sinus et l'on voit s'installer la sinusite maxillaire, frontale, ethmoïdale, sphénoïdale, qui ne sont pas étrangères plus tard à l'envahissement de leur paroi crânienne et à l'installation d'une méningite foudroyante.

Tels sont donc les symptômes dérivant de l'infiltration gommeuse des fosses nasales.

Le premier, la gêne respiratoire facile à constater, dont l'installation a été progressive et dont la persistance est plus grande que dans un cas de simple coryza,

L'enchièvrement, la rétention des sécrétions qui passent souvent dans le naso-pharynx se dépistent à l'inspection de la gorge où se voient souvent les mucosités sur la paroi postérieure du pharynx. Enfin le malade dit avoir le nez plein sans pouvoir le vider.

Le larmolement est loin d'être fréquent, sa présence avec les deux autres symptômes peut être mise sur le compte d'un coryza. L'installation insidieuse de ces trois signes, leur marche progressive, jointes à la douleur quelquefois vive et constante, feront suspecter ce coryza.

Les sinusites n'apparaissent qu'après les douleurs sourdes dans leur territoire ne sont pas signalées par le malade et passent souvent inaperçues du médecin. Il faudrait, du reste, que la réaction inflammatoire soit intense et due à une infection intercurrente pour que le gonflement et la douleur soient la conséquence d'une véritable sinusite.

Or, on peut se passer de la syphilis pour expliquer tous ces symptômes.

La syphilis seule a pour elle une marche constante et progressive. Je veux à ce sujet relater l'observation suivante:

Une femme de quarante-cinq ans se présente à moi avec une obstruction nasale accentuée à droite. A l'examen, je découvre une hypertrophie considérable du cornet moyen qui est appliqué sur la cloison, très épaisse au niveau de la région du tubercule. La fente olfactive est complètement obstruée. La muqueuse qui recouvre ces organes est assez rouge, mais non ulcérée. La gêne de la respiration nasale est intense, l'anosmie complète. La malade présente, en outre, au niveau de la région sourcilière du côté correspondant, une tuméfaction atteignant le volume de la moitié d'un œuf. Elle est dure, osseuse, recouverte par des tissus sains. Ma première pensée fut de relier ces deux lésions; mais en examinant complètement la malade, je trouvai sur les tibias et les radius des exostoses dont la nature n'était pas douteuse et qui donnaient à la tuméfaction frontale sa signification.

Cette observation est intéressante par la coïncidence de ces lésions de l'ethmoïde et du frontal et aussi par la bénignité des gommes nasales dont l'évolution insidieuse avait duré plusieurs mois. L'ulcération des gommes, en effet, n'est pas immédiate. Il existe même une forme d'infiltration qui s'adresse surtout aux vaisseaux, sorte d'artérite syphilitique, qui constitue une variété de gommes évoluant très lentement, dont l'ulcération se fait tardivement.

Ces cas sont favorables pour les diagnostics précoces, car, en général, c'est l'ulcération qui attire l'attention du malade, l'invitant à consulter à un moment où les lésions sont avancées et ont amené les mortifications étendues, et c'est dans le but d'éviter ces diagnostics tardifs que j'ai soumis ces quelques lignes aux réflexions des praticiens.

Le meilleur traitement est l'iodure de potassium à forte dose. On peut prescrire:

Solution d'iodure de potassium... 10 à 15/150
Carbonate de soude... 0 gr. 50
Sirop d'écorce... 25 grammes.

Trois cuillerées à bouche par jour. L'addition du sel de soude diminue l'iodisme.

(Gaz. hebdomadaire des Sciences méd. de Bordeaux)

OPHTALMOLOGIE

PATHOGENIE CURIEUSE D'UN CAS D'OPHTALMIE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS.

Par MM. les Drs. Charbonnier et Le Roux.

Ayant été appelés à traiter chez un enfant âgé de treize jours, une ophtalmie purulente grave, dans laquelle l'examen bactériologique révéla la présence du gonocoque, les auteurs furent surpris de cette

manifestation tardive chez un enfant qui ne présentait, la semaine précédente et depuis sa naissance, aucun symptôme oculaire.

Les parents n'étaient atteints d'aucune affection récente ou ancienne déterminée par le gonocoque; d'autre part, la sage-femme qui avait accouché la mère et l'entourage ne paraissaient pas non plus suspects. Mais les parents déclarèrent que la rougeur était apparue le deuxième jour après le baptême et que, au cours de cette cérémonie, l'eau versée en abondance sur la tête de l'enfant avait parfaitement pu lui couler dans les yeux.

Il a paru intéressant aux auteurs de relater ce cas pour attirer l'attention des médecins sur ce mode de transmission possible de l'ophtalmie purulente chez le nouveau-né. En effet, si véritablement l'eau ayant servi au baptême était contaminée (et MM. Charbonnier et Le Roux comptent l'examiner à ce point de vue), il y aurait peut-être lieu de voir quelles seraient les précautions à prendre dans ce cas pour éviter la propagation d'une aussi grave affection.

(Annales méd. de Caen.)

NOUVELLES.

Naissance:

—A Granby, le 22 courant, l'épouse de M. le Dr. C. P. Verdon, un fils.

Mariage

—Le 17 de ce mois, a eu lieu à la Basilique de Québec, le mariage de M. le Dr Marquis, de St-Georges, Beauce, à Melle Marie Antoinette Noël. Un magnifique déjeuner a eu lieu à la résidence du père de la mariée, et l'heureux couple est parti ensuite pour un voyage de noces à Montréal, Ottawa et Toronto.

—Lundi, le 23 courant, M. le Dr. J. E. Bibeau, de Villeray, conduisait à l'autel mademoiselle Jeanne Alain.

La bénédiction nuptiale a été donnée à sept heures, à la chapelle du Sacré-Coeur de l'église Saint Jacques, par M. l'abbé Morin, curé de Villeray. Le témoin de la mariée était son oncle, M. M. Rodrigue, et M. Joseph Bibault a servi de témoin à son fils. Durant la cérémonie, un joli programme musical fut rendu par Milles A. Landry, B. Almeras et Blanche Ranger, cousine de la mariée.

L'heureux couple est parti pour Québec et le bas du fleuve.

Nécrologie:

—Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr. Emile Duclaux, directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine. L.

SUPPLEMENT

UN ACCOUCHEMENT CHEZ UNE JUIVE.

Par M. le Dr. E. A. René de Cotret, M.D.

Accoucheur de la Maternité, professeur-adjoint d'Obstétrique.

(Suite.)

"En Amérique, d'après Raynal, les Tapinambours et les Tapuya utilisent ainsi tout l'arrière-faix (y compris les enveloppes et le cordon.)"

"Engelmann et Rodet rapportent la coutume suivante qui aurait été observée chez les naturels du Brésil: "Quand ils peuvent se réunir en secret, ils mangent avec délice le gâteau placentaire qui vient d'être expulsé."

"Je connais, m'écrit M. Raynaud, l'habitude de la placentophagie, qui existe dans certaines parties du Soudan."

Mr. Bouchacourt après avoir émis certaines hypothèses pour expliquer le but de cet instinct (La placentophagie) telles que l'utilisation alimentaire, II. manœuvre de protection, III. opération de propreté, décrit et explique les propriétés thérapeutiques de l'arrière-faix des vivipares.

L'organothérapie dont on s'est moqué pendant des années et qui constitue aujourd'hui un des chapitres importants de la thérapeutique était connu depuis des siècles et des siècles.

L'opothérapie placentaire remonte jusqu'à Hippocrate et probablement bien plus haut, puisque le Père de la Médecine a surtout résumé les connaissances thérapeutiques, qui étaient en usage de son temps. Dans le cours des siècles, nous retrouvons la description de cette thérapeutique, dans les pharmacopées.

Voulez-vous connaître l'origine de l'organothérapie? Elle n'est pas de date récente et cet axiome: il n'y a rien de nouveau sous le soleil, paraît d'une vérité frappante ici. Écoutez Mr. Raynaud, directeur de la Santé d'Alger: "On ne sera pas étonné, dit-il, en réfléchissant aux origines de la médecine arabe, de retrouver chez les Marocains du XXIème siècle, la pratique de l'organothérapie, telle que la conseillaient Hippocrate, Celse, Dioscoride, Galien et les écoles d'Alexandrie et de Salerne..... "tous les tissus, tous les viscères sont employés," les uns pour traiter les affections de ces mêmes organes, "d'autres par analogie de forme ou de fonction, ou le plus souvent sans raison apparente."

La partie extra-embryonnaire de l'œuf aurait des propriétés aphrodisiaques.

Les coquilles d'œufs, ingérées par les poules, ont pour effet d'augmenter la ponte; peut-être, est-ce dû à une excitation génitale.

On a remarqué que si on laisse manger le délivre par le mâle aussitôt après le part de la lapine et de la cobaye, un coït suivait de très près cette mise bas. Il n'a pas lieu dans le cas contraire.

Qu'était-ce que "l'hippomane?"

L'hippomane, philtre d'amour des anciens, dans la composition duquel entrait la membrane charnue qui recouvre les poulains à leur naissance, c'est-à-dire le placenta et les membranes, était bien une préparation opothérapique. Ses propriétés auraient même été extraordinaires. Suétone rapporte, en effet, que Césone, pour se faire aimer de son époux Caligula, lui fit boire de l'hippomane; et que ce puissant aphrodisiaque contribua à le rendre fou.

D'après Laurent Joubert, médecin du XVIème siècle, le cordon ombilical des filles jouirait d'une propreté singulière.

"En quelques pays, dit Laurent Joubert, les bonnes femmes gardent soigneusement le cordon de leurs filles, pour leur faire des amoureux quand il les faudra marier. C'est qu'elles ont opinion que si on donne à manger ou à boire de cette vedille mise en poudre, à l'homme qui leur est agréable, il devient extrêmement amoureux de la fille, et ne faut plus sinon faire les pactes du mariage."

Ah! si c'était vrai!!

La poudre d'arrière-faix de femme, au poids d'une drachme a été employée comme spécifique contre la stérilité, l'épilepsie et l'apoplexie. Louise Bourgeois se servait de la poudre du cordon ombilical "contre les tranchées des enfants."

En Chine, le placenta est considéré comme le médicament le plus précieux dans le traitement de la chlorose des jeunes filles, surtout quand il est absorbé à l'état frais. On le donnerait surtout aux cas d'anémie spéciale consécutive à l'état puerpéral.

L'Opothérapie placentaire a été employée comme médication utérine.

Jacques Duval, en 1612, donne les conseils suivants, aux praticiens de campagne qui se trouvent en présence d'accouchements laborieux:

"Ceux qui, dénués des commodités de la ville, sont contraints de se servir de ce qu'ils trouvent aux champs..... appliquent même-ment un délivre de vache sur le ventre ou bien en donnent quelque portion qu'ils auront gardée étant battue et mêlée avec du vin blanc."

On a vanté l'arrière-faix de brebis en poudre, dans le même cas.

Michel Etmuller dit en 1691:

"Le grand spécifique que je préfère à tous les autres, est l'esprit d'arrière-faix humain de la première couche; voici la manière de le tirer:

"Hachez l'arrière-faix menu, même avec ses membranes, mettez-le en digestion dans un grand vaisseau bien bouché au bain-marie durant un mois et plus, l'arrière-faix se résout entièrement en une liqueur extrêmement puante, et il n'en reste que peu de vestiges; rectifiez cette liqueur par le bain, afin qu'il n'en reste que l'esprit. Trente ou quarante gouttes de cet esprit avalé, n'a point de remèdes pareils dans toutes les maladies de l'accouchement et même après...

"A défaut d'esprit d'arrière-faix, on fait sécher doucement l'arrière-faix au four, et on en donne à boire demi-drachme, ou une drachme en poudre."

Nicolas Lemery, en 1697, préfère celui qui vient à la naissance d'un garçon. Il s'en sert contre l'épilepsie, pour hâter l'accouchement et pour apaiser "les tranchées."

(Ma Juive aurait-elle lu la Pharmacopée de Lemery.)

Les Chinois s'en servent pour favoriser l'accouchement.

L'eau distillée de secundine (secundiae mulieris,) ce qui représente l'ensemble du délivre) n'a pas sa pareille contre la rétention des membranes.

Au IV^e Congrès de médecine interne, tenu à Montpellier, en 1898, M. Iscovesco a fait une communication, intitulée: "Sur l'action médicamenteuse du placenta." Il rapporte plus de 100 observations cliniques d'affections utérines guéries ou améliorées par l'emploi de placenta de brebis à l'état de tablette.

La sécrétion placentaire aurait une action favorable sur la glande mammaire.

Ici ce n'est plus de l'histoire ancienne, puisque les expériences datent à peine de 4 à 5 ans. M. M. Bouchacourt, et Brindeau, accoucheurs des hôpitaux, ont expérimenté en 1900.

"Dans les observations que nous allons rapporter, dit Bouchacourt, le produit employé a été, dans la plupart des cas, du placenta de brebis préparé par M. Lépinos, et se présentant sous forme de poudre, dont la préparation était faite de la façon suivante:

"Le tissu placentaire était haché aseptiquement, puis desséché dans le vide en présence du sucre de lait, à une température variant entre 45 et 50 degrés; enfin pulvérisé et tamisé.

"Cette matière pulvérulente, ressemblant à de la poudre de viande, représentait trois fois son poids de placenta frais.

"Mais en dernier lieu, j'ai employé du suc placentaire pur, extrait sans chauffer, par simple compression dans une presse à viande du tissu préalablement haché et soigneusement lavé dans l'eau courante."

Cette préparation liquide, que M. Lépinos

"rendit stérile par l'addition de fluorure d'ammonium, fut acceptée d'autant plus facilement par les malades, qu'elle avait absolument l'aspect et le goût d'un sirop, ayant été sucrée et aromatisée."

Bouchacourt cite 12 observations d'où il conclut: que la placentophagie favorise la montée laiteuse, mais qu'elle est incapable de la produire sérieusement dans les cas d'atrophie glandulaire très marquée.

Bon, laissons nos moutons ou plutôt nos brebis de côté et revenons à notre accouchée et à sa mère. Cette dernière est à préparer son infusion. Je la surveille; je voudrais au moins que l'opération ne soit pas trop dégoûtante. Pauvre mère! elle a les mains sales, pleines de sang placentaire; elle manipule la tasse du breuvage, et y laisse des empreintes peu rassurantes. Pendant que je lui fais essuyer un côté de la tasse elle tache l'autre; et la soucoupe! j'ai certainement été cinq minutes à lui faire préparer un liquide et un contenant au moins présentables. Et la jeune mère porte à ses lèvres cette infusion chaude qu'elle boit sans se douter de sa provenance. Le confiseur ou le pâtissier qui nous font manger les bonbons et les crèmes alléchantes ne sont peut-être pas plus propres; et, leurs friandises, si nous les avons vu préparer n'exciteraient pas plus notre goût que ce philtre enchanteur dont j'ai assisté à la confection.

J'avais bien envie de donner à l'accouchée une forte dose d'ergot pour faire mentir la mère et son breuvage. Mais je fus plus honnête et je me contentai de dire qu'il est exceptionnel qu'une primipare ait des douleurs post-partum. La bonne femme ne fut pas embarrassée de répondre qu'elle-même et une de ses filles n'avaient jamais eu de douleurs post-partum quoiqu'elles aient eu un grand nombre d'enfants.

Mais! dérision du sort! le lendemain la jeune femme avait des tranchées très fortes...

(A Suivre.)

: o :

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 1 JUIN, 1904.

No. 49

Travaux Originaux

LES FERMENTS SOLUBLES DU LAIT DE VACHE.

Par M. le Dr. Lespérance,
De la faculté de Paris.

Tout le monde sait bien que le lait est un aliment complet puisqu'il contient les trois substances dont dérive toute vie: les albuminoïdes, les graisses et les sucres. Aussi peut-on vivre indéfiniment avec l'usage exclusif du lait. Mais tout le monde connaît moins ce fait qui semble paradoxal, qu'un mélange d'albumine, de graisse et de sucre, dans certaines conditions d'expérimentation puisse être impropre à entretenir la vie. Cependant rien n'est plus vrai et une expérience de Lunin en fournit la démonstration.

Les souris comme l'homme peuvent vivre indéfiniment avec le lait naturel pour tout aliment. Mais si on les nourrit avec un lait artificiel réunissant tous les matériaux chimiques d'un excellent lait, elles périssent entre 20 et 30 jours.

Dans cette expérience, Lunin prépara son lait de la manière suivante. Le lait étendu d'eau, était précipité par l'acide acétique et le précipité floconneux lavé avec de l'eau acidulée. Cela constituait un mélange de caséine et de graisse. A cette somme de matière albuminoïdes et de graisses, il ajoutait du sucre de canne en proportion physiologique pour représenter les hydrates de carbone, puis il y ajoutait encore tous les sels qui sont contenus dans le lait et précisément dans la proportion ou ils y sont contenus. Au point de vue théorique, cela constituait un aliment

complet, puisque les trois groupes et les sels y étaient représentés; cependant les souris qui servirent de sujets d'expérience ne vécurent pas.

Lunin étudiait à cette époque le rôle des sels minéraux dans la nutrition et lorsqu'il fit connaître ces faits on en fut quelque peu étonnés.

On se rend compte maintenant que ce qui manquait pour faire de ce lait artificiel un aliment propre à entretenir la vie, ce sont des constituants chimiques intangibles, des forces vivantes, des enzymes ou ferments non-organisés qui étaient détruits par la méthode de préparation du lait artificiel.

Ces faits expliquent pourquoi les laits stérilisés n'ont pas répondu à l'attente générale. Acceptés avec enthousiasme par la profession médicale au début, ils montrèrent par la suite, qu'ils ne constituaient cependant pas une nourriture idéale. Nombre de médecins en désespoir de cause, revinrent au bon lait naturel, simplement coupé d'eau ou non. La saine observation avait fait voir que les laits non chauffés étaient mieux digérés et qu'ils donnaient une vitalité plus grande. On s'aperçut que les laits stérilisés donnaient aux nourrissons des muscles mous, un développement peu régulier et une résistance minime aux maladies infectieuses. On alla même jusqu'à leur reprocher de produire le scorbut infantile; et cela avec les meilleurs systèmes de coupage, en arrivant à créer au point de vue purement chimique, un lait de vache se rapprochant du lait de lemme et lui devenant identique.

On constatait ces faits, sans toutefois en comprendre la cause. Les travaux entrepris

sur le lait dans ces dernières années éclairent d'un jour nouveau ce sujet. Ce qui manque aux laits stérilisés ce sont les enzymes qu'une température de 176 degrés F. détruits, ferments mystérieux qui président à l'équilibre des protoplasmes. Dans la nature végétale comme animale, tout phénomène vital semble être sous la dépendance de ces ferments. Le grain enfoncé dans la terre ne doit son développement qu'à l'apparition de ces ferments. Sous l'influence des substances solubles secrétées par les microbes au sein des terres, le grain sort de son état léthargique et subit la poussée vers la vie. Il vient d'être démontré que les terrains absolument stériles ne sont pas propres à l'ensemencement et que les grains n'y fructifient pas. Chez les animaux la même chose se passe. Des animaux nourris dans une atmosphère aseptique avec des aliments stérilisés ne survivent pas. L'apport en albumine, en hydro-carbure, et en graisse peut être parfait, mais la force qui les dissocie en leur terme ultime d'absorption n'existe plus et ces substances deviennent inertes. D'après Kejanitzin, l'effet désastreux de l'air stérilisé respiré persiste encore après que les animaux ont été remis dans l'air ordinaire. Cet auteur explique que en respirant l'air ordinaire, les microbes inhalés, sont absorbés par les leucocytes qui s'emparent des ferments de ces microbes et les répandent dans l'organisme ou ils président aux oxydations et empêchent l'accumulation des leucomaines et autres principes toxiques.

C'est une voie féconde en belles découvertes que la science vient d'ouvrir. On y trouvera que les mauvais ferments, facteurs de maladie et de mort, ne sont en réalité qu'un accident dans la nature. S'il y en a qui sont coupables de raccourcir quelques vies, per contre ce sont leur congénères, qui depuis la création des mondes, perpétuent les espèces et en somme l'évolution des organismes élevés est corollaire de celle des infiniments petits. S'il y a des germes malfaisants dont les sécrétions troublent l'harmonie vitale et jet-

tent la perturbation au milieu des phénomènes physiologiques, en revanche, il y en a un bien plus grand nombre dont les sécrétions sont un bienfait. Il est vrai que nous en connaissons encore peu de ceux-là, mais avec le temps la liste s'allongera. Saluons en passant, les nobles germes, créateurs des vins fins, des bons cidres, des vinaigres odorants et des bières savoureuses.

Si nous sommes entrés dans les considérations qui précèdent c'est que ces ferments que l'on trouve dans le lait, tirent leur origine à la fois de la cellule organique et de la cellule bactérienne; les premiers essentiels se trouvant forcément dans le lait parce que le sang s'y trouvant toujours aussi, parce que les bactéries qui les secrètent sont répandues partout et viennent fatalement en contact avec le lait.

Les ferments bactériens ont été étudiés bien avant les ferments cellulaires et depuis les travaux de "Duclaux" sont à peu près complètement connus. Ils sont pour nous, moins intéressants que les autres et c'est de ces derniers que nous nous occuperons.

Les idées si nettes que nous possédons maintenant sur les ferments solubles du lait, ont mis du temps à se faire jour. Les premiers travaux sur les ferments digestifs remontent à une cinquantaine d'années et ce n'est que depuis cinq ans que l'on s'occupe de ceux du lait. Après avoir découvert la ptyaline dans la salive, la pepsine dans le suc gastrique, la pancréatine dans le suc pancréatique, la science s'était arrêtée. La bactériologie recevant sous les idées de "Pasteur," une impulsion formidable, avait accaparé tous les esprits. Mais voilà que par un juste retour, la bactériologie en faisant connaître les sécrétions des microbes, ramène les esprits vers l'étude des sécrétions des cellules organiques et démontre que les deux sont identiques et qu'il n'y a pas de différence biologique entre la cellule constituante de nos organes et cette autre errante qui est le microbe.

Il nous semble que les premiers expérimentateurs qui aient démontrés la présence des

ferments solubles dans le lait, sont MM. Babcock et Russell bien que leur nom ne soit cité nulle part.

Au commencement, on expliquait les phénomènes qui se passent dans le lait par la seule chimie; réaction des corps les uns sur les autres. Puis à l'époque Pasteurienne, on entre plus avant dans la connaissance des faits et toutes les transformations du lait ont tendance à être expliquées par la présence des bactéries. "Lloyd" et "Freudebreich" firent connaître le rôle considérable que joue les bactéries dans la naturation des fromages Cheddar et Emmenthaler.

"MM. Babcock et Russell" frappés du fait que tous les changements qui se passent dans le lait, ne peuvent trouver leur explication dans l'activité bactérienne, entreprirent pour élucider la question une longue série d'expériences. Ils opèrent sur le lait en nature et sur le lait travaillé par l'industrie des fromages. Ajoutant à des échantillons de lait frais, dans l'un du chloroforme, dans l'autre de l'éthère, ils virent la coagulation se produire au bout de quelques jours sans augmentation de l'acidité. Dans ces expériences, les stupéfiants auraient dû empêcher la coagulation si le phénomène était dû tout entier à la vie des bactéries. "Cohn" avait fait connaître que les saprophytes avaient la propriété de sécréter une enzyme analogue à la rennet et capable de coaguler le lait et "Duclaux" dans une étude très documentée avait aussi mis au jour le rôle immense que jouent les saprophytes dans les phénomènes de la maturation des fromages. Alors pour élucider si la coagulation du lait sous l'influence des anesthésiques pouvait être due à ces germes, "MM. Babcock et Russell" s'entourèrent de précautions spéciales et se placèrent dans des conditions propres à empêcher la contamination du lait par ces saprophytes. Le pis de la vache était soigneusement aseptisé, le premier lait rejeté et le reste tiré directement dans des bouteilles contenant un excès d'antiseptique. De cette manière les bactéries à

spores, productrices de ferment coagulant, étaient exclues, et si toutefois, quelques unes venant des conduits galactifères, arrivaient jusqu'au lait, elles étaient immédiatement paralysées. Sous ces conditions qui auraient dû éliminer toute activité bactérienne, les mêmes phénomènes de coagulation et de transformation de la caséine se sont accomplis comme avant et dans le même temps. Ces expériences furent répétées avec tous les antiseptiques reconnus pour arrêter complètement l'évolution chez les microbes, tels que le fluorure de sodium, l'acide salicylique, et les résultats furent toujours les mêmes. De plus à mesure que les faits antiseptiques vieillissaient, ils montraient une augmentation graduelle dans le chiffre des albumoses formées au dépens de la caséine. Ainsi dans un lait de 12 jours, les proportions des produits de digestion étaient de 30 pour cent, tandis que dans un même lait de 240 jours d'âge, elle était de 63 pour cent.

"MM. Babcock et Russell" en arrivèrent à la conclusion que en dehors des ferments organisés, il se trouve dans le lait d'autres ferments qui appartiennent au lait lui-même : En poursuivant leurs investigations, ils trouvèrent ces ferments dans le lait de tous les mammifères qu'ils étudièrent. (Ane, chèvre, mouton, truie, buffalo, jument et chez la femme.)

Ils lui donnèrent le nom de "Galactase" et le rangèrent dans la famille de la trypsine, l'enzyme pancréatique.

Cette manière de voir fut confirmé la même année, "MM. Bertrand et Bourquelot" sans connaître les travaux de "MM. Babcock et Russell" probablement, démontrèrent par d'autres procédés, la présence dans le lait, de ferments oxydants.

Dès 1881 "Arnold" avait reconnu que le lait frais de vache, bleuissait au contact de la teinture de gaiac et que cette réaction ne se produisait pas lorsque on chauffait le lait à 80 degrés C. En 1890 "Kowalesky" constatait le même réaction du lait en présence de

la thérebentine vieillie. Mais à cette époque, on attribuait cette réaction à la présence de l'ozone. Plus tard, il fut convenu que l'ozone libre ne peut exister dans l'économie et "MM. Bertrand et Bourquelot" démontrèrent que la réaction du lait vis-à-vis les agents oxydants était dû à la présence d'un ferment. Ce n'est pas cependant un ferment direct, mais plutôt indirect. Par lui-même, il est impuissant à oxyder les substances oxydables, sans le secours d'un agent intermédiaire très oxygéné, comme la teinture de gaiac, la thérebentine vieillie ou l'eau oxygénée. Mais si ces agents lui cèdent, leur oxygène, il peut le fixer et oxyder ensuite la substance oxydable en se fixant sur elle. Par exemple, si on ajoute à du lait frais quelques gouttes de teinture de gaiac, celle-ci ne se colore pas, mais si en même temps, on verse quelques gouttes d'eau oxygénée, une coloration bleu se fait voir de suite. Le ferment s'est emparé d'une partie de l'oxygène et l'a fixé sur le gaiac en l'oxydant. C'est donc un corps qui rentre dans la famille des anaérobies.

A cette même époque, "Dupouy, et l'année suivante (1898) "W. Raudnitz" étudièrent cette oxydase et reconnurent sa présence dans les laits de chèvre, de vache, de brebis, et son absence ou son action très légère dans ceux de femme, d'anesse, de jument, de chienne. "Marfan et Gillet" ont aussi étudié ce ferment et reconnu sa présence dans le lait de vache.

En 1901, "Spolverini" reprit cette étude des ferments du lait et y trouva la pepsine et la trypsine. Opérant sur du lait recueilli aseptiquement, dont les qualités aseptiques étaient maintenues par le thymol, il plaça à l'étuve à 104 degrés F. plusieurs portions, les unes acidifiées pour la recherche de la pepsine les autres alcalinisées pour la recherche de la trypsine. Après un certain temps, il y déterminait la quantité d'albumine soluble par la réaction du biuret. Un échantillon bouilli servait de témoin et de contrôle. En procé-

dant de cette façon, "Spolverini" a trouvé que la pepsine et la trypsine se rencontrent dans tous les laits et en plus grande abondance dans le lait de vache. La proportion diminue, dans les laits de chienne, de chèvre, de femme et d'anesse.

Outre les ferments dont nous venons de parler, il est possible d'en déceler encore un autre que "Spolverini" a identifié avec le ferment glycolitique du sang. Si on dose le sucre contenu dans une quantité donnée de lait frais, puis qu'on mette ce dernier à l'étuve à 38 degrés C. et si on dose le sucre de nouveau après 24 heures, on note alors que la quantité de sucre est abaissée. Une partie a été détruite. C'est là l'action d'un ferment glycolitique. Il se montre assez énergique dans le lait de vache et à un degré moindre dans d'autres laits.

De plus, en 1901, "Luzzati et Biolchini," "Marfan" et en 1902, "Gillet" puis "Solve-rini" décelèrent encore un autre ferment de la famille des hydrolysants. Sous son influence la monobutyryne se dédouble en acide butyrique et en glycérine. Ces auteurs ont opéré en distillant un mélange de lait et de monobutyryne et en dosant l'acidité des produits distillés. Ils ont rencontré cette réaction du dédoublement de la monobutyryne dans les laits de femme, de chienne, de vache, de chèvre, d'anesse, plus forte dans les premiers, moins forte dans les seconds. On est convenu de donner à ce ferment le nom de lipase, nom que "M. Bourquelot" avait déjà donné à un ferment de même nature que M. Hanriot avait été le premier à déceler dans le sérum sanguin.

En résumant les études entreprises sur le lait de vache, nous voyons donc que ce lait contient plusieurs ferments. Nous y constatons la présence de la pepsine, de la trypsine, de la lipase, de l'oxidase et d'un ferment glycolitique.

Revue des journaux

MEDICINE

L'INFANTILISME D'ORIGINE PANCREATIQUE,

Par M. le Dr. Byron Bramwell.

Bramwell rappelle qu'en février 1902 il a présenté à la Société un jeune homme de dix-huit ans et demi atteint d'infantilisme d'origine pancréatique, affection non encore décrite jusque-là.

L'infantilisme se traduisait par le développement général qui était celui d'un enfant de onze ans, d'ailleurs bien constitué, sans aucune lésion de crétinisme et possédant une intelligence assez vive. Depuis neuf ans les selles étaient de cinq ou six par jour et liquides.

L'absence de sécrétion pancréatique était mise en évidence par trois moyens:

1. Les selles contenaient de nombreux aliments non digérés dont le nombre diminuait par l'ingestion d'extrait pancréatique;

2. Quand le malade était à la diète lactée l'acide phosphorique de l'urine diminuait rapidement et remontait par l'ingestion d'extrait pancréatique.

3. Par l'ingestion des capsules de Sahli (iodoforme enveloppé d'une substance insoluble dans les sécrétions gastriques et intestinales, soluble dans le suc pancréatique). On ne trouva pas de traces d'iode dans la salive à la suite de l'administration de ces capsules.

L'auteur présente à nouveau ce malade traité depuis plus de deux ans par l'extrait glycéropancréas. Le changement est considérable. La diarrhée a disparu; la taille est passée de 1m.30 à 1m.50; le poids de 30 kilogs à 39 kilogs. Mais surtout l'appareil génital qui était resté infantile est devenu normal, en même temps que la voix grêle prenait un timbre grave.

L'auteur conclut de ces remarquables changements que cet infantilisme était bien d'origine pancréatique, ainsi qu'il l'avait avancé dans sa première communication.

(Gaz. des Hôpitaux.)

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ANESTHÉSIES DES ORGANES INTERNES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE,

Par M. le Dr. Serge Soukhanoff,

Privatdocent de l'Université de Moscou.

Les anesthésies viscérales peuvent, dans la paralysie générale, revêtir divers aspects. L'auteur cite d'abord 3 cas d'accouchement indolore; l'un personnel, les autres appartenant à Sémidaloff. (On

trouvera ces 3 cas publiés dans les "Comptes rendus de la Société de neuropathologie et de psychiatrie de Moscou", séance du 29 nov. 1902.) Il parle ensuite d'un adulte, atteint de paralysie générale, chez lequel des vomissements fréquents, avec des hématemèses répétées, permirent de diagnostiquer un ulcère rond de l'estomac, malgré l'absence complète de douleurs. Troisième exemple, moins probant; à l'autopsie d'un troisième malade, n'ayant jamais présenté ni toux véritable, ni expectoration, l'auteur constata des lésions de tuberculose pulmonaire très accusées.

Ces diverses anesthésies appartiennent surtout à la période ultime de la paralysie générale. Leur pathogénie est complexe: on peut tout d'abord, penser à les attribuer à la déchéance intellectuelle; il ne saurait en être ainsi pour l'anesthésie respiratoire du troisième malade, anesthésie qu'on observe pas dans la démence ou l'idiotie; on peut incriminer l'auto-intoxication, substratum de toute paralysie générale, et qui peut émousser les diverses sensibilités. Enfin, l'altération des cellules de tous les centres nerveux, et celle des nerfs périphériques, signalées dans la paralysie générale, peuvent contribuer à la genèse de ces anesthésies.

Enfin il est possible que les affections viscérales surajoutées à la paralysie générale servent à localiser, dans les organes lésés, les anesthésies viscérales; l'ulcère rond provoquant, chez les paralytiques généraux, l'anesthésie des appareils sensoriels en relation avec l'estomac, la tuberculose pulmonaire jouant le même rôle vis-à-vis de la muqueuse respiratoire.

(Revue Neurol.)

L'ACTINOMYCOSE ET LE CANCER.

Revenant sur le sujet favori de leurs études, MM. A. Poncet et L. Bérard ont récemment fait une communication à l'Académie sur le diagnostic de l'actinomycose et du cancer. Notre but, disent-ils, est d'établir une fois de plus le diagnostic, la fréquence relative de l'actinomycose humaine dans tous les milieux, à la ville, à la campagne, dans toutes les conditions sociales.

On se méiera des suppurations locales, tenaces, récidivantes, des phlegmons chroniques, fistuleux, des phlegmons ligneux, etc., éveillant, par leur forme en placard, par leur dureté, entre autres signes, l'idée d'un néoplasme, surtout lorsque les abcès rebelles n'ont pas un point de départ articulaire, osseux, lorsqu'ils occupent les lieux d'élections des lésions à grains jaunes. Les régions privilégiées sont, par ordre de fréquence, la région cervico-faciale (face, cou), le ventre (parois abdominales, fosses iliaques, excavation pelvienne, etc.); la poitrine, la région ano-rectale, et, dans une proportion infiniment moindre, les membres.

