

LA CLINIQUE

REVUE MENSUELLE DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

PUBLIÉE A MONTRÉAL

VOL. VI

JUIN 1900

No. 11

Trois cas de grossesse extra-utérine.

PAR

Monsieur le Docteur E. DELAUNAY, Chirurgien-en-chef de l'hôpital Péan.

I.—*Grossesse extra-utérine tubo-Interstitielle.—Hystérectomie vaginale. Guérison.* (1)

Le 8 février de cette année entrain dans mon service, à l'hôpital Péan, une malade dont voici, brièvement résumée, l'histoire clinique.

Agée de 38 ans, cette femme ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Ses règles parurent pour la première fois à 13 ans $\frac{1}{2}$, et, après avoir été difficiles et douloureuses pendant les premiers mois, se régularisèrent.

En 1883, elle eut un premier accouchement gémellaire. A la suite de cet accouchement les règles devinrent un peu plus abondantes.

En 1885, accouchement, au huitième mois, d'un enfant mort.

En 1886, 3e accouchement à terme.

En 1892, fausse couche de 1 mois $\frac{1}{2}$ suivie d'une forte hémorrhagie.

En 1893, 4e accouchement à terme.

En 1896, fausse couche de trois mois.

A partir de cette époque, ses règles restèrent régulières mais devinrent plus abondantes et douloureuses.

Au mois de janvier dernier il y eut, dans ses menstrues, un retard de 15 jours suivi, au moment de leur réapparition, d'une véritable hémorrhagie.

Au mois de février, même retard et même hémorrhagie avec cette particularité que les douleurs furent beaucoup plus vives et se localisèrent plus nettement dans la région annexielle droite.

Lorsque, à son entrée à l'hôpital, nous examinons la malade, nous trouvons un utérus volumineux, mobile, indolore. Les

(1) Communication à la Société d'Obstetique de Paris.

annexes gauches sont normales, mais à droite nous sentons, accolée à l'utérus, une tumeur du volume d'un œuf donnant assez nettement l'impression d'une lésion ovaro-salpingienne adhérente à l'utérus. A ce moment on pensa à la possibilité d'une grossesse extra-utérine, et cette opinion était surtout basée sur le retard survenu dans les règles qui toujours avaient été d'une régularité parfaite.

Ce diagnostic ne fut cependant pas maintenu et la continuité de la tumeur avec l'utérus qui semblait faire corps avec elle, l'abondance plus marquée des règles, pendant les dernières années, firent admettre l'existence d'un fibrome et, le 23 mars, l'hystérectomie vaginale fut pratiquée.

Les suites opératoires furent excellentes et la malade guérie quittait le service un mois après.

Voici la pièce : au niveau de la corne utérine droite, une tumeur du volume d'une noix, de laquelle la trompe saine semble se détacher. Cette tumeur fait corps avec l'utérus et il n'y a entre les deux aucune solution de continuité. Les parois utérines sont très épaissies. La coupe donne un volumineux caillot sanguin. En présence de cette pièce, il est facile de voir, en tenant compte des symptômes tumeur et hémorrhagie, que le diagnostic de fibrome devait certainement venir à l'esprit et même s'imposer si l'on songe à la fréquence des fibromes et à la rareté de la grossesse extra-utérine localisée en ce point de la sphère génitale.

Mais en admettant que le diagnostic de grossesse extra-utérine eût été établi et maintenu, quelle conduite devait tenir le chirurgien ? Devait-il faire une opération conservatrice ou la castration totale ? Dans ce cas particulier, une opération conservatrice eût certainement présenté l'inconvénient sérieux d'intéresser la cavité utérine. Pour enlever cette tumeur, en effet, il eût fallu la sculpter dans le corps utérin et fatalement la cavité eût été ouverte. Il est vrai qu'il restait la ressource de la fermer avec des sutures étagées en surjet ; mais je considère comme un danger la communication toujours possible avec la cavité utérine, même avec les meilleures sutures, et il me semble que, dans la majorité des cas, l'ablation totale, soit par voie abdominale, soit par voie vaginale, sera l'opération de choix. Pour mon compte, je donne la préférence à cette dernière, parce qu'elle m'a toujours donné les meilleurs résultats et que, si je ne craignais d'être paradoxal, je dirais presque que l'hystérectomie vaginale est une opération bénigne.

Maintenant, sous quelle étiquette ranger cette pièce ? Il est évident que la dénomination de grossesse extra-utérine interstitielle ne peut, suivant la remarque de M. Bar, lui être donnée, si on réserve cette appellation aux grossesses développées dans le seul trajet intra-utérin de la trompe, c'est-à-dire dans l'épaisseur même du tissu utérin. Il serait peut-être plus juste, en raison de la portion de la trompe intéressée, si petite soit-elle, de la qualifier grossesse extra-utérine tubo-interstitielle.

II ET III.—*Deux cas de grossesse extra-utérine.*

Depuis la dernière séance où je vous présentais une pièce anatomique relative à une grossesse tubo-interstitielle, le hasard nous

a fait de nouveau rencontrer deux nouveaux cas de grossesse ectopique, l'une tubulaire et l'autre moins certaine, pour la nature et la localisation exacte de laquelle l'examen histologique sera nécessaire : il s'agit d'un volumineux caillot d'apparence organisée siégeant au niveau de l'ovaire.

I.—GROSSESSE TUBULAIRE ; LAPAROTOMIE ; GUÉRISON.