Ces localisations préférées du parasite s'expliquent par le mode de contamination. La grande route des actinomyces n'est-elle pas, comme pour la plupart d'autres agents pathogènes, la voie alimentaire, d'où, à la première étape, les infections

mycosiques, péri-maxillaires, cervico-faciales, etc., les plus communes; puis les inoculations du tube digestif, avec prédilection du champignon pour le gros intestin, dont le caecum, l'appendice, l'ampoule rectale, présentent, par leur stase physiologique, les meilleures conditions de greffe parasitaire.

En dehors de ces lésions infectieuses, non classiques, à marche sournoise, hypocrite, à suppuration plutôt séreuse, exhalant souvent une odeur fétide, nauséabonde, quelquefois très spéciale, odeur "sui generis," odeur "actinomycosique"; il faut encore tenir, malgré tout, comme des plus suspects, les néoplasmes qui suppurent: non pas, MM. Cornil, Le Bentu, l'ont bien montré, que de vrais cancers ne puissent suppurer, mais, parce qu'un des meilleurs signes des manifestations actinomycosiques, est, nous l'avons écrit bien des fois, "l'association des caractères d'un néoplasme et d'une lésion inflammatoire."

Cette qualité clinique conserve une grande valeur diagnostique. C'est elle qui, avant la découverte de l'actinomyose, avait embarrassé, intrigué nombre de chirurgiens, leur créant un état d'âme particulier, que l'un de nos anciens maîtres résumait dans cette phrase: "C'est très curieux, il y a des cancers qui suppurent, et ce sont ceux-là qui guérissent sans opération, sans que l'on sache pourquoi..."

Il eût pu ajouter, avec autant de bonnes raisons: quand il est impossible de les enlever, et lorsqu'on les enlève, ce sont, eux aussi, qui ne récidivent pas, qui donnent les meilleurs résultats (loignés, les guérisons définitives... Car, ainsi que nous l'avons déjà dit, on a confondu autrefois, l'actinomyose n'étant pas connue, et on continue probablement encore de confondre des tumeurs mycosiques avec des tumeurs cancéreuses.

Dès le début de nos études sur l'actinomyose, nous avons signalé cette double méprise, en vertu de laquelle on prend une actinomyose pour un cancer, et un cancer pour la lésion parasitaire.

Ajoutons que, maintes fois, dans l'impossibilité d'intervenir, en raison du siège, de l'extension des lésions, etc., on donnait volontiers au malade, faute de mieux, de l'iodure de potassium.

L'action curative de cette médication n'en était que plus intéressante, que plus troublante. Il fallait encore alors faire intervenir la syphilis, et cependant, le malade n'était pas syphilitique, les lésions ne ressemblaient, que de loin, à celles de la syphilis... Aujourd'hui, de tels cas, qui naturellement continuent de se présenter, de telles guérisons, que l'on constate de temps à autre, s'expliquent sans peine: syphilis et actinomyose ne sont-elles pas justiciables du même traitement ioduré?

(Le Concours Médical.)

CHIRURGIE.

L'ANESTHÉSIE PAR L'EAU DANS CERTAINES OPERATIONS DE LA RÉGION ANALE.

Par M. le Dr. S. G. Gant.

Gant ayant remarqué que les solutions de cocaïne, eucaïne, etc., ne produisaient une anesthésie locale que lorsqu'elles étaient injectées sous pression dans les tissus et ne pouvaient s'échapper par une plaie; remarquant d'autre part que l'anesthésie s'obtenait aussi bien par l'emploi de solutions diluées que de solutions fortes, pensa que les anesthésiques locaux n'agissaient que par la distension du tissu cellulaire et la compression des terminaisons nerveuses.

L'auteur a utilisé 150 fois l'eau bouillie, non salée, comme anesthésique local. La technique est la même que pour l'emploi de la cocaïne; mais il vaut mieux que l'eau soit chaude, et l'injecter lentement si l'on veut que l'injection ne soit pas douloureuse. Il déconseille son emploi dans les affections profondes et inflammatoires et donne la liste suivante des affections où son emploi lui a donné de pleins succès:

- Hémorroïdes internes procidentes ou non;
- Hémorroïdes externes thrombosées ou non;
- Polypes, prolapsus de l'anus;
- Kyste périnéaux, sacrés, lipomes des fesses;
- Fistules et abcès de la marge de l'anus;
- Extirpation de corps étrangers;
- Section du sphincter dans les cas de constipation où la dilatation n'a pas suffi;
- Suspension à la paroi abdominale d'un S iliaque élongé;
- Colostomie et laparotomie exploratrice.

D'après l'auteur, les avantages de cette méthode sont de deux ordres:

Tout d'abord on n'a à redouter aucune intoxication;

En deuxième lieu, la douleur est moins vive après la cessation de l'effet anesthésique.

(Boston med. and Surg. Jour.)

LUXATION PHALANGO - PHALANGIENNE DU GROS ORTEIL,

Par M. le Dr. M. S. Kramniev.

Ces luxations sont très rares; aussi croyons-nous utile de résumer l'observation de Kramniev.

Un homme de trente-deux ans, ouvrier, a fait une chute en avant, le pied gauche étant retenu entre le sol et une poutre très lourde. Il ressentit immédiatement une vive douleur dans le gros orteil et, deux heures plus tard, il se présenta à la consultation. A l'examen, on constate que la phalange regarde en haut et forme avec le plan du pied un angle de 45 degrés environ. Les mouvements volontaires se produisent seulement dans l'articu-

lation métatarso-phalangienne, tandis que l'articulation phalango-phalangienne reste immobile. La peau de la face dorsale du gros orteil est déprimée au niveau de cette dernière articulation et y forme un pli. Le gros orteil semble à ce niveau comme étranglé par une bride. A la palpation de la face dorsale des deux phalanges, en allant de l'extrémité unguéale vers l'articulation métacarpo-phalangienne, on sent une dépression siégeant immédiatement en arrière de la dernière phalange. A la face plantaire, les téguments sont tendus, mais on n'a pu rien sentir à la palpation.

Ayant saisi le gros orteil par trois doigts le pouce sur la face dorsale de l'orteil luxé et fixé de l'autre main le pied, l'auteur a astiré avec force la dernière phalange en avant en la repoussant avec le pouce en même temps en bas. La réduction s'est faite immédiatement, en produisant le craquement caractéristique.

L'auteur explique le mécanisme de cette luxation de la façon suivante: La phalangette du gros orteil était enclavée entre le sol et la poutre. Par suite de la chute du corps en avant il s'est produit une extension forcée de l'articulation phalango-phalangienne, l'appareil ligamenteux de la face plantaire était rompu et la luxation s'est faite.

On attribue généralement la rareté de la luxation phalango-phalangienne des orteils d'une part à leur peu de mobilité et d'autre part au port de chaussure. Or, le malade en question était justement chaussé.

(Gaz. des Hôpitaux.)

Thérapeutique et Mat. Médicale

LA STOVAÏNE ANESTHÉSIQUE LOCAL.

M. le Pr. De Lapersonné a communiqué à l'Académie les résultats de ses recherches sur le nouvel anesthésique local, décrit par MM. Fourneau et Billon, la "stovaïne", dans les affections oculaires.

La stovaïne est le chlorhydrate d'amyéline.

Sa faible toxicité permet de l'employer plus largement que la cocaïne. Il y a lieu, d'ailleurs, de distinguer entre son action superficielle en instillations et ses effets en injections sous-conjonctivales ou sous-cutanées.

En "instillations" la stovaïne permet de faire presque toutes les opérations portant sur la cornée ou la conjonctive, même l'opération de la cataracte, Sauf une légère desquamation épithéliale sans conséquence et d'ailleurs inconstante, elle n'a aucun inconvénient sur la marche de la cicatrisation. Mais elle est inférieure à la cocaïne en ce que son application est toujours plus douloureuse et que, à doses égales, l'anesthésie cornéenne est moins complète et moins durable.

En "injections sous-cutanées" ou "sous-conjonctivales", la stovaïne nous a paru, au contraire, supérieure à la cocaïne. L'insensibilité est complète en moins d'une minute et dure très largement le

temps nécessaire pour une opération. Ses propriétés vaso-dilatatrices favorisent sans doute la diffusion rapide, ce qui n'a pas d'inconvénients en raison de sa faible toxicité.

Nous nous proposons de continuer ces essais, qui nous paraissent très encourageants.

En instillations on pourrait, soit associer les deux anesthésiques, dans la proportion de deux parties de stovaïne pour une partie de cocaïne, soit employer successivement les deux collyres. Ce moyen aurait l'avantage de donner une anesthésie complète, sans modifier ni le tonus, si souvent diminué par la cocaïne, ni la vascularisation de la conjonctive.

(Le Concours Médical.)

PEDIATRIE.

ANGINES ULCERO PERFORANTES DE LA SCARLATINE.

MM. Méry et J. Hallé ont signalé, au récent Congrès de Madrid, une forme peu décrite d'angines ulcéreuses survenant particulièrement au cours de la scarlatine.

Ces angines, dont les caractères sont la nécrose, l'ulcération et la perforation du voile, méritent le nom d'angines ulcéro-perforantes.

L'ulcération présente les caractères suivants:

"Forme ovale, bords taillés à pic, nets, tranchants sur le voile, rouge ou enflammé, ulcération dont le fond est recouvert par un tissu grisâtre, suppurant peu, mais mortifié."

Les phénomènes généraux qui accompagnent cette angine sont assez variables. Le plus souvent, le tableau est celui d'une grande infection scarlatineuse avec adynamie ou phénomènes ataxiques — pouls petit et tendance au collapsus cardiaque — tantôt l'éruption scarlatineuse n'est pas franche, mêlée de plaques érythémateuses, les extrémités sont froides et il existe de la cyanose de la face. Mais, d'autres fois, cette angine apparaît au cours d'une scarlatine d'intensité moyenne et sans que les phénomènes généraux soient très intenses.

Si le processus nécrotique a été profond, on assiste à la perforation du voile du palais. Cette perforation du voile se fait, du reste, avec une rapidité extrême et n'est pas annoncée généralement par les symptômes habituels de cette affection. Il n'existe ni nasonnement, ni gêne de la parole.

Une fois constituées, ces perforations ont peu de tendance à s'accroître, sauf dans quelques cas exceptionnels.

Le petit malade est généralement alors dans un état des plus alarmants, l'haleine est fétide, mais n'a pas cette odeur si spéciale à la gangrène telle qu'on la sent dans la gangrène pulmonaire ou la pleurésie putride. L'odeur n'est pas celle de matières organiques en putréfaction.

Le pharynx est souvent tapissé de mucosités filantes et collantes qui gênent l'examen; la langue est souvent sèche et rôtie.

Cependant, malgré ces symptômes graves, le malade résiste parfois longtemps; on voit, quelquefois la fièvre diminuer, le pouls rester vigoureux et les forces persister. L'absence de complications pulmonaires redoutées, l'absence d'albuminurie, qui est commune, font espérer une guérison. Il est vrai que, localement, les ulcères de la gorge et du voile ne subissent aucune modification. Les bords restent grisâtres, atones; les perforations n'ont aucune tendance à se réparer; on ne voit pas se faire de bourgeons charnus.

Aussi, après un temps variable, dix jours, quinze jours au plus après l'apparition des ulcérations et des perforations, la mort arrive; souvent beaucoup plus tôt.

Ces angines sont contagieuses; elles apparaissent quelquefois à l'état primitif, mais constituent dans la scarlatine, plus rarement dans la diphtérie et la rougeole, une infection secondaire à caractères très tranchés.

(Le Concours Médical.)

— : o : —

GYNECOLOGIE

L'URGENCE DE PRATIQUER LA SUTURE DU PÉRINÉE APRES L'ACCOUCHEMENT.

Les pénibles conséquences qu'entraîne la déchirure du périnée après l'accouchement, au point de vue de la stabilité de l'appareil pelvi-génital font un devoir à tout praticien qui a assisté une accouchée de ne plus se contenter des serres fines ou du rapprochement des membres inférieurs pour favoriser la réparation du périnée, mais d'en opérer immédiatement la suture.

Aussitôt que la femme sera délivrée, on procède à l'opération. Aux malades pusillanimes, on pourra administrer le chloroforme; souvent cela n'est pas nécessaire. M. Reclus (*L'anesthésie localisée par la cocaïne*, Paris, Masson et Cie, édit., 1903), recommande l'injection de cocaïne à 1/2 p. 100; le liquide est injecté à la demi-circonférence inférieure de la vulve et est poussé en remontant de chaque côté jusqu'à l'origine des petites lèvres; il faut une injection de chaque côté. La femme a été placée en travers du lit, en position obstétricale. Désinfection soignée de la plaie au moyen d'un lavage prolongé à l'eau bouillie ou au sublimé; des matières fécales ont-elles souillé la plaie? Après le lavage, compléter le nettoyage par une friction des surfaces cruentées avec une solution phéniquée à 1 p. 50 (Marion, *Opérations courantes*, 1903, p. 328).

Instruments nécessaires: une paire de ciseaux, une pince à griffes, une aiguille de Reverdin très courbe. Cette dernière aiguille ou, à son défaut, une aiguille d'Emmet devra trouver place dans l'arsenal chirurgical de tout praticien.

Lorsque la paroi vaginale et la portion antérieure du périnée ont été seules intéressées, il suffit de deux à trois sutures très simples: les fils (crins de Florence) pénètrent d'un côté à un demi-centimètre de la plaie, traversent les tissus sous-jacents à la plaie, sans paraître à la surface de la plaie et ressortent de l'autre côté de la même manière, c'est-à-dire cheminent en profondeur sous la plaie opposée pour ressortir en un point opposé symétrique à celui de pénétration. Lorsque le praticien manque d'aiguille de Reverdin, M. Marion conseille la modification suivante: le fil pourra traverser la plaie au niveau de son angle en deux reprises, mais n'apparaîtra dans la plaie que ce qu'il faut pour pouvoir être repris de l'autre côté. Tous les fils étant placés, on les noue successivement et l'on rapproche les tissus en masse.

Nouveau lavage, tamponnement à la gaze iodiformée, enlèvement du tampon chaque jour pour permettre les soins nécessaires à la femme. Les fils seront enlevés le dixième jour.

Dans le cas de déchirure complète, la technique est plus compliquée. Ces déchirures sont, du reste, assez rares, lorsque l'extraction de la tête fœtale s'opère sans brutalité. Avant tout, il faudra réunir la muqueuse rectale; un surjet profond de catgut y pourvoira; le surjet commencera à la face profonde de la plaie et adossera la muqueuse rectale sans la traverser. De cette façon, la déchirure complète sera transformée en déchirure incomplète. Cela fait, une série de fils seront passés comme précédemment, les inférieurs traversant la plaie aussi près que possible du catgut qui a rapproché les parois rectales. Restent les lèvres de la plaie vaginale; un dernier surjet de catgut les rapprochera. Les fils étant noués, le pansement sera fait comme précédemment. Il sera bon de constiper le malade pendant six ou sept jours, afin d'éviter le passage des matières sur la plaie.

La région suturée s'infecte-t-elle? La malade prend-elle de la fièvre? Des rougeurs apparaissent-elles sur le siège des sutures? Il faut faire sauter tous les fils de suture et laver abondamment la plaie. La réparation ne pourra plus être tentée qu'ultérieurement, après cicatrisation complète de la plaie, soit un minimum de trois mois. (*Journal des Praticiens.*)

L'intervention immédiate, en empêchant souvent la périnéorrhaphie tardive, sera tout à l'avantage de la femme et aussi du praticien. Les déchirures du périnée, on a toujours tendance à en rendre responsable l'accoucheur; cette déchirure est-elle recousue immédiatement? Nul n'en parle et c'est fini. Mais si l'opération est remise à plus tard, pendant des semaines la femme en entretient son entourage, et si c'est à la campagne, toutes les commères du village seront mises au courant. Les commentaires vont leur train, grossissent, et c'est inévitablement sur le dos du praticien que tombe l'orage. En vérité, mieux vaut recondre les périnées tout de suite, et faire l'acquisition d'une aiguille d'Emmet ou de Reverdin très courbe.

(Le Concours Médical.)

— : o : —

LE SYNDROME ADENOÏDIEN.

Ozène — Végétations Adénoïdes, Appendicite Chronique.

Par M. le Dr. Joseph Delacour.

Un volume in-8... ..Prix 80 cents.

Malgré son ancienneté, la question de la nature de l'ozène est loin d'être résolue. La tendance générale a été jusqu'ici, d'opposer l'ozène c'est-à-dire la rhinite atrophique aux processus hypertrophiques du nez et de l'arrière-nez. De longues études ont amené l'auteur à prendre le contre-pied de cette opinion et à considérer ces différentes lésions comme les manifestations d'un même état morbide. Poussant plus loin ses recherches, il établit que, dans les mêmes conditions, le tissu adénoïde de l'appendice vermiforme réagit de façon identique, si bien que l'appendicite chronique présente le plus étroit degré de parenté avec l'ozène et les végétations adénoïdes. Ces diverses lésions: ozène, hypertrophies amygdaliennes, appendicite, ne constituent qu'un seul syndrome, le syndrome adénoïdien.

Dans les trois parties de l'ouvrage sont étudiés successivement les éléments de cette triade symptomatique. Sans s'attarder à la description des symptômes locaux propres à chacun d'eux, l'auteur établit la fréquence chez les adénoïdiens (ozéneux, adénoïdiens proprement dits, appendiciteux) de tout un ensemble de troubles éloignés (troubles de développement, phénomènes d'auto-intoxication, etc.) peu ou pas connus jusqu'ici. Ces symptômes lui permettent d'affirmer l'existence d'un trouble de la nutrition chez les adénoïdiens et d'asseoir sur une base solide une théorie tropho-neurotique de l'adénoïdisme. Ce trouble trophique du tissu lymphoïde doit être considéré comme la conséquence d'une insuffisance relative de la grande thyroïde. La quatrième partie de l'ouvrage est consacrée à la justification de cette conception et à l'exposé des conséquences thérapeutiques qui en découlent.

— : o : —

TRAITEMENT MEDICAL DES AFFECTIONS GYNECOLOGIQUES. PANSEMENTS VAGINAUX ET PERI-UTERINS.

Par M. le Dr. P. L. Lectoure.

Quel doit être le but du médecin dans le traitement des affections gynécologiques? C'est de rétablir complètement la santé de la malade, sans lui faire courir aucun danger.

Malgré les progrès incessants de la chirurgie et l'habileté du chirurgien, une opération comporte toujours des aléas. De plus, si l'on vient à enlever l'organe malade, on peut améliorer d'une façon passagère l'état de la patiente, mais pour elle ce n'est pas la guérison, elle sera mutilée et restera l'éternelle blessée.

Dans une communication au Congrès de l'Asso-

ciation des sciences (Ajaccio 1901), le professeur Leduc (de Nantes) s'exprimait ainsi: "Le médecin qui voit et observe beaucoup de malades acquiert bientôt la conviction qu'une femme qui a subi une ovariectomie double ou même simple, une hystérectomie, etc., n'est plus le même être; tout est changé en elle, tout est changé pour elle. Le curettage utérin, si généralement employé aujourd'hui, en raison de son efficacité immédiate à faire disparaître certains symptômes, des ménorragies par exemple, a souvent de fâcheuses conséquences. La curette inocule les germes, en ouvrant les vaisseaux dans un champ infecté dont on entreprend ensuite à grand-peine la stérilisation. Aussi, sans parler des perforations, observe-t-on, après certains curetages, des métropéritonites. Ce sont les accidents éloignés que nous tenons à signaler. Lorsque le curetage est superficiel, il est inefficace; lorsqu'il est plus profond et qu'il réussit bien, la guérison pendant quelques mois semble parfaite, puis les règles deviennent de plus en plus douloureuses, et parallèlement, se développe une névropathie des plus pénibles; l'examen montre de l'atrophie du col, sous vent l'atrophie de tout l'utérus, et l'état de la malade devient plus pénible qu'avant l'opération."

Le traitement médical de ces affections consiste à porter un agent modificateur sur la région malade au moyen de pansements, appropriés.

Un procédé très ancien, retiré de l'oubli par Simpson, le pessaire médicamenteux, avait un certain mérite. C'était une espèce de bol que l'on plaçait dans le vagin pour l'application des médicaments sur les parois du canal.

Les tampons d'ouate imprégnés de glycérine médicamenteuse sont depuis longtemps très employés; mais, malgré toutes les précautions, si l'on n'emploie pas le spéculum, il n'arrive qu'une quantité insignifiante de substances actives au contact de la partie malade.

Les ovules composés de glycérine solidifiée ont une valeur relative, mais ne peuvent constituer qu'un pansement vaginal.

D'après le professeur Leduc, le nouet médicamenteux contenant gros comme une noisette de pommade à base d'ichtyol et d'airol, renfermée dans une feuille de coton, donnerait d'excellents résultats.

Mais l'infériorité de ces différents modes de pansements, c'est de ne pouvoir s'appliquer autour de l'isthme du col utérin. C'est, en effet, au niveau de l'isthme, dans les culs-de-sac latéraux et dans les plis du Douglas, que se manifestent les signes de l'adéno-lymphatite; c'est sur les côtés du col que pénètrent les artères utérines. C'est donc dans cette zone, où serpentent les plexus sanguins, que doit être appliqué le topique médicamenteux.

Le professeur d'obstétrique Fénomenow (de Saint-Petersbourg) a institué des essais thérapeutiques qui sont venus pleinement confirmer cette règle. Notre confrère a été à même de se convaincre que l'application d'un tampon d'ouate imbibée d'une solution d'adrénaline à 0,20 p. 100, maintenu sur la muqueuse vaginale durant une minute, avant une intervention telle que la colporraphie, n'ischémie nullement le champ opératoire; les tentatives

faites en vue d'arrêter par le même moyen l'hémorragie restent également infructueuses.

Par contre, l'action vaso-constrictive et hémostatique de l'adrénaline s'est montrée très énergique au cours d'interventions sur la matrice. Et cependant M. Fénomenow n'avait appliqué que pendant une dizaine de secondes un tampon de gaze imbibée d'une solution d'adrénaline sur la muqueuse du col, "sans qu'une seule goutte de la solution ait pénétré dans la cavité du corps utérin (Répertoire de thérapeutique.)".

C'est dans le but de remplir à coup sûr cette indication que les Drs. Zabé et Legros ont imaginé les "péricols" comme le pansement le plus approprié au traitement des affections gynécologiques.

Ces disques, à base de glycérine sodifiée, introduits avec la plus grande facilité dans le vagin, sans le secours du spéculum, grâce à leur légère courbure et à leur onctuosité, viennent s'adapter mécaniquement autour du col de l'utérus.

Les principaux médicaments qui peuvent être incorporés aux péricols sont: l'iodure de potassium, l'extrait de belladone, la cocaïne, l'ichtyol le thigénol, l'extrait d'hamamelis, le tannin, l'acide borique, l'adrénaline, etc.

Les péricols à l'iodure de potassium (0 g. 50 par péricol) et l'extrait de belladone (0 g. 10) m'ont donné des résultats surprenants dans la pratique hospitalière aussi bien que dans la clientèle de ville. Je les prescris avec succès dans les métrites qu'elle qu'en soit la nature, qu'elles soient aiguës ou chroniques; dans les affections des annexes: salpingites, ovarites, etc.

Avec cette médication, les praticiens sont assurés, non seulement d'éteindre l'inflammation utérine mais encore de mener à bien la cure des lésions qui en dérivent.

Les péricols à l'ichtyol ou au thigénol (1 gramme) jouissent d'une grande efficacité dans les catarrhes chroniques de la matrice, dans les métrites et salpingites gonococciques.

Dans les métrites hémorragiques, l'on aura recours aux péricols à l'adrénaline ou à l'extrait d'hamamelis.

(Gaz. des Hôpitaux.)

————— : o : —————

CYSTOTOMIE VAGINALE POUR CALCUL VÉSICAL.

M. Robius, qui a pratiqué deux fois cette opération, pense qu'elle est l'intervention de choix lorsque le calcul est trop volumineux pour pouvoir être extrait après une dilatation moyenne de l'urètre. La lithotritie n'est pas toujours aisée et elle ne permet pas le drainage qui est si important pour traiter la cystite concomitante. La cystotomie sus-pubienne a des suites longues, désagréables, et ne permet pas un drainage au point déclive de la vessie.

La cystotomie vaginale, au contraire, se fait facilement et avec rapidité; au besoin l'anesthésie locale à la cocaïne est

suffisante. S'il y a de la cystite elle assure un drainage excellent. La réunion de la plaie se fait en peu de temps. Des pansements et des irrigations du vagin permettent de faire le drainage dans d'excellentes conditions, autant qu'il est nécessaire. La principale objection qui puisse être faite à l'opération dont il s'agit est le danger d'une fistule vésico-vaginale consécutive; mais quand cette complication se produit c'est chose aisée que d'y remédier secondairement.

(Americ. Gynec.)

————— : o : —————

MALADIES VENERIENNES

PROPHYLAXIE DE LA BLENNORRHOÏE

Par M. le Dr. Janet.

L'auteur, après avoir montré les désastreux effets de l'infection blennorrhagique, constate que les plus dangereuses parmi les prostituées, sont les prostituées jeunes, aussi bien au point de vue gonococcique, elles peuvent toujours créer des accidents aigus, il est ordinaire que, bien que porteuses toujours de sécrétions virulentes, elles n'en soient point incommodées. Il existe chez elles une sorte de vaccination. Au bout de quelques années elles se trouvent réellement immunisées, sinon contre le microbe lui-même, du moins contre ses toxines. Elles le conservent toujours, mais leurs muqueuses ne réagissent plus en sa présence.

Il n'en est pas moins certain que pour l'homme au point de vue blennorrhagique, toutes les prostituées constituent un perpétuel danger. Peut-on se préserver de ce danger? Oui, répond l'auteur. On peut, tout au moins prendre des précautions qui sont loin d'être inutiles.

Voici ces précautions:

1. Le condom. C'est évidemment le meilleur moyen de protection, à la condition qu'il ne crève pas et n'abandonne pas la verge;
2. Le remplissage de l'orifice urétral avec de la vasoline avant le coït;
3. Le lavage au sublimé de la région génitale et en particulier de l'orifice urétral après le coït. Ce lavage doit être fait avec une solution à 10 p. 1.000 au plus et à 4 p. 1.000 au moins. Il doit être précédé d'une miction destinée à laver le canal et d'un savonnage soigneux au savon;
4. La méthode de Crédé et les injections antiseptiques. Cette méthode, qui a donné de bons résultats pour la protection des yeux des nouveau-nés contre le gonocoque maternel, a été employée préventivement contre le gonocoque passionnal à Berlin, à Stockholm et à Vienne. L'auteur croit à son efficacité. Il mentionne à ce sujet deux instruments qui se trouvent dans le commerce et qui permettent d'employer la méthode avec la plus grande facilité. Ces instruments sont le samaritien et le viro.

Le samaritien de Blakusewski est un large compte-gouttes que l'on actionne à l'aide d'une membrane de caoutchouc qui recouvre son extrémité supérieure. Le bec de l'instrument est recouvert d'un petit chapeau de caoutchouc qu'on retire au moment de l'usage. Ce compte-gouttes est enfermé dans une monture métallique et contient soit le nitrate d'argent à 2 p. 100, soit le Protargol à 20 p. 100. Il sert à installer quelques gouttes de ces solutions dans la fosse naviculaire et dans les rainures du filet. Si l'on utilise le nitrate d'argent, on peut faire suivre l'installation presque immédiatement d'un lavage à l'eau simple, car cette solution tue le gonocoque en cinq secondes.

Il est bon d'uriner avant d'utiliser ce procédé, surtout si l'on se sert du nitrate d'argent, car les mucosités adhérentes à l'urètre seraient alors coagulées et ne permettraient pas à la solution d'atteindre la muqueuse.

Le viro, basé sur le même principe, est une boîte contenant six petits tubes à peinture remplis de Protargol à 20 p. 100. Chaque tube est vidé par pression dans la fosse naviculaire après le coït. Un petit morceau d'ouate qui entoure le tube, sert à obturer ensuite l'orifice et à protéger le linge contre les taches.

(Rev. de thér. méd. chir.)

TRAITEMENT DE LA CYSTITE BLENNORRHAGIQUE A FORME HEMORRHAGIQUE.

La cystite du col est une complication fréquente de la blennorrhagie. Ses symptômes sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les décrire ici; il en est cependant un sur lequel il faut insister davantage: c'est l'hémorrhagie.

Parfois ce symptôme acquiert une importance capitale, et prédomine tous les autres. L'épuisement occasionné par les douleurs au périnée, le ténesme, les douleurs vésicales qui s'exaspèrent par la miction, la sensation de pesanteur extrêmement pénible, les envies incessantes d'uriner, qui ne laissent pas de repos au malade, s'aggravent encore du fait de l'hémorrhagie, qui amène rapidement un état d'anémie profonde.

Tous ces divers symptômes, dit M. Folly (Jour. de méd. et chir. prat., 25 octobre 1903), peuvent être efficacement combattus par une méthode simple qui consiste à porter directement, dans la vessie malade, une injection hémostatique et calmante:

L'antipyrine agit localement, d'après Hénocque, comme coagulant et comme vaso-constricteur; l'agent calmant est le laudanum de Sydenham. Faire dissoudre 20 grammes d'antipyrine dans 1 litre d'eau bouillie, et y ajouter 5 ou 10 grammes de laudanum.

A l'aide d'une sonde de Nélaton et d'une seringue à hydrocèle soigneusement stérilisées, après avoir fait uriner le malade, on injecte avec doucement un demi-litre de ce liquide à la température ambiante dans la vessie. Ces injections sont répétées deux fois par jour, et plus, s'il y a lieu. Chez

la femme, il est préférable de se servir d'une sonde métallique. Enfin on doit recommander de pousser la dernière injection très lentement, et de n'injecter qu'une demi-seringue cette fois, pour que le liquide puisse être toléré par la vessie, et gardé quelque temps, de façon à agir plus efficacement, à la manière d'un lavement médicamenteux.

Tous les symptômes de la cystite se trouvent favorablement et très rapidement modifiés.

(Journal de méd. de Paris.)

OPHTALMOLOGIE

L'HUILE GRISE COMPACTE EN MASSAGE SOUS-PALPEBRAL, POUR REMPLACER LES INJECTIONS SOUS-CONJECTIVALES, ET EN THERAPEUTIQUE OCULAIRE.

Par M. le Dr. Vacher.

L'auteur relate les résultats qu'il a obtenus en remplaçant les injections sous-conjectivales de solutions mercurielles par des massages avec une pommade hydrargyrique, dont la formule n'est autre que celle de l'huile grise rendue compacte et stable afin d'en faciliter l'emploi.

Voici la formule:

Mercure purifié...	27 gr.
Pommade mercurielle double...	6 —
Lanoline anhydre...	45 —
Huile (vaseline ou amandes douces)	22 —

Cette huile grise compacte se ramollit de suite au contact des conjonctives. Il faut avoir soin de soulever les paupières pour qu'elle pénètre dans les culs-de-sac, où elle doit séjourner. Sans cela, dès que l'œil se referme, le bord palpébral ramène tout le médicament à l'extérieur, et le massage perd une partie de son effet. C'est un massage sans huile grise.

Lorsque le massage est terminé, il est bon d'introduire un peu d'huile sous les paupières, de les refermer après s'être assuré qu'il en est resté dans les culs-de-sac, et d'appliquer un pansement légèrement compressif pendant une ou deux heures.

Le mercure reste dans le cul-de-sac inférieur et continue son action dans toute la cavité conjonctivale grâce aux vapeurs qu'il émet continuellement. L'auteur pense que c'est en partie à cette précaution qu'il doit les effets rapides qu'il obtient par ce mode de traitement.

L'auteur énumère ensuite les principales affections des paupières, des conjonctives et du globe oculaire qu'il a traitées presque exclusivement depuis quelques mois par le massage ou les installations d'huile grise compacte.

"Blépharites ulcéreuses." — Les massages du bord ciliaire avec l'huile grise sont très actifs. On commence par faire tomber toutes les croûtes pour

faire saigner les ulcérations. Le massage du bord ciliaire s'exécute ensuite avec une tige de verre moussée ensuite de la pommade hydrargyrique ou avec un tampon d'ouate. Il est renouvelé tous les jours ou tous les deux jours.

Ce massage est moins douloureux que celui avec la pommade jaune ou le calomel; son action est rapidement cicatrisante,

"Conjonctivites aiguës." — Nombreuses guérisons catarrhales aiguës par des massages à l'huile grise qui sont très bien supportés.

"Conjonctivite purulente des nouveau-nés." — L'auteur n'a eu qu'une fois à traiter une conjonctivite purulente d'un nouveau-né, dont les paupières étaient dures, infiltrées et la sécrétion purulente abondante; la cornée présentait déjà plusieurs points ulcérés.

Il a fait des massages hydrargyriques toutes les douze heures, se tenant prêt à recourir au nitrate d'argent, si des complications venaient à se produire. L'œdème des paupières a cédé rapidement, la sécrétion purulente s'est modifiée en quatre jours et la guérison parfaite a été obtenue en deux semaines environ sans cautérisations. Concurrentement avec le massage l'auteur employait aussi des compresses glacées au cyanure de mercure à 1/2000, maintenues en permanence jour et nuit.

"Kérato-conjonctivite et kératite superficielle." — Dans les affections kérato-conjonctivales superficielles si fréquentes chez les enfants, les massages hydrargyriques faits tous les jours ou tous les deux jours feraient merveille. Rien n'est plus simple à faire, rien ne serait meilleur comme résultat. L'emploi d'une seringue pleine d'huile grise permet d'aller très vite, d'avoir toujours un médicament d'une propreté absolue et de soigner beaucoup de malades en peu de temps.

"Ulcère infecté de la cornée, ulcère à hypopyon." — L'auteur emploie systématiquement depuis plusieurs mois l'huile grise, en massage, dans les ulcères cornéens et est très satisfait des résultats obtenus.

Il commence par cureter entièrement l'ulcère, puis il remplit son cratère d'huile grise et fait du massage par pression avec une tige de verre moussée. Il fait ensuite un massage périphérique avec une nouvelle quantité de médicament pour en faire absorber le plus possible par les conjonctives.

Depuis qu'il emploie ce mode de traitement, l'auteur ne s'est jamais servi de cautérisation galvanique dans ces affections.