L'histoire clinique de cette malade est des plus simples.*

R... M..., âgée de 36 ans, entre le 18 mai de cette année. à l'hôpital Péan. Son interrogation nous la montre indémne de toute tare soit héréditaire, soit personnelle.

Toujours bien réglée depuis l'âge de 11 ans, elle a à 25 ans un accouchement normal, et à 28 une fausse couche de 3 mois.

A aucun moment elle n'avait souffert du ventre et aucun trouble génital n'avait jamais attiré son attention, lorsque, le 17 mars dernier, ses époques, toujours très régulières jusque-là, ne parurent pas, et ne firent leur apparition que le 24, sous forme d'hémorrhagie, et cela sans aucune douleur. Durant 4 ou cinq jours l'écoulement sanguin fut très abondant, puis diminua sans cependant cesser complètement, et se continua jusqu'au moment de l'opération, c'est-à-dire pendant 2 mois. Au mois d'avril, vers le 20, à l'époque normale des règles, la malade nous dit avoir ressenti une violente douleur à l'occasion d'un effort. Cette douleur ne dura que quelques heures, puis disparut complètement. De telle sorte que ce qui l'amena à l'hôpital, ce fut l'écoulement sanguin continu.

A l'examen, on trouva un utérus immobilisé et en antéversion, mais de volume normal ; dans le cul-de-sac postérieur, une masse pâteuse, indolore et sans délimitation bien nette, que l'opération nous montra constituée par une quantité considérable de caillots sanguins.

Dans le cul de sac latéral droit, le palper bimanuel nous fit reconnaître la présence, dans la région des annexes, d'une tumeur dure, bosselée, allongée transversalement et du volume d'un œuf.

Rien aux annexes gauches.

Le retard dans les règles, que rien ne justifiait chez une femme toujours bien portante, l'écoulement sanguin continu et la présence d'une tumeur dans la région des annexes, nous fit porter le diagnostic de grossesse ectopique, et l'opération fut pratiquée le 25 mai.

A l'ouverture du ventre on trouva un péritoine infiltré et noirâtre, laissant écouler par son incision une certaine quantité de sang noir. Le grand épiploon était également imprégné de sang et les anses intestinales baignaient dans le même liquide. En arrière du pubis, l'utérus était adhérent à des anses intestinales agglutinées, et l'appendice rouge, épaissi, induré, v était fixé. Après avoir réséqué l'appendice au thermo-cautère et libéré les anses intestinales, on vit que le Douglas était rempli par une quantité considérable de caillots (320 gr.); on les enleva et toute la cavité fut soigneusement nettoyée avec des compresses aseptiques. La tumeur annexielle, très adhérente à la paroi pélvienne, fut ensuite extraite, et une ligature à la soie placée sur son pédicule ; on termina l'opération en

(2) Observation recueillie par M. de Martigny, interne du service.

établissant un drainage et par l'angle inférieur de la plaie abdominale et par le cul-de-sac postérieur.

Les suites opératoires furent normales et la malade est actuellement guérie.

Nous insisterons sur l'importance du drainage et plus particulièrement du drainage vaginal : c'est là en effet la partie la plus déclive, où naturellement se collectera le liquide, et rien n'est plus naturel que d'ouvrir à ce niveau une porte de sortie. Nous préférons pour ce drainage une mèche de gaze stérilisée introduite par le ventre, aux différents tubes soit de caoutchouc, soit métalliques, dont le maintien en place est parfois difficile à obtenir et dont l'asepsie au bout de quelques jours est bien problématique, tandis que rien n'est plus aisé que de changer, même tous les jours, une mèche de gaz.

Bien des chirurgiens soutiennent encore l'inutilité du drainage et à l'appui citent des observations heureuses. Sans vouloir établir ici une discussion, je me contenterai de vous signaler ce qui s'est passé chez notre malade : le lendemain de l'opération il y eut une ascension de température de 38,2 qui tomba dès que l'on eut fait le pansement vaginal et donné issue, par le changement de la mèche, à environ 40 ou 50 grammes de liquide sanguinolent très foncé : le même fait se produisit 48 heures après, et ce ne fut que le 5e jour que la température redevint tout à fait régulière, en même temps que cessait l'écoulement du cul-de-sac postérieur. Que serait-il advenu si nous n'eussions pas donné une issue au liquide susceptible de se collecter ? Probablement la température se fût maintenue jusqu'au jour où son ascension et sa persistance devinrent inquiétantes nous eussent contraint d'ouvrir le cul-de-sac postérieur pour vider cette collection purulente : heureux encore de ne pas avoir à déplorer une complication plus redoutable.

Voici, Messieurs, la pièce :

Une tumeur relativement grosse, bilobée, couverte d'adhérences, occupant les deux tiers externes de la trompe, et n'offrant à l'examen le plus attentif aucune trace de rupture. En examinant son extrémité libre nous voyons à sa surface le pavillon étalé, à son pourtour les débris des adhérences qui le maintiennent fixé à la paroi pelvienne, et du sang noir sourdre par son orifice lorsqu'on exerce une pression sur la tumeur. Ceci nous conduit à penser que nous nous sommes trouvé en présence d'une hémorrhagie intra-kystique, avec écoulement lent par l'orifice du pavillon, écoulement qui a déterminé à ce niveau la formation d'adhérences de telle sorte qu'à un moment donné, le sang ne trouvant plus d'issue, il s'est produit dans la trompe une véritable auto-compression mettant fin à l'hémorrhagie.