"Iritis, irido-choroïdite." — Dans le traitement de ces graves affections l'auteur a toujours employé les mêmes massages joints à l'atropine et aux lotions chaudes.

Sous l'influence des massages, l'auteur a vu les synéchies lâcher progressivement, le corps vitré reprendre sa transparence, l'acuité visuelle remonter, alors que par les traitements antérieurs une amélioration semblable n'avait pas pu s'obtenir.

"Choroïdite disséminée. Choroïdite maculaire. Névrites optiques." — Les affections des membranes profondes de l'œil sont heureusement modifiées par les massages hydrargyriques.

En résumé, depuis que l'auteur a substitué l'huile grise en instillation et en massage à tout autre traitement pour les affections des conjonctives, de la cornée et des membranes internes de l'œil, cette médication simple lui a donné des résultats très satisfaisants et il pense que l'emploi du massage hydrargyrique peut remplacer avantageusement toutes les pommades oculaires.

Arch. de Méd. et de Chir. Spéciales.)

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA DYSMENORRHEE.

Repos au lit, cataplasmes laudanisés; suppositoires ou lavements laudanisés; suppositoires composés de:

Extrait de cannabis indica... .. 0 gr. 01
Extrait de belladone... .. 0 gr. 01.
Beurre de cacao q. s. pour 1 suppositoire.

On peut aussi prescrire avec succès:

Teinture de viburnum prunifolium... 10 gr.

Teinture de piscidia erythrina... .. 10 gr.

XX gouttes 4 fois par jour dans une infusion chaude.

(Journal de Med. de Paris.)

NOUVELLES.

Naissances:

—A Abbotsford, le 17 mai, l'épouse de M. le Dr. L. L. Charland, une fille, baptisée sous les noms de Marie, Berthe, Aurèle.

—A Saint-Hilaire, "aux Lilas," le 25 du courant, l'épouse de M. le Dr. A Cheval, une fille.

—A Saint-Flavien de Lotbinière, le 22 mai l'épouse de M. le Dr. J. R. Bergeron, un garçon.

—A Contrecoeur, le 29 mai coueant, l'épouse de M. le Dr. Charles Tétreault, un fils, baptisé sous les noms de Joseph-Charles-Arthur.

—A Saint Isidore de Laprairie, l'épouse de M. le Dr. D. Chouinard; une fille.

Nécrologie:

—Le Dr. Rollo Campbell est décédé le 30 courant, des fièvres typhoïdes à l'hôpital Western. Il était tombé malade depuis trois semaines. Il avait étudié la médecine au collège Bishop où il gradua avec honneur. Il était le fils du Dr. F. W. Campbell, doyen de la faculté médicale du collège Bishop.

Nos sympathies.

SUPPLEMENT

UN ACCOUCHEMENT CHEZ UNE JUIVE.

Par M. le Dr. E. A. René de Cotret, M.D.
Accoucheur de la Maternité, professeur-ad-
joint d'Obstétrique.

(Suite et fin.)

Huit jours plus tard; vendredi, le 3 juillet, 7 1/2 h., a.m. Que j'ai mal dormi cette nuit! couché à bonne heure, à 11 1/2 h., p.m. je ne dormais pas encore à une heure ce matin et je me suis levé à cinq heures. Hé! quel sommeil pendant ces quatre heures. Je me roulais sur ma couche, tout en sueurs. Mes membres, continuellement agités cette nuit, étaient morts de fatigue ce matin. Ah! les rêves, les cauchemars! c'étaient des chevaux enragés qui me piétinaient; qui m'enfonçaient leurs lourds sabots à travers les entrailles, les poumons, le cœur, qui me mordaient et laissaient sur mes chairs déchirées leur écume sanguinolente. C'étaient des bœufs monstrueux, l'œil en feu, la gueule pleine de bave immonde, qui me poursuivaient à travers des champs, leurs longues cornes passées dans mon dos. C'étaient des hyènes et des chacals qui déchiraient de leurs crocs acérés, mes chairs encore vivantes et j'entendais leurs mâchoires voraces broyer et ronger mes os dont la moëlle était encore sanglante. C'étaient des montagnes et des montagnes qui me roulaient sur le corps, pendant que ma tête au-dessus d'un précipice affreux, pendait, tenant à mes épaules écrasées, par un lambeau de peau. Combien d'heures, j'ai été dans ces angoisses! Ah! que j'ai souffert! l'horrible nuit!

Et la cause de toutes ces horreurs? Un seul petit, un tout petit morceau de gâteau mangé la veille. Mais aussi pourquoi l'avoir mangé. J'aurais dû m'en douter.

Voici ce qui m'était arrivé la veille. J'avais assisté à la cérémonie de la circoncision et au banquet qui suit cette profession de foi chez les Juifs. Vous n'êtes pas sans connaître cet usage ou cette prescription qui ordonne, chez le peuple hébreu, de faire circoncire tout enfant mâle, huit jours après sa naissance. C'est une véritable fête. Tous les parents et les amis y sont invités. C'est un cri de joie à la naissance d'un garçon et l'on pense déjà dès ce moment aux cérémonies qui suivront bientôt. Si une fille naît, point de fête et partant moins de plaisir et moins d'espérance; elle n'est rien du tout.

Ma Juive de la rue Sanguinet avait été favorisée de la providence, et peut-être, étais-je le plus favorisé puisque je devais être invité

avec les parents et les amis. On ne manque jamais dans cette occasion de prier le médecin-accoucheur d'honorer de sa présence ce service religieux et mondain. C'était la deuxième fois que j'assistais à pareille opération. La première fois, il y a deux ou trois ans; mais, malgré la place d'honneur qu'on m'avait donnée auprès du rabbin et quoique je fusse assez attentif à tous les mouvements de ce dernier, il avait opéré si vite et si habilement que j'avais vu l'opération terminée avant de la voir commencer. Nos chirurgiens n'opèrent pas plus prestement. Ce rabbin était d'une crasse à faire envie au bambin qui a joué tout un jour dans la boue. Je me demande comment il se fait que les bébés qu'il opère n'ont ni érysipèle ni tétanos. Le couteau, dont il se servait, était dans sa poche, sans étui. C'est un petit couteau à double tranchant coupant comme un rasoir. Le manche en est de bois.

Avant de commencer l'opération un aide ou plutôt l'assistant rabbin met dans la bouche de l'enfant un gros suçon fait d'une guénille rempli de pain sucré et trempé dans du sirop. Le Rabbin tend le prépuce et le tranche promptement. Il repousse au-dessus du gland ce qu'il reste de peau et de muqueuse, glisse sur le gland un petit tube en verre, souffle dans ce tube et enveloppe le bout du pénis d'une guénille d'une propreté douteuse. La circoncision est terminée.

Beaucoup de personnes assistent à cette cérémonie; les hommes coiffés entourent le rabbin; les femmes entrent dans l'appartement s'il y a place. Tout le monde est debout, et l'on répond en chœur sur le ton presque des "lamentations de "Jérémie" un nombre incroyable de psaumes ou de cantiques.

Avant et après la circoncision l'enfant est placé sur un oreiller et passé de main en main et pendant ce temps il se fait un tel caquetage qu'on se croirait au milieu d'une assemblée composée de quelques centaines de femmes. Tous parlent ensemble, tous louent la beauté du bébé, je suppose, car je ne comprenais rien à leur langage. On vante le père, on le félicite.

Tel est ce que j'ai observé à la première circoncision à laquelle j'ai assisté. A la deuxième, à peu près mêmes gestes, mêmes cris, mêmes chants. Mais la rabbin qui officie à celle-ci est un homme moderne qui a oublié les habitudes malpropres de l'antiquité et essaie de faire de l'antisepsie. Son couteau est dans un petit étui très propre; avant l'opération il le lave dans une solution d'acide carbolique. Il antiseptise le champ opératoire. L'amputation du prépuce accomplie, il ne se sert pas de salive pour faire je ne sais quoi qu'avait fait le premier rabbin; pas plus de tube en verre. Il met sur la plaie une poudre brune hémosta-

tique. Cette poudre lui vient de je ne sais quelle partie d'Europe qu'il m'a nommée mais dont j'oublie le nom. Il termine son pansement par un gros paquet de coton absorbant aseptique.

Mais de ce bout de prépuce enlevé que font-ils? Ils devraient avoir un écrin pour l'y déposer; mais non. Ces deux rabbins le mettent dans un petit chiffon de papier qui en contient déjà plusieurs. Ils le conservent dans la poche de leur veston jusqu'à ce qu'ils en aient un certain nombre et ils vont ensuite les enterrer dans le cimetière juif.

Pendant cette seconde cérémonie, j'avais près de moi, une vieille femme canadienne que j'aurais envoyée volontiers aux mille diables; car elle a failli me faire manquer ce que je tenais le plus à voir. Nous n'étions pas comme la première fois, complètement séparés, les hommes des femmes, c'était, contre la coutume hébraïque, un pêle-mêle assez agréable. N'eut été cette vieille commère, ma voisine, je m'y serais plu: mais cette vieille ensorcelée voulait tout savoir, et questionnait non pas ceux qui auraient pu la renseigner, mais elle s'adressait sans cesse à moi. J'étais sourd, inattentif à ses questions, parce que je voulais bien voir; et j'ai dû passer pour un malappris. Pour comble de malheur, au banquet, je l'avais à mes côtés.

Aussitôt après la cérémonie, on se met à table, à une table montée à la juive. Toutes sortes de liqueurs, (je m'étais déjà laissé dire que les Juifs ne prennent pas de boissons éniivrantes, il se peut que ce soit leur habitude journalière, mais dans cette circonstance ils ont manqué à leur coutume) toutes sortes de mets, et surtout des plats de hareng salé recouvert de tranches de gros oignons crus, je suppose, en mémoire des oignons d'Egypte. Tous mangent avec appétit et boivent avec entrain, excepté moi. Ma position était délicate: j'avais à ma droite le rabbin, à ma gauche, ma vieille imbécile de questionneuse. Tous deux m'offraient des plats et des liqueurs qu'ils frenaient. Je refusais poliment prétextant ma dyspepsie qui m'obligeait à ne prendre que deux légers repas par jour. Hélas; je me souvenais du placenta et je croyais en voir couler le jus avec la liqueur qu'on versait à pleins verres, ou en retrouver les cotylédons dans les gâteaux.

Hélas! pour mon malheur, je dus enfin céder aux instances de mon voisin, le rabbin, et de ma voisine. J'avais peur de froisser en refusant toujours. Mais, pourquoi faut-il que la femme soit toujours là; encore si celle-ci eut été jeune et belle, mais non... On avait fini par remarquer mon abstention de tout et je dus refouler bien loin au plus profond de mes entrailles mon dégoût, et j'acceptai, de ma voisine, comme on prend une médecine bien méchante, un petit morceau de gâteau. Je ne me le rappelle plus, mais je dus me pin-

cer le nez pour porter cette pâtisserie à ma bouche et l'avaler comme on fait d'une dose d'huile de ricin. J'en ai de suite des haut-le-cœur; je me ferme la bouche bien juste. Mais je sens là, plus bas une pesanteur, l'estomac me fait mal. La nuit suivante j'en eus le cauchemar.

— : o : —

HERMAPHRODITISME ET ERREURS DE SEXE.

Dans le second numéro du "Zentralblatt," M. le docteur F. Neugebauer fait l'historique de "six" observations d'erreur de sexe constatées en 1903.

A tirer hors de cas le premier cas, C'est une plantureuse servante de 26 ans, victime d'une erreur de ce genre et dont Neugebauer donne la photographie en costume d'Eve.

Ce dévoué cordon bleu est un homme atteint d'hypospadias!

Notons encore parmi les erreurs de sexe le cas d'un hypospadias pébosrotal. En dessous du pénis on pourrait croire à l'existence d'une vulve rudimentaire.

Une personne âgée de huit ans, à laquelle on donnait à l'état civil le sexe féminin, est, sans aucun doute, un petit garçon.

Rappelons la communication récente à la "Société Médico-Chirurgicale de Liège," de notre sympathique collègue, le Dr. Dejardin. C'est un cas de pseudo-hermaphrodisme; cette petite fille présente un anus développé à la partie inférieure de la cloison recto-vaginale. Elle a une hypertrophie clitoridienne en forme de gland affectant grosso-modo la forme d'un hypospadias masculin.

A la séance de janvier 1904 de la "Société Médico-Chirurgicale de Liège, M. le docteur Hogge" a montré la photographie d'une fillette hermaphrodite d'une douzaine d'années. Il a été consulté pour fixé le sexe définitif de l'enfant, inscrit comme garçon à l'état civil, et présentant actuellement de longs cheveux, la figure et l'aspect extérieur d'une fille.

Cet enfant avait une verge assez longue, cor-dée, de sorte que dans l'érection elle ne se relevait pas, mais s'étendait en arrière. Cet organe gênant beaucoup le mixtion, il en a opéré le redressement. Les grandes lèvres sont développées et présentent l'aspect de bourses; elles ne contiennent aucun organe.

A l'occasion d'une opération de hernie, on a amené au dehors une masse arrondie semblable à un testicule ou un ovaire; une coupe vue au microscope a démontré qu'il s'agissait d'un testicule. Cet enfant est donc bien un garçon.

Il faut s'entendre sur la signification de l'hermaphrodisme.

(A Suivre.)

— : o : —

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 8 JUIN, 1904.

No. 50.

Memoire

Some thoughts on the principles of local treatment in diseases of the upper air passages. (Quelques réflexions sur le traitement local des maladies des voies respiratoires supérieures) par Sir Félix Semon, F. R. C. R., London.

Par M. le Dr. J. N. Roy,

Médecin assistant à la clinique d'Ophthalmologie de l'Hôtel-Dieu.

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie,
Membre correspondant de la Société Française
d'Oto-rhino-laryngologie.

Dans un récent travail résumant deux leçons faites devant ses élèves, Mr. le Dr. Félix Semon nous parle du traitement local de quelques maladies du nez et de la gorge. Il commence son ouvrage en nous mettant en garde contre l'abus des opérations qui se font souvent dans cette spécialité, et ceci pour deux raisons. La première est que le spécialiste se trouve enclin à l'intervention opératoire, et pense gagner du temps en agissant ainsi; la deuxième est de la faute du malade qui force la main de son médecin, croyant qu'une opération le guérira plus sûrement qu'un traitement thérapeutique.

Nous parlant de la dysphagie dans la laryngite tuberculeuse et cancéreuse, il croit que l'orthoforme en insufflation est meilleur analgésique que la cocaïne, le menthol et même la morphine.

L'acide lactique doit être employé dans certaines ulcérations localisées du larynx, de nature tuberculeuse.

Le Dr. Semon n'est pas partisan des applications locales de sulfate de cuivre ou de

nitrate d'argent dans les ulcérations syphilitiques du larynx, et croit que le traitement spécifique interne est suffisant pour enrayer la marche de la maladie. Ceci, naturellement ne s'applique pas aux formes graves, où il y a complication de périchondrite laryngée; alors un traitement local énergique devient nécessaire.

On doit faire la thyrotomie dans les cas de cancer du larynx localisé aux cordes vocales, avec enlèvement de la partie malade et un peu de tissu sain environnant.

Il préconise aussi la trachéotomie dans la paralysie des dilatateurs de la glotte d'origine tabétique.

Abordant alors la question des végétations adénoïdes, il s'étend longuement sur ce sujet. Il commence à faire une critique sévère contre le Dr. Arbuthnot Lane, qui en 1896 a publié un article dans lequel il dit que l'opération des végétations adénoïdes est tout à fait insuffisante, et qu'il n'est pas nécessaire de la faire. Pour la guérison des végétations, Lane préconise des exercices de respiration, et nous explique son système en quelques mots. Mettez, dit-il, l'enfant sur le dos trois fois par jour, pendant une demi-heure et faites-le inspirer et expirer par le nez aussi profondément que possible, la bouche étant bien fermée, et vous guérirez votre enfant de ses végétations. Naturellement Sir Felix Semon ne partage pas cette manière de voir; cependant tout en reconnaissant l'importance et la nécessité de cette opération, il ne croit pas qu'elle puisse faire disparaître certaines maladies nerveuses réflexes telles que l'asthme, l'épilepsie, la neurasténie, etc. Il n'a jamais vu dans sa clientèle, une de ces maladies disparaître après l'opération dans

un temps assez court pour lui faire croire à la guérison par le traitement opératoire. Voici d'ailleurs sa manière de procéder pour l'enlèvement des végétations adénoïdes, qui récidivent souvent malgré le soin qu'on apporte à faire cette opération. Le malade sera couché sur une table et n'aura rien sous la tête, ou fera l'anesthésie de préférence avec le chloroforme; mais le réflexe de la toux sera conservé. Les végétations seront enlevées avec la curette de Gottstein et quelquefois aussi avec la curette latérale de Hartmann. Le toucher digital sera alors fait pour constater le résultat de l'opération. S'il y avait de l'hypertrophie des amygdales, on les enlèverait ensuite, à moins qu'elles ne soient trop grosses et qu'elles empêchent le passage des instruments pour l'opération des végétations; car alors il faudrait commencer par les amygdales. Aucun traitement post opératoire ne doit être fait; le malade gardera le lit vingt-quatre heures, et la chambre deux à trois jours de plus. Il n'est pas partisan des injections nasales antiseptiques qui amènent souvent des accidents du côté des oreilles.

Abordant enfin les maladies du nez, il pense que l'on fait trop d'opérations pour de légères obstructions nasales, dans le but de guérir un catarrhe tubaire, et de rétablir la ventilation de la caisse. Il est d'opinion que la ventilation de la trompe d'Eustache se fait assez bien par la bouche pour maintenir son libre fonctionnement; et il a même vu des cas où des personnes ayant une obstruction complète des choanes entendaient parfaitement bien.

Quant aux maladies réflexes du nez, tel que l'asthme, il est très sceptique au sujet du soulagement que l'on procure à nos malades par les cautérisations.

Il termine en nous mettant en garde contre la tendance que nous avons d'enlever le cornet inférieur dans certaines obstructions nasales, vu la fréquence de la pharyngite sèche après l'opération.

Ce livre mérite d'être lu en son entier. La plume alerte et parfois mordante de l'auteur

a bien mis au point l'une des questions les plus négligées de notre spécialité par cela même qu'elle en est plus obscure, celle des indications thérapeutiques.

—: o:—

Revue des journaux

MEDECINE

LE BEGAIEMENT GRAPHIQUE.

A la Société d'Hypnologie, M. le Dr. Bérillon fait la communication suivante:

Dans le langage ordinaire, le terme bégaiement s'applique à la difficulté d'émettre la parole. Ce terme peut et doit être étendu à des troubles analogues de l'écriture. De nombreuses personnes sont incapables de tracer une lettre, dès qu'on les regarde, et leur timidité n'existe que pour le fait d'écrire en public. Ainsi, tel de nos confrères, alors qu'il était étudiant, n'a jamais pu signer lui-même sur le registre de consignation et a dû, chaque fois, charger de ce soin un de ses amis. Récemment, en consultation avec un de ses maîtres, il a, à force d'astuce, décidé ce dernier à écrire l'ordonnance, car il était incapable de tenir la plume. La timidité des bégues de l'écriture est le résultat de deux facteurs principaux: l'aboulie et l'émotivité; elle est tout à fait justiciable de la suggestion hypnotique, laquelle nous a, dans un certain nombre de cas analogues, donné d'excellents résultats.

(Le Concours Médical.)

—: o:—

PRONOSTIC ACTUEL ET THERAPEUTIQUE NOUVELLE DU TABES,

Par M. le Dr. Maurice Faure.

C'est une idée erronée que de considérer le tabès comme justiciable d'une thérapeutique unique, c'est-à-dire d'un médicament. Que ce médicament soit le nitrate d'argent, comme jadis; que ce soit le mercure, comme aujourd'hui, l'idée reste la même, et le but est toujours de guérir le malade avec "un remède".

Une maladie nerveuse n'est pas une équation dans laquelle: un poison égale un contre-poison. L'évolution du tabès est en rapport avec des infections et intoxications variées. Le malade est toujours un problème complexe, et il faut, dans chaque cas, faire la part de la syphilis, du surmenage, de l'alcoolisme, du tabagisme, de la grippe, de la tuberculose, etc. A cause du rôle prédominant de la syphilis dans la pathogénie du tabès, il est incon-

testable que le traitement antisyphilitique doit toujours être tenté, surtout au début du tabès, surtout si le tabétique n'a pas encore subi de traitement antisyphilitique intensif. Mais on ne doit pas maintenir ce traitement, au nom d'une idée préconçue et contre l'expérience, lorsqu'il donne de mauvais résultats. Certains cas de tabès syphilitique, vigoureusement entrepris, dès le début d'une évolution rapide, par un traitement mercuriel intensif, sont enrayés et fournissent de belles observations de guérisons (Lemoine-Leredde). Mais l'injection ou l'ingestion systématique de mercure ou d'iodure, à dose forte, chez les malades dont les lésions tabétiques sont depuis constituées, dont la santé générale est délabrée, qui font des autoinfections gastro-intestinales, vésicales, pulmonaires, n'aboutit qu'à augmenter le nombre des poisons dans un organisme qui en est surchargé et, par conséquent, à aggraver les désordres nerveux qui sont la conséquence de l'empoisonnement.

En fait, il est indubitable: 1. que les tabétiques ne guérissent pas en raison directe de la quantité d'iodure ou de mercure qu'ils absorbent; 2. que les aggravations sont plus nombreuses parmi les tabétiques qui subissent un traitement antisyphilitique intensif que parmi ceux qui n'en subissent aucun. (Belugou et Faure.)

Enfin, et surtout, il faut se garder d'attribuer à l'action exclusive d'un remède héroïque (fut-ce le mercure) les arrêts et les régressions que l'on voit survenir dans la majorité des cas de tabès, car ces améliorations sont de règle, et il est faux que l'ataxie locomotrice soit une maladie nécessairement et toujours progressive. (Brissaud, Joffroy, Raymond, Marie, Ballet, etc.)

Elle est progressive dans un tiers des cas environ, pas davantage; elle s'arrête, régresse et guérit dans un quart des cas environ; et dans le reste, elle procède fort lentement, par étages, ne troublant sérieusement la vie du malade que par période, et lui laissant, le reste du temps, la possibilité de vivre d'une vie diminuée sans doute, mais en somme assez acceptable, et bien différente à coup sûr de celle que l'on prédisait, autrefois, aux malheureux tabétiques. Et cette vie dure longtemps, car des statistiques recueillies à Berlin, La Malod, Bicêtre, il résulte que la durée de la vie du tabétique est à peu près la même que la durée de la vie d'un homme normal. (Leyden, Belugou et Faure, P. Marie.)

Pourquoi cette différence entre le pronostic actuel du tabès et le pronostic ancien?

Pour plusieurs raisons: 1. Parce qu'il n'est pas douteux qu'aujourd'hui, à peu près tous les médecins savent diagnostiquer le tabès à ses débuts, alors qu'autrefois, le diagnostic n'était fait que rarement. Le malade plus tôt averti est plus tôt soigné (P. Marie, Ballet, Brissaud, etc.); 2. Parce que l'emploi très général du traitement mercuriel et ioduré chez les syphilitiques est probablement pour quelque chose dans l'atténuation de l'évolution de la maladie tabétique, fille ou nièce de la syphilis (Babinski, Leredde); 3. Parce que le tabétique se soigne, aujourd'hui, comme le tuberculeux, comme tant d'autres malades chroniques, et ne se résigne plus, sans lutter et sans se défendre, à la sentence

fatale que l'on prononçait jadis contre lui, en même temps que le diagnostic du tabès.

Le tabétique se soigne. C'est-à-dire que, comme le tuberculeux, il modifie son existence, il consacre certaines périodes à son traitement, il règle ses affaires, non plus sur l'emploi du temps d'un malade; bref, il compose avec son ennemi, il fait la part du feu, il se crée une hygiène spéciale et il arrive ainsi à économiser sa vie pour ainsi dire et à réduire sa maladie au strict minimum. La direction médicale d'un tabétique doit donc le garantir, avec soin, contre deux opinions extrêmes: 1. Elle ne doit pas lui faire espérer une guérison complète radicale, en quelques mois, par le moyen d'un remède qui juggle sa maladie (il n'y a pas de médicament de l'ataxie); 2. Elle ne doit pas laisser le malade s'abandonner à son triste sort, en s'imaginant qu'il est atteint d'une lésion à évolution fatale, ce qui n'est pas. La direction médicale doit enseigner au tabétique que le mal dont il est atteint ne diminuera pas, probablement, la durée de sa vie; que sans doute, ce mal réduira sa capacité de travail et lui créera des souffrances et des désagréments, mais que la vigilance du médecin et la docilité du malade suffiront à éviter la plus grande partie des accidents possibles. Enfin, qu'il est des malades, atteints comme lui, qui guérissent complètement. En effet, la persistance de l'abolition du réflexe patellaire, ou du signe d'Argyll Robertson, ou seulement de quelques autres accidents de même importance, équivaut, pour le malade, à la guérison. En outre, le médecin veillera à laver la vessie, prompt à s'infecter, à débarrasser l'intestin de la stase stercorale fréquente; il contrôlera l'alimentation, le repos du malade, et le garantira contre l'inanition et l'insomnie; il prescrira la vie au grand air, défendra le surmenage intellectuel ou physique, les préoccupations, les affaires difficiles; il surveillera incessamment la circulation, et particulièrement le cœur, l'aorte, et les vaisseaux cérébraux. En faisant cela, il aura déjà supprimé presque toutes les causes de mort que le tabès apportait à son malade. Durant cette longue surveillance, le praticien aura naturellement recours aussi à des médications que des états passagers pourront nécessiter (injection ou ingestion de substances stimulantes, fortifiantes, calmantes, etc., emploi judicieux des analgésiques, etc.)

Avec toute la fermeté nécessaire, le médecin imposera au malade des cures annuelles de un ou plusieurs mois, pendant lesquelles, abandonnant toute autre occupation, le tabétique, dans un sanatorium, n'aura d'autre souci que de réparer les désordres acquis et de prévenir ceux qui pourraient survenir. Pendant cette sorte de retraite thérapeutique, le tabétique, par des exercices spéciaux apprendra à récupérer l'intégrité de ses mouvements respiratoires ou laryngés dont le trouble lui fait courir le grand danger des crises de suffocation, des infections broncho-pulmonaires, des hémoptysies, etc. Il apprendra de même à restaurer sa mixtion, sa défécation, etc. Beaucoup plus facilement, le tabétique récupérera, quelquefois intégralement, les mouvements volontaires (marche, préhension, etc.), qu'il avait peut-être complètement perdus. Pendant le même

temps, il se soumettra à une hygiène spéciale, à l'hydrothérapie thermique, enfin à toutes les pratiques que l'expérience montre comme devant être celles du tabétique qui se soigne et qui veut guérir.

Pour tout cela, l'unité de temps thérapeutique ce n'est ni le jour, ni la semaine; c'est l'année!

En quelques années de surveillance étroite et de direction médicale incessante, le tabétique sera changé, et, s'il n'a pas récupéré l'intégrité de toutes ses fonctions, il aura pu, du moins, garantir la conservation de sa vie, continuer sa carrière, et retrouver une santé assez bonne et une activité suffisante pour avoir encore une vie utile et intéressante. C'est ainsi que le pronostic du tabès peut devenir, sinon bénin, du moins très tolérable, dans la majorité des cas.

(Jour. de Médecine de Paris.)

CHIRURGIE.

SUR UN CAS D'ANGIOME CAVERNEUX DU VASTE INTERNE.

Par M. le Dr. Corneloup,
Interne des hôpitaux de Lyon.

La rareté des angiomes musculaires nous engage à publier un cas observé dans le service de notre maître, M. le Dr. Tixier.

Observation. — Il s'agit d'un homme de 38 ans, bien portant, qui vient à la consultation le 4 janvier 1904. Il n'y a rien à noter dans ses antécédents héréditaires et personnels; mais il y a vingt ans, il avait donc alors 18 ans, il tombe de voiture. Son genou porte sur le sol, et c'est surtout la partie interne du genou qui est traumatisée. Il s'en suit une douleur assez vive, un peu d'épanchement intra-articulaire gênant la marche.

Le malade consulte un rhabilleur qui lui fait mettre un cautère sur la région traumatisée, c'est-à-dire sur la partie interne du genou. Au bout de quinze jours, cicatrisation complète de la plaie produite par ce cautère, et le malade ne pensa même pas à son accident.

Ce n'est que trois ans après qu'il constata qu'une tumeur se développait sur cette région à l'endroit même où se trouvait la cicatrice du cautère, tumeur qui augmenta d'une façon lente et progressive jusqu'à l'époque où il vient dans le service.

On constata alors une tumeur peu saillante s'étendant sur une largeur de 8 centimètres carrés environ, molle, complètement irréductible, sans communication avec l'articulation du genou, faisant fortement saillie sous la peau dans l'extension forcée de la jambe sur la cuisse quand le triceps se contracte, ce qui incite à penser à un lipome en rapport avec le cul-de-sac synovial sous-tricipital.

Pas de varices de la jambe, et le malade n'accuse aucun trouble de circulation dans son membre inférieur. Ce n'est qu'après l'intervention qu'on réussit à savoir qu'à la suite d'une fatigue, d'une

marche prolongée, la tumeur augmente progressivement, devenue plus dure, plus tendue, et on voyait à la superficie une petite ampoule bleuâtre que le malade compare aux dilatations ampullaires que l'on voit sur le trajet d'une veine variqueuse. Le malade se reposait et au bout de quelques heures tout rentrait dans l'ordre.

Indolence complète de cette tumeur à la pression et à la palpation, et jamais au moment de l'examen le malade ne s'est plaint.

D'autre part, pendant toute la durée de l'évolution, jamais il n'a souffert, c'est à peine s'il faisait attention à cette tumeur qui se développait lentement. Néanmoins, une marche un peu longue lui était pénible, sa jambe se fatiguait, dit-il plus rapidement, et ce n'est que le soir, lorsque cette tumeur augmentait de volume, par suite d'un travail plus pénible de la journée, qu'il éprouvait quelques douleurs, passagères du reste et cessant par le repos.

Opération. — M. Tixier incise verticalement et tombe sur un angiome occupant l'extrémité inférieure du vaste interne, angiome qui envoie de nombreux prolongements variqueux dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans la peau elle-même et qui laissent échapper un sang noir, très abondant, malgré l'application de la bande d'Esmarch.

Cette tumeur n'est pas nettement limitée, elle infiltre le tissu musculaire. On l'enlève le plus complètement possible en coupant franchement dans le tissu musculaire, et cela sans toucher le cul-de-sac synovial sous-tricipital; ablation également des varicosités qui infiltrent la peau et le tissu sous-jacent.

Guérison rapide, et le malade part le 23 janvier, la plaie opératoire complètement cicatrisée.

Nous n'essayerons pas à ce propos de faire ressortir la rareté des angiomes musculaires et en particulier du vaste interne: on n'a pour cela qu'à se reporter à un article publié par M. le Dr. Viannay dans la "Province médicale" du 30 août 1902: "Sur un cas d'angiome du vaste interne de la cuisse." Il ne cite avec le sien qu'un cas rapporté par M. le Dr. Robin.

Ce qu'il est intéressant de noter, dans notre cas c'est d'abord le traumatisme qui a porté juste à l'endroit où s'est développé cet angiome; il semble bien qu'il y ait un rapport étiologique réel, puisque le malade n'avait rien constaté au niveau de son genou auparavant.

En second lieu, c'est l'évolution absolument insidieuse, sans douleur aucune de cet angiome, en opposition avec le cas de M. le Dr. Viannay où non seulement la tumeur était très sensible à la palpation, mais même était le siège d'une douleur telle que la malade était rendue presque impotente par une tumeur de la grosseur d'une petite noix.

(Lyon Médical.)

Thérapeutique et Mat. Médicale

LA GLACE SUR LE VENTRE DANS L'APPENDICITE AIGUE.

M. le Dr. Noirclaudé a consacré sa thèse à l'étude des détails de technique du traitement de l'appendicite par la glace.

Tout d'abord, dit le Dr. Noirclaudé, les applications de glace doivent être larges, permanentes et prolongées, et surtout aussi directes que possible.

Très souvent le médecin prescrit des applications de glace sur l'abdomen sans trop s'inquiéter de la façon dont cette application sera faite. On achète une petite vessie, on y met de petits morceaux de glace, on la pose sur le ventre et on la renouvelle deux ou trois fois par jour.

Mais, comme le ventre est généralement ballonné, douloureux, la vessie ne tient pas en place, elle tombe à droite, à gauche; on la retrouve sur la cuisse, sur le pubis ou sur la fosse iliaque gauche, quand elle n'est pas dans le lit à côté du malade.

Il arrive que, pour l'empêcher de tomber on l'attache au cerceau métallique destiné à soutenir les couvertures; mais alors, très souvent, la vessie ne touche pas le ventre que par une surface insignifiante, et quand on palpe l'abdomen on constate que la peau n'est nullement refroidie; la vessie de glace s'est réchauffée et contient de l'eau tiède.

Comment veut-on, dans de telles conditions, que la glace puisse avoir une action quelconque.

Si, comme cela est fréquent au début d'une crise, le ventre est ballonné, une seule vessie ne suffit pas, elle ne tient pas en place ou bien les morceaux de glace tombent sur les parties déclives de chaque côté. Il faut donc mettre au moins deux vessies qu'on place côte à côte, sur chaque fosse iliaque. Si ces deux vessies sont insuffisantes en raison de l'intensité du ballonnement ou du volume naturel du ventre on en place un troisième sur la région de l'ombilic.

Lorsque les vomissements sont intenses, le ventre très ballonné, il devient parfois nécessaire d'en disposer une quatrième sur la région épigastrique. Dès que les phénomènes graves sont calmés du côté de l'estomac, on pourra enlever cette vessie.

Si le ventre est plat, ce qui n'existe que dans les cas légers ou à la fin d'une crise, une seule vessie sera suffisante si elle est large et posée bien à plat.

On devra interposer entre le sac de glace et la peau une compresse de tarlatané pour protéger les parties cutanées sous-jacentes.

Il est de toute nécessité que la glace soit renouvelée fréquemment dans les vessies, en moyenné toutes les trois ou quatre heures, le jour comme la nuit.

L'application de glace devra être directe, condition extrêmement importante, dans les cas très graves et urgents; il ne faudra interposer entre la paroi abdominale et la vessie de caoutchouc qu'une simple feuille de gaze double et le plus ordinairement on s'en tiendra là.

Toutes les fois que ces précautions seront réalisées dans l'application de la glace sur le ventre, on peut être sûr d'obtenir un résultat efficace.

Il faut inspecter la paroi abdominale chaque fois qu'on renouvelle la glace contenue dans les vessies et, si on voit apparaître une petite tache grise ou violacée, c'est un signe qu'on aura été trop loin et que le froid est trop vif. Il ne faut pas pour cela suspendre l'application de la glace, et si deux doubles de tarlatané existaient entre la vessie et la peau on en mettrait trois ou quatre, en revenant à la première épaisseur si le ventre tend à se réchauffer.

La durée du refroidissement varie comme la maladie elle-même; en général, il est prudent de continuer un certain temps après la crise; quatre, six, dix jours, tant que le ventre n'est pas redevenu complètement libre, souple et insensible, et surtout ne pas cesser dès que l'émission de gaz indique une amélioration ou lorsque le malade aura été à la garde-robe.

(Le Concours Médical.)

—————: o: —————

LE TRAITEMENT DE L'ÉPISTAXIS,

Par M. le Dr. Amédée Pognat, de Genève.

Le traitement de l'épistaxis s'est singulièrement modifié depuis le jour où les rhinologistes s'en sont occupés; or, il nous faut avouer, sans vouloir froisser personne, que le "modus-faciendi," encore adopté en médecine générale, n'est pas marqué au coin du progrès: le tamponnement postérieur, parfois si dangereux pour l'oreille, n'est pas abandonné, et le tamponnement antérieur jouit encore, dans tous les cas d'épistaxis, d'une vogue imméritée; il ne nous paraît donc pas inutile d'indiquer les progrès accomplis et d'exposer la méthode à suivre dans le traitement de cet accident si fréquent.

Avec Rougé, nous distinguerons, d'après leur siège, trois groupes d'épistaxis:

1. Les hémorragies de la cloison nasale (partie antéro-inférieure);
2. Les hémorragies des régions circonscrites;
3. Les hémorragies diffuses.

Les premières réclament un traitement spécial: on sait en effet que la partie antéro-interne de la cloison nasale, à un centimètre environ du bord antérieur, est le lieu de prédilection des épistaxis: minceur de la muqueuse en ce point, existence fréquente de dilatations variqueuses, traumatisme facile de cette région, sont les causes de cette localisation. En présence d'une épistaxis, qu'il est nécessaire d'arrêter, on commencera par introduire à l'entrée de la fosse nasale un bourrelet d'ouate sèche ou mieux, imbibée d'eau oxygénée à 12 volumes ou d'une solution d'antipyrine, puis on comprimera à l'aide de deux doigts les ailes du nez contre la cloison; cette compression doit durer cinq minutes environ. Si l'hémorragie cesse, on peut conclure que son point de départ est la cloison.

Le but étant atteint, on s'en tiendra là, en remettant au lendemain les soins consécutifs, qui

consistent à retirer doucement le bourrelet de coton après l'avoir imbibé d'eau oxygénée tiède, pour obtenir son décollement sans provoquer une nouvelle hémorragie, à écarter doucement l'aile du nez au moyen d'un spéculum bivalve, à examiner immédiatement la partie intérieure de la cloison; on constatera alors, sur le point hémorragique de la veille, une croutelle noirâtre que l'on aura soin de ne pas enlever; on recherchera ensuite les varicosités qu'il y aura lieu de cautériser de la manière suivante : un stylet chauffé et porté au rouge est plongé dans des cristaux de nitrate d'argent, qui, en fondant, forment une perle à son extrémité; on se sert du stylet, ainsi armé, pour toucher toutes les dilatactions variqueuses de la cloison. Ceci fait, on recommandera au malade d'éviter de se moucher et on lui conseillera d'introduire dans les fosses nasales de la vaseline boriquée.

Si la compression des ailes du nez n'arrête pas l'hémorragie, force est alors de rechercher sur la cloison la perte de substance, où naît l'épistaxis, et de la cautériser séance tenante.

2. Hémorragies des régions circonscrites:

Ce sont elles qui sont généralement traitées par le tamponnement classique, antérieur ou postérieur, qu'il y a lieu désormais de supprimer, ce mode de faire présentant des inconvénients multiples: douloureux parfois, il expose en outre à la reprise de l'hémorragie, lors de l'enlèvement des tampons, sans compter qu'il est souvent la cause d'accidents infectieux. Nous l'avons remplacé dans notre pratique par le pansement au Pengawar.

Le Pengawar-Djambi, introduit l'année dernière dans la pratique rhinologique par le Dr. Lubet-Barbon, qui l'a appliqué au traitement des hémorragies nasales post-opératoires, est une fougère arborescente de l'Inde, dont on utilise les filaments soyeux; son emploi en médecine remonte très haut: un confrère russe nous a affirmé que toute antiquité les rabbins russes s'en servaient pour combattre l'hémorragie de la circoncision. A notre tour, nous avons eu l'idée de l'appliquer au traitement des épistaxis spontanées et nous n'avons eu qu'à nous en louer. Le Pengawar jouit en effet de propriétés hémostatiques remarquables et il fait cesser presque instantanément l'hémorragie, quand il est mis au contact de la surface saignante; on déterminera donc par la rhinoscopie antérieure le point qui saigne et on le recouvrira de Pengawar au moyen de la pince nasale: "Il suffit de prendre quelques touffes de cet agent et de l'appliquer sur la surface saignante sans obturer les narines" (Lubet-Barbon).

La plupart du temps, l'hémorragie cesse; si telle n'est point le cas, il y a lieu de croire que le pansement n'a pas été fait exactement sur le point saignant; on cherchera donc à nouveau à porter le Pengawar sur le siège même de l'hémorragie,

Cette dernière une fois arrêtée, il n'est pas nécessaire de retirer les touffes, car le malade s'en débarrasse lui-même par le mouchage. Cette substance offre encore cet avantage de ne pas boucher le nez, d'éviter au patient la sensation pénible produite ordinairement par le tamponnement, la respiration nasale pouvant s'exercer.

Enfin le pansement est parfaitement aseptique,

si l'on a soin de n'employer que du Pengawar stérilisé.

Il n'est cependant pas toujours possible de découvrir de quel endroit des cornets l'hémorragie provient; dans ce cas, on renoncera à faire le pansement d'un point déterminé et, pour ne pas perdre de temps, on adoptera le traitement des hémorragies diffuses.

3. Hémorragies diffuses.

On tapissera la surface muqueuse tout entière de fibres de Pengawar et si l'épistaxis continue, on tassera légèrement les touffes de cette substance, sans faire toutefois un véritable tamponnement —, jusqu'à cessation de tout écoulement. Le lendemain le Pengawar et les caillots s'en sont retirés doucement au moyen de la pince.

Nous n'avons pas vu, jusqu'à présent, d'hémorragie qui ait résisté à ce mode de traitement.

En somme, le traitement de l'épistaxis se réduit: à cautériser le point saignant, s'il siège sur la cloison, à le recouvrir d'une touffe de Pengawar, s'il siège sur les cornets ou toute autre région des fosses nasales, à tasser le Pengawar dans le seul cas où l'hémorragie est diffuse et très abondante.

Cette technique présente sur l'ancien mode de faire les avantages suivants: agir efficacement et rapidement, éviter toutes les conséquences septiques du tamponnement habituel, que celui-ci soit antérieur ou postérieur. Elle est de plus fort simple, ne demande que quelques connaissances élémentaires en rhinologie et n'exige, pour être exécutée que trois instruments: un spéculum nasal, une pince nasale, un stylet, qui devraient figurer dans la trousse de chaque praticien. (Journal de médecine et de Chirurgie praticien.)

(Jour. de Méd. et de Chir. pratiques.)

OBSTETRIQUE

DE L'EMPLOI DU BALLON INTRA-UTERIN DE CHAMPELLIER DE RIBLES;

Par M. le Dr. Paul Petit,

Professeur-adjoint de l'hôpital libre Saint-Michel.

Cet excellent instrument, qui a déjà sauvé la vie de bien des femmes, trouve son emploi toutes les fois qu'il s'agit d'obtenir une "dilatation rapide" du trajet cervical chez une femme gravide. Si le danger est tel que la dilatation doive être "immédiate," on lui préférera l'usage méthodique des deux mains, dont l'accoucheur est d'ordinaire toujours muni, même à la campagne.

Voici les principales indications du ballon Champetier:

1. "Placenta praevia" quand le pouls est d'une façon permanente au-dessus de 100 pulsations du fait de l'abondance ou de la répétition de l'hémorragie et qu'une "large" rupture des membranes n'a pas réussi à arrêter la perte de sang, le placenta se trouvant propulsé par la tête. 2. "Rétrécis-

sement du bassin," quand on suppose une intervention inévitable. 3. "Mort du fœtus" et, consécutivement infection, ou simplement rupture prématurée des membranes. 4. "Enfant vivant mais œuf ouvert depuis longtemps" et travail languissant avec pouls et température défavorables. 5. "Providence du cordon", quand il retombe alors qu'on l'a plusieurs fois méthodiquement réduit en le rétropulsant en masse au-dessus des grands diamètres de la présentation, et qu'on ne peut de la main libre maintenir la réduction à l'aide de la tête fixée. Cet insuccès est ordinairement dû au placenta prævia. Pour ne pas tomber d'un mal dans pire, il faut donc veiller à ce que le ballon ne comprime pas le cordon: on s'en rend compte par l'auscultation. 6. Indications relatives, provenant d'autres causes de souffrance du fœtus d'éclampsie, etc.

Le véritable ballon de Champetier de Ribes est un ballon imperméable et incompressible en tissu caoutchouté doublé à l'intérieur d'une mince couche de caoutchouc vulcanisé. Il a la forme d'une poire coudée et se termine par un tube qui sert à y injecter de l'eau. Conservé à sec dans une vitrine il se détériore rapidement; il faut le garder dans un liquide légèrement antiseptique tout en étant inoffensif pour le caoutchouc, tel que l'eau phéniquée faible ou naphtolée. On vend actuellement dans le commerce des ballons se forme conique également imperméables et incompressibles, de facture beaucoup plus simple et, partant d'un prix de revient moins élevé, qui m'ont rendu exactement les mêmes services. Mais M. le Dr. Champetier n'est pas de cet avis et ne veut surtout pas qu'on leur donne son nom, ce qui se comprend; je connais un fabricant qui, pour avoir violé inconsciemment cette consigne, en tremble encore dans sa peau.

On trouve des ballons de dimensions très variées; les plus gros sont peut-être plus nuisibles qu'utiles, car ils exposent plus que les autres à la compression du cordon. Les plus petits ne servent guère que pour l'accouchement prématuré; en cas d'avortement il faut leur préférer les bougies de Hegar.

Pour mettre en place le ballon choisi, si, l'on a l'habitude des voies génitales et que la femme soit docile, l'anesthésie générale est inutile; mais il est indispensable d'avoir un aide qui ne s'émotionne pas à l'idée d'avoir à manier, au commandement, le piston d'une seringue. La femme est mise en position obstétricale; la vulve et le vagin sont aseptisés, comme à l'ordinaire. Le ballon, préalablement bouilli, est roulé sous forme de cigare: pour ce faire on le dispose en calotte, puis on le plie en quatre de chaque côté de la ligne médiane, de telle sorte que son volume soit aussi réduit que possible et qu'il puisse être facilement saisi dans une pince spéciale qui est certainement préférable à une pince courbe quelconque. Il est prudent de faire en sorte que l'extrémité du ballon replié dépasse les mors de la pince. Généralement, on commence par rompre les membranes pour introduire le ballon dans l'intérieur même de l'œuf; cependant, si on ne réussit pas à provoquer cette rupture, on peut le placer entre l'œuf et la paroi utérine.

L'index et le médius étant introduits en arrière de la partie fœtale, dans le col, on glisse, sur ces doigts guides, le ballon, jusqu'à une profondeur de 10 à 12 cm. audessus de l'orifice interne. On ordonne alors à l'aide de pousser une injection d'eau bouillie dans le tube, à l'aide d'une seringue à hydrocèle ordinaire et, au moment même où l'eau commence à pénétrer, on dégraffe la pince (pour permettre l'ampliation du ballon) mais sans la retirer. Quand on sent le ballon suffisamment gonflé, on enlève séparément chaque branche de la pince après l'avoir désarticulée. Les doigts guides ne doivent pas être retirés avant que le col soit étroitement appliqué sur le ballon. Pour prévenir son échappement au cours de la manœuvre, il est indispensable que ces doigts le maintiennent en le repoussant en avant et en haut.

Le travail se déclare au bout d'un laps de temps plus ou moins long. Il faut en général 5 à 6 heures pour abtenir une dilatation complète. Chaque fois que les douleurs cessent, que l'on constate au doigt un arrêt du travail, on tourne le robinet de façon à laisser échapper une petite quantité de liquide, variable suivant le volume du ballon (environ 60 gr., pour un gros modèle), puis on tire sur le tube de façon à engager le ballon suivant un plus grand diamètre, enfin l'on réinjecte une quantité de liquide égale à celle qui a été extraite.

Dès que le ballon est dans le vagin, il faut le retirer tout gonflé pour dilater le conduit vagino-vulvaire, et profiter immédiatement du résultat obtenu, car le col se renferme assez vite.

(Le Concours Médical.)

GYNECOLOGIE

DU DIAGNOSTIC D'UN KYSTE DE L'OVAIRE LATENT JUSQU'AUX ACCIDENTS DE TORSION.

Par M. le Dr. A. Besson.

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté libre de Médecine.

Dans les cas de torsion du pédicule en général, deux cas peuvent se présenter: ou bien l'existence du kyste est connue depuis longtemps et dans ce cas, le diagnostic s'éclaire singulièrement; ou bien, comme dans le cas que nous venons de rappeler, le chirurgien se trouve en présence des accidents graves dus à la torsion, "en ignorant totalement l'existence antérieure du néoplasme ovarique." Nous nous plaçons uniquement ici à ce second point de vue et l'on conçoit facilement la très grande difficulté du diagnostic, rarement porté d'ailleurs. Nous essaierons cependant d'en préciser les éléments.

D'abord, établissons clairement la symptomatologie ordinaire de la "torsion aiguë et complète";

douleur subite très aiguë dans le bas ventre, atroce même, vomissements précoces et très fréquents, constipation, ballonnement et sensibilité du ventre, pouls petit et rapide, température modérément élevée (38 à 39), apparition d'une tumeur abdominale ou tout au moins, si la tumeur n'est pas perçue, existence d'une matité spéciale dans la région hypogastrique.

Étudions maintenant par ordre d'importance les affections dont une symptomatologie souvent très voisine peut prêter à confusion ;

"L'hématocèle rétro-utérine" a le même début "cataclysmique," selon l'expression consacrée; mais comme elle n'est dans la grande majorité des cas que l'expression clinique de la rupture d'une grossesse tubaire, les troubles menstruels ont été plus accusés et l'on peut trouver des signes de grossesse. Les signes objectifs sont différents: la tumeur de l'hématocèle est surtout pelvienne, plus diffuse; elle fait bomber fortement les culs-de-sac du vagin où le doigt explorateur reconnaît facilement l'existence d'une tumeur plus souvent élastique; le kyste est au contraire bien plus abdominal, plus mobile et l'utérus présente ses dimensions ordinaires.

Dans "l'occlusion aiguë," il y a "arrêt complet" des matières et des gaz, ce qui n'a pas lieu dans la torsion du pédicule; les vomissements deviennent fécaloïdes; la température, d'abord normale, monte rapidement et les symptômes ne vont qu'augmentant d'acuité, au lieu de diminuer; le ballonnement est plus accentué. De plus on ne rencontre pas cette zone de matité caractéristique, à connexion supérieure. Nous ne croyons pas que la tuméfaction d'une invagination puisse être une cause d'erreur.

"L'appendicite aiguë" peut prêter aussi à confusion. Cependant les phénomènes offrent ici une localisation bien spéciale qui est la fosse iliaque droite, et cela au triple point de vue de l'induration, de la résistance musculaire et de la douleur. Le toucher vaginal et le toucher rectal peuvent aider puissamment à la précision de cette détermination locale. La température est d'emblée plus élevée, le pouls moins rapide et plus fort, les vomissements sont moins fréquents. Des troubles digestifs antérieurs ont bien souvent précédé et d'ailleurs préparé la crise. Enfin, les abcès appendiculaires n'atteignent pas, d'emblée du moins, le volume d'un kyste de l'ovaire tordu. Il ne faudrait pas d'ailleurs hésiter de recourir à la chloroformisation pour approfondir l'examen.

Les "fibromes pédiculés de l'utérus" peuvent subir la torsion et présenter les mêmes symptômes subjectifs que dans la torsion d'un kyste ovarique. Le diagnostic pourra devenir très ardu et devra s'appuyer surtout sur les rapports de l'utérus et de la tumeur, sur l'existence de métrorrhagies antérieures (plus rares cependant dans les fibromes sous-séreux), sur l'augmentation de volume de la cavité utérine. De même "l'enclavement d'un fibrome utérin dans la cavité pelvienne"; mais ici les symptômes sont moins aigus et le toucher vaginal donnera de précieux renseignements, ainsi que l'hystérométrie.

"La rétroversion aiguë de l'utérus gravide" peut

offrir aussi un tableau symptomatique presque semblable, d'autant plus que la rétention d'urine que l'on y rencontre si fréquemment donne lieu à la production d'une tumeur abdominale fluctuante. Le cathétérisme et la recherche soigneuse des signes de grossesse, les modifications du col et sa situation derrière la symphyse pubienne fourniront de précieuses indications; par le toucher vaginal, l'on sent une tumeur lisse, rémittente, qui occupe l'excavation et le toucher rectal peut permettre de délimiter le fond de l'utérus. L'auscultation (souffle utérin) peut rendre des services; il ne faut cependant pas oublier qu'on peut le rencontrer aussi dans toutes les tumeurs volumineuses de l'abdomen.

Les "orifices herniaires" devront être soigneusement révisés afin d'éliminer l'existence possible d'un étranglement herniaire. Si la malade a une hernie, l'erreur peut être commise, témoin les cas de Pollosson et de Lawson-Tait.

Dans un cas de Dayot, la confusion fut faite tout d'abord avec une "hématométrie"; dans ce cas, l'hystérométrie léverait tous les doutes; la limitation d'âge restreint d'ailleurs ici considérablement les causes d'erreur.

Selon Coignerai, de "volumineuses salpingites purulentes kystiques" peuvent, en se tordant, donner lieu à des accidents comparables à ceux de la torsion pédiculaire d'un néoplasme ovarique. Le diagnostic serait alors d'une très grande difficulté; il faudrait tenir le plus grand compte de l'histoire génitale antérieure de la malade et de l'empâtement spécial de la région.

Toutes les diverses variétés étiologiques de "péritonites aiguës" peuvent donner lieu à des méprises on le conçoit d'autant mieux qu'en somme le tableau clinique de la torsion pédiculaire est un tableau péritonéal. Un interrogatoire minutieux et surtout la constatation d'une tumeur abdominale pourront seulement guider le chirurgien.

La forme intermittente de "l'hydronephrose" présente des douleurs très vives, une tumeur, des vomissements; mais l'étude des commémoratifs, le siège de la tumeur, son évolution, les troubles de la fonction urinaire, l'absence d'état fébrile, le cathétérisme de l'uretère au besoin, mettront sur la voie du diagnostic.

Les crises de "coliques hépatiques ou néphrétiques" ne pourront donner lieu qu'à une confusion passagère, qu'un sérieux examen dissipera rapidement.

Nous devons enfin signaler quelques "accidents qui atteignent le kyste de l'ovaire lui-même: "l'étranglement" du pédicule par une bride fibreuse, son "élongation" par des adhérences, une "hémorrhagie" intra-kystique. Ces complications ont une symptomatologie absolument identique à celle de la torsion, et le diagnostic en est impossible. La "rupture" du kyste peut encore se produire et c'est toujours le même cortège péritonéal; mais ici le ventre diminue brusquement de volume et l'on obtient alors tous les signes de l'ascite, dont le liquide se déplace suivant les lois de la pesanteur.

"En résumé," quelle idée synthétique pouvons-nous tirer de ce long exposé diagnostique? La grande cause d'erreur est ici l'intensité de la réac-

tion péritonéale qui, en somme, offre cliniquement le tableau de la péritonite aiguë. Le principal élément du diagnostic devra être, à notre avis, la constatation d'une tumeur abdominale, ou tout au moins d'une zone de matité abdominale inférieure de hauteur variable pouvant remonter jusqu'à l'ombilic, médiane ou affectant une prédominance marquée de latéralité droite ou gauche, bien limitée enfin à sa partie supérieure par une ligne convexe en haut. L'utérus en est bien distinct et les culs-de-sac vaginaux sont libres ou légèrement distendus. La constatation de cette tumeur ou de cette large matité éloignera plus particulièrement l'idée d'une péritonite par perforation, d'une hernie étranglée, d'une occlusion, de coliques hépatiques ou néphrétiques; en revanche sa situation bien abdominale et son indépendance de l'utérus permettront volontiers d'éliminer: l'hématocèle et la retroversion de l'utérus gravide à situation pelvienne appréciable surtout par le toucher vaginal, l'appendicite avec son plastron à localisation si précise, les fibromes pédiculés tordus, très voisins il est vrai, mais présentant des modifications utérines parallèles.

Il est bien évident que ce trop simple exposé schématique ne correspond pas à la difficulté très réelle de l'examen clinique; nous avons voulu seulement poser les jalons qui indiqueront au praticien l'orientation générale du diagnostic.

Disons en terminant que Mous a insisté sur deux signes qu'il considère comme très importants: 1. L'existence d'un souffle systolique à l'auscultation du pédicule tordu; 2. l'ondulation en masse de la tumeur, synchrone aux pulsations artérielles. Nous objecterons simplement qu'il sera d'abord très difficile de déterminer un foyer précis d'auscultation; qu'en second lieu, nous ne nous représentons guère la pulsation d'une tumeur dont tous les vaisseaux d'apport et de retour sont étroitement étranglés par la torsion du pédicule.

PRONOSTIC ET NECESSITE D'UNE INTERVENTION OPPORTUNE.

Le pronostic varie suivant l'évolution de la torsion. Terrillon admet quatre degrés; nous préférons en décrire simplement deux, suivant la division proposée par M. le Dr. Voituriez, 1. "torsion simple sans ischémie"; 2. "torsion avec ischémie". Le premier degré ne se traduit par aucun symptôme appréciable et n'intéresse le chirurgien qu'en ce qu'il peut n'être que le premier stade du second degré (Voituriez).

Nous avons ici uniquement en vue la deuxième forme de torsion, c'est-à-dire la "torsion aiguë, complète, avec apparition parallèle de phénomènes péritonitiques graves." Le pronostic en est évidemment très sombre et la malade exposée à mourir du fait des complications de cet accident: hémorragie interne grave, rupture ou sphacèle de la tumeur pouvant provoquer une péritonite mortelle, suppuration pelvienne entraînant la mort par cachexie, obstruction intestinale par compression, urémie par compression des urètres (Coignera).

L'on ne saurait, bien entendu, faire entrer en ligne de compte les cas favorables, mais combien rares ceux de détorsion du kyste, ou de greffe aux organes voisins après rupture de son pédicule (Chalot).

Le chirurgien doit donc intervenir "le plus tôt possible"; il doit tenir exactement la même conduite qu'il tiendrait en face d'une hernie étranglée. Le seul traitement efficace est évidemment "l'ovariotomie", qui est admise sans conteste par tous; la ponction abominale, vaginale ou rectale, l'incision avec drainage ou ablation partielle sont des traitements d'un autre âge et indignes des progrès récents de la chirurgie. La grossesse, même avancée, ne constitue pas un obstacle; dans un cas de Bouilly, la grossesse, qui était de 3 mois, continua sans incidents et se continua par un accouchement à terme; il faut savoir cependant que l'intervention est plus grave et que l'accouchement prématuré est assez souvent à craindre.

Nous ne dirons rien de l'acte opératoire en lui-même, qui consiste essentiellement dans l'incision de la paroi abdominale, la ponction du kyste, le détachement des adhérences et la section du pédicule après ligature. Les adhérences, étant de nouvelle formation, sont en général facilement décollables, mais on doit opérer dans certains cas une véritable décortication; il est bon de faire un drainage abdominal.

Ce qu'il importe surtout, c'est d'agir vite pour enrayer la réaction péritonéale et prévenir les accidents mortels qui accompagnent la torsion; la vie de la femme tient souvent à une question d'heures. Les statistiques sont d'ailleurs là pour montrer que le succès est la règle dans tous les cas où la chirurgie aura rempli sa véritable indication, c'est-à-dire d'être: opportune dans ses indications, radicale dans son intervention.

(Jour. Sc. méd., Lille.)

BIBLIOGRAPHIE

LE BIOMECHANISME OU NEOVITALISME.

Par M. le Prof. D. M. Benedikt.

Deuxième partie comprenant la formation des cristaux et le biomécanisme du développement des tissus. Edition française publiée et annotée par le Dr. E. Robert Tissot.

A. Malouine, Libraire-Editeur, 25 et 27 rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Un volume in-18 avec 23 figures..... 50 cts.

Cet ouvrage forme la seconde partie du "Biomécanisme" paru il y a quelques mois. L'intérêt qu'il éveille n'est pas inférieur à celui qu'à provoqué son aîné. C'est qu'il traite un "sujet sur lequel rien, jusqu'à ce jour, n'a encore été publié." L'auteur montre le passage de la matière dissoute à l'é-

tat de cristal. Cette étude a révélé "des faits nouveaux et extraordinaires," faits auxquels nous aurions peine à croire si les belles microphotographies qui accompagnent l'ouvrage n'étaient autant de témoins incapables de tromper. Nous voyons tour à tour la solution se diviser en partie d'inégale concentration puis la masse concentrée forme des "cellules" qui s'accroissent et finalement "expulsent" une partie de leur noyau. Autour de ce fragment éliminé se forme une nouvelle cellule. Ces cellules—ou précristaux—s'accroissent en attirant des matériaux nouveaux. Des canaux assurent cette nutrition, puis ils donneront naissance aux arts qui, avant de devenir virtuels, sont donc réels. Les cristaux prennent une forme déterminée dans chaque espèce de colloïde. A la forme des cristaux d'oxalase de chaux on reconnaît quelle est l'espèce végétale qui les a produits. Plus loin, les sels inorganiques forment dans les colloïdes des formes "vitaloïdes" dont la ressemblance avec les protozoaires les plus élevés est extraordinaire. Ailleurs le carbonate de chaux simule à s'y méprendre le tissu glandulaire. Enfin un cristal de bactérium coli est représenté en état de perturbation.

Le Dr. Leduc, de Nantes, de son côté, a reproduit avec la matière inerte des formes cellulaires et les figures compliquées de la karyokinèse. Benedikt rapproche tous ces faits en une synthèse logique et puissante. Pour nous, le doute n'est pas possible. "Les phénomènes que nous avons près des yeux relèvent de la vie. Un pont est donc jeté entre la matière vivante et la matière dite fautive. La vie est une manifestation de la seule énergie universelle." C'est dire tout l'intérêt qu'offre cet ouvrage pour les penseurs et pour les biologistes et les médecins.

————— : o' : —————

PRECIS DES MALADIES DES ENFANTS,

Par M. le Dr. L. Baumel.

Professeur de clinique des maladies des enfants à la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier, Médecin en chef à l'Hôpital suburbain.

F. R. de Rudeval, Editeur, 4 rue Antoine Dubois, Paris.

Un volume in-18 de 630 pages, avec 47 figures, dans le texte cartonné, 80 cts.

Au moment où les questions relatives à la Pédiatrie ont pris, en France, une si grande importance, M. le Professeur Baumel, profitant de son expérience déjà longue, a écrit un "Précis des maladies des enfants," essentiellement pratique et clinique, qui sera apprécié par l'étudiant en médecine et par le praticien. Dans un style simple et clair, serré et convaincant. M. le Professeur Baumel expose, "à sa façon" et "comme il les conçoit," les diverses maladies de l'enfance. C'est suffisamment indiquer le côté original de cet ouvrage, qui reflète l'enseignement du Maître et résume ses nombreux travaux en Pédiatrie.

Pour faire l'analyse d'un tel livre, il faudrait passer en revue chaque maladie décrite et signaler chemin faisant, la part contributive de l'auteur dans les progrès réalisés en la matière.

Nous nous contenterons de citer: "l'eczéma de la face et du cuir chevelu" chez l'enfant, "la chorée de Sydenham," l'incontinence nocturne d'urine," considérés comme "accidents de dentition"; les remarquables travaux de l'auteur sur le "diabète sucré," même étudié dans l'enfance; le "rôle" dévolu, selon lui, "plus à la contagion qu'à l'hérédité," dans la tuberculose; sa théorie de "l'ictère du nouveau-né"; celle du "sclérome," de "l'athropsie," de la "laryngite striduleuse," des "convulsions," de "l'épilepsie" si souvent "curable chez l'enfant; ses magistrales "descriptions" des "maladies générales," de la "fièvre de dentition," de "l'adénopathie trachéobronchique," de la "coqueluche" et "d'une forme anormale particulière au nourrisson"; ses idées personnelles sur le "parasitisme" en général" et, spécialement, sur le "muguet" et les "vers intestinaux"; ses remarques si intéressantes" sur la gastro-entérite," les "dyspepsies," le gros ventre," le "rachitisme," la "symphise du péricarde," les "adhérences épithéliales du gland et du prépuce," la "vulvo-vaginite" (blennorrhagique ou non) "et ses divers modes de propagation," la "syphilis héréditaire," etc.; enfin, l'importance de ses "considérations générales" sur la "physiologie, l'hygiène," la "pathologie," la "clinique" et la "thérapeutique infantiles". Cet ouvrage est illustré de 47 figures (dessins, photographies, radiographies, courbes, tracés), qui en rendent le texte encore plus intelligible, si c'est possible.

Le "Précis des maladies des enfants", de M. le Professeur Baumel, est appelé à rendre les plus signalés services à l'élève comme au praticien et, par suite, aux petits malades.

————— : o : —————

MANUEL D'ORTHOPEDIE VERTEBRALE,

Par M. le Dr. A. Chipault.

H. A. Maloine, Libraire-Editeur, 25 et 27 rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

Un vol. in-8.....80 cts.

Le manuel d'orthopédie vertébrale que publie le Dr. Chipault, dont nous n'avons pas besoin de rappeler la compétence reconnue par tout ce qui touche à la colonne vertébrale est essentiellement et uniquement un livre pratique. Il expose, avec une netteté parfaite, les divers problèmes thérapeutiques relatifs aux rhumatismes rachidiens, à la scoliose, au mal de Pott, au rhumatisme vertébral, et aux affections rares du rachis. Il met à la portée de tous les praticiens, avec tous les détails pratiques voulus, toutes les interventions si communément indiquées de l'orthopédie vertébrale. C'est un bon livre, facile à lire, d'une indiscutable utilité, d'un prix abordable à tous. Il est destiné à devenir classique.

————— : o : —————

SAC LOMBAIRE ET ALLEGE.

Du chargement du fantassin; ses rapports avec le développement de la tuberculose dans l'infanterie.

Nécessité d'adopter le chargement lombaire et d'alléger le poids du sac et de l'équipement militaire; moyens d'y parvenir.

A. Maloine, Libraire-Editeur, 25 et 27 rue de l'École-de-Médecine, Paris.

1 volume in-8 avec 17 figures... .. 40 cents.

Le livre que vient de publier le médecin-major Barthélemy avec la collaboration du capitaine Eychène mérite de retenir l'attention.

Le sujet qu'il traite est tout d'actualité; il vise deux questions de la plus haute importance: le développement de la tuberculose dans l'infanterie et l'allègement du chargement mieux réparti du fantassin, tel que l'exigent à la fois la physiologie et la bonne utilisation de notre infanterie en campagne.

Voulons-nous avoir des soldats au lieu de portefaix? Désirons-nous diminuer les ravages de la tuberculose dans l'infanterie? Tel est le problème que pose le médecin-major Barthélemy, et dont il donne la solution avec des arguments qui nous paraissent péremptoires.

Des expériences faites en Autriche, en Allemagne et en France, il résulte que le chargement total du fantassin ne doit pas dépasser le tiers du poids du corps; si l'on veut conserver à l'homme la vigueur et la mobilité nécessaires pour marcher et pour combattre.

Avec quels objets devra-t-on constituer ce chargement?

C'est là une question qui concerne surtout les militaires. Le médecin-major Barthélemy a fait appel, pour la traiter, à la compétence éclairée du capitaine Eychène, qui appuie les différentes propositions qu'il émet sur des considérations dont on appréciera toute la justesse.

Cinq dessins et douze photographies ornent le texte et en augmentent la clarté.

Otologie, Rhinologie, Laryngologie.

LESIONS NASALES ET LARMOIEMENT.

Le Dr. Georges Gellé a examiné les fosses nasales de 100 individus des deux sexes qui se sont présentés à la "Clinique ophtalmologique de l'Hôtel Dieu" pour des formes diverses de rétrécissement des voies lacrymales.

Dans 50 p. 100 des cas, il a trouvé les fosses nasales "normales" ou atteintes seulement de malformations (déviations, épaissements de la cloison) n'ayant pu avoir que peu d'influence sur la production des lésions du canal lacrymo-nasal.

Dans les 50 autres cas, il a constaté diverses lésions qui sont, par ordre de fréquence: la rhinite hypertrophique (21 fois) la rhinite purulente (10 fois) et l'ozène (6 fois), etc." Il attire l'attention sur 2 cas de tuberculose nasale cliniquement insoupçonnés et s'accompagnant de tuberculose des voies lacrymales.

Contrairement à l'opinion généralement admise il n'admet pas que l'obstruction mécanique soit bien souvent la cause du larmolement au cours de la rhinite chronique; pour lui, le plus souvent, sinon toujours, il s'agit d'infection.

Malheureusement à l'époque où l'on examine, le plus souvent les malades atteints d'épiphora la lésion du canal est définitivement constituée, l'infection du sac accomplie, Cela explique les échecs trop fréquents du traitement nasal tardif. C'est à la période prodromique, par le traitement précoce et sérieusement conduit des rhinites mêmes légères, qu'il faudrait agir.

Il est en effet vraisemblable d'admettre comme le dit G. Gellé, qu'à des infections nasales aiguës pouvant succéder des infections du canal nasal, allant jusqu'au sac, mais que, quand l'infection nasale disparaît, l'infection lacrymale persiste seule pour une cause encore à trouver.