C'est également à la lenteur du flux sanguin que nous attribuons l'absence du cortège symptomatique habituel de l'hématocèle intra-péritonéal, surtout si nous considérons la quantité de caillots, indice certain d'une hémorrhagie abondante.

La coupe de la pièce nous montre une grande cavité qui n'est autre que la trompe elle-même dilatée et subdivisée à sa partie la plus externe en deux autres cavités plus petites, disposition éviden-

te sur la partie de la poche débarrassée de la portion du caillot qu'elle contenait. Un gros caillot sanguin remplissait cette cavité.

II.—GROSSESSE OVARIQUE ; LAPAROTOMIE ; GUÉRISON.

La seconde pièce que je vous présente n'aura toute sa valeur que lorsque l'examen histologique sera venu confirmer ce que semblent nous indiquer les apparences, c'est-à-dire une grossesse ectopique au niveau de l'ovaire.

Un point cependant en dehors de cette considération mérite de fixer l'attention, c'est la difficulté ou pour mieux dire l'impossibilité dans laquelle nous sommes trouvé de porter un diagnostic exact, comme le montre l'histoire clinique de la malade (1).

M... M..., âgée de 25 ans, entre à l'hôpital Péan le 15 mai 1899. Elle s'est toujours bien portée, et rien dans ses antécédents héréditaires ne mérite de fixer l'attention.

Réglée à 12 ans et toujours régulièrement. Mariée à 17 ans, elle a, 9 mois après, un accouchement normal à terme.

A 23 ans, second accouchement normal.

Le 16 avril dernier, les règles font leur apparition comme de coutume, mais au lieu de cesser au bout de 6 jours, comme cela avait lieu habituellement, elles durent quinze jours et sont très douloureuses. Elles n'avaient été précédées d'aucune douleur ou sensation anormale.

Le mardi 4 mai, l'écoulement menstruel disparaît, et le lendemain dans la matinée, la malade éprouve une douleur violente au niveau de la fosse iliaque droite. Cette douleur est d'emblée très aiguë, sans irradiations, et localisée à une zone relativement très étroite. Aucun ballonnement du ventre ; pas de vomissements, mais quelques nausées. Dans la soirée, frisson, fièvre. Les jours suivants, encore un peu de mouvement fébrile ; en même temps, constipation. La durée de cette crise a été de 3 jours et avec très peu de rémission.

Le 8 mai, 2^e crise d'une durée de 24 heures.

Le 10 mai, 3^e crise, violente pendant 4 ou 5 heures.

Le 11 et le 13, nouvelles crises.

Toutes ces crises aiguës ont présenté les mêmes caractères, et dans leur intervalle la douleur n'a jamais complètement disparu.

Lorsque nous examinons la malade ses douleurs sont calmées par le repos au lit. L'inspection du ventre ne montre rien de particulier. A la palpation on ne trouve rien dans la fosse iliaque gauche ; à droite, au contraire, il existe une zone de submatité assez étendue ; la pression fait sentir profondément un plan résistant et réveille une douleur très vive. La localisation de cette douleur correspond exactement au point de MacBurney, mais il existe en outre une certaine hyperesthésie dans toute la région.

L'examen vaginal nous fait sentir un utérus et des annexes gauches normaux. A gauche, au contraire, on arrive sur une tumeur de volume d'une mandarine, adhérente à l'utérus et à la paroi pelvienne ; elle est arrondie, bosselée, semble renitente. A un examen plus attentif elle paraît composée de deux parties, l'une

(1) Observation recueillie par M. Noury, interne du service.

supérieure, donnant l'impression d'une trompe dilatée, et l'autre inférieure, plus arrondie, plus résistante et que l'on croit être l'ovaire kystique.

On porta le diagnostic d'appendicite avec lésion des annexes, et on établit une corrélation entre ces deux affections.

Le 16 mai, on pratiqua la laparotomie latérale, au niveau de la ligne habituellement suivie pour l'ablation de l'appendice.

Après avoir ouvert le péritoine et soigneusement protégé les anses intestinales avec des compresses stérilisées, on rechercha l'appendice que l'on trouva fixé par son extrémité libre à la tumeur annexielle, on l'isola et, après ligature placée à sa base, on le sectionna au thermo-cautère.

La libération des annexes fut rendue difficile par la présence d'adhérences nombreuses et solides ; on parvint néanmoins à les extraire en totalité.

Le ventre fut refermé par une suture à étages, et la malade est actuellement guérie sans qu'il n'y ait rien à signaler dans les suites opératoires.

Avant de procéder à l'examen des pièces, permettez-moi de faire remarquer combien il était difficile de songer à un diagnostic autre que celui que nous avons porté. Rien du côté de la sphère génitale, si ce n'est une prolongation anormale des règles et des douleurs qui, habituellement, faisaient défaut ; tandis qu'au contraire nous nous trouvions en présence d'un ensemble de symptômes qui, sans contester, devaient attirer notre attention du côté de l'appendice. L'examen local nous révéla, il est vrai, une lésion des annexes droites ; mais était-ce suffisant pour nous faire abandonner notre diagnostic premier ? Et lors même que nous eussions été tenté de le faire, était-il rationnel d'admettre l'existence d'une grossesse ectopique ? Nous ne le croyons pas, et nous pensons au contraire que la fréquence des lésions concomitantes de l'appendice et des annexes droites devait fatalement nous amener au diagnostic que nous avons porté.

La pièce que voici ne représente pas exactement l'état dans lequel elle était au moment de l'ablation.