Même chose se passe pour les affections du cavum et de l'oreille moyenne, et il en serait pour les dacryocystites comme pour nombre de salpingites et de pyélites par infection ascendante, qui se manifestent plus ou moins longtemps après que les affections utérines ou vésico-primitives ont disparu.

A l'heure actuelle, la période de début nous échappe souvent; c'est par l'association de la rhinologie à l'ophtalmologie que l'on arrivera à saisir le moment d'une action efficace.

(Société française de l'aryngologie.)

— : o : —

FORMULAIRE

TRAITEMENT DES LESIONS SEBORRHEIQUES (PERINEE, CUIR CHEVELU).

Il n'est pas rare de voir se produire dans la région périnéale des lésions séborrhéiques avec exco-riations légères s'accompagnent de violentes démangeaisons. On peut traiter ces cas de la manière suivante, qui peut s'appliquer d'ailleurs à toutes les lésions eczémateuses rebelles de cette région.

On lavera, soir et matin, avec de l'eau bouillie, à température très élevée, aussi chaude qu'on pourra la supporter. On touchera ensuite les parties malades avec la solution suivante:

Acide picrique... .. 25 cene.
Eau distillée 25 gr.

On appliquera ensuite, matin et soir, la pom-
made suivante:|

Ichthyol...	1 gr.
Oxyde de zinc...	3 gr.
Lanoline...	6 gr.
Vaseline...	12 gr.

On poudre ensuite avec un mélange à parties égales de talc et d'oxyde de zinc.

Dans les cas de séborrhée sèche ou de pellicules du cuir chevelu, M. Brocq fait souvent la prescription suivante:

Appliquer la pommade:

Résorcine...	20 cent.
Souffre...	2 gr.
Baume du Pérou...	40 cent.
Vaseline...	20 cent.

Lotionner, le matin, le cuir chevelu avec de l'eau chaude dans laquelle on aura ajouté pour un quart de verre:

Polysulfure de potasse liquide 30 à 150 gouttes.
Teinture de benjoin..... 10 à 30 gouttes.

Si le cuir chevelu est trop encrassé, on peut le nettoyer avec la liqueur d'Hoffmann.

BROCCQ.

(Jour. de Méd. de Bordeaux.)

TRAITEMENT DU TAENIA.

Inutile de faire jeûner le malade la veille du jour de l'absorption: il suffit de lui conseiller de manger un peu moins abondamment qu'à l'ordinaire.

Le matin, à jeun, faire prendre, de demi-heure en demi-heure, les vingt bols ou cachets suivants, à raison de cinq par demi-heure:

Semence de courge...	40 grammes.
Extrait mou et frais d'écorce de racine de grenadier.....	10 grammes

pour 20 bols, ou 20 cachets.

Une demi-heure après l'absorption des cinq derniers bols ou cachets, administrer le purgatif suivant:

Eau-de-vie allemande...	25 grammes
Sirop de nerprun.....	"

Prendre ensuite du thé léger ou du bouillon aux herbes. Le taenia est en général expulsé dans la matinée et d'un seul bloc.

(Le Concours médical.)

NOUVELLES.

Naissance:

—A Montréal, le 1 du courant, au No. 2187 rue Saint-Laurent, l'épouse de M. le Dr. J. G. Dugas, un fils.

Mariages:

—Le 31 mai a eu lieu à l'église de la Pointe St.-Charles le mariage de M. le Dr. W. Collerette à Mademoiselle Ida Holmes.

Après la cérémonie il y a eu réception et un goûter fût servi. M. et Mme Collerette sont partis pour un voyage de quelques jours.

—A Québec, le 6 de ce mois, M. le Dr. La Broquerie de La Bruère, fils de l'hon. P. B. de La Bruère, conduisait à l'autel Mlle. Alice Dufresne, de Québec.

—A l'église de l'Immaculée Conception de cette ville, le mariage de M. le Dr. C. Fafard à Melle. Poitras, fille de M. Alphonse Poitras.

—A Québec, le 7 courant, M. le Dr. Lauréat P. Ducharme, de Lewiston, Me., conduisait à l'autel, Mlle. Florida Morrisset.

—Le mariage de M. le Dr. J. R. Lalonde, à Mademoiselle Gilberte Beaudry, fille de M. Louis Beaudry, de la rue Saint-Hubert, a eu lieu ces jours derniers, à la chapelle du Sacré-Coeur, église Saint-Jacques. M. l'abbé Rousseau a donné la bénédiction nuptiale.

MM. Lalonde et Beaudry servaient de témoins aux mariés.

Après la cérémonie religieuse, un goûter fut servi chez M. et Madame Beaudry.

M. et Mme Lalonde sont partis pour un voyage à New-York, Boston, Philadelphie et Atlantic City.

Nécrologie:

—Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr. Jacques-Eugène Nolin, du Bureau d'Hygiène de cette ville, décédé le 2 de ce mois à l'âge de 70 ans 9 mois et 14 jours.

Le Dr. Nolin est né à l'Assomption, P. Q. Il était le fils du lieutenant-colonel L. Gonzague Nolin de cet endroit.

Il fit ses études classiques au Collège de l'Assomption (1846-1858) et ses études médicales à l'École de Médecine et de Chirurgie, à Montréal, où il fut reçu médecin en 1858.

Le Dr. Nolin pratiqua, avec dévouement et abnégation, sa profession de 1858 à 1880, à Saint-Jacques de l'Achigan.

De 1880 à sa mort, il habita notre ville.

Il entra au service du bureau de santé de Montréal, le 7 avril 1885 et fut médecin de l'hôpital des variolés durant la terrible épidémie.

Nos sincères condoléances à la famille.

SUPPLEMENT

HERMAPHRODITISME ET ERREURS DE SEXE.

(Suite et fin.)

"D'après Ziegler quand un appareil sexuel coexiste avec une autre partie d'un autre appareil sexuel mâle ou femelle, on est en présence d'une malformation appelée "hermaphroditisme." Lorsque les deux glandes sexuelles existent, on dit qu'il y a "hermaphroditisme vrai." Quand dans ce mélange de deux sexes, il y a seulement combinaison des canaux sexuels mâles ou femelles avec des organes génitaux externes d'un autre sexe, on dit qu'il y a "pseudo-hermaphroditisme." Dans ce cas, le sexe est déterminé par la glande génitale.

"L'organisation des hermaphrodites présente souvent une combinaison des apparences mâle et femelle, par exemple le développement de la poitrine et une conformation du cou et des épaules rappelant le type femelle, tandis qu'en même temps l'existence de la barbe, la physionomie, le larynx et la voix rappellent plutôt le type mâle. Chez les pseudo-hermaphrodites, l'habitus extérieur n'est pas toujours en rapport avec le sexe réel. Par exemple, un hermaphrodite mâle peut présenter un aspect féminin et inversement."

Nous allons donner succinctement l'histoire des hermaphrodites.

"D'après Pline, sous le consulat de Licinius Crassus, une jeune fille étant devenue garçon sous les yeux des ses parents, fut aussitôt transportée dans une île déserte par ordre des Aruspices.

"Licinius Mucianus atteste qu'il a vu, dans la ville d'Argos, un jeune homme appelé Aresco, qui, d'abord, avait eu le sexe et le nom d'une fille et avait été marié à un homme, mais, pendant son mariage, la barbe et les organes générateurs ayant poussé, il épousa une femme. Le même Licinius ajoute qu'à Smyrne, il fut témoin d'un fait semblable.

"Moi-même, ajoute Pline, j'ai vu Lucius Cofficius, citoyen de Thyriditane, marié en qualité de femme et déclaré homme le jour même de ses nocces."

Un nid d'hermaphrodites ou "ribaudes du XVIIe siècle, fut découvert à Rome et on les déféra à la Sainte Inquisition.

Ces malheureuses ont été sauvées des flammes du bûcher par le médecin Zacchias qui parla ainsi devant les terribles juges, prédécesseurs de Torquemada:

"Il y a dans l'espèce humaine, comme dans les végétaux, des monstruosité de constitution. Les sujets que le saint Tribunal m'a ordonné d'explorer sont des hermaphrodites, c'est-à-dire des êtres chez lesquels les parties honteuses ont éprouvé un arrêt ou un accès de développement; mais ce sont des créatures humaines."

Au XVIIIe siècle, la nommée Grandjean, de Lyon, se faisait passer publiquement pour homme et femme à la fois.

"Verneuil" prouva que cet hermaphrodite était réellement une femme, ayant un clitoris anormal et très développé comme autrefois les habitants de Lesbos.

Handy a vu, en 1807, à Lisbonne, un cas d'hermaphrodite très curieux. Ce sujet, portant la barbe au menton, fut fécondé trois fois, et chaque fois, l'avortement se produisit au troisième mois.

Le "Dictionnaire de Médecine" parle d'un enfant, né en 1792, dans la paroisse de Bu et ayant reçu le nom de Marie.

A 14 ans, les testicules descendirent dans les aines et l'individu prit l'allure masculine!

Il lui fallut plusieurs mois pour s'habituer à l'idée qu'elle n'était plus femme.

On assure qu'Adélaïde Prévile, mariée à 18 ans à un jeune homme ardent, remplit toujours fort bien ses devoirs conjugaux. Elle succomba à un âge avancée à l'Hôtel-Dieu de Paris. A l'autopsie, on reconnut qu'il s'agissait d'une personne du sexe masculin.

A Durate, au Mongol, certains hermaphrodites portent le turban des hommes avec les vêtements de femme pour faire connaître qu'ils pensent avoir les deux sexes.

Marguerite Malaure, une jeune fille de Toulouse, vint à Paris à la fin du XVIIe siècle, l'épée au côté et le chapeau retroussé. Elle se vantait d'être hermaphrodite. Cette sémillante jeune fille fit des dupes.

Siviard, après l'avoir examinée, déclara que ces cas prétendu d'hermaphroditisme était dû à l'existence d'une descente de matrice; il prouva ce fait en réduisant, séance tenante, la descente utérine!

Marguerite Malaure, grâce au roi, put reprendre ses vêtements de femme qui lui avaient été interdits par le tribunal de Toulouse.

En avril 1895, M. le docteur "Lagneau" a présenté à l'Académie de médecine de Paris les photographies de deux hermaphrodites, tous deux inscrits comme filles lors de leur naissance. Chez ces deux sujets, la fente vulvaire est intermédiaire aux deux lèvres ou lobes d'un scrotum bifide. L'un d'eux présente un testicule dans la grande lèvres.

Selon cet auteur, ces cas ne seraient pas rares et les malformations des organes génito-urinaires s'observeraient environ sur 5 sujets pour 100. Il y a évidemment, dans cette affirmation, une jolie exagération.

D'autres observations analogues ont été produites à l'Académie de Paris.

En mai 1892, Boeckl signale le cas absolument patent d'un jeune homme qu'on croyait atteint de hernie.

Le célèbre chirurgien de Strasbourg a enlevé à ce malade une trompe et un utérus inclus dans les bourses, à côté d'un testicule.

Voilà un fait qui est loin d'être banal.

Enfin, dans le courant d'avril de l'année 1891, "Polaillon" a écrit l'observation d'une femme ma-

riée, dont les organes génitaux "externes" ne présentaient rien d'anormal.

Il a été consulté pour remédier à une absence de vagin. Celui-ci était représenté par une dépression d'un centimètre environ, siégeant au-dessus de la fourchette. Pas d'utérus reconnaissable cliniquement. La jeune femme portait en outre, dans chaque aîne, une petite tumeur arrondie dont le volume ne variait point à la fin de chaque mois; d'ailleurs, la malade n'a jamais eu ni menstrues ni poussées menstruelles.

M. Polaillon n'intervenant pas assez vite, au gré de la malade, celle-ci quitta le service et s'adonna à la vie galante; et lorsque, quelques mois après, elle revint se faire soigner, le vagin, par l'usage, avait acquis une longueur égale à celle de l'index et permettait l'introduction d'un spéculum de Cusco. Atteinte d'albuminurie grave, la malade ne tarda pas à succomber et, à l'autopsie, on constata une absence complète d'utérus et des annexes.

L'examen microscopique des grosseurs des aînes, fait par M. Cornil, démontra qu'il s'agissait de testicules. Cette femme était donc un homme, mais rien, dans son examen physique, ne pouvait faire soupçonner son sexe véritable.

Nous ne voulons pas terminer cette rapide revue sans rappeler la légende de la belle nymphe Salmacis, éprise "d'Hermaphrodite," engendrée par Mercure (Hermès) et par Vénus (Aphrodite), offrant sur son beau corps, la réunion des deux sexes. Voyant qu'elle n'obtenait qu'indifférence cruelle en échange de son amour, elle pria Jupiter de l'unir si étroitement à celui qu'elle adorait, que leurs deux corps n'en formassent plus qu'un seul; sa prière fut exaucée.

Dr. H. Lambinon. (In Journal d'Accouchements.)

—: o: —

LA MODE ET LES VÊTEMENTS.

Par M. le Dr. Henry Labonne.

Un philosophe a défini la mode avec esprit en disant que "c'était l'art de faire porter à tous ce qui ne sied qu'à quelques-uns".

Louis Quatorze avait des loupes sur la tête; pour les dissimuler il prit perruque, immédiatement les courtisans en firent autant. Voilà pourquoi, à Londres, on voit les magistrats siéger de nos jours avec les grotesques coiffures artificielles de l'époque dont je parle: c'est le cas de dire avec feu notre compatriote Mac Nab:

"Peuvent donc pas s'habiller comme tout le monde!" Et quand les magistrats de chaque pays seraient ainsi qu'aux États-Unis costumés comme tout le monde, où serait le mal? Une mauvaise langue me contait qu'à Paris la toque servait aux juges de jouets. Ils la posent sur la table, mettent dessus un enjeu, puis surveillent le vol des mouches. La première qui se pose rend vainqueur l'heureux propriétaire de ce noble couvrechef.

Nonobstant que le pauvre diable attend avec anxiété une décision de dame Thémis! Je ne pense pas que certains usent de la supercherie de Napoléon III qui avait mis un morceau de viande sous son chapeau pour attirer le vol prophétique de son aigle, en débarquant à Boulogne. Mais, laissons, si vous le voulez, ces petites histoires pour en revenir à notre grave sujet.

Une femme maigre voit passer sur la promenade, une concurrente, une rivalité dans la personne d'une dame bien faite, ronde, potelée, avec des hanches ou un tambour qui bombent harmonieusement sous les plis de la robe, que fait-elle? Elle va chez sa couturière, la prie d'ajouter sur son squelette les rembourrages variés ou les falbalas que vous connaissez; ainsi se crée une mode: crinoline chez nos grand'mères, sous-lieutenants chez nos contemporaines (les faux-derrières s'appelaient ainsi, il n'y a pas bien longtemps).

Mais la fausse pièce par excellence, la plus anti-hygiénique c'est le "corset"; aussi vais-je taper ferme sur cet ajustement aussi nuisible à l'allaitement qu'à la maternité. Ah! s'il se contentait de soutenir les faibles, de comprimer les forts et de ramener les égarés, je lui pardonnerais, mais il apporte à la circulation du sang un obstacle mécanique générateur de beaucoup de maladies et son abus provoque de funestes déplacements d'organe.

Lorsqu'on serre très fort le corset d'une élégante on peut chasser son rein et le sentir se déplacer vers le bas. Cette constatation est des plus manifestes chez celles à qui la nature a refusé l'embonpoint; or, ce rein flottant ou rein mobile, peut être considéré comme une maladie sérieuse. Le foie participe à la descente, car l'abaissement d'une partie entraîne fatalement le reste, et il en résulte toute la gamme des troubles de la digestion ou de l'assimilation. L'estomac lui-même pincé prend la forme d'un bateau, dans le cal duquel s'accumulent, pour corser la comparaison, des résidus organiques, véritables foyers de fermentation putrides.

Il y a beau temps que l'Anglaise pratique s'est affranchie de cet instrument de torture. L'esthétique s'y est faite, qui sait si aux futurs siècles on ne rira pas en contemplant les gravures actuelles représentant des tailles de guêpe.

Il y a en France, huit fois plus de femmes que d'hommes atteintes de maux d'estomac, grâce au corset!

Conclusion pratique. — Evitez, mesdames, tous les vêtements qui sont serrés à la taille, et ne portez que les corsets dits de grossesse, c'est-à-dire ceux qui se peuvent élargir progressivement sans comprimer les seins ni l'estomac. Economiquement vous pouvez remplacer les buscs rigides et inflexibles, par une large bande élastique.

(Le Médecin.)

—: o: —

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 15 JUIN, 1904.

No. 51

EDITORIAL

ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMERIQUE DU NORD.

Les préparatifs de l'organisation du 21^{ème} Congrès des médecins de langue française sont à peu près terminés. Les adhésions sont déjà nombreuses, la liste des travaux nous promet des séances aussi instructives qu'intéressantes. La réception à l'Université et la séance solennelle d'ouverture du Congrès, seront des événements qui ne manqueront pas d'attirer. Il a été convenu que la première séance aurait lieu mardi le 28 juin matin à 9 h-2 hrs pour entendre le discours du président, et qu'immédiatement après le Congrès siégerait en séance générale pour entendre les rapports en chirurgie et en médecine.

Il est probable que les deux séances de l'avant midi et de l'après-midi seront consacrées à cette fin, après quoi auront lieu les travaux des différentes sections. Dans l'incertitude où se trouve le comité d'organisation au sujet du nombre probable de souscripteurs au banquet, il a été décidé de choisir le Viger ou l'on peut accommoder deux cents convives. Les médecins qui désirent prendre part à ce banquet feront bien de s'inscrire au plus tôt car il pourrait se faire qu'il y aurait plus de demandes que de billets. Le professeur Pozzi est attendu à Montréal le 26 courant il sera l'hôte du Dr. Monod et adressera la parole à l'ouverture solennelle qui aura lieu dans la grande salle de promotion de l'Université Laval le 28 au soir.

Il est à désirer que le prochain Congrès soit une manifestation éloquente de la vitalité scientifique de l'élément Canadien français, il est à souhaiter que nos confrères viennent en grand nombre assurer le succès de cette œuvre patriotique, soit en s'inscrivant comme membre, soit ce qui serait encore préférable, en prenant part aux délibérations.

— : o : —

Travaux Originaux

VISION ET LUNETTES.

Par M. le Dr. Jehin-Prume,

Ancien élève de l'Université de Paris.

Voici un sujet, qui, tout en paraissant excessivement "vieillot" n'en est pas moins d'une actualité constante. En effet, il faut remarquer que le nombre de gens portant des lunettes au lieu de diminuer, augmente au contraire avec une impétuosité remarquable. Je sais que beaucoup mettent ceci sous le compte d'une fosse coquetterie, si toutefois il y avait coquetterie à s'affubler le nez d'une pince de métal et à se mettre des carreaux devant les yeux.

Non, pour tous ceux qui ont étudié la question, pour tous ceux qui ont suivi de près les demandes constantes que font chaque jour la société moderne à la science optique, ont vu, que ce n'était pas de vaines demandes capricieuses mais une nécessité exigée par un besoin réel.

En somme qu'elle est la raison de cette augmentation des troubles oculaires?

Je dirai d'abord, que bon nombre de cas existaient depuis longtemps, mais ne voulaient s'en rendre compte, peut-être par crainte d'avoir à porter binocles ou lunettes, ou encore par ignorance des méthodes existantes. Car il n'y a pas à dire, bien plus nombreux sont ceux ne voulant pas porter des lunettes, que ceux qui s'en affublent pour la forme. Cependant les progrès de la science aidant les routines et les superstitions disparaissant, les gens quelle que soit la caste sociale à laquelle elles appartiennent, comprennent que les yeux

exigaient des soins tout particuliers, soins que nous prodignons à nos autres organes, qui cependant n'ont pas la délicatesse et la fragilité de l'organe visuel.

Une autre chose qui a, en elle-même, une importance que je dénomerais de primordiale, est les soins de la vision chez les enfants.

Pas plus tard que l'autre jour, je rencontrais une dame qui me disait:

— « Pourriez-vous me dire, pourquoi on rencontre tant d'enfants portant des lunettes ? »

La réponse en est bien simple.

Tout d'abord l'éclairage défectueux des salles d'études, ensuite l'augmentation constante des programmes primaires et universitaires.

Une chose reconnue, est la négligence presque universelle apportée à l'éclairage naturel et artificiel des écoles et pensionnats. Ténèbres ou lumières mal disposées, élèves situées dans le pénombre de la pièce ou encore, recevant en face un éclairage plus ou moins violent. Or pour que l'élève soit dans un état hygiénique favorable à sa vision il faut que la lumière frappe le livre ou le cahier, sans que pour cela les rayons lumineux soient projetés sur la figure. Il sera donc préférable que la lumière vienne soit d'arrière ou de côté, ou qu'encore, l'élève se serve d'un abat-jour protecteur.

Quant à la question des études, celle-ci est incontestable, car nous savons que tous les travaux d'application poussés à l'extrême peuvent provoquer des troubles du côté de l'accommodation où des muscles. (Asthénopie et Myopie.) Aussi voyons nous apparaître fréquemment ces affections visuelles chez les graveurs, dessinateurs, brodeuses en un mot chez tous ceux qui se livrent à des travaux menus et prolongés.

La lumière joue aussi un grand rôle, et a donné naissance à de nombreux écrits, entre autres ceux du Professeur Mottet, (d'Angers.). Actuellement nous avons à notre usage la lampe, le gaz, l'électricité, mais quel que soit le mode d'éclairage, il faut pour

qu'il soit complet qu'il comporte en lui deux états indispensables;

1. Stabilité.
2. Régularité.

En effet, la lumière doit être blanche et non mixte et ne comporter en elle trop de rouge ou de rayons ultra-violet. Ainsi l'électricité est jaune, le gaz non convenablement clarifié émet des rayons rouges. Donc pour l'usage des habitations et des ateliers, l'électricité à globes mats et le gaz avec manchon Auer.

Si la lumière est trablottante, elle sera la cause de fatigues oculaires, ici encore l'électricité et le bec Auer se présentent comme répondant à toutes éventualités.

Je ne parlerai des troubles de la vision dus à un état général défectueux, (Asthénopie accommodative.) qu'à titres de simple curiosité. On sait que l'œil étant un des organes les plus délicats du corps humain, sera un des plus vite affecté lors de troubles causant une dépression générale de l'économie. Aussi voyons nous une foule de personnes atteintes de débilité générale, névroses, anémie, chlorose, et convalescence, se plaindre de fatigues oculaires, fatigues auxquelles il nous sera facile de suppléer par l'usage rationnel de verres appropriés.

C'est surtout chez la femme que nous rencontrons cet état de chose, chez celles qui doivent se livrer à des travaux prolongés tels que la couture et la broderie. Aussi ne se passe-t-il guère de semaines sans que des jeunes filles, ou femmes viennent réclamer à l'optique si-non une guérison, du moins un soulagement et une aide.

Ceux qui voyagent en chemin de fer savent combien est fatigant pour la vision le perpétuel mouvement qui communique à notre journal ou à notre livre des vibrations incessantes. Ici encore nous trouvons une cause de fatigue qui peut à la longue, provoquer une véritable perturbation dans les fonctions accommodatives.

Par ce qui précède, nous sommes à même de constater que les facteurs de troubles vi-

suels sont nombreux et nous entourent de tous côtés. Ceci sans compter l'astigmatisme, la myopie et l'hypermétropie congénitale et héréditaire et la presbytie causée par l'âge.

Il est donc de toute importance que chacun apporte à ses yeux des soins attentifs et intelligents, tout d'abord en se plaçant dans des dispositions hygiéniques convenables, ensuite en parant au plus vite aux troubles naissants.

Lorsqu'on éprouve les premiers symptômes de fatigue oculaire il est bon de consulter une personne compétante pouvant par ses conseils nous mettre sur nos gardes contre des troubles plus graves. Ne pas craindre l'usage de verres, car s'ils présentent un désavantage esthétique, il nous sont d'un précieux concours au point de vue vision. De toute façon des verres appropriés ne peuvent être désavantageux, ils aident l'accommodation et repose le regard.

Combien de fois ais-je entendu des personnes me dire:

—Je ne veux pas porter des verres parce que je crains de m'y habituer.

Erreur profonde, si l'œil a besoin de verres c'est preuve qu'il lui en faut et lui refuser l'aide qu'il demande est donner force au mal et lui permettre une rérudescence dangereuse.

Mais d'un autre côté il faut bien savoir que l'œil est trop délicat pour être laissé à des mains profanes. Ceux-là seuls devront être consultés, qui par une étude approfondie de l'ophtalmoscopie et de la réfraction seront à même de faire un diagnostic positif. Aussi le malade ne peut être trop particulier et éviter certains individus qui pour un bénéfice matériel, négligent par ignorance tout examen scientifique.

Il devra être en garde contre l'usage de verres quelconque. Combien sont nombreux ceux qui prennent au hasard un lorgnon soit sur l'étagère d'un magasin de nouveauté ou dans le fond d'un tiroir. Il est impossible d'avoir un verre exact sans un examen complet. Et chose bonne à savoir, la science de

l'optique est difficile et demande des études spéciales.

En plus du verre proprement dit, la question monture est plus importante qu'on serait à même de le croire.

Une monture de lunette ou de lorgnon mal ajustée, trop grande ou trop petite, peut être cause de troubles visuels considérables. Ceci en ne plaçant pas l'axe du regard dans l'axe du verre et en faisant devier les rayons visuels.

Plus d'une fois j'ai examiné des patients se plaignant d'une sensation de lassitude dans les globes oculaires, douleurs sur le front et maux de têtes, et grâce à une monture nouvelle ou même à une ancienne monture redressée ou mise en bon ordre, tous les symptômes fâcheux disparaître comme par enchantement.

Ici est la science de l'opticien, science qui demande souvent de longues années d'expérience.

En résumé, le verre est à la vue ce que le fer est au sang, c'est-à-dire la force, l'énergie et la vitalité. Par lui l'œil peut garder longtemps sa vivacité juvénile et par lui celui qui a besoin du travail pour apporter à la maison le pain quotidien, trouvera le confort dans son ouvrage.

L'Écriture à dit:

"Ayez des yeux pour voir"

"Des oreilles pour entendre"

On pourrait aussi ajouter:

"Une intelligence pour comprendre ou est votre bien."

New York, Juin 1904

— : o : —

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

SEANCE DE CLOTURE DU 7 JUIN, 1904.

Dr. Valin président, au fauteuil,

MM. les Docteurs: Décarie, Laramé, Bernier, Cléroux, Boucher, L. E. Fortier, Hamelin, Villeneuve, LeCavalier, LeSage, E. G. Asselin, Henri Duhamel, Dubé, Rivet, Her-

vieux, A. de Martigny, Ricard, Gagnon, Wm. Derome, Carrel, de Lyon, F. de Martigny.

M. le Dr. F. de Martigny, est heureux de constater la présence, à la séance de la Société, d'un très distingué confrère de Lyon, il prend grand plaisir à proposer que M. le Dr. Carrel, ancien prosecteur à la faculté de Lyon, assistant du Professeur Testut, soit nommé membre honoraire de la Société Médicale de Montréal. Adopté à l'unanimité.

Le Président, le Docteur Valin, dit combien la Société est honoré d'admettre Monsieur le Dr. Carrel comme membre honoraire et le prie de bien vouloir prendre part à la discussion.

M. le Dr. Valin présente un malade, âgé de 60 ans, atteint d'une gomme syphilitique du testicule droit et simultanément de quatre gommages des poignets et du genou. Il a traité ce malade l'année dernière, pour des plaques syphilitiques du scrotum et pour une gomme du poignet.

Il a institué le traitement spécifique il y a 15 jours, et déjà il y a une grande amélioration.

M. le Dr. Valin s'élève fortement contre l'absence d'un enseignement pratique et suivi de la dermatologie à la faculté, il insiste sur l'importance de cet enseignement,

M. le Dr. A. de Martigny insiste, lui aussi, sur l'importance de la chaire de dermatologie et il se demande si une pression vigoureuse, de la Société Médicale de Montréal, auprès des autorités de la Faculté, ne serait pas de nature à décider les professeurs à créer cette chaire.

M. le Dr. Dubé se demande si le fait que le malade, de M. le Dr. Valin est menuisier charpentier et qu'il est obligé de travailler à genou s'aidant souvent de ses coudes, n'est pas suffisant pour expliquer l'apparition des gommages des coudes et des genoux. ?

M. le Dr. de Martigny dit que c'est classique.

M. le Dr. W. Derome. Fibrome utérin, pièce anatomique.

La communication de M. le Dr. Derome paraîtra in extenso dans un prochain numéro.

M. le Dr. Carrel demande à M. le Dr. Dérome si, après avoir fait son diagnostic, il n'a pas songé à faire l'hystérectomie vaginale et si dans ce cas il emploie toujours la voie abdominale et pour quelles raisons.

M. le Dr. Dérome répond que c'est parce qu'il préfère la voie abdominale.

M. le Dr. F. de Martigny félicite M. le Dr. Dérome sur son manuel opératoire, du résultat brillant qu'il a obtenu. Il trouve que ce cas peut se calquer sur l'observation de la malade dont il a présenté la pièce à la précédente séance de la Société. La seule différence c'est que dans le cas de M. le Dr. Dérome le polype n'est pas encore expulsé du

col. Dans ce cas d'utérus petits, mobiles, il préfère de beaucoup la voie vaginale. Cette voie permet de laisser en place les ovaires, de faire ainsi de l'opothérapie physiologique, les ovaires continuant à sécréter leur suc propre, et les malades n'éprouvant pas les ennuis de la castration totale.

M. le Dr. Dérome croit que dans le cas présent il aurait été difficile de faire l'hystérectomie vaginale à cause de l'étroitesse du vagin, de plus par la voie vaginale on est exposé à laisser en place, sans les examiner, des ovaires malades. De plus le choix de la voie opératoire a déjà fait le sujet de longues discussions en Amérique et à l'étranger, et il serait inutile ce semble, d'y revenir pour l'éterniser. La palme semble être acquise à la voie abdominale.

M. le Dr. de Martigny ne croit pas que dans ces cas de petits utérus mobiles, la voie vaginale complique l'acte opératoire; il ajoute qu'il est très facile, l'utérus enlevé, d'examiner les ovaires de les enlever au besoin, ou de les réséquer, suivant le cas.

M. le Dr. Dubé: Un cas de péricardite.

M. le Dr. Dubé a traité l'hiver dernier une jeune fille de 18 ans atteinte d'une endocardite.

Cette malade avait souffert, à l'âge de huit ans, d'une fièvre typhoïde, et quelque temps auparavant d'une chute sur la jambe et une ostéomyélite. Sous l'effet du traitement: spartéine, immobilisation et régime lacté elle a parfaitement guérie. Il n'existe plus de bruit de souffle.

M. le Dr. Valin: Un élément de première importance dans le traitement de l'ulcère de la jambe (Sera publié au long dans un prochain numéro.)

M. le Dr. Carrel partage complètement l'opinion de M. le Dr. Valin. Il croit que l'immobilisation complète de la jambe malade dans la position élevée ou horizontale est de première importance. Le pansement est moins important que l'immobilisation. Tous les pansements sont bons: ouatés, compressifs, avec ou sans antiseptiques. Au nombre de ces derniers il emploie le vin aromatique du codex, l'eau boriquée bouillie, l'acide picrique, la poudre de talc. Il est opposé à l'emploi du sublimé.

Cette séance est la dernière de l'année. La séance d'ouverture aura lieu le mardi 11 octobre prochain, à 9 hrs précises.

Nous sommes heureux de constater que jamais la Société médicale n'a été aussi vivante, que pendant l'année qui vient de se terminer. Ce résultat est dû aux officiers et au distingué président, qui s'est prodigué durant toute l'année. Nous sommes heureux de le féliciter de ce brillant résultat et nous faisons des vœux pour que la société soit aussi prospère l'année prochaine.

DEUXIEME CONGRES DE L'ASSOCIATION
DES MEDECINS DE LANGUE FRANCAISE
DE L'AMERIQUE DU NORD

ORGANISATION.

"Bureau du Congrès". — Président, M. Foucher, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin ophtalmologiste de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal; Vice-Présidents, M. Ahern, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, Québec; M. O. Larue, docteur en médecine, médecin des hôpitaux Putnam, Connecticut, États-Unis; Secrétaire Général, M. J. A. Le Sage, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal; Secrétares, M. A. Simard, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Québec; M. A. Bédard, médecin des hôpitaux, Lynn Mass., États-Unis; M. A. Laramée, docteur en médecine, Montréal; Trésorier Général, M. S. Boucher, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; Trésorier, M. A. Marois, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Québec.

COMITES EXECUTIFS DU CONGRES, SECTION DE MEDECINE GENERALE (1).

Président, M. A. Rousseau, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu, Québec; Vice-Présidents, M. H. Hervieux, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal; M. Panneton, médecin des hôpitaux, Trois-Rivières; Secrétares, M. A. Mercier, médecin de l'hôpital Notre-Dame, Montréal; M. A. Jobin, docteur en médecine, gouverneur du collège des médecins, Québec.

"Section de Chirurgie générale". — M. O. F. Mercier, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame, Montréal; Vice-Présidents, M. A. Simard, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Québec; M. Camirand, médecin des hôpitaux, Sherbrooke; Secrétares, M. E. St.-Jacques, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Montréal; M. C. Drapeau, docteur en médecine, Québec.

"Section de Gynécologie". — Président, M. de Lotbinière Harwood, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, gynécologue de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal; Vice-Présidents, M. E. Turcot, médecin des hôpitaux, St-Hyacinthe; M. Marquis, chirurgien des hôpitaux, San-Francisco, États-Unis; Secrétares, M. W. A. Derome, prof. à l'école d'Anatomie comparée, Montréal; M. A. Petitgrew, docteur en médecine, Québec.

"Section d'Obstétrique et de Pédiatrie." — Président, M. A. R. Fortier, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Québec; Vice-Présidents, M. René de Cotret, professeur adjoint à la Faculté de médecine de l'Université Laval, accoucheur à la Maternité, Montréal; M. I. Cormier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin des enfants malades à l'Hôpital Notre-Dame, Montréal; Secrétares, M. E. Asselin, médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal; M. P. V. Faucher, docteur en médecine, Québec.