Elle était alors constituée par une masse du volume d'une orange donnant l'idée d'un volumineux hydro-salpinx.

A la coupe, on vit qu'elle était formée d'un kyste séreux sous-tubulaire, d'une trompe de la grosseur du petit doigt à parois très épaisses et dont le pavillon oblitéré était intimement soudé à l'ovaire. Ce dernier paraissait composé de deux parties : l'une inférieure, manifestement composée de tissu ovarien, et l'autre supérieure, beaucoup plus volumineuse, ressemblant à un gros caillot sanguin organisé, d'apparence caverneuse. Cette partie semblait établir la jonction entre le pavillon de la trompe oblitéré et la masse de tissu ovarien.

S'agit-il réellement d'une grossesse extra-utérine ? Les apparences semblent l'indiquer.

Est-ce une grossesse ovarique vraie ou tubo-ovarique sans que l'ovaire y prenne part ? C'est ce que l'examen histologique nous montrera et ce que je vous communiquerai à une prochaine séance.

CLINIQUE OBSTETRICALE.

Clinique Beaudelocque.—M. le Prof. Pinard.—Les hémorragies de la délivrance.

Je trouve, Messieurs dans l'observation d'une femme accouchée depuis peu dans notre service une question d'intérêt pratique et c'est pour cela que je veux vous entretenir aujourd'hui. Il s'agit d'une multipare enceinte pour la douzième fois. Elle ne présente rien de particulier comme antécédents héréditaires ou pathologiques. De ses douze grossesses dix se sont terminées spontanément, et les enfants sont encore vivants actuellement. Deux fois seulement la grossesse a été interrompue, la première fois en 1880 où il y a eu un avortement à 3 mois de cause inconnue, et une seconde fois en 1896, où il y a eu un avortement à 2 mois d'une cause également inconnue.

Elle est donc enceinte pour la douzième fois ; ses dernières règles datent du 21 au 25 mai dernier et cette date nous montre qu'elle a été fécondée longtemps après ses dernières règles ; vous savez à quoi vous en tenir à ce sujet. Sa grossesse a évolué normalement ; elle se repose depuis six mois ; aucune trace d'insuffisance rénale ni pendant la grossesse ni pendant le travail. Cette femme est arrivée dans le service le 15 février dernier ; Elle présentait alors deux choses anormales, l'une pathologique, l'autre ni pathologique ni normale. Elle présentait d'abord une hernie ombilicale, ce qui s'observe assez fréquemment chez les grandes multipares dont la paroi abdominale est encore très résistante, aussi résistante que lors du premier accouchement, c'est donc une question de tissu. Cette hernie n'est pas très volumineuse, et ce fait, bien que pathologique, ne nous a nullement inquiété. Souvent, sinon la plupart du temps, la grossesse fait disparaître les hernies, surtout les hernies inférieures ; presque toujours le sac est déshabité pendant la grossesse. Il n'en est pas de même pour les hernies ombilicales ; le plus souvent elles persistent, pas toujours cependant, mais généralement il n'en résulte aucun accident.

La deuxième constatation que nous avons faite était la suivante. L'enfant se présentait par le siège, ce qui est anormal mais non pathologique. Je vous rappelle que plus une femme a d'enfants, plus elle est prédisposée aux mauvaises présentations, c'est-à-dire que la sollicitation à l'accommodation s'atténue. Donc, la présentation doit être d'autant plus surveillée qu'il s'agit d'une multipare, et, dans notre cas, on a eu l'idée de changer la présentation si celle-ci ne s'était modifiée elle-même. Ces mutations de présentation, nous l'avons montré, se voient assez souvent à la fin de la grossesse, surtout chez une multipare. Voilà donc comment cette femme accoucha d'un enfant qui se présenta par le sommet en gauche anté-

rière. Le travail marcha rapidement, ceci est intéressant, car chez un certain nombre de grandes multipares, on voit apparaître d'abord, puis s'accroître ensuite une véritable impotence de l'organisme ; il semble que l'organisme et l'organe utérin soient surmenés, et il y a lieu de craindre un accident pendant la délivrance, alors que le surmenage a été intense. Ici, je vous le répète, le travail marcha très rapidement puisqu'il dura trois heures environ. La dilatation fut complète 1 h. 55 minutes ou près de deux heures après l'entrée de la femme ; la période d'expulsion est généralement rapide chez les grandes multipares, elle fut très rapide dans notre cas, et l'expulsion eut lieu cinq minutes après la dilatation complète. L'enfant pesait 3 k. 810 gr. C'est en raison de cette rapidité de l'expulsion qu'il faut chez une multipare, lorsqu'on a constaté la dilatation complète, que tout soit prêt pour recevoir l'enfant.

Cinq minutes après l'expulsion du fœtus, il y eut expulsion spontanée du placenta. Il est toujours mauvais qu'une délivrance se produise cinq minutes après l'expulsion, que ce soit une expulsion spontanée ou une expulsion artificielle. En effet, les membranes sont incomplètes, la délivrance est incomplète. Effectivement, dans notre cas, elle fut incomplète. Les portions des membranes qui restent dans l'utérus sont ultérieurement expulsées en bloc ou insensiblement par petits fragments, mais il faut prendre des précautions antiseptiques. La délivrance rapide est encore mauvaise à un autre point de vue. Il faut redouter en effet ce qui s'est passé chez cette femme. Aussitôt après l'expulsion de la masse placentaire, la femme a perdu du sang, le pouls a monté à 90, 110, 134 ; il y avait hémorrhagie. Autrefois on distinguait une hémorrhagie physiologique et on disait qu'il y avait hémorrhagie physiologique lorsque la femme restait colorée et que la quantité de sang perdue était faible ; mais il y a des femmes ordinairement pâles, ensuite il y a des femmes qui n'expulsent pas de sang quoiqu'ayant une hémorrhagie grave. Ne vous basez donc pas sur la quantité de sang expulsée, je vous ai montré notamment comment, dans certains cas, dans un jeune ménage par exemple, on pouvait être effrayé à tort à la vue du sang coulant jusqu'à terre, le linge neuf ne s'imprégnant pas de sang. Non, c'est sur le pouls qu'il faut vous baser. S'il reste normal, rien à craindre ; si, au contraire, il est fréquent, faites vos préparatifs.