"Section des Maladies Mentales, de Médecine légale et d'Anatomie-pathologique". — Président, M. G. Villeneuve, professeur adjoint à la Faculté de médecine de l'Université Laval, surintendant de l'Asile St-Jean de Dieu, Montréal; Vice-Présidents, M. Bélanger, docteur en médecine, Québec; M. Prévost, docteur en médecine, Sorel; Secrétares, M. E. P. Chagnon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin neurologue à l'hôpital Notre-Dame, Montréal; M. R. Mayrand, chargé de cours à l'Université Laval, Québec.

"Section d'Ophtalmologie, d'Oto-rhino-laryngologie. — Président, M. Rodolphe Boulet, médecin en chef de l'Institut ophtalmique, gouverneur du collège des médecins, Montréal; M. Wilson-Prévost, professeur au Post-graduate de New-York, États-Unis; M. Arthur Dussault, ophtalmologiste à l'Hôtel-Dieu de Québec; Secrétares, M. H. Duhamel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin ophtalmologiste, Québec.

"Section d'Hygiène et des intérêts professionnels". — Président, M. C. N. Valin, professeur adjoint à la chaire d'hygiène de la Faculté de médecine de l'Université Laval, médecin de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal; Vice-Présidents, M. Pelletier, membre du conseil d'hygiène de la province de Québec, Montréal; M. Sirois, gouverneur du collège des médecins, St-Ferdinand d'Halifax; Secrétares, M. Jean Décarie, préparateur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, professeur d'Histologie à l'École Dentaire, Montréal; M. F. X. Dorion, gouverneur du collège des médecins de Québec.

"Présidents d'Honneur". — M. Rottot, doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; M. Roddick, doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill, Montréal; M. Brochu, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Québec; Sir William Hingston, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, Montréal; M. Ahern, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Québec; M. Campbell, doyen de la Faculté de médecine de l'Université Bishop, Montréal; M. Coyteux-Prévost, chirurgien de l'Hôpital St-Luc, Ottawa; M. Grondin, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Québec; M. Lamarche, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; M. A. Marois, professeur à l'Université Laval de Québec, médecin visiteur à l'Asile de Beauport, chirurgien de l'Hôtel-Dieu; M. E. Turcot, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Québec; M. Mignault,

1.—Comprenant la Dermatologie et syphillographie.

professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; M. Bourque, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; M. Azarie Brodeur, ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris; M. Edouard Desjardins, professeur à l'Université Laval, Montréal; M. Simard, Sr., professeur à l'Université Laval, Québec; M. E. P. Lachapelle, officier de la légion d'honneur, professeur à la faculté de médecine de l'Université Laval, Président du Collège des médecins, Montréal; M. L. Catellier, professeur à l'Université Laval, Québec; M. Séverin Lachapelle, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; L'honorable J. Guérin, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; M. Demers, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; M. Laberge, médecin sanitaire de la ville de Montréal; M. Dagenais, président du comité d'hygiène de la ville de Montréal; M. Cléroux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; M. Phelan, président de la société médicale de Shefford; M. Joyal, ancien agrégé à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Montréal; M. Normand, président de la société médicale de Trois-Rivières; M. Pétit, médecin de hôpitaux, Nashua, États-Unis; M. Archambault, médecin des hôpitaux, Cohoës, États-Unis; M. de Grandpré, docteur en médecine, Worcester, États-Unis.

"Membres adjoints". — M. J. E. Dubé, agrégé à l'Université Laval, Montréal; M. Larin, agrégé à l'Université Laval, médecin à l'Hôtel-Dieu, Montréal; M. E. P. Benoit, professeur adjoint à l'Université Laval, médecin de l'hôpital Notre-Dame; M. Verge, chargé du Laboratoire d'électricité à l'Hôtel-Dieu de Québec; M. Choquette, de la société médicale de St-Hyacinthe, St-Hilaire; M. Bernier, professeur agrégé, médecin à l'Hôpital Notre-Dame, Montréal; M. F. DeMartigny, de Montréal; M. J. E. Fortier, agrégé, médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal; M. Monod, ancien interne des hôpitaux de Paris, Montréal; M. Marien, agrégé, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Montréal; M. Lemieux, de Montréal; M. Laurier, gouverneur du collège des médecins, Montréal; M. Parizeau, professeur de Pathologie externe, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame; M. J. E. Laberge, médecin de l'hôpital pour les maladies contagieuses, Montréal; M. Baril, gouverneur du collège des médecins, Montréal; M. Aumont, secrétaire de la société médicale de Joliette, P. Q.; M. Lessard, secrétaire de la société médicale de Shefford, P. Q.; M. Marsolais, agrégé, médecin de l'hôpital Notre-Dame, gouverneur du collège des médecins, P. Q.; M. Hébert, agrégé, médecin de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal; M. Cypriot, gouverneur du collège des médecins; M. Paquin, secrétaire du collège des médecins, Québec; M. Boulanger, Montréal; M. Lecavallier, de l'Hôtel-Dieu de Montréal; M. Gauthier, de la société médicale de St-Hyacinthe, Upton, P. Q.; M. J. Gauthier, agrégé, médecin de l'Hôpital Notre-Dame; M. Fleury, surintendant médical de l'Hôpital Notre-Dame; M. Ethier, agrégé, chirurgien à l'Hôpital Notre-Dame; M. Nadeau, de St.-Joseph, Beauce; M. Bédard, député de Beauce; MM.

Deblois et Tourigny, médecins, Trois-Rivières; M. Lasnier, chirurgien, Montréal; MM. Rhéaunp et Ostigny, de Valleyfield; M. Bruneau, médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal; M. Morissette, de Ste-Héné-dine; MM. Valade et Chabot, Ottawa; MM. Belle-rose, Leclair, Guillette, LeSage, Lupien, Brind'amour, Daudelin, Boucher, Bellemare, Steel, Martel, Lamarche, médecins aux États-Unis.

Le Deuxième Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord aura lieu le 28, 29 et 30 juin, dans les salles de l'Université Laval à Montréal.

PROGRAMME DU CONGRES

"Mardi le 28 Juin à 9.30 hrs A. M." — Ouverture du Congrès par le professeur Foucher, président. Rapport du Secrétaire général, suivi de l'ouverture simultanée des différents comités qui siègeront de 10 hrs à 12 hrs a. m. et de 2 hrs à 6 hrs p. m.

"Le soir." — Séance solennelle sous la présidence de son Excellence le Lieutenant-Gouverneur Jetté. Discours du président, du Vice-Recteur, des représentants officiels des gouvernements d'Ottawa et de Québec, de la ville de Montréal, des délégués étrangers et du Consul de France; cette séance générale sera suivie d'une réception à laquelle seront invitées les dames ainsi que les amis de l'Université Laval.

"Mercredi le 29 à 9.30 hrs A. M." — Séance des différents comités. — Visite aux hôpitaux pour ceux qui le désirent.

"Après-midi à 2 hrs." — Séance des différents comités.

"Le soir". — Banquet à l'Hôtel Place Viger, suivi d'un concert promenade. — Il y aura chant et musique par des artistes de choix.

"Jeudi le 30 à 9.30 hrs A. M." — Séance des comités. — Visite aux hôpitaux.

"Après-midi à 2 hrs." — Election des officiers de l'Association. — Date et lieu de réunion du prochain Congrès. — Cérémonie de clôture. — Excursion sur le Lac St-Louis, et retour par les rapides de Lachine, gracieusement offerte par la ville de Montréal aux membres du Congrès, aux délégués officiels et aux invités-

MOYENS DE TRANSPORT.

Les Compagnies de Navigation et de Chemins de Fer délivreront aux membres du Congrès des billets à prix réduit.

Tous les membres qui voudront bénéficier de la réduction accordée aux congressistes sur les chemins de fer canadien, américains, et sur les bateaux devront s'en ouvrir à l'agent local des billets qui les identifiera au point de départ, en leur délivrant un billet spécial qui devra être contre-signé par le Secrétaire Général à Montréal et qui leur permettra de retourner gratuitement, si nous avons 250 à 300 membres inscrits. Cette faveur spé-

ciale s'étend aussi aux dames qui accompagneront les congressistes.

ADRESSE DE QUELQUES HOTELS A MONTREAL.

Hôtel Windsor, \$3.50 à 6.00 par jour; Hôtel Place Viger, \$3.00 à \$5.00 par jour; La Corona, \$2.00 à \$5.00 par jour; St. Lawrence Hall, \$2.50 à \$4.00 par jour; Hôtel Queen's, \$2.00 à \$4.00 par jour; Hôtel St-James, \$2.00 à \$3.00 par jour; Hôtel Riendeau, \$2.00 à 3.00 par jour.

Revue des journaux

MEDICINE

ADENOISME ET APPENDICITE.

M. le Dr. Joseph Delacour a consacré sa thèse à l'étude du syndrome adénoïdien: ozène et rhinite atrophique, végétations adénoïdes, hypertrophie des amygdales et aux relations étroites qui, selon lui, rattachent ce syndrome à l'appendicite chronique.

"La constatation, chez l'ozénique et chez le végétant, de certains troubles de l'appareil digestif, tels que l'exagération ou la diminution des sécrétions et de la motricité gastriques, la constipation très fréquente, l'entérite muco-membraneuse, nous a tout naturellement amené à nous occuper de l'appendice.

La constitution anatomique de l'appendice vermiforme nous permettait d'ailleurs de supposer que l'appareil lymphoïde de ce diverticule pourrait bien être soumis aux mêmes influences que celui de la muqueuse rhino-pharyngée. L'énorme développement que prend le tissu adénoïde au sein de cet organe l'a fait comparer à "une vaste plaque de Peyer étalée" (Launois), à "une amygdale coecale" (Salhi), et s'accorde avec la fréquence de l'amygdalite et de l'appendicite chez l'enfant (Broca).

"Suivant de nombreuses observations, il y aurait un rapport étroit entre l'amygdalite et la crise appendiculaire. L'amygdale serait la porte d'entrée des germes qui vont se localiser dans l'appendice; ou bien encore, précisément à cause de sa richesse en tissu lymphoïde comme l'amygdale et la muqueuse du pharynx, la muqueuse de l'appendice pourrait s'infecter et s'enflammer consécutivement aux mêmes causes qui donnent lieu à l'amygdalite. La récédive de l'appendicite se ferait, comme celle de l'amygdalite, dans certaines familles prédisposées (Merklen, Apolant).

"Les antécédents héréditaires et personnels de l'appendicite sont pour ainsi dire calqués sur ceux de l'ozénique et du végétant.

"Dans les familles où survient l'appendicite, on rencontre chez les générateurs ces mêmes diathèses dont nous avons signalé la fréquence à propos de

la rhinite ozénique. On retrouve chez les collatéraux la même polymortalité infantile que précédemment et ici encore la méningite et la gastro-entérite en sont les causes les plus communes.

"De même, le sujet atteint d'appendicite est presque toujours soit un enfant unique, par absence d'autres naissances ou par disparition des autres enfants, soit le dernier enfant de la famille; à moins que, comme cela arrive pour l'ozène et les végétations adénoïdes, l'appendicite ne survienne chez plusieurs enfants."

L'auteur cite de nombreuses observations, qui lui permettent d'avancer que le syndrome adénoïdien et l'appendicite chronique dépendant d'un grave trouble de la nutrition, trouble trophique du tissu lymphoïde qui est la conséquence d'une insuffisance relative de la glande thyroïde.

Cette conception pathogénique l'a amené à tenter chez les adénoïdiens le traitement par l'opothérapie thyroïdienne.

(Le Concours Médical.)

AN CAS DE PERITONITE D'ORIGINE PEU HABITUELLE,

Par M. le Dr. Lorenz.

Un enfant de trois ans et demi fut amené à l'hôpital présentant tous les symptômes d'une péritonite généralisée ayant débuté deux jours auparavant par des symptômes douloureux dans le côté droit de l'abdomen. La laparotomie médiane fut pratiquée immédiatement et permit de sentir une masse résistante dans la région iléo-caecale. Croquant à une appendicite, le chirurgien fit une nouvelle incision latérale, qui montra dans la fosse iliaque droite des anses grêles et le caecum recouverts de fausses membranes fibrineuses; l'appendice était parfaitement sain; la péritonite était circonscrite à la fosse iliaque droite; il n'y avait ni sérosité ni pus dans la cavité abdominale. Pensant alors que le point de départ de l'inflammation était extra-péritonéal, l'auteur décolla le péritoine de la fosse iliaque et mit à découvert le tissu cellulaire sous-péritonéal complètement infiltré de pus: il présentait ce même aspect jusque dans la région rénale en haut, et vers la ligne médiane jusqu'au voisinage de la veine cave inférieure. L'enfant succomba quelques heures après l'intervention.

L'autopsie montra que l'infiltration purulente du tissu cellulaire sous-péritonéal s'étendait depuis l'arcade crurale jusqu'au diaphragme et intéressait le tissu cellulo-graisseux périméal du côté droit. Le point de départ de cette inflammation était une petite excoriation siégeant au niveau du cinquième orteil du côté droit. On ne constata pas de lymphangite visible. Mais les ganglions inguinaux furent trouvés tuméfiés; un ganglion du groupe superficiel, du volume d'une noisette, contenait même en son centre un abcès gros comme un pois. L'agent pathogène isolé de cet abcès et du phlegmon sous-péritonéal était le staphylocoque doré.

(Gazette des Hôpitaux.)

GLYCOSURIE ALIMENTAIRE CHEZ LES ENFANTS ISSUS DE PARENTS DIABÉTIQUES.

M. Arnold Lorand s'est livré, sur ce sujet, à un grand nombre de recherches. Il administrait, à des enfants nés de parents diabétiques, des repas d'épreuve contenant des matières amylacées ou du sucre sous différentes formes, puis il examinait les urines systématiquement. Il a pu ainsi se convaincre que, dans de telles circonstances, la plupart des enfants mis en observation présentaient, à divers degrés, de la glycosurie. Chez ces sujets la faculté d'assimiler les hydrates de carbone semble donc diminuée et ils présentent fréquemment une tendance à l'obésité, de l'acné, des signes de puberté précoce. Toutefois ils ne sont pas fatalement voués au diabète et le traitement préventif peut beaucoup en pareil cas. Il va de soi que la viande doit occuper une place prépondérante dans l'alimentation, tandis que les matières sucrées ou amylacées seront réduites au minimum. Ces enfants ne doivent pas être dirigés vers des carrières qui nécessitent des efforts intellectuels soutenus ou exposent à de vives émotions. La vie en plein air, les exercices physiques modérés sont à conseiller; enfin l'usage fréquent d'eaux minérales alcalines est formellement indiqué.

(Gaz. des Hôp.)

— : o : —

INCONVENIENTS ET DANGERS DU SUBLIME DANS LES ACCOUCHEMENTS ET DANS LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

Le sublimé est, à la fois, le plus douloureux, le plus irritant et le plus caustique des antiseptiques portés sur les muqueuses. Il est souvent, en outre, le moins efficace, aux doses où il est possible de l'utiliser. En lavages ou en instillations, avec ou sans alcool, dans l'urètre ou dans la vessie, il est la cause d'accidents toujours graves et fréquents; urétrites rebelles, rétrécissements cicatriciels par brûlure du canal, cystites douloureuses définitives, que la taille seule améliore pour un instant. Même chez les tuberculeux, il est d'ordinaire très mal supporté, provoque des poussées congestives avec hématuries et précipite parfois la marche des lésions.

En somme, il faudrait inscrire dans les manuels destinés aux praticiens: "ne jamais se servir de sublimé pour les voies urinaires"; lui préférer toujours un autre antiseptique de la nombreuse série aujourd'hui bien connue.

Mêmes inconvénients et mêmes recommandations seraient à signaler pour l'emploi du sublimé dans les accouchements. M. Brouardel connaît 37 cas d'intoxication mortelle par l'emploi du sublimé dans les suites de couches.

A quelle cause attribuer les accidents?

On a souvent incriminé le titre de la solution et l'on recommande de n'employer, pour les injections vaginales et intra-utérines après l'accouchement,

que des solutions faibles, surtout quand il existe, outre la surface d'insertion placentaire, des déchirures plus ou moins étendues et anfractueuses du col de l'utérus et du vagin, qui sont autant de surfaces absorbantes. Il semble que la dose efficace soit donnée par la solution à 1 p. 4000; cependant il est des accoucheurs qui ont également obtenu d'excellents résultats en n'employant que des solutions à 1 p. 5000. Il est prudent de n'employer que des solutions faibles; cependant, d'après la statistique publiée par le Dr. Sauvagnat, on ne peut tirer, au point de vue de l'intoxication, aucun enseignement du titre de la solution.

En effet, sur les 37 cas mortels, on trouve que:

Dans 10 cas la solution de sublimé était à 1 p. 1.000.

Dans 9 cas la solution de sublimé était à 1 p. 2.000.

Dans 4 cas la solution de sublimé était à 1 p. 3.000.

Dans 3 cas la solution de sublimé était à 1 p. 4.000.

Dans 10 cas la solution de sublimé était à 1 p. 5.000.

Dans un cas il s'agit d'une solution-mère très concentrée.

On a voulu incriminer la pénétration et la rétention d'une partie de l'injection dans la cavité utérine. Là encore, la statistique ne donne aucune explication. Sur 37 cas d'intoxication, 10 fois il s'agissait d'injections vaginales, et 18 fois d'injections intra-utérines. Les injections intra-utérines, de par ce fait qu'elles sont données moins fréquemment que les injections vaginales, fournissent une moyenne plus considérable que les injections vaginales; il est bon d'ajouter que les injections intra-utérines ne sont prescrites que dans les cas graves, dystocie, hémorragie, il faut tenir compte de ce facteur.

Enfin, il faut se rappeler les "susceptibilités individuelles."

Selon M. Brouardel, le danger des injections des solutions mercurielles provient surtout de la susceptibilité individuelle; et il pense qu'il faut n'employer ce moyen thérapeutique qu'à bon escient, dans les cas où il est indispensable. Il sera toujours prudent de s'en abstenir, quand, au cours de l'accouchement, il y aura eu des déchirures ou des hémorragies. En effet, on a observé au point de vue des lésions trouvées à l'autopsie dans les organes génitaux:

Rétention placentaire...	5 cas.
Déchirures accidentelles ou chirurgicales du périnée et du vagin...	6
Hémorragie...	5
Déchirure du col...	4
Lésions d'endométrite...	1
Vascularisation des parois et présence de membranes diphtéroïdes...	1
Organes normaux...	15

L'injection mercurielle est d'autant moins indiquée à la suite des hémorragies que le mercure est un poison déglobulisant.

Bien entendu, les injections de sublimé sont contre-indiquées chez les femmes atteintes d'albu-

minurie, et Tarnier les déconseillait chez les cachectiques.

Quand l'intoxication débute au cours de l'injection, la malade, subitement, sans aucun signe précurseur, est prise de douleur de tête, de suffocations, d'état syncopal; la face est pâle et le pouls s'accélère; il y a des coliques violentes, coliques intestinales et coliques utérines.

Quand l'intoxication ne débute qu'un ou deux jours après l'injection, le symptôme initial est la diarrhée, d'abord muqueuse et séreuse, puis sanguinolente, qui s'accompagne de coliques et de tenesme. La stomatite ne paraît que plus tard et est, en général, moins intense que dans les cas d'intoxication gastro-intestinale. Souvent, on voit apparaître aussi des érythèmes en différentes régions du corps.

La conclusion est qu'il ne faut employer ce moyen qu'avec la plus grande prudence afin d'éviter toute responsabilité. En somme, nous pouvons dire, avec le Dr. Just-Championnière, qu'il vaut encore mieux ne pas encourir cette responsabilité en usant d'autres antiseptiques aussi efficaces et moins dangereux.

(Le Concours Médical.)

CHIRURGIE.

LUXATION DES MENISQUES ARTICULAIRES DU GENOU.

Plus fréquentes qu'on ne le croit, les luxations méniscales, dit le Dr. Boucher, sont exposées à passer inaperçues par suite:

1. De la benignité apparente du traitement;
2. De leur association à d'autres désordres, dont les symptômes prennent une place assez prépondérante pour égarer le diagnostic. Ces désordres surajoutés précèdent la luxation des cartillages semi-lunaires à titre de cause prédisposante (hydarthrose, hémarthrose, arthrite et rhumatisme chronique, etc.). Ils peuvent suivre la luxation, dont ils sont la conséquence (hémarthrose, hydarthrose, arthrite sèche, rhumatisme chronique, tumeur blanche, troubles trophiques d'ordre réflexe, etc.). Parfois aussi ils sont contemporains de l'accident initial;

3. De la résignation du patient, qui ignore parfois les ressources et résultats de la chirurgie des jointures;

4. De l'insuffisance des renseignements donnée par le malade sur son affection actuelle, sa marche et son début.

En conséquence, quand il s'agit d'un traumatisme récent, ou d'une affection mono-articulaire chronique du genou, l'attention doit être éveillée sur la luxation des ménisques. Contrairement aux prévisions naturelles, ces symptômes ne s'aperçoivent pas au premier examen, et ne sont pas toujours signalés par le malade.

Le diagnostic doit se baser sur la triade symptomatique suivante: Saillie anormale; douleurs; double craquement.

1. La saillie résultant de la luxation du ménisque siège entre le ligament rotulien et les ligaments latéraux. Circonscrite, cartilagineuse souvent douloureuse à la pression, peu mobile à la palpation, elle émerge de l'interligne articulaire. Elle suit généralement les mouvements normaux du ménisque, disparaissant avec lui dans la flexion pour réapparaître dans l'extension.

2. La douleur parfois très intense devra toujours être étudiée avec ménagement. Pour épargner la souffrance, on devra la rechercher plutôt dans les mouvements volontaires que dans les mouvements passifs, au cours a) de la flexion pendant laquelle les ligaments traumatisés et les ligaments de nouvelle formation se distendent ou se rompent, en particulier dans la position accroupie; b) de l'extension succédant à la flexion plus ou moins complète. Pendant la fermeture rapide de l'angle dièdre fémoro-tibial, le ménisque peut être d'autant plus aisément comprimé, qu'il est épaissi et retardé dans son retour en avant (soulèvement pour se relever de sa position accroupie); c) de l'hyperextension, pendant laquelle le ménisque bute dans l'encoche de Terillon (marche en extension); d) de la rotation du corps en dedans ou en dehors, le pied immobilisé servant de pivot. Le fémur, suivant la rotation du tronc, entraîne sur son propre ménisque le condyle opposé au sens du mouvement; e), de torsion de la jambe étendue ou fléchie à 90 degrés. Ces mouvements tiraillent le ménisque opposé au sens de la rotation.

Dans les mouvements où l'angle dièdre fémoro-tibial se ferme, ne laissant pas d'espace libre pour les évolutions du ménisque, les douleurs surviennent ou s'aggravent, quand les épiphyses du genou sont rapprochées par le poids du corps (station debout), les mains, la contraction musculaire (marche en extension, course, saut), le poids d'un fardeau. En revanche, le décubitus horizontal, la position assise, le pied étant sans appui, la marche en flexion, l'ascension d'un escalier, la danse, qui entr'ouvrent l'interligne, sont indolents.

Le mode d'apparition et de disparition de la douleur pendant les accès a des caractères spéciaux. Le mouvement qui les cause diffère de celui qui les interrompt. Ces deux mouvements varient suivant les individus, mais restent toujours les mêmes pour chaque malade.

Chaque accès est suivi de douleurs articulaires, qui persistent pendant un certain temps.

3. Le double craquement, plus accusé dans la station debout, est dû au glissement, sur une surface rugueuse, d'un ménisque dépoli. Le premier bruit râpeux se passe au centre de l'articulation: il a été perçu soit après une flexion de 35 à 40, soit après une flexion de 20 degrés. Le deuxième, superficiel, se produit à la fin de l'extension, ou un peu au-delà de 90 degrés.

La luxation des cartillages semi-lunaires, qui se complique presque toujours de méniscite devra être différenciée d'avec le méniscite traumatique simple. Cette affection est, elle aussi, trop souvent inconnue.

Les tuméfactions d'origine inflammatoire siègent juste au milieu de l'espace compris entre le

bord interne du ligament rotulien et le ligament latéral. Elles ont une forme arrondie, de 10 à 15 millimètres de diamètre tandis que le ménisque luxé est ovalaire. Elles ont peu de tendance à se déplacer dans les mouvements d'extension et de flexion. Elles se distinguent souvent par de la crépitation et de la douleur au frottement ou à la pression, et surtout par leur diminution graduelle et très marquée. Il faut noter enfin l'influence merveilleuse du massage conseillé par Roux (de Lausanne) dans les cas de méniscite.

La luxation du ménisque ne nécessite pas toujours l'intervention chirurgicale, mais le traitement médical doit, pour être couronné de succès, commencer de bonne heure.

Dans les cas rebelles, la méniscotomie assure la guérison définitive.

(Le Concours Médical.)

— : o : —

OPERATION PALLIATIVE D'UNE MYOPATHIE SCAPULO - HUMERALE.

M. le professeur Raymond a rapporté à l'Académie l'histoire clinique d'un jeune homme de 29 ans atteint de myopathie scapulo-humérale, guérie ou plutôt corrigée par une ingénieuse opération chirurgicale.

Le jeune homme n'a aucun antécédent pathologique héréditaire, ni personnel, sauf un peu d'éthylisme. Voici ce que l'on a noté, à son entrée à l'hôpital, en octobre 1903:

"On a constaté une atrophie très apparente des régions scapulo-humérale, droite et gauche; les omoplates étaient saillantes, leur bord spinal détaché du thorax; bref, on avait l'aspect bien connu des "scapulæ alatae". Les mouvements de la main droite étaient très bien conservés, ainsi que le mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras; par contre, la flexion de l'avant-bras était difficile. Les mouvements de la ceinture scapulaire étaient presque impossibles. Le malade ne pouvait soulever le bras jusqu'à l'horizontale; l'omoplate subissait un mouvement de bascule, s'écartait du plan thoracique et venait remplir le creux sus-claviculaire. Les mêmes phénomènes morbides, quoique moins accentués, se présentaient à gauche.

Les muscles du cou fonctionnaient normalement. L'examen des réactions électriques montra qu'il n'y avait aucune trace de réaction de dégénérescence, mais seulement une diminution simple de l'excitabilité faradique et galvanique dans les muscles atrophiés; il en était de même pour le grand dentelé, la partie inférieure du trapèze, le grand dorsal, le grand pectoral, la partie postérieure du deltoïde, le biceps, le brachial antérieur, le long supinateur des deux côtés, et ces muscles commençaient aussi à s'amaigrir. Par contre, les autres muscles du bras, de la main, du tronc, ainsi que ceux des membres inférieurs et de la face étaient normaux.

"Il n'existait chez cet homme aucun trouble de la sensibilité subjective et objective; les réflexes étaient normaux. Son état général était satisfaisant.

"Telle est, brièvement résumée, l'histoire cli-

nique du malade. Le diagnostic, en l'espèce, était facile à établir. Il s'agissait, sans contestation aucune, d'un cas d'atrophie musculaire progressive "myopathique", forme scapulo-humérale, forme juvénile, forme désignée encore sous le nom de forme d'Erb, qui le premier en a donné une description substantielle".

On ne connaît malheureusement pas de traitement vraiment efficace de cette fâcheuse infirmité. Or, voici ce que M. le Dr. Pierre Duval a tenté chirurgicalement pour rétablir à peu près les fonctions:

Le malade a été opéré le 29 janvier 1904. L'opération a consisté en la suture de l'omoplate droite aux 5e et 6e côtes; elle a été conduite de la façon suivante:

Incision le long du bord spinal de l'omoplate. Les 6e et 7e côtes sont dénudées et leur périoste circulairement détaché. Le bord scapulaire est lui-même dénudé et, à sa face profonde, le grand dentelé est réséqué de façon à ce qu'il ne s'interpose pas aux os.

Deux fils d'argent sont passés dans l'omoplate à un centimètre du bord spinal, puis autour des côtes. Le contact osseux est facilement obtenu.

Les muscles des gouttières vertébrales sont alors détachés, transportés et suturés sur l'angle supérieur de l'omoplate. Les plans sus-jacents, muscles et peau, sont aussi suturés. Le malade est mis dans un appareil plâtré qu'il conserve quarante jours. Au bout de ce temps, l'omoplate apparaît fixée solidement aux côtes, et le malade reprend progressivement l'usage de son membre supérieur droit. A l'heure actuelle, au bout de quatre-vingt cinq jours, le malade élève volontairement le bras au-dessus de l'horizontale; il peut porter la main sur le sommet de la tête, toute déformation scapulaire a disparu et le patient se sert de son membre supérieur même pour quelques mouvements de force.

C'est donc un important résultat que celui obtenu à la suite de l'opération de M. le Dr. Pierre Duval, puisque le malade a récupéré une partie des mouvements de son bras droit; le seul opéré jusqu'à présent. On va maintenant opérer le côté gauche, et d'ailleurs, le patient lui-même le réclame. Certainement, des opérations analogues pourraient être tentées chez d'autres malades de la même catégorie, et cela, avec le même succès.

(Le Concours Médical.)

— : o : —

Thérapeutique et Mat. Médicale

L'INFLUENCE DES ETATS NAISSANTS DE CERTAINES SUBSTANCES SUR LEUR ACTION MEDICAMENTEUSE.

A l'une des dernières séances de l'Académie, M. le Dr. Robin a communiqué les résultats de ses expériences sur les médicaments de la série aromatique, employés à l'état naissant. Il a remarqué qu'en utilisant les médicaments à cet état, on pouvait obtenir souvent le maximum de l'efficacité.

“Prenons quelques exemples: on sait que l'eau oxygénée au contact des tissus dégage son oxygène et jouit d'une propriété antiseptique indéniable; si l'on mélange, par exemple, cette eau avec du borate de soude, ce borate de soude contenant une molécule d'oxygène aura un pouvoir antiseptique beaucoup plus considérable. De même pour le sulfate de soude: s'il contient cette molécule d'oxygène, à ses propriétés purgatives se superposent des propriétés antiseptiques indéniables. Avec des doses moindres, on obtient non seulement le même effet purgatif, mais aussi une action antiseptique sur l'intestin.

“M. le Dr. Robin a particulièrement étudié à ce point de vue les peroxydes de sodium, de calcium, de magnésium, de zinc. Ces corps constituent les meilleurs antiseptiques que nous connaissions, en perdant une molécule de leur oxygène au contact des tissus. On peut trouver la preuve de cette action dans l'examen des urines; on y constate, en effet, la diminution des témoins ordinaires de l'infection. Il y a là une action véritablement spécifique, et l'on peut même se servir de ces substances comme moyens de diagnostic. Elles peuvent permettre, par exemple, de distinguer une diarrhée de fermentation d'une diarrhée tuberculeuse ou autre.

“On trouve donc là un élément précieux non seulement de traitement, mais aussi de diagnostic.

“M. le Dr. Robin a reconnu que le peroxyde de zinc présentait une action antiseptique des plus remarquables comme moyen de pansement des plaies les plus infectées. Dans une des dernières séances à la Société de chirurgie, M. le Dr. Chaput nous a présenté ce peroxyde de zinc comme un pansement antiseptique.

“M. le Dr. Robin a aussi tiré des effets des plus curieux de l'emploi du soufre iodé, sur lequel M. le Dr. Prunier a déjà appelé l'attention de l'Académie.”

(Le Concours Médical.)

—:o:—

MOYENS DE FAIRE SUPPORTER LE REGIME LACTE.

Certains malades tolèrent difficilement le lait, M. le Dr. Robin estime cependant qu'on peut l'imposer aux plus réfractaires en recourant aux quelques moyens qu'il nous indique dans son récent livre sur les “Maladies de l'estomac”.

On commencera par additionner chaque prise de lait d'une à deux cuillerées d'eau de chaux. En outre, avant chaque prise, on donnera soit une goutte de laudanum dans un peu d'eau, soit 3 gouttes de la mixture composée à la solanine dont la formule est:

Solanine... ..	0 gr. 10 à 20 centigr.
Acide sulfurique dilué pour dissoudre... ..	Q. s.
Picrotoxine... ..	0 gr. 01 centigr.
Chlorhydrate de coca- ïne... ..	0 gr. 03 —
Chlorhydrate de mor- phine... ..	0 gr. 05 —
Sulfate neutre d'atro-	

phine... ..	0 gr. 01 —
Ergotine Bonjean... ..	1 gramme.
Eau distillée de laurier- cerise... ..	12 grammes.
M. — F. s. a. — Filtrez.	

Après le lait le malade prendra une petite cuillerée à café d'elixir de pepsine ou 0,50 centigrammes en un cachet; il s'étendra sur une chaise-longue où il gardera l'immobilité absolue pendant une demi-heure avec des serviettes chaudes.

Après les premières, troisième et cinquième prises de lait, il avalera une des poudres suivantes qu'on délayera dans un peu d'eau.

Poudre de belladone... ..	0,06 centigr.
Lactose... ..	6 grammes.
Oléosaccharine de menthe poi- vrée... ..	0,20 centigr.
Bicarbonate de soude... ..	4 gr.
Magnésie calcinée... ..	4 gr.
Bicarbonat de chaux précipité.	6 grammes.

Mélez exactement et divisez en douze paquets.

—Si la digestion du lait s'accompagne de la formation d'une grande quantité de gaz, donnez, au milieu de chaque prise, une grande cuillerée de la solution ci-dessous:

Fluorure d'ammonium... ..	0,20 centigr.
Eau distillée... ..	300 grammes.
Dissolvez.	

—Si des crises douloureuses, des crampes d'estomac, des aigreurs, des renvois brûlants, etc., surviennent entre deux prises de lait, le malade prendra aussitôt une “poudre de saturation”:

Lactose... ..	1 gramme.
Magnésie calcinée... ..	2,50 centigr.
S. nitrate de bismuth... ..	0,80 centigr.
Carbonate de chaux précipité... ..	0,80 centigr.
Codéine... ..	0,005 m,ligr. à 0,01 centigr.
Bicarbonate de soude... ..	1 gramme.

Mélez exactement en un paquet.

—Si le lait provoque de la diarrhée, augmentez dans ces poudres la proportion de sous-nitrate de bismuth, ou donnez après chaque repas une petite prise d'infusion très chaude de 1 gr. 50 de racines de fraiser sauvage, ou encore faites prendre, avant chaque prise de lait, un ou deux des bols suivants:

Diascordium... ..	4 grammes.
Sous-nitrate de bismuth... ..	4 —
Divisez en seize bols.	