Y a-t-il des femmes qui sont prédisposées aux hémorrhagies pendant, avant ou après la délivrance ? On a dit, on a beaucoup trop insisté sur ce point, que les femmes qui ont de l'albuminurie étaient plus exposées que les autres à avoir des hémorrhagies pendant la délivrance, on a dit que ces hémorrhagies pouvaient faire mourir les femmes. Eh bien, en somme, ces hémorrhagies, sans être absolument rares chez les albuminuriques, ne sont guère plus fréquentes chez elles que chez les autres femmes. Mais rappelez-vous que ces femmes ont des chances pour avoir des hémorrhagies.

Une autre catégorie de femmes a des chances pour avoir des hémorrhagies pendant la délivrance, comme pendant la grossesse, ce sont les cardiaques, et dans deux cas, je me suis demandé si j'allais être maître de l'hémorrhagie tellement elle était abondante, le sang

bouillonnait, coulait à flots aussitôt après l'expulsion du fœtus. Les changements de pression dans la circulation sont la cause de ces hémorragies.

Il y a ensuite ces grandes multipares qui ont présenté déjà de l'impotence fonctionnelle dans des accouchements antérieurs. À côté de ces femmes, rapprochez celles qui ont eu des grossesses multiples, une hydropisie de l'amnios, un gros œuf, gros enfant, gros placenta. Et je passe à celles qui ont une expulsion rapide du placenta, ce qui nous ramène au cas qui fait l'objet de cette leçon. Il y a eu là un gros enfant, beaucoup de liquide amniotique, un gros placenta et une expulsion rapide du placenta.

Enfin, une dernière catégorie de femmes est exposée aux hémorragies de la délivrance. Ces femmes ne présentent rien d'anormal, elles sont primipares ou multipares, cependant elles peuvent avoir des hémorragies : ce sont les femmes auxquelles une mauvaise nouvelle est apprise, la perte de quelqu'un, ou celles qui ont perdu des enfants antérieurement. En un mot les émotions déterminent dans le système nerveux un tel trouble qu'il peut y avoir hémorragie. Je laisse de côté les adhérences anormales du placenta qui ne rentrent pas dans notre cadre actuel.

Eh bien, en cas d'hémorragie de la délivrance, faites vos préparatifs, vous ai-je dit, préparez vos armes, c'est-à-dire les mains et les avant-bras, car c'est la main et l'avant-bras qu'il faut introduire dans les organes génitaux si la délivrance n'est pas faite. Ayez donc vos mains et vos avant-bras propres, car il faudra dans certains cas que vous introduisiez vos deux mains et vos deux avant-bras. Mais il y a d'autres armes à employer. Pendant ce temps, en effet, il faut faire préparer de l'eau chaude à 50 degrés ; car immédiatement après la délivrance on réintroduit la main dans l'utérus, cette main est alors armée d'une sonde, celle que vous aurez à votre disposition. La sonde dont nous nous servons, vous l'avez déjà vue employer dans notre service, c'est la sonde plate en verre de Tarnier qui se nettoie facilement, c'est celle que je vous recommande, mais, si vous ne l'avez pas, employez celle que vous aurez sous la main. On fait donc couler par l'intermédiaire de cette sonde de l'eau à 50° dans la cavité utérine, à 48° au moins, sinon vous n'aurez pas d'action efficace. La femme se plaindra en disant que cette eau la brûle, ne craignez rien si vous savez le degré auquel vous l'avez fait préparer et d'ailleurs votre main vous renseignera à cet égard. Vous ne cesserez l'injection que lorsque l'utérus sera absolument contracté sur votre main et lorsque l'eau sortira aussi claire que celle que vous emploierez. Quant au seigle ergoté, nous ne l'employons plus ni pendant le travail, ni lorsque l'utérus est vide.

Depuis l'emploi de cette méthode, nous n'avons pas perdu une seule femme d'hémorragie, je parle, bien entendu, de l'hémorragie utérine ordinaire, même chez les cardiaques. Pendant que vous cheminerez dans l'utérus pour décoller le placenta, faites vous accompagner par l'eau chaude, jamais la contractilité de l'utérus ne vous fera défaut. Et, si vous n'avez pas attendu que l'organisme soit privé de sang, vous ne perdrez jamais une femme d'hémorragie.

CLINIQUE DES MALADIES INFANTILES.

MARFAN.—I.—Végétations adénoïdes; impétigo; bronchites à répétition

II.—Pneumonie grippale; traitement.

III.—Absès de l'amygdale; diagnostic et traitement; ne pas l'ouvrir.

I.—Végétations adénoïdes; impétigo; bronchites à répétition.

Quel âge a ce garçon?—Cinq ans.

Pourquoi l'amenez-vous?—Parce qu'il tousse beaucoup. Il y a quatre mois, il a eu la rougeole et cela lui a retombé sur la poitrine.

Depuis quand a-t-il mal aux yeux?—Il y a toujours eu mal, avant la rougeole.

Et avant la rougeole toussait-il?—Il toussait déjà; il s'enrhumait facilement.

Ce garçon a de l'impétigo des lèvres, du vestibule du nez, une kératite phlycténulaire, vésicule d'impétigo sur la conjonctive infectée par les doigts du malade.

Est-ce qu'il ronflait la nuit? Est-ce qu'il dormait la bouche ouverte?—Jamais il ne la tenait fermée.

Cet enfant n'a pas de bacillose.

Notez, par contre, ses bronchites à répétition.

Regardez la forme de son thorax rétréci, sa poitrine un peu en carène, ce sillon qui existe à l'union des fausses côtes avec les vraies côtes, qui se creuse à l'inspiration; tous ces signes indiquent une sténose du nez.

L'enfant ronfle la nuit, il dort la bouche ouverte.

Il a des végétations adénoïdes qui sont un foyer d'infection, et rendent compte de sa rhinite impétigineuse et de ses bronchites à répétition, de sa bronchite actuelle, car je l'ausculte et je ne trouve dans sa poitrine que des râles ronflants et sibilants.

La vaseline boriquée à 1 pour 5 suffira pour le débarrasser de ses croûtes et de ses ulcérations des lèvres et du nez, s'il ne gratte pas, on attachera les manches de sa chemise à son lit. On aura soin aussi, de lui tenir les mains propres, les ongles soigneusement brossés.

La rhinite vestibulaire guérira très bien avec la seule vaseline boriquée, s'il ne met pas ses doigts dans son nez.

La conjonctivite phlycténulaire sera plus rebelle. On arrive cependant à des résultats heureux à l'aide du traitement qu'indique le Dr. TROUSSEAU.

Il faut laver les yeux deux fois par jour et même, si l'enfant est grand, faire prendre des bains d'yeux, avec la solution suivante chauffée au bain-marie :

Eau distillée.....	500 grammes.
Cyanure d'hydrargyre.....	o gr. 05
Faites dissoudre sans alcool.	

Le pharmacien, pour faciliter la solubilité du sel, pourrait ajouter de l'alcool à la solution. Il faut qu'il s'en abstienne, car l'alcool est irritant.

Après ce lavage, on essuie les yeux, et sur le bord des paupières, on met un grain de la pommade suivante :

Vaseline.....	10 grammes.
Précipité jaune.....	o gr 10.

Quand l'impétigo sera nettoyé, nous nous occuperons de faire enlever les végétations adénoïdes. L'opération aura pour résultat de permettre à l'enfant de respirer librement ; son thorax se développera, deviendra normal, et il évitera les bronchites qu'il prend si aisément dans les conditions actuelles.

Contre sa toux, il n'y a rien à faire si elle n'augmente pas.

II.—Pneumonie grippale.—Traitement.

Mon petit garçon a quatre ans et demi.

Il est malade depuis quinze jours. Je l'ai d'abord mené à la consultation des Enfants-Assistés ; on ne lui a rien trouvé. Il avait mal à la tête et beaucoup de fièvre.

Vomissait-il ?—Non, hier seulement il a vomé.

Se plaignait-il du mal de ventre ?—Oui.

Toussait-il ?—Pas du tout.

Ainsi, on vous a dit, il y a quinze jours, qu'il n'avait rien. Que s'est-il passé depuis ?—Hier dimanche, il a rendu : avant-hier, il n'a pas mangé.

Et vendredi ?—Vendredi, il était bien portant.

Tousse-t-il ?—Pas beaucoup.

Comment passe-t-il la nuit ?—Il a beaucoup de fièvre, il est agité et bat la campagne.

Je lui vois une langue blanche, un peu saburrale.—Sa respiration est gênée ; il est un peu oppressé.

Il est donc probable qu'il a eu la grippe, il y a quinze jours et que la grippe a entraîné, et aujourd'hui, il est possible qu'il ait une pneumonie greffée sur cette grippe, une pneumonie grippale.

Je l'ausculte et je trouve un souffle à gauche entre le bord spinal de l'omoplate et le rachis, un souffle léger.

La pneumonie a été centrale comme de coutume et le souffle apparaît aujourd'hui, au quatrième jour, parce que la pneumonie devient superficielle. C'est une particularité pathologique spéciale à l'enfance que l'apparition tardive, au quatrième, sixième, septième jour, des signes physiques.

Ainsi, nous sommes en présence d'une pneumonie lobaire franche. La température paraît être de 40°. L'enfant tousse peu ; il n'a pas de battement des ailes du nez, il n'a pas de dyspnée. Il se tient debout. Son état général est satisfaisant.

La pneumonie, chez l'enfant, est effrayante par ses symptômes ; mais elle est moins grave que chez l'adulte. RILLET et BARTHEZ ont fixé la défervescence au septième jour et c'est une règle qui n'a pas fléchi.

Dans le cas actuel, bornons-nous à aider la guérison naturelle et à diminuer les symptômes pénibles.

Le repos au lit serait presque suffisant, car l'affection est bénigne. Donnons une potion expectorante avec de l'acétate d'ammoniaque, par exemple, formulons :

Infusion de café.....	60 grammes.
Sirop d'éther ou Cognac.....	15 "
Acétate d'ammoniaque.....	1 "

Le malade à cinq ans, il peut prendre cette potion dans les 24 heures.