—Si ces moyens ne réussissent pas pour arrêter la diarrhée, usez de la formule ci-dessous:

Extrait de bistorte... ..	0,05 centigr.
Extrait de ratanhia... ..	—
Diascordium... ..	—
Poudre de tormentille... ..	—
Poudre de cachou... ..	—

Pour une pilule. Prendre une pilule au milieu de chaque prise de lait.

—Si le lait constipe, ce qui est plus fréquent, augmentez la magnésie, et diminuez le sous-nitrate de bismuth dans les poudres composées; et si cela

ne suffit pas, donnez avec la dernière prise de lait une ou deux pilules composées à l'aloès.

Aloès du Cap..... 2 grammes.
 Résine de jalap..... 1 gramme.
 Résine de scammonée... 1 —
 Turbith végétal... 1 —
 Extrait de belladone... 0,15 centigr.
 Extrait de jusquiame... —
 Savon amygdalin... Q. s.
 Divisez cette quantité en 50 pilules.

(La Presse Médicale.)

PEDIATRIE.

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE.

Par M. le Dr. Malbec.

I. "Période catarrhale."

1. Tenir l'enfant au lit et éloigner les autres enfants.

Boissons chaudes: lait, infusions d'espèces pectorales, décoction de fruits pectoraux (dattes, figues, jujubes, raisins de Corinthe). Grog.

Alimentation légère,

2. Donner le vomitif suivant:

Poudre d'ipéca... 0 gr. 30 à 0 gr. 60
 Sirop d'ipéca... 30 à 60 grammes.

A prendre par cuillères à café toutes les cinq minutes jusqu'à effet vomitif. Faire boire de l'eau tiède dans l'intervalle pour faciliter le vomissement.

3. Toutes les deux heures donner une cuillerée à café de la potion suivante:

Alcoolature de racines d'aconit. X gouttes.
 Teinture de belladone... XV —
 Eau de laurier-cerise... 10 grammes.
 Sirop de narcéine soluble... 30 —
 Sirop de fleurs d'oranger... 80 —

II. "Période d'état."

1. S'il existe un peu de fièvre, de bronchite, ou si les quintes de toux sont trop fréquentes, garder l'enfant à la chambre, dans une vaste pièce, chaude et bien aérée. Ne permettre les sorties que si le temps est chaud et sec, mais pas de fatigues dans les promenades.

Eviter les émotions et les contrariétés.

Au moment des quintes, aider l'enfant: s'il est couché, l'asseoir sur son lit, et soutenir le front avec la main. Débarrasser la bouche des mucosités.

2. Alimentation: lait, bouillon, viandes hachées, gelées, purées, œufs, crèmes. Faire manger l'enfant souvent et peu à la fois, aussitôt après une quinte. S'il y a vomissement, couper la boisson avec de l'eau de Vichy (Célestins), "café noir."

3. Donner trois cuillerées à café par jour de la potion suivante:

Antipyrine... 2 grammes,
 Sirop de belladone... 58 —
 Sirop de tolu... 60 —
 Eau de fleurs d'oranger... 40 —

4. Faire évaporer dans la chambre du malade et faire des inhalations trois fois par jour avec le mélange suivant:

Goudron..... 100 grammes.
 Essence de thym... 10 —
 Essence d'eucalyptus... 10 —
 Alcool... 50 —
 Eau... 1 litre.

5. En prévision des quintes fréquentes de la nuit et de l'insomnie qui en résulte, donner, le soir, une à deux cuillerées à dessert de la potion suivante:

Bromure de strontium... 1 gramme.
 Hydrate de chloral... 0 gr. 50
 Sirop de narcéine soluble... 40 grammes.
 Sirop de fleurs d'oranger... 80 —
 III. "Convalescence."

1. Changement de climat. Bains de mer. Promenades au grand air.

Allimentation substantielle.

Un verre à liqueur de "vin de gentiane" avant le repas.

Couper la boisson avec de l'eau de Bourboule.

2. Matin et soir, faire prendre une tasse de lait sucré avec une cuillerée à soupe de:

Sirop de bourgeons de sapin... 120 grammes.

(Journal de Méd. de Paris.)

FORMULAIRE

CONTRE LA STOMATITE DES TUBERCULEUX,

Par M. le Dr. G. Petit.

Pour calmer la douleur et décongestionner la muqueuse buccale, employer:

Biborate de soude... 4 grammes.
 Chlorhydrate de soude... 4 —
 Eau bouillie... 100 —

Une cuillerée à café dans un verre d'eau bouillie (ne jamais introduire d'alcool dans la formule).

Dès que la période d'inflammation est remplacée par les ulcérations, toucher celles-ci avec:

Iodure de potassium... 1 gramme.
 Glycérine... 15 —
 Eau de chaux... 15 —

(La Presse Médicale.)

NOUVELLES.

Naissance:

—A Montmagny, le 5 de ce mois, l'épouse de M. le Dr. J. P. Masson, un fils.

Mariage:

—Lundi, le 6 de ce mois, à l'église paroissiale de Saint-Janvier, M. le Dr. P. E. Rochon conduisait à l'autel, Melle Regina Leblanc. La bénédiction nuptiale a été donnée par le Rév. M. C. Rochon, curé de Saint-Augustin et frère du marié.

M. et Mme Rochon sont partis pour un voyage à Québec, aux Chutes Montmorency et au Saguenay.

SUPPLEMENT

MENSTRUATION IRREGULIERE ET
TRAITEMENT.

Par M. le Dr. E. C. Willey, M. D.,
Louisville, Ky.

Les malades qui consultent le médecin avec le plus de sollicitude sont celles qui souffrent d'aménorrhée.

Dès qu'il y a suspension des règles, c'est l'opinion courante parmi le peuple, il s'agit soit de grossesse ou de tuberculose, l'un ou l'autre de ces états devient la cause d'une anxiété intense.

Le mot aménorrhée implique une absence totale, ou une diminution marquée des règles. L'amenorrhée peut être physiologique ou pathologique. L'absence des règles au cours de la grossesse est physiologique; elle est pathologique dans les circonstances suivantes, quand la suspension des règles est due:

1. A un refroidissement, à l'approche des règles;
2. à une perturbation mentale interne: une peur, un chagrin ou une grande joie.
3. L'aménorrhée est symptomatique dans beaucoup d'affections, viz: la tuberculose, la chloroanémie, la syphilis, la fièvre typhoïde, la néphrite, la pelvi-péritonite, etc;
5. Une vie luxurieuse, un surmenage nerveux;
6. Une atrésie du canal cervical, un développement incomplet des annexes ou de l'utérus sont autant de causes d'aménorrhée.
7. Les règles naturelles peuvent être remplacées par des règles complémentaires—flux sanguin nasal, stomacal, hémorrhoidal, etc.

Le traitement de l'aménorrhée doit être à la fois général et spécial.

L'étiologie de la maladie doit diriger le traitement. Si un refroidissement est la cause du désordre, un bain de siège chaud, des applications chaudes sur l'abdomen et les cuisses, une injection vaginale chaude et un laxatif suffisent pour faire réapparaître les règles.

Dans l'aménorrhée, les retards, la dysménorrhée, l'Ergoapiol (Smith) m'a donné les résultats les plus satisfaisants. Dans les règles peu abondantes, son action a été d'une efficacité toute particulière. Je rapporterai avant de terminer cet article quelques cas bien démonstratifs.

Si l'état nerveux participe dans les manifestations de l'affection, il faut administrer en même temps que l'Ergoapiol, un anti-spasmodique ou un sédatif quelconque. Si la syphilis ou une diathèse complique la maladie, il faut instituer le traitement qui convient à ces affections. Si au contraire l'aménorrhée relève d'une atrésie du col ou de toute autre

affection du domaine chirurgical, le traitement médical n'aura aucun effet, de même si les troubles dépendent d'un état rudimentaire de l'utérus et des annexes.

Dernièrement une dame me conduisait pour être traitée sa fille âgée de 18 ans et anémique. Son appétit était indifférent et son état mental passablement affaîsé. Les règles suffisaient à peine chaque mois pour tacher un garni. J'ordonnai l'Ergoapiol (Smith) une capsule après chaque repas et au coucher pendant un mois. Les règles suivantes se firent librement et sans douleur, et avec tous les caractères d'un état normal. Elle continua l'Ergoapiol pendant un autre mois et cessa alors ce traitement, tout trouble ayant disparu. Son teint est bon et son appétit excellent.

Une dame, 33 ans, voyait très peu depuis un an. Les règles n'avaient jamais duré plus de 18 heures, d'habitude tout était fini au bout de 12 heures. Le sang était pâle et sentait mauvais.

Aucune maladie concomitante ne pouvait être décelée chez elle par un examen très minutieux. Elle avait pris de l'ambonpoint depuis 2 ans, fait que j'attribuai à l'aménorrhée. Je prescrivis un exercice systématique et une diète rationnelle avec de l'Ergoapiol (Smith), une capsule 4 fois par jour. Au bout de deux mois les remèdes étaient mis de côté, la femme était bien.

Une fille de vingt ans me fut amenée par la matrone d'un pensionnat. Avant d'entrer à l'école elle jouissait d'une bonne santé, mais depuis 3 mois elle avait des vertiges et des crises d'hystérie. J'attribuai l'aménorrhée à un changement de vie:—l'abandon de la vie en plein air pour celle du pensionnat. De l'Ergoapiol (Smith) fut administré durant deux semaines avant ses règles et tout rentra dans l'ordre.

Madame A. P. L.... 35 ans. Cette femme souffrait presque continuellement de céphalalgie et de vertige. Mère de trois enfants, dont le plus jeune avait 6 ans. Depuis 4 ans elle perdait peu et le sang était très pâle. Les règles duraient rarement plus de 15 heures. Je me laissai convaincre que le vertige et la céphalalgie se rattachaient à des règles insuffisantes et je lui prescrivis de l'Ergoapiol (Smith) une capsule trois fois par jour, pendant trois semaines et deux fois par jour dans la semaine précédante les règles qui cette fois apparurent abondantes et faciles, à sa grande satisfaction. Elle continua pendant deux mois à prendre trois fois par jour une capsule et cessa alors tout traitement, son état étant redevenu normal. Mon diagnostic se trouva confirmé par la bonne santé de cette femme depuis le libre retour des règles.

LA VUE RENDUE AUX AVEUGLES. ET LES AVEUGLES VERRONT.

Tel est le titre d'une très intéressante notice que le docteur Caze publie dans la "Revue des Revues" à propos de la découverte du professeur Peter Stiens. Si cecte découverte tient ce qu'elle promet, elle se rangera parmi les plus merveilleux exploits du génie humain. Le savant professeur prétend, en effet, avoir trouvé le secret de rendre, au moyen d'un appareil spécial, la vue aux aveugles, non seulement à ceux qui l'ont possédée et perdue, mais même à ceux qui ne l'ont jamais eue.

Tout d'abord on apprit seulement que l'appareil avait pour but de remplacer l'œil absent, en reproduisant l'image et en la transmettant directement au cerveau. A vrai dire, c'est encore aujourd'hui tout ce qu'on sait, car le professeur Stiens ayant encore des perfectionnements nombreux à apporter à son invention refuse quant à présent, d'en divulguer les détails.

La nouvelle d'une pareille invention ne pouvait que susciter une très vive curiosité dans le monde médical, et le docteur Caze, ainsi qu'il le dit lui-même, mit tout en œuvre pour pénétrer auprès du professeur Stiens qui lui fit connaître l'état actuel de ses expériences. M. Caze en a été émerveillé.

"Après m'avoir introduit dans une chambre noire de petite dimension, dit-il, le professeur Steins me banda les yeux. Réduit à la cécité la plus complète, je l'entendais aller et venir autour de moi, faisant craquer des allumettes, allumant une lampe, mais je ne pouvais, malgré mes efforts, percevoir le moindre rayon lumineux.

"A ce moment, je sentis que le professeur Stiens m'appliquait son appareil autour des tempes, et, instantanément je perçus une lumière vague, enveloppant les objets extérieurs dans mon voisinage immédiat.

"Enfin, je pus voir nettement une main devant mes yeux et compter les doigts qu'elle me présentait ouverts: il y en avait trois. Peu à peu la lumière se fit plus intense, je distinguai les divers meubles qui garnissaient la pièce. Il y avait deux tables et huit chaises que je comptai aisément. J'avais pendant ce temps, la notion que si l'expérience continuait, je recouvrerais mon habituelle faculté de vision. Je ressentais également comme la sensation d'un très faible courant électrique le long de mes tempes; mais, brusquement, l'appareil fut enlevé, et je me retrouvai plongé dans les ténèbres les plus complètes. L'expérience était terminée."

Plusieurs autres médecins qui ont expérimenté également l'appareil du professeur Stiens se déclarent, eux aussi, impuissants à en expliquer les résultats, à moins d'adopter les données de l'inventeur. Or, voici les déclarations qu'il a faites à cet égard.

L'homme voit, non pas avec ses yeux, mais avec son cerveau. Les yeux ne lui servent qu'à recevoir les images que le nerf optique se charge ensuite de transmettre au siège de la perception. Les aveugles se font, par le toucher, une idée fort ex-

acte de la conformation extérieure des objets. Si l'homme avait été privé d'yeux, l'un quelconque de ses organes y aurait suppléé. Certains animaux inférieurs ne possèdent aucun organe visuel. Chez eux, c'est l'ensemble du corps qui perçoit la lumière. Si donc une image quelconque peut être transmise au cerveau sans le concours des yeux, l'aveugle aura la perception tout aussi nette que le voyant.

Telle est l'idée maîtresse du professeur Stiens. L'image est recueillie sur un écran au lieu de l'être sur la rétine, puis portée au cerveau par l'intermédiaire d'un courant électrique. L'appareil a donc la même base scientifique que le téléphone. Aussi, ne se borne-t-il pas à rendre la vue aux aveugles. Il se propose de porter une image à une distance, si considérable qu'elle soit et de jouer, pour la transmission de la lumière, le rôle que le téléphone joue pour la transmission des sons.

(Journ. de Med. de Paris.)

—:o:—

COMMISSION DE LA TUBERCULOSE.

La commission permanente de préservation contre la tuberculose, instituée au ministère de l'Intérieur, vient d'adopter à l'unanimité les conclusions suivantes:

1. Dans les hôpitaux publics, les administrations compétentes doivent éviter toutes relations directes ou indirectes entre les malades tuberculeux et les malades non tuberculeux.
2. Les tuberculeux doivent être soignés dans des hôpitaux distincts et qui leur seront exclusivement consacrés.
3. Les villes qui possèdent plusieurs établissements hospitaliers seront invitées à affecter immédiatement un ou plusieurs de ces établissements aux tuberculeux.
4. Là où l'affectation d'un hôpital tout entier est impossible, des quartiers spéciaux doivent être exclusivement réservés aux tuberculeux.
5. Là où l'affectation des quartiers n'est pas immédiatement réalisable, en aucun cas les tuberculeux ne pourront être soignés dans les salles cammunes.

La commission a ensuite adopté des modifications aux lois du 10 mars 1894 et du 12 juin 1893 sur l'hygiène des ateliers, et fait voter les conclusions suivantes:

1. La substitution du lavage au balayage dans les ateliers, dont le sol doit être imperméable. Cette opération devra être faite le soir ou au moins une heure avant le travail.
2. L'obligation d'installer des crachoirs hygiéniques en nombre suffisant, et interdiction absolue de cracher sur le sol.
3. L'apposition d'affiches contenant les mesures d'hygiène prophylactique contre la tuberculose.

(Le Concours Médical.)

—:o:—

La Revue Médicale du Canada

Paraissant le mercredi,

Volume VII.

MONTREAL, 22 JUIN, 1904.

No: 52

A nos Lecteurs

Avec le présent numéro, finit notre septième année. Par une curieuse coïncidence, probablement due à l'année bissextile, il y a 53 mercredis cette année et nos engagements sont pour 52 numéros.

Nous prions donc nos lecteurs de prendre note que "La Revue Médicale" ne paraîtra pas mercredi prochain, le 29 courant. Les membres de notre personnel auront pour la plupart des travaux à présenter au Congrès, alors quelle belle occasion de sauter le mercredi impaire.

La "Revue Médicale" prescrit donc à tous grand air de congé, distraction et franche gaité.

:o:

REGLEMENT GENERAL DU DEUXIEME CONGRES DE L'ASSOCIATION DES MEDICINS DE LANGUE FRANÇAISE EN AMERIQUE.

Art. I. Le deuxième Congrès de Médecine se réunira à Montréal dans les jours du 28 au 30 juin 1904 dans les salles de l'Université Laval. La séance d'ouverture aura lieu le 28 à 10 hrs, A. M. et celle de la clôture le 30.

Le but du congrès est double: l'avancement scientifique et l'étude des questions d'intérêts professionnels.

Art. II. Le Congrès se composera des médecins nationaux et étrangers qui se seront inscrits comme membres du Congrès et qui auront versé la cotisation requise.

Pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes conditions et avec les mêmes droits que les médecins, tous ceux qui, étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique, désirent assister et prendre part aux travaux du Congrès, ainsi que les représentants de la presse.

Art. III. Le montant de la cotisation est de "six dollars". Cette somme doit être versée à l'un des deux trésoriers, lequel remettra à l'intéressé sa carte d'identité respective qui lui servira de document pour pouvoir profiter des avantages réservés aux congressistes, y compris le banquet.

Art. IV. Les membres du Congrès dûment inscrits auront droit de prendre part à tous les travaux, de présenter des communications verbales ou écrites, d'intervenir dans les discussions, de donner leur vote dans les questions soumises à votation.

Art. V. Ils auront droit aux comptes rendus des travaux du congrès.

Art. VI. Les comptes rendus du Congrès seront remis aux Congressistes qui y auront droit aussitôt après leur publication.

Art. VII. Le Congrès sera divisé en sept sections:

1. Médecine.
2. Chirurgie.
3. Gynécologie.
4. Obstétrique. et pédiatrie.
5. Maladies mentales, Médecine légale et anatomie-pathologique.
6. Ophthalmologie, rhinologie, otologie.
7. Hygiène et intérêts professionnels.
8. Chirurgie-dentaire.

Art. VIII. Un comité exécutif composé du président des secrétaires généraux et trésoriers, des présidents et secrétaires des sections est chargé de la gestion et du fonctionnement du Congrès.

Art. IX. Le Congrès siégera tous les jours, soit en assemblées générales soit en sections.

Art. X. Dans la séance d'ouverture, le secrétaire général rendra compte des travaux d'organisation du Congrès, le président lira le discours d'inauguration, on fera la présentation des délégués officiels et l'on proclamera les présidents d'honneur.

Dans la séance de clôture on rendra compte des délibérations du Congrès, on désignera le lieu de sa prochaine réunion et l'on procédera à l'élection de son bureau.

Art. XI. Les comités des sections organiseront leurs programmes de travaux. (Lecture et discussion des communications, examen des propositions présentées, etc).

Chaque section nommera ses présidents d'honneur et désignera ses secrétaires adjoints.

Art. XII. Le président de chaque section dirigera les séances et les débats dans la forme établie dans tous les corps délibérants.

Les questions scientifiques ne pourront être l'objet d'aucune votation.

Art. XIII. Le temps assigné à chaque communication ne doit pas dépasser 15 minutes, et les orateurs qui prendront part à la discussion ne pourront parler plus de 5 minutes. Les auteurs de communications disposeront de 10 minutes de réplique.

Les membres qui prendront part aux discussions devront remettre au secrétaire de la section avant la levée de la séance, un court résumé de ce qu'ils ont dit.

Art. XIV. Les communications se référant au travaux du Congrès devront parvenir au secrétaire général au plus tard le 1er mai. On n'exigera que le titre et un résumé succinct en forme de conclusion. Les rapports officiels présentés par l'une des sections devront être complétés et remis entre les mains du secrétaire général à Montréal le 1er mai dernier jour.

Art. XV. On pourra présenter des communications après le 1er mai et même pendant le Congrès, mais elles ne seront mises à l'ordre du jour qu'après discussion de celles présentées dans le délai prescrit.

Art. XVI. Le texte écrit de tous les travaux présentés au Congrès doit être remis au secrétaire du bureau respectif. Le comité exécutif décidera sur son insertion totale ou partielle dans les comptes rendus.

Art. XVII. La langue officielle du Congrès dans toutes les séances sera le "Français".

Article Supplémentaire.

Les dames accompagnées des Congressistes pourront assister aux fêtes qui seront données en l'honneur des membres du Congrès.

:o:

LES DENTISTES DANS LE CONGRES DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMERIQUE DU NORD.

HUITIEME SECTION.

Les dentistes Canadiens-Français se sont réunis à l'Université Laval le 10 courant pour considérer l'invitation des médecins à former une section de chirurgie dentaire dans le deuxième Congrès qui sera tenu les 28, 29 et 30 courant. La peu de temps séparant de la date du Congrès était une abjection sérieuse, mais les dentistes en hommes énergiques se sont mis vigoureusement à l'œuvre, et au moment d'aller sous presse nous apprenons qu'il y a au delà de 25 membres d'enregistrés et plusieurs conférences et cliniques d'inscrites au programme.

La formation de cette section ayant été décidée après l'impression du programme général, nous donnerons ci-après les noms des officiers:

Président Honoraire — Dr. L. J. B. LEBLANC,
Montréal.

Président — Dr. JOSEPH NOLIN, Montréal.

Vice-Présidents — Dr. L. N. LEMIEUX, Québec.

Dr. J. G. A. GENDREAU, Montréal.

Secrétaire — Dr. EUDORE DUBEAU, Montréal.

Trésorier — Dr. ARTHUR BEAUCHAMP,
Montréal.

:o:

NOUVELLES.

Naissance:

—A Saint-Jérôme, le 13 du courant, l'épouse de M. le Dr. Henri Prévost, une fille, Marie-Léonie-Yvonne-Pauline.

Nécrologie:

—En cette ville, est décédé, le 14 du courant, à l'âge de 53 ans et 5 mois, le Dr. Gaspard Archambault.

Il naquit à l'Assomption, le 15 janvier 1851.

Le Dr. Archambault avait fait son cours classique au collège des Jésuites, et au collège Victoria où il prit ses degrés en 1873.

Il fut pendant longtemps médecin du dispensaire des Sœurs de la Providence; fut nommé médecin de l'Hôtel-Dieu et professeur de dermatologie à l'Université Laval en 1879; refusa en 1883 la chaire d'anatomie à la même université, sa vaste clientèle ne lui permettant pas d'accepter cette position.

Il épousa en 1878 Mlle Marie Louise Papin, morte il y a cinq ans. Elle était la fille de feu l'hon. Joseph Pépin, M. P.

Cinq fils lui survivent: M. Joseph Archambault, jeune avocat bien connu; Papin, religieux de la Compagnie de Jésus; Gustave, étudiant en médecine; Léon, étudiant en dentisterie, et Gaspard, élève du Collège Loyola.

—A Sainte-Adèle, le 18 du courant, est décédé le Dr. Daniel Longpré, autrefois de St.-Jérôme, qui a succombé samedi dernier à la phtisie.

Né à Ste-Adèle, le 4 novembre 1868, il fit de brillantes études au collège de l'Assomption, qu'il quitta pour entrer à l'Université Victoria où il fut reçu médecin en 1892.

Il épousa, à St.-Jérôme, Mlle Coëticia de Ville-mure, fille de l'hon. de Villemure, notaire et ancien conseiller législatif. De ce mariage naquirent trois enfants, qui restent avec leur mère pour déplorer cette cruelle perte.

—A Bécancourt est décédé le 9 du courant, le Dr. H. Désilets, à l'âge de 31 ans. Le défunt était un excellent médecin, un bon chrétien et un citoyen intègre. Il jouissait de l'estime et de la sympathie de tous.

—A Chicopée, Mass., Dame Dr. Art. Andren, née Nathalie Chartier, a l'âge de 56 ans et 4 mois.

—A Montréal, le 17 du courant, est décédée Sarah Noemandeau, épouse de M. le Dr. J. Chevalier.

Nos sincères condoléances aux familles si cruellement éprouvées.

:o:

Revue des Journaux

A

Abscès. Les— de fixation dans les maladies infectieuses et les intoxications... 36
 Aberrations génésiques. De la psychothérapie dans les impotences et—... 144
 Accouchement. De l'insuffisance du muscle utérin pendant l'—... 483
 Acide picrique. Action de l'— sur le pouvoir osmotique des membranes animales... 90
 Aclé rosée. Traitement de l'— de la face... 110
 —chez une jeune fille à l'époque de la puperté... 233
 Actinomycose... 10
 L'— et le cancer... 677
 Adénites. Traitement des— tuberculeuses... 175
 (suite)... 192
 Adénoïdisme et appendicite... 707
 Adrénaline. L'— en chirurgie urinaire... 221
 L'—... 66
 Sur un résultat obtenu par l'emploi de l'—... 248
 A propos de quelques nouvelles applications de l'—... 513
 Affections cardiaques. A propos des troubles mentaux dans les —... 76
 Affections auriculaires. Traitement des— par la ponction lombaire... 233
 Traitement médical des—gynécologiques. Pansements vaginaux et peri-utérins... 681
 Alcool. L'— dans l'alimentation... 64
 Albuminurie et diabète... 578
 Albuminuriques. L'alimentation des—... 357
 Amblyopie. Sur le traitement d'urgence de l'—par perte de sang... 206
 Amers. Contre les—... 344
 Amygdale. Prophylaxie des abcès de l'—... 164
 Contre l'hypertrophie amygdalienne... 642
 Analgésie obstétricale et suggestion éthérométhylène... 611
 Anémie pernicieuse. Cas d'— à moëlle jaune... 63
 Angine. Traitement de l'—granuleuse... 37
 L'— de poitrine infectieuse... 328
 L'— ulcéro perforantes de la

scarlatine... 679
 Angiome. Sur un cas d'—cavernueux du vaste interne... 690
 Anesthésie générale en obstétrique par le chlorure d'éthyle... 458
 L'— par l'eau dans certaines opérations de la région anale... 678
 Appendicite. Etude sur l'association de l'— et de la cholocystite avec ou sans péritonite... 33
 Adénoïdisme et —... 707
 Les indications opératoires dans l'—... 330
 Remarque sur l'— chez la femme dans ses relations avec les lésions ulcéro-anneielles... 401
 Du rôle étiologique des maladies infectieuses dans l'— 487
 Typhlo-colite, —et dysménorrhée... 495
 Leucocytose dans l'— et dans la pérityphlite... 513
 Comment on doit appliquer la glace sur le ventre dans l'— aiguë... 539
 A propos du traitement de l'—... 665
 La glace sur le ventre dans l'— aiguë... 691
 Argent. Les injections intra-veineuses d'— colloïdal de crède (collargial) dans les maladies septiques... 64
 Arsenic. Les principales préparations arsénicales... 203
 Artère fémorale. Blessure de l'— par une pointe de couteau; anévrismes faux-consécutif; ligature; guérison... 579
 Arthrites. Les injections intra-articulaires de vaseline stérile dans les— sèches... 457
 Ascite. Chloruration et déchloruration dans l'— d'origine cirrhotique et cardiaque 343
 De la rétention des chlorures dans l'—... 383
 Asthme. La quinine contre les accès asthmatiques chez les enfants... 383
 Atropine. Sels d'—, leurs indications en thérapeutique oculaire; moyens d'éviter les inconvénients sérieux de l'— 50
 Atrophies réflexes d'origine articulaire. Des— et de leur

traitement par l'électrification et le massage... 637, 651

B

Balanite. Traitement de la— 54
 Ballon de Braun. De l'emploi du— en obstétrique... 150
 Ballon intra-utérin de Champetier de Ribles. De l'emploi—... 692
 Bégaïement graphique. Le— 688
 Bichlorure de mercure. Valeur antiseptique de quelques solutions de—... 667
 Bismuthose. Effets thérapeutiques du bismuth et de ses composés... 514
 Blennorrhagie. Traitement de la—... 24
 Valeur thérapeutique des irrigations dans la—... 53
 Traitement de la—... 150
 Traitement de la— chez la femme... 333
 Traitement de la— chronique 608
 Prophylaxie de la—... 682
 Bleu de méthylène. Son action. Action du— sur l'entérite ulcéreuse des tuberculeux... 219
 Boissons hygiéniques moussues... 347
 Botulisme. Le—... 287
 (suite)... 298
 Botryomycose. Un cas— du bœuf... 117
 Bouche. Antisepsie de la—... 217
 Bronchites aiguës et tuberculose pulmonaire... 191
 (suite)... 202
 Brûlure. Cure rapide des— par fils métalliques incandescents... 134
 Bubon. Traitement du—... 403

C

Cachexies progressives mortelles sans lésions anatomiques... 411
 Calcul vésical. Cystotomie vaginale pour—... 682
 Canal cholédoque. Un cas d'obstruction calculieuse, guéri par la cholédoctomie, quelques réflexions sur la pathogénie de l'ictère dans la lithiase du cholédoque... 19
 Cancers. Sur le traitement des— du rein par les rayons X... 53
 Traitement du— inopérable. 289
 (suite)... 302, 319 331

Technique de l'ablation des — de la lèvre inférieure et des opérations préparatrices con- sécutives... .. 426	diète et rapide du—... .. 21	Albuminurie et—... .. 578
Cancer. Traitement d'un cas de — de l'estomac par les ra- yons X... .. 7	Déchirures du—..... 655	Diapason. Emploi du— dans l'exploration de quelques or- ganes..... 526
Le — et les rayons x... .. 102	Collargal. Le—... .. 53	Diarrhées. Le bleu de méthylène dans les—... .. 260
—du sein... .. 119	Sur l'action des injections in- traveineuses de— dans les maladies septiques... .. 81	La gélatine dans le traite- ment des — infantiles... .. 260
Les inoculations opératoires du—... .. 162	Coqueluche. La fausse—... .. 22	Traitement de la—infantile par la gélatine... .. 470
—à forme hépato-gangré- neuse... .. 217	La— à la mer... .. 103	Digitale. Les dangers de la— dans certaines affections car- diaques..... 577
Traitement du — par les ra- yons X... .. 444	La fausse—... .. 232	Diphthérie. Nouvelle applica- tion sérothérapique dans la —... .. 159
Le traitement du — par la quinine... .. 497	— et belladone... .. 235	Fausses reprises de la — ... 456
La phisicothérapie dans le— 639	La — à la mer... .. 77	De la sérothérapie préventive de la—... .. 581
Traitement du—... .. 668	Traitement de la — 712	Drap mouillé. Le — froid chez Dysménorrhée. Typhlo-colite appendicite et—... .. 495
Carcinome. Pathogénie et trai- tement du carcinome... .. 382	Cor et durillon... .. 387	l'enfant... .. 497
Cardio-musculaires. Manifesta- tion— de l'heredo-dystropie paratuberculeuse... .. 87	Cordon ombilical. Des lésions syphilitiques du—... .. 569	Dyspepsie chronique chez les nourrissons... .. 52
Cathétérisme chez les prosta- tiques... .. 333	Cornée. La teinture d'iode contre les ulcérations de la—... 51	Les— hépatogènes... .. 272
Céphalée. Le diagnostic de la nature d'une — persistante par la ponction lombaire... 492	Traitement des taies de la— par les installations de Ben- zoate de lithine... .. 121	La classification des—... .. 536
Cerveau. Tumeurs du—... .. 396	Coryza. Traitement du—... .. 218	E
Chancre mou. Les applications de la teinture d'iode dans le traitement du — 123	Le— atrophique est-il une affection autonome? diagnos- tic et traitement... .. 227	Eclampsie puerpérale. Du trai- tement de l'— par la décapi- sulation rénale... .. 277
Chancre syphilitique. Traite- ment du—... .. 262	Un traitement du—... .. 558	Ecole. Hygiène des—... .. 347
(suite)... .. 387, 418	Couches. La valeur diagnos- tique du pouls et de la tem- pérature dans les suites de— pathologiques... .. 205	Eczéma. Les métastases de l'—... .. 204
Traitement préventif du — syphilitique... .. 544	Couperose. Traitement de la — par la photothérapie... .. 37	Traitement de l'—... .. 543
Chéloïdes. Traitement des— par l'électricité... .. 148	Coxalgie. De la radiographie dans le diagnostic de la— au début... .. 566	L'— de la tête et les diverses régions de la face... .. 569
Chlorure de sodium. Sur les dangers du— administré aux malades en puissance d'ana- sarque... .. 117	(suite)... .. 578	(suite)... .. 583
Cholecystite. Etude sur l'as- sociation de l'appendicite et de la— avec ou sans périto- nite... .. 33	Créosoforme. Du—... .. 263	Embarras gastriques. Nature des— fébriles... .. 381
—gangreneuse... .. 107	Cresson. Le— et ses dangers. 36	Endométrite atrophique et pu- rulente des vieilles femmes... 248
Circulation du liquide céphalo- rachidien. La—... .. 624	Croup. Indications respectives du tubage du larynx et de la trachéotomie dans le—... .. 345	—septique puerpérale... .. 485
Cirrheses. Des— atrophiques au point de vue étiologique.. 116	Cystites. Conclusion du rap- port sur les — rebelles... .. 389	Traitement de l'— chronique par la formaline d'après la méthode de Menge... .. 473
Cloison nasale. Les perfora- tions de la— en dehors de la syphilis... .. 600	Des— rebelles dues à l'ulcère simple de la vessie... .. 389	Entérite tuberculeuse. Le bleu de méthylène contre l'—... .. 404
Codéine. Quelques considéra- tions sur l'administration par voie buccale de hautes doses de—... .. 428	Traitement de la— blennor- rhagique... .. 683	Entérococcie a forme de fièvre intermittente... ..
Coeur. Les bruits du— à tim- bre musical... .. 526	Diagnostic des — et des pyé- lonéphrites... .. 537	Entéro-colite. De l'— muco- membraneuse infantile... 221, 345
Col utérin. Dilatation immé-	D	Eosinophile. L'—... .. 442
	Démence. Le diagnostic de la —... .. 243	Epanchements pleuraux. Le diagnostic de l'abondance des —... .. 254
	Dermatoses. Traitement des — inflammatoires par la stypticine, antiphlogistique local... .. 95	Epilepsie. Du traitement de l'—... .. 109, 234
	— chlorique électrolytique... 176	Epistaxis. Le traitement de l'—... .. 691
	Traitement général des— 525	Epithéliomas. Traitement de — cutanés par l'acide acé- tique cristallisable (Gui- chot.) 65
	Désinfections publiques. De la nécessité et des moyens pra- tiques de contrôle des—... .. 38	
	Diabète. Le — et l'alimenta- tion aux pommes de terre... 540	