Il n'a pas eu de point de côté, le point de côté qui est abdominal chez l'enfant ; il n'est donc pas indiqué de mettre des ventouses scarifiées.

Par contre, une révulsion large ne peut que faire du bien : un large cataplasme sinapisé, matin et soir, en avant et en arrière, ne sera pas mauvais.

Et si l'enfant n'est pas plus agité, je m'en tiendrai à ces quelques aemèdes.

S'il délire, s'il gémit, s'il s'agite, je ne lui donnerai pas de bains froids employés plutôt contre la température qu'ils abaissent, d'ailleurs, assez mal dans la pneumonie, et c'est avec des bains tièdes à 32°, à 30°, que je calmerai son système nerveux.

Pour l'instant, comme il se tient debout, sans agitation, sans dépression des forces, je m'abstiendrai même de ces bains.

III.—*Abcès de l'amygdale. Diagnostic et traitement ; ne pas l'ouvrir.*

Quel âge a ce jeune garçon ?—Onze ans et demi.

De quoi se plaint-il ?—Depuis quinze jours, il a mal à la gorge. Je lui ai mis des cataplasmes sur le cou. On m'a dit que c'était une amygdalite.

Comment le mal est-il venu ?—Le petit a d'abord eu la migraine ; il était mal à l'aise, tout pâle.

Est-ce qu'il toussait ? Est-ce que son nez a coulé ?—Point du tout ; il n'a pas eu de rhume de cerveau et il n'a pas toussé. Il ne peut pas ouvrir la bouche.

Cet enfant, Messieurs, a du trismus et c'est un signe caractéristique de l'abcès de l'amygdale. Le trismus, au cours d'une agine, indique que l'amygdale suppure. Et cette notion est précieuse.

euse, car précisément, à cause du trismus, le diagnostic de l'abcès amygdalien est difficile.

Je me sers d'un ouvre-bouche afin de pouvoir examiner la gorge et je vois une protusion énorme de l'amygdale droite ; le pilier droit apparaît comme une sangle jetée sur l'amygdale. Je m'abstiens d'aller toucher cet abcès avec le doigt car je ferais, sans grande utilité, souffrir le petit malade.

Il est probable qu'il y a quinze jours, il a eu une angine folliculaire d'où est resté un phlegmon amygdalien avec trismus, douleur et gêne de la déglutition. Cette douleur et cette gêne sont assez grandes pour que les enfants préfèrent ne pas boire et ne pas manger.

Le sien ne s'est pas plaint, dit la maman ; c'est que son fils est dur à la souffrance.

La première tentation qu'on ait pour soulager le patient, c'est d'ouvrir immédiatement son abcès ; on se dit qu'une fois ouvert, il guérira de suite.

Cependant, il serait mauvais de céder à ce raisonnement et il faut savoir qu'on ne doit pas intervenir chirurgicalement. Je ne connais pas d'échec amené par l'abstention tandis que j'en connais, au contraire, un grand nombre survenus après une ouverture au bistouri, même pour un abcès gros comme une noisette, qui se serait très bien évacué spontanément par un crypte de l'amygdale.

Ainsi, n'intervenez pas. Je vous le recommande avec autant d'instance que j'en ai mis à vous montrer l'urgence d'une opération dans le cas d'abcès rétro-pharyngien. L'abcès rétro-pharyngien n'a aucune tendance à s'ouvrir : ouvrez-le donc au plus tôt ; laissez, au contraire, le phlegmon amygdalien s'ouvrir tout seul : c'est sa terminaison naturelle ; il y arrive aisément, tandis que vous aurez mille difficultés à le rechercher avec votre bistouri.

Dans ces conditions, le traitement se borne à recommander le repos, à conseiller des gargarismes, à donner quelques doses de sulfate de quinine ou d'antipyrine. Le jour ou l'abcès s'évacuera, le trismus disparaîtra et, les gargarismes achèveront la guérison.

De cette consultation, retenez donc ceci qui n'est pas classique : ne pas ouvrir un phlegmon amygdalien est la meilleure pratique.

LE SIGNE DE MUSSET

Secousses rythmées de la tête chez les aortiques, par Armand Delpuech, médecin de l'hôpital Cochin.

Bien peu nombreux sont les signes dont la présence toute seule, révélée par un examen approfondi, permet d'affirmer, sans hésitation ni crainte d'erreur, l'existence de telle maladie, de telle lésion ; plus rares encore sont ceux qui trahissent à distance et au premier coup d'œil un état morbide ignoré jusque-là. Ces derniers sont vraiment *pathognomoniques*, comme disait déjà le vieil auteur de *Définitions Médicales* mêlées aux œuvres légittimes de Gallien : "Est signe pathognomonique celui qui montre clairement le caractère propre de la maladie (1)." "

C'est au nombre de ces signes précieux que l'on doit ranger le suivant, que nous avons observé à deux reprises, et dont voici les traits essentiels et la courte histoire :

En 1894, nous avions dans notre service de l'hôpital Tenon un homme d'une soixantaine d'années atteint d'aortite chronique. Cette affection était compliquée d'une insuffisance valvulaire et peut-être d'un certain degré de dilatation du vaisseau, mais rien n'autorisait l'hypothèse d'une véritable poche anévrysmale. Or, quand cet homme était assis, la tête était agitée de secousses régulières, d'oscillations antéro-postérieures brusques, parfaitement isochrones, il était facile de s'en assurer, aux pulsations radiales.

L'aspect du malade était saisissant, inoubliable. Comme le pouls ne dépassait guère le chiffre de 60 battements par minute, notre homme se trouvait marquer les secondes d'un hochement de tête, ce qui évoquait immédiatement dans l'esprit des Parisiens qui l'approchaient l'image d'une enseigne, bien connue sur le boulevard, où l'on voit un nègre qui porte un cadran sur le ventre et salue chaque seconde d'une inclination de la tête avec la régularité d'une pendule.

Tout récemment (Mars 1900), un malade, Julien H..., est entré dans notre service à l'hôpital Cochin, qui nous a remis en mémoire le précédent. C'est un ouvrier tanneur âgé de quarante-huit ans : depuis plusieurs années, il ressent une oppression qui va grandissant, s'exaspère par crises et a motivé déjà un premier séjour à l'hôpital ; enfin, depuis quelques mois, il est survenu de l'enflure des pieds et des palpitations.

Nous le trouvons en imminence d'asystolie : la dyspnée est grande ; il existe, en arrière de la poitrine, de la congestion aux deux bases, surtout à droite, et l'on perçoit, des deux côtés, des râles sous-crépitaux fins ; les urines sont rares, foncées, un peu albumineuses ; il y a de l'œdème des membres inférieurs, jusqu'au dessus des malléoles.

(1) GALLIEN.—"Definitiones medicæ." Ed. Kuhn, Leipzig, 1830, T. XIX, p. 395.

L'examen du cœur nous donne bien vite l'explication de ces désordres : il y a une hypertrophie manifeste ; la matité précordiale dépasse ses limites normales et la pointe bat au-dessous et en dehors du mamelon. L'auscultation fait entendre à la partie moyenne et à la base un double bruit : le premier, rude et râpeux, couvre le premier temps ; le second, franchement diastolique, a tous les caractères du souffle symptomatique d'une insuffisance des valvules aortiques. On voit battre les carotides, on sent le pouls radial bondissant. Rien ne permet de soupçonner la présence d'un anévrisme. Il s'agit certainement là d'une lésion surtout orificielle, des restes d'une endocardite rhumatismale. Et, en effet, notre malade a subi, à l'âge de dix-huit ans, une première attaque de rhumatisme articulaire aigu, attaque qui a été suivie de cinq autres, la dernière datant aujourd'hui de douze ans.

Eh bien, chez ce sujet comme chez le précédent, dans la station assise, la tête était secouée d'oscillations régulières, parfaitement isochrones aux pulsations artérielles.

Telle est ce signe si net, si évident que l'on doit s'étonner qu'il n'ait pas été plus tôt remarqué, décrit, interprété. Or, nous l'avons dit, son histoire est récente et courte, si on la demande aux seuls médecins. Voici les seuls documents que ceux-ci nous aient fournis :

Au Congrès de médecine interne tenu à Rome en Octobre 1895, Feletti, de Catane, communique deux cas d'anévrisme de la crosse de l'aorte. Dans l'un, "on pouvait voir une secousse de la tête, qui pliait légèrement en avant à chaque pulsation de l'anévrisme." Dans le second cas, "une pulsation bien évidente portait la tête en avant à chaque systole cardiaque, et ce mouvement était d'autant plus fort que le patient tenait sa tête portée davantage en arrière (1)."

Trois ans plus tard, au Congrès de Turin, Bruschini présente une note "sur les recousses rythmiques de la tête dans les anévrysmes de la crosse de l'aorte" ; il y est dit : "Dès 1894, M. Coop avait indiqué que dans les anévrysmes de la crosse aortique, à chaque systole cardiaque, la tête du malade s'incline légèrement en avant. Depuis, nous avons eu l'occasion d'étudier ce symptôme chez six sujets, et nous avons trouvé qu'il est dû directement à la pulsation de l'anévrisme, et qu'il est tout à fait indépendant des secousses du larynx et de la trachée (2)."

On remarquera entre les faits observés par Feletti ou Bruschini et ceux que nous avons pu voir nous-même une différence sensible ; les premiers concernent tous les cas d'anévrisme, les nôtres des cas d'endocardite ayant entraîné une insuffisance valvulaire. La contradiction apparente n'est pas irréductible ; d'une part, l'insuffisance aortique est une complication fréquente des anévrysmes voisins du cœur ; de l'autre, la poche était dans l'un des cas au moins (obs. de Feretti) trop petite pour qu'on pût lui donner une part dans la genèse du phénomène en question (3).

(1). FELETTI.—*Riforma medica*, 1895, T. IV, p. 289.

(2). BRUSCHINI.—Communication au Congrès de Turin, *Semaine médicale*, 7818, 12 Octobre, p. 415.

(3). "C'était, dit Feletti, un petit anévrisme, à juger par l'examen objectif et les phénomènes subjectifs."

En revanche, aux deux malades que nous avons cités et qui étaient certainement exempts de toute ectasie anévrysmale, nous pouvons en citer un autre dont l'histoire aura ce double avantage de résoudre un délicat problème de pathogénie et de trancher du même coup une question de priorité.

Si on ouvre à certaine page la biographie d'Alfred de Musset par son frère Paul, on y lit ceci : " Un matin du mois de Mars (1842), pendant le déjeuner, je m'aperçus que mon frère, à chaque battement du pouls, éprouvait un petit hochement de tête involontaire. Il nous demanda pourquoi nous le regardions d'un air étonné, ma mère et moi. Nous lui fîmes part de notre observation : " Je ne