- palpébral récidive; guérison par la pyocétanine... 233
- Epithéliums des tubes contournés du rein. Pouvoir sécrétoire et signification glandulaire des—. Valeur thérapeutique de leurs produits solubles dans l'eau... 577
- Estomac. De la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère simple de l'—... 76
- Estomac. Le transit stomacal... 129
- Cancer de l'— à forme hépatogangréneuse... 217
- Diagnostic des lésions cancéreuses de l'estomac... 382
- Cinq cas consécutifs d'ulcère perforé de l'— traités par l'excision... 652
- Ether. Conseil aux étudiants administrant l'—... 411
- F**
- Favus. Traitement du—... 249
- Traitement de l'herpès tonsurant et du — chez les enfants... 376
- Fémur. Les pseudarthroses du col du—... 162
- Ferments solubles du rein. Contribution à l'étude des— 395
- Fibromes. Opothérapie mammaire contre les— utérins... 21
- Contribution à l'étude des— de l'ovaire... 122
- Les périls et les complications des— après la ménopause... 261
- Sur la valeur comparée de l'hystérectomie totale et de la subtotala dans la cure des— de l'utérus... 542
- Fièvre hystérique. Un cas de—... 117
- Fièvre parathyphoïdes. Une épidémie de—... 512
- Fièvre puerpérale. L'ergotine prophylactique et spécifique de la—... 416
- Fièvre typhoïde. Rôle des mouches dans la propagation de la—... 40
- Les— atypiques... 214
- Persistance de la réaction de Widal après la—... 383
- Traitement de la— par le pyramidon... 640
- Fièvre urinaire. De l'acide camphorique comme prophylactique de la—... 655
- Fissure. Traitement électrique de la — sphinctralgique de l'anus... 80
- Fissure anale. Traitement de la — par le permanganate de potasse... 290
- Fluides humains. Des—... 635
- Fosses nasales. Gomme syphilitique des—... 669
- Fractures. Le baume du Pérou dans le traitement des— compliquées... 479
- Traitement des fractures du poignet... 496
- La mobilisation des—... 625
- Fractures de la cuisse. Les — et leur traitement... 301 (suite)... 317
- Furouculose. Traitement de la—... 110
- G**
- Gangrène. Les lésions histologiques de la— foudroyante de Maisonneuve... 79
- Gastro-entérite. Traitement de la— par le lait écrémé acide. 275
- Traitement des — infantiles par les féculents... 668
- Gastro-entéro-anastomose. Indication de la— choix du procédé... 18, 35
- Gastro-entérostomie. La— est-elle légitime chez les cancéreux?... 398
- Gastro-intestinaux. De l'abus du lait dans les troubles — chronique de l'enfant après le sevrage... 498
- Genou. Sur le traitement des ostéo-arthrituberculeuses du — par l'association combinée de la méthode sclérogène et des injections intra-articulaires... 555
- La méthode sclérogène et les injections intra-articulaires dans la tuberculose du —... 651
- A propos d'un cas de décollement épiphysaire du—... 653
- Luxation des ménisques articulaires du—... 709
- Glotte. Contre l'œdème de la — chez les enfants... 642
- Glycosurie alimentaire chez les enfants issus de parents diabétiques... 708
- Gonocoque. Du rôle du— au cours de la grossesse et de la puerpéralité... 403
- Gonorrhée. Traitement de la — et des complications... 403
- Grippe. Le syndrome asthmatique dans la—... 172
- Gros orteil. Luxation phalangophalangienne du—... 678
- Grossesse. Diagnostic précoce de la—ectopique... 319
- De l'accommodation pendant la — et le travail... 471
- Grossesse gémellaire. Nouveau signe de la—... 541
- H**
- Helmitol. L'—... 667
- Hémophilie, phosphaturie décalcification... 566
- Hémorragies après la délivrance. De la compression publio-manuelle comme traitement des—... 458
- Hémorroïdes. Une méthode simple pour opérer les—... 64
- Affections hémorroïdaires chez les enfants... 361
- La teinture de Marron d'Inde contre les —... 638
- Herpès. Traitement de l'— tonsurant et du favus chez les enfants... 376
- Hernies. Du jeûne prolongé comme préparation à la cure radicale des grosses — chez les obèses... 48
- Du procédé de Mugnai dans la cure radicale de la — inguinale... 245
- De l'anesthésie localisée à la cocaïne dans la cure opératoire de la — hernie inguinale... 357, 374
- Histogénol... 20
- Huile camphrée morphinée pour injections hypodermiques... 134
- Huile grise. L'— compacte en massage sous-palpébral, pour remplacer les injections sous-conjonctivales, et en thérapeutique oculaire... 683
- Hydrocèle. Le traitement de l'— par le procédé de fer... 92
- I**
- Indoxyle. Recherche de l'— dans certaines urines pathologiques... 76
- Infantilisme. L'— d'origine pancréatique... 677
- Influence des états naissants de certaines substances sur leur action médicamenteuse. 710
- Injections anesthésiques épidurales. Les—... 105
- Injections Hydrargyriques. Technique des —... 409 (suite)... 425
- Injections vaginales, en obstétrique, gynécologie, hygiène. 346
- Insomnie. La peur des ténèbres et l'—... 148
- Traitement de l'agitation et de l'—... 427

Insuffisance hépatique. Analyse des urines et—... .. 158	M	des cholémiques; mélancolie— d'origine biliaire... .. 172
J	Maladie de Basedow. La—	La — biliaire... .. 216
Jambes. Sur différentes variétés de fractures de — ... 19	Maladie de Barlow. La— 215, 555	Nez. L'obstruction intranasale et son traitement... .. 132
K	a forme fruste... .. 624	Sur les relations qui existent entre les affections du — et de l'oreille... .. 373
Kératites. Traitement des— 1:8	Maladie de Dercum. La—... 665	Sur les troubles de la fonction cardiaque dans le rétrécissement de la cavité nasale... .. 388
Kystes. Du traitement des— de l'ovaire pendant la gravité... .. 399	Maladies infectueuses. Les accès de fixation dans les — intoxications... .. 36	Des affections du — dans les maladies générales... .. 460
Un cas de double kyste congénital du vagin... .. 612	Dangers des injections massives de sérum artificiel dans les—... .. 158	Lésions nasales et larmoiement... .. 697
L'analyse du sang chez les malades atteints de — de l'ovaire... .. 669	Maladies mentales. Traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les—et nerveuses. 135	Noëvi. Traitement des — du cuir chevelu et du nez par les injections d'eau chaude... .. 102
Du diagnostic d'un — de l'ovaire latent jusqu'aux accidents de torsion... .. 693	Massage gynécologique... .. 429	Le traitement des noëvi... .. 416
L	Maxillaires. Les fractures des —... .. 119	Naevus. Traitement des tumeurs malignes et du— vasculaire par le radium... .. 384
Lait. La conservation du — par l'eau oxygénée... .. 106	Marron d'Inde. La teinture de—contre les hémorroïdes. 638	Nourrison. L'augmentation du poids du — dans les jours qui précèdent la mort... .. 93
Contribution à l'étude des ferments solubles du — de femme... .. 220	Médicaments trompeurs... .. 95	Nouveau-né. Traitement de la mort apparente du — 276
Des moyens d'augmenter le — chez les accouchées... .. 258	Médication apéritive. La—... 88	O
La rage à Constantinople... 81	Médication hypotensive. La— 285	Obstructions calculaires du cholédoque. La subictère et l'absence totale de jaunisse dans les — 190
Laryngite. La — tuberculeuse. 159	(suite) 297, 313, 325, 340	Occlusions intestinales. Les— pendant la puerpéralité, (occlusion gravidiques; paragravidiques, extragravidiques). 163
Larynx. Traitement de la tuberculose du — 501	Mélancolie. La psychologie des cholémiques; — et neurasthénie d'origine biliaire... .. 172	Oedème. Ventouses sèches vésicantes. —pulmonaire aiguë. 18
Lavements alimentaires. Les —... .. 527	Membres amputés. Suture et transplantation vasculaires; coaptation de—... .. 133	Rétention des chlorures et pathogénie de l'oedème... .. 242
Leucémie. Contre la—... .. 558	Méningites. Le diagnostic des — tuberculeuses par les procédés modernes... .. 453	Ophthalmie. Pathogénie curieuse d'un cas d'— purulente des nouveau-nés... .. 670
Hypochlorurie et anasarque dans les — 650	Les — latentes chez les pneumoniques... .. 578	Oreilles. Sur les affections qui existent entre les affections du nez et de l'—... .. 373
Leucocytes. Absorption du mercure métallique par les— 17	Ménisques du genou. (voir genou.)	La ponction lombaire dans les affections de l'—... .. 501
Leucoplasie inguinale. La — 231	Menstruation. Traitement de la—douloureuse par l'extrait thyroïdien... .. 305	Les lésions professionnelles et traumatiques de l'—... .. 641
Leucoplasie. La — linguale.. 77	Mérite. Traitement de la — chronique... .. 401	De quelques accidents consécutif au persement des—... .. 665
Levure de bière. Les emplois de la—... .. 234	Métrorrhagie. Traitement des — après la ménopause... .. 359	Oreillons. Signe diagnostic précoce des—... .. 106
Mode d'administration de la —... .. 428	— après la ménopause; leurs causes et leurs traitements. 400	Ostéites apophysaires de croissance... .. 431
Lithiase. Traitement de la —rénale par le régime... .. 263	Migraine. La — tardivement aggravée... .. 342	P
Traitement de la lithiase biliaire... .. 219	Sur le diagnostic et la thérapeutique de la — 494	Pancréas. Le — dans la cirrhose vulgaire du foie... .. 257
Traitement de la — rénale.. 556	Myopathie scapulo-humérale. Opération palliative d'une— 710	Paralysie. Le lavage du sang dans la — diphtérique... .. 49
(suite)... .. 568, 580, 597	N	
Lupus. Traitement du — par le permanganate de potassium... .. 290	Néphrites. Le traitement chirurgical des — 173	
Traitement du — par les applications d'acide chlorhydrique... .. 626	Médications thérapeutiques tirées de l'existence de l'hypochlorurie dans la — 444	
Lusiforme. Le — dans les maladies des voies urinaires... 273	Les — brightiques... .. 607	
Luxation congénitale de la hanche. Du traitement non sanglant de—et de ses résultats éloignés, d'après 100 observations... .. 414, 415	Hypochlorurie et anasarque dans les— 650	
	Néphropexie... .. 358	
	Neurasthénie. La psychologie	

Traitement mercuriel intensif du tabès et de la — générale... .. 121	Plaies. Sur l'absorption de l'antitoxine tétanique par les —, action immunisante du sérum antitétanique sec, employé au pansement des plaies ténanigènes... .. 88	Reins polokystiques... .. 32
De la réaction pupillaire aux toxiques comme signe précoce de la — 157	Permanganate de potasse et pansements de — 304	Le traitement du—mobile... 539
Essaie sur les — intestinales post-laparatomiques... .. 329	Pleurésies. Les — de la première enfance... .. 108	Rétroversion. Traitement de la — utérine par le raccourcissement des ligaments ronds... .. 542
La — infantile au point de vue chirurgical... .. 481	(suite) 118	Rêve. La psychologie du —... 623
— obstétricale du membre supérieur droit... .. 582	Pneumonie. Le signe de Kennig dans la — 157	Rhumatisme tuberculeux, arthrite ankylosante d'origine tuberculeuse... .. 63
Traitement arthopédique et chirurgical de la — paralysie infantile... .. 608	Un cas de pneumonie typhique simulant une—caséuse. 635	Mode d'emploi du salicylate de soude dans le— blennorrhagique... .. 179
Contribution des organes internes dans la — générale... 677	Pneumothorax. Symptomatologie du—... .. 160	Pathogénie du rhumatisme tuberculeux... .. 226
Paupières. Traitement des maladies du bord des — par l'eau oxigénée et le benzine. 362	Polymyosite infectueuse aiguë à récidives... .. 47	Le sérum de Truneczek contre le — blennorrhagique... 234
Pelade. Indications et résultats de la cure gingivo-dentaire dans la — 10	Polynévrite. La — alcoolique. 34	Action du sérum de Truneczek sur le — 344
Péricardite. Deux observations de frottements péricardiques s'entendant dans presque toute la région thoracique, autopsie... .. 8	Pression sanguine. Influence de l'affet musculaire sur la— aux différents âges de la vie. 143	— chronique et son traitement... .. 415
Signes pseudo-pleurétiques dans la — 144	Pronostic et nécessité d'une intervention opportune... .. 695	Du — infectueux d'origine urinaire... .. 479
— des brightiques... .. 394	Protoxyde d'azote. L'anesthésie générale au—... .. 243	Rhumatisme tuberculeux abarticulaire... .. 664
— des brightiques... .. 608	Prurit. Traitement du—et des affections parasitaires... .. 49	Rougeole. Les inconvénients des injections préventives de sérum antidiphthérique dans la — 52
Périgastrite. La — douloureuse... .. 510	Traitement chirurgical des— anaux et vulgaires... .. 146	S.
Périnée. L'urgence de pratiquer la suture du — après l'accouchement... .. 69	Pathologie et traitement du — vulgaire diabétique... .. 386	Sac lombaire et allégé... .. 697
Péritonites tuberculeuses et annexites... .. 467	Traitement du — vulgaire et des affections parasitaires... 484	Sang. Nouvelle méthode histologique applicable à l'étude des éléments anatomiques du — et des liquides organiques normaux ou pathologiques... .. 395
Un cas de—d'origine peu habituel... .. 707	Pseudo-rhumatisme. Les — tuberculeux... .. 270	Sarcome de l'extrémité inférieure du fémur. Etude diagnostique. 456 (suite)... .. 469
Pérityphlite. Leucocytose dans l'appendicite et dans la—... 513	Psoriasis. Traitement du—par la moëlle osseuse en applications externes... .. 21	Scarlatine. Enpyème double de la tunique vaginale dans la — 47
Phlébégie. Traitement de la —, l'effleurage des veines... 176	Traitement de certains—graves par le régime carné et les boissons aqueuses-chaudes... 165	Scorbut infantile. Deux cas— 582
Phloridzine. L'épreuve de la — chez les femmes albuminuriques... .. 50	Psychoses de puberté. Du surmenage physique dans l'écllosion des — 347	Séborrhée. Traitement de la — du cuir chevelu... .. 474
Phosphaturies. Les fausses—. 246	Pupille. Action des médicaments sur la —, l'accommodation et la tention intra-oculaire... .. 178	Sero-réaction typhique. La — chez l'enfant... .. 109
Etude sur la valeur thérapeutique du cocodylate de soude dans le traitement des — ... 344	Pyélonéphrites. Diagnostic des cystites et des—... .. 537	Sérum antidiphthérique. Les injections intra-veineuses de— 104
Phosphore. L'empoisonnement par le — 216	R.	Sérum de Truneczek. La valeur du — 626
Pied bot. Indications générales du traitement dans le — varus équien congénital... 91, 216	Radium. Le — et les cors radio-actifs... .. 624	Souffle diastolique. Sur l'existence de bruits de — au niveau des orifices aortiques et pulmonaires sans lésion des valvures... .. 554
(suite)... .. 274	Raffine. Les dangers des injections de — 107	Streptocoques. Recherches nouvelles sur les—... .. 67
Pigmentation cutanée d'origine chez la femme... .. 9	Rapport entre le nez et l'appareil génital de la femme... .. 641	Stomatite. Le traitement de Taupin dans la—ulcéro-membraneuse... .. 385
Pigments kiliaires. Modification de la réaction de Huppert... .. 132	Ration alimentaire du nourrisson. La — 627	
	Régime lacté. Moyens de faire supporter le — 711	

Le traitement de la — mercurielle... .. 399
 —des tuberculeux... .. 623
 Stovaine. La — anesthésique local... .. 679
 Sublimé. Inconvénients et dangers du — dans les accouchements et dans les maladies des voies urinaires... .. 708
 Succion. Un cas d'impossibilité de la — et de la déglutition volontaire chez un enfant... .. 67
 Suggestibilité. La—... .. 650
 Suralimentation. Essai d'étude sur les accidents de la— 62
 Surdité d'origine tabagique... 102
 Suture abdominales. Un procédé d'incision et de — pour éviter les hernies post-laparotomiques... .. 232
 Syphilides. Traitement des—ulcéreuses de la peau... .. 52
 Traitement de la — pigmentaire... .. 320
 Syphilis. Le mercure dans la —... .. 52
 Considérations sur le traitement local des maladies infectieuses et plus particulièrement de la — 93
 Traitement de la — par le procédé Welander... .. 93
 Traitement des maladies syphilitiques du système nerveux... .. 107
 Traitement mercuriel au cours des myélites syphilitiques... .. 108
 Méningite aiguë syphilitique guérie par les injections de benzoate de mercure... .. 108
 Réaction des syphilitiques au mercure... .. 120
 La — inoculée aux anthropomorphes... .. 166
 La splénomégalie dans la — acquise... .. 229
 Atrophies musculaires progressives spinales et — 230
 Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période secondaire... .. 250
 Traitement de la — chez les nouveaux-nés par les injections mercurielles solubles... 361
 Traitement mercuriel intensif et — grave... .. 388
 Traitement de la — pendant la grossesse par l'huile grise. 430
 Sur l'ictère syphilitique... .. 431
 L'atrophie circonscrite du scrotum en tant que stigmate de

la — 431
 Le traitement mixte de la— 487
 La — oculaire en général et son traitement... .. 571
 (suite)... .. 584, 598
 T
 Tabes. Traitement mercuriel intensif du — et de la paralysie générale... .. 121
 Résultats du traitement anti-syphilitique chez les tabétiques... .. 133
 La santonine contre les douleurs du—... .. 219
 Sur l'étiologie du — 270
 Pronostic actuel et thérapeutique nouvelle du — 688
 Thalamus. Le — optique..... 51
 Théophile. Sur l'emploi thérapeutique de la — au théocine... .. 20
 Thérapeutique. La — in extremis... .. 302
 Toux. Traitement de la — émetisante des tuberculeux. 359
 Troubles nerveux. Emploi du drap mouillé au cours des— de l'enfance... .. 375
 Troubles trophiques et circulatoires de la peau résultant d'injections de paraffine..... 637
 Tubes digestifs. Valeur sémiologique de l'état de la langue dans les maladies du — 256, 271, 284
 Tube intestinal. Répartition du méconium dans le — d'après l'autopsie de vingt.cinq fœtus... .. 164
 Tuberculose. Influence de la poussière du plâtre sur la —pulmonaire... .. 40
 Le permanganate de potasse dans le traitement de la—... 145
 De quelques moyens ayant pour but de découvrir les sujets prédisposés à la — pulmonaire appareil utilisé dans l'application de ces moyens. 116
 Les tuberculeux pulmonaires à la mer... .. 118
 Tachycardie continué apyrétique du début de la — aiguë... .. 231
 Nouveau cas de cure de la— cutanée par la solution de permanganate de potasse... 350
 La — primaire et celle des animaux sont-elles dues à la même espèce microbienne; le bacille de Koch... .. 299
 (suite) 315
 Remarque sur le diagnostic

de la — pulmonaire... .. 357
 Tuberculose et mariage... .. 383
 Principe et traitement de la — pulmonaire... .. 496
 La — pulmonaire... .. 587
 Tumeurs malignes. Traitement des — et du naevus vasculaire par le radium... .. 384
 Tumeurs malignes. Le traitement des — à New-York. 79
 Typhlo-colite, appendicite et dysménorrhée... .. 495
 U
 Ulcères. Traitement des—... 138
 Traitement chirurgical de l'— non compliqué de l'estomac. 217
 Ulcères variqueux. Nouveau pansement ambulatoire, dit "botte élastique" pour le traitement des—... .. 653
 Urèthre. Dilatation électrolytique de l'—... .. 263
 Uréthrite. Contribution au traitement local de l'urétrite blennorrhagique chez la femme. Simplification du manuel opératoire... .. 444
 Urines rénales. Critique des méthodes de séparation des —... .. 190
 Urobilinurie... .. 162
 Urticair. Traitement de l'— 235, 613
 Utérus. Torsion de l'—... .. 121
 La leucoplasie du col de l'—; ses rapports probables avec la syphilis et l'épithélioma. 177
 (suite)... .. 193
 V
 Vagin. Technique de la désinfection du —... .. 346
 Les perforations de la cloison vaginale en dehors de la syphilis... .. 600
 Vaginite. Injections contre la —... .. 488
 Variole hémorrhagique. Le chlorure de calcium en injections hypodermiques dans la —... .. 247
 Veines. Les affections chroniques des—... .. 147
 Verrues. Action vasomotrice de la suggestion; guérison des verrues... .. 102
 Traitement de la — plane séborrhéique... .. 176
 Traitement des—... .. 446
 Vésicatoires. A propos de—, 131
 Vessie. Sur les injections épidurales dans les affections de la vessie... .. 636

Voies urinaires. Les effets nuisibles des préparations salicylées sur les — 123
Le lusoforme dans les maladies des — 273
Action des préparations salicylées sur les —; genèse des

cylindres et des cylindroïdes... 558
Voile du palais. Les paralysies diphtériques précoces du — 40
Vomissement incoercibles. L'avortement provoqué dans les

cas de — 249
Traitement des — de la grossesse par le sérum artificiel. 654
Vulgo-vaginite. Sur le traitement de la — blennorrhagique... 147

FORMULAIRES

A

Acné. La pensée sauvage contre l'— 292
Asthme. Inhalations contre l'— 12

B

Blennorrhagie. Le salicylate de mercure dans la — ... 12, 166
Blepharite ciliaire... 96

C

Coliques hépatiques. Emulsion contre les— 152, 166
Coliques menstruelles. Contre les— 26

Coliques néphrétiques... .. 68
Coliques utérines... 348
Collapsus coma... 82
Collargolum. Formulaire du— 264
Commotion cérébrale... 306

Conjonctivite diphtérique et diphtéroïdes... .. 292

Constipation... 264
Contre la — des enfants... 123

Coqueluche. Traitement de la — par le bromoforme... 222
Le thiocol contre la— 586

Cor et durillon... 180
Coryza. Contre le — des enfants... 26

— diphtérique... 292
Traitement du — aigu... 474
Couperose faciale. Contre la— 151
Crampes... 208

Crevasse. Pommades contre les — du sein... 151
Traitement des — du sein... 334

Cystite. Traitement de la — du col chez la femme... .. 12
— tuberculeuse... 627

Créosote. Des effets de la — suivant ses doses et son mode d'emploi... 307

D

Dents. Gouttes contre les maux de — 641
Dysenterie. Contre la— 418
Dysménorrhée. Traitement de la — 684

Dyspepsies. Contre les — avec hypopepsie... 264

E

Eau feruneuse. Préparation estampornée d'— 63
Eau oxygénée. Des injections sous-cutanées d'— 306

Eczéma squameux. Pâte contre l'— 152
Tizane contre l'Eczéma... .. 306

Enhlélides de la grossesse... 418
Epithélioma. Pâte caustique pour détruire l'— 152

Epilatoire... 488
Erythème. La benzine contre l'— fugace du nez... 292

F

Fétidité buccale. Contre la— 123
Fièvre infectieuse. Contre la— au début... 362

Formaline à la teinture d'eucalyptus... 390

G

Gaiocol. Formulaire et applications du — 432
Gercures des mains. Contre les — 12, 320
Pommade contre les— 372

Gonorrhé. L'ergotine dans la — 291
Granules d'acide arsénieux... 222

H

Huile de foie de morue iodoferrée... 26
Huile de foie de morue iodée. 152

I

Ichthargan. L'— 82
Insomnie. Potion calmante contre l'— 123, 264

Iodure de potassium. Administration de l'— 320

L

Lavements carminatifs à l'assafoetida... 488
Laxatif pour adulte... 82

Lésions séborrhéiques. Traitement des — (périnée, cuir chevelu)... 697
Liniment siccatif... 54

M

Maladies cutanées. Acide salicylique dans les— 302

Ménopause. Contre les accidents de la — 250
Ménorrhagie. Injections sous-cutanées contre la — 12

N

Névralgies. Pilules contre les — 123

O

Ophthalmie diphtérique... 390
Orchite. Pommade pour employer dans le traitement de l'— 572

Ozène. Contre l'— 264

P

Paralysies diphtériques... 390
Phimosi. Cure non sanglante du — congénital... .. 263

Pilules. Ferrigineuses... 123
Arsenicales... 208

Pigmentation. Traitement de la — des femmes enceintes... 151
Prurigo. Contre le — 250

R

Rousseur. Contre les taches de — 26

S

Séborrhéides. Traitement des — avec abcès tubéreux de l'aisselle... 95
Stomatite. Contre la — des tuberculeux... .. 712

Syphilis. Lotion contre la — 291
Contre la — grave... 628

T

Tabès. Injections sous-cutanées de sels d'argent dans le traitement du — 291

Taenia. Traitement du — ... 698
Taenicides. Les — chez les enfants... .. 152, 180

Toux. La sulfate de quinine contre la — 390

U

Ulcérations tuberculeuses. Du pansement des — par la solution de Kolischer... .. 362

Verrues. Traitement des— ... 362

Nouvelles et Variétés

A

Accouchement chez une Juive.
Un — par M. le Dr. E. A. René de Cotret... 657
(suite)... 671, 685
Adrénaline... 321
Amour et fatalité... 69, 83
A nos lecteurs... 645, 715
Amygdalite. L'—... 265
(suite)... 279
A propos du spintermètre détonateur... 55
Art dentaire... 586
Admission à la pratique de la médecine... 600
Arthritique et neurasthénie... 461
Assemblée des médecins du district de Montréal à l'Université Laval... 620
Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. 281, 283, 324, 701
(suite)... 705, 715
Association Médico-chirurgicale du district de Joliette. Rapport de l'—... 188, 369
Assemblée. Semi-annuelle du collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec... 86, 207
Avertissement... 82

B

BIBLIOGRAPHIE.

A few points on the technic of etc., Carnac Marquis... 236
A Text Book of the Science and Art of Obstetrics... 263
A non-surgical Treatise on Diseases of Prostate Gland, etc... 501
De l'hospitalisation d'urgence en temps de guerre... 151
Entéro-colite muco-membraneuse... 515
Explorations princips and technick, etc... 12
Formulaire des médicaments nouveaux pour 1904... 516
Formulaire index du praticien pour adultes et enfants, par M. le Dr. Macrez... 222
Guide pratique de technique opératoire par le Dr. Jules Brault... 207
How's Handbook of Parliamentary, etc... 501
International clinics, vols. I. et II. Edités par A. O. J. Kelly et publiés par J. B. Lippincott & Co., de Philadelphie, 1903... 208
L'alimentation lactée chez le La médication surrénale, par MM. les Drs. Appenheim et Loeper... 278

nouveau-né... 25
Le biomécanisme ou neovitalisme, par M. le Prof. D. M. Bededikt... 695
Le matérialisme est faux, le catholicisme est vrai devant la science le bon sens... 11
Le syndrome adénoïdien... 681
L'urologie et les médecins urologues dans la médecine ancienne etc... 179
Manuel d'orthopédie vertébrale par M. le Dr. A. Chipault... 696
Néphrites médicales. Traitement chirurgical des —... 558
Ozène. Végétation adénoïdes, appendicite chronique... 681
Portraits of contributors to the medical brief... 600
Précis des maladies des enfants par M. le Dr. L. Baumel... 696
Technique of echocystostomy etc... 236
Therapeutics of Infancy and Childhood... 278
The value of the Roetgen Rays in the treatment of carcinoma, etc... 12
The Roetgen Rays in the differentiation between Osteomyelites, etc... 12

C

Cas cliniques traités avec du glyco-thymoline (Kress)... 27
Cas de névralgie... 181
Chevelure des musiciens. La— 144
Chirurgie-dentaire. La — à l'Université Laval, création d'une nouvelle chaire... 516
Chronique médicastre Tégère... 4, 30, 72
Chronique... 363
(suite)... 377, 391
Cleptomanie... 209
Congrès de l'american électrothérapeutic association... 187
Comité des congrès coloniaux français... 359
Commission de la tuberculose. 714
Congrès de Montréal de 1904. 324
Congrès de la laiterie de Bruxelles... 391
Congrès internationaux d'hygiène scolaire... 153
Coqueluche... 279
Correspondance. M. le Dr. V. A. Vizina... 124
M. le Dr. M. T. Brennan... 187
M. le Dr. T. Brennan... 281

D

De la variole et de son antidote le sulphydral... 531
(suite)... 545
De l'utilité pour les gynécologues de bien connaître Paris. 55

Dentistes. Les — dans le congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord... 716
Déontologie médicale. Principe de — soumis à l'association médico-chirurgicale du district de Joliette... 554
Des pharmaciens qui pratiquent la médecine par M. le Dr. De Martigny... 575
Réponse par M. J. E. W. Lecours... 649
Deuxième congrès de l'association des médecins de langue française de l'Amérique du nord... 281, 283, 324, 701, 705
Dr. M. T. Brennan... 506

E

Editorial... 197 463
Association des médecins de langue française de l'Amérique du nord... 701
Enfant tuberculeux... 167
(suite)... 181
Enfer des médecins. L'—... 307
Erratum... 309

G

Galien... 237
(suite)... 251
Germicide et antinévralgique. 195
Glyco-héroïn (Smith) comparée à la codéine et à la morphine... 335

H

Hémoptisie grave traitée dosimétriquement... 433, 447
Hermaphroditisme et erreur de sexe... 686
(suite)... 699
Historiette sur quelques chirurgiens... 601

I

Initiation... 587
Intérêts professionnels, par M. J. E. W. Lecours... 649

L

L'abruti... 461
La corde ou le chancre... 55
La cure à quatre pattes... 601
La guerre russo-japonaise... 573
L'alcool, produit de distillation des matières fécales... 13
La lèpre au moyen âge... 615
La médecine au théâtre... 391
L'amour et l'alcool... 643
La mortalité à Montréal en 1903... 433
L'anesthésie générale chez les peuples de l'antiquité... 42
La nocivité des mouches... 644
La scarpalgie... 251
La science en Russie... 643
La vie assimilée à une phosphorescence... 125

La vie rendue aux aveugles et les aveugles voient... ..	714
Le costume universitaire... ..	337
Le Dr., S. V. P... ..	97
L'efficacité des antiseptiques dans le traitement de certaines affections avec mention spéciale de la valeur du Glyco-thymoline... ..	447
Legs macabre... ..	55
Les maladies endémiques au Japon... ..	629, 643
Le malthusianisme en Amérique... ..	153
Le médecin modern-style. L'école pastorienne. — Mort lamentable d'Edwidge. — Rabelais et le bon sens gaulois. (suite)	349 363
Les médecins devant les lois babyloniennes au XXe siècle avant J.-C... ..	475
Les mets favoris des anciens arabes... ..	167
L'émigration des médecins français... ..	83
L'empoisonnement par le datura stramonium chez les condamnés aux travaux forcés.	405
L'enseignement de la puériculture dans les écoles communales... ..	55
Les nôtres à l'étranger... ..	405
Le rôle de la France dans l'histoire de l'appendicite... .	335
Le tabagisme et son traitement... ..	489
Le suprême adieu... ..	642
Lettre ouverte de MM. les étudiants en médecine à l'hon. S. N. Parent... ..	619
L'hôpital Notre-Dame... ..	264
L'origine d'Enghien-les-Bains comme station thermale....	13
M	
Maladie des enfants... ..	111
(suite)... ..	125

Maladies vénériennes. Les —	
..... ..	262, 264
Mariages: 12, 26, 68, 82, 124, 138	
152, 166, 194, 208, 236, 320, 348	
418, 446, 488, 502, 628, 642, 656	
670, 698, 712.	
Médecine et le piano. La—... ..	644
Mélancolie, insomnie, affaiblissement du système nerveux. 181	
Menstruation irrégulière et traitement... ..	713
Mode et les vêtements. La—..	700
Mort aux remèdes secrets.....	55
N	
Naissances: 12, 68, 124, 138, 152,	
180, 222, 236, 250, 292, 320, 348,	
362, 390, 404, 418, 432, 446, 474,	
488, 544, 558, 572, 586, 600, 628,	
642, 670, 684, 698, 712, 716.	
Nécrologies: 12, 54, 68, 96, 138,	
152, 180, 194, 222, 264, 348, 376,	
390, 404, 432, 446, 460, 474, 488,	
502, 516, 530, 544, 558, 572, 600,	
642, 656, 670, 684, 698, 716.	
Michel Thomas Brennan.....	519
Dr. A. G. Belleau... ..	522
Feu le Dr. J. P. Chartrand. 628	
Nelly Brown, par M. le Dr.	
Jehin-Prume: 14, 28, 56, 70, 84,	
98, 112, 126, 140, 154,	
168, 182, 196, 210, 224, 238, 252,	
266, 280, 294, 308, 322, 336, 350,	
364, 378, 392, 406, 420, 434, 448,	
462, 476, 490, 504, 518, 532, 546,	
560, 574, 588, 602.	
Notre dernier original... ..	71
Nouvelle application des rayons Roetgen... ..	125
O	
Observations sur l'emploi du sulphydral chez certains intoxicés par les sels métalliques... ..	293
(suite)... ..	321, 335
Ombre et substance... ..	545
Ordonnances illisibles... ..	644

P

Premier congrès international d'hygiène scolaire, devant être tenu à Nuremberg en 1904... .. 267

Q.

Quelques notes sur le Dr. Beaumont et sur Alexis St. Martin... .. 503, 517

Quelques remarques sur le Glyco-thymoline... .. 573

R

Résolutions de condoléances... 544

S

Société d'odontologie canadienne-française... .. 460, 510

Société médicale de Montréal: 240, 313, 408, 440, 466, 492, 525, 648, 703.

Société médico-chirurgicale. La — du district de Joliette. 369, 552

Si nous avions une association des médecins de la ville de Montréal... .. 573

T

Traitement dosimétrique de la grippe ou influenza... .. 223

(suite)... .. 237

U

Un bizarre accident de la profession médicale dans les grandes villes: accident de Mme. le Dr. Litauer; azéma. 195

Un cas de léthargie à accès ayant duré dix-sept ans... .. 559

Un cas de rougeole... .. 237

Un congrès de tuberculose... .. 295

Un épisode au cours du congrès de l'association médicale du Canada... .. 195

Un exemple à suivre... .. 41

Un nouvel analgésique; l'antikamnia... .. 153

V

Voyages d'études médicales... 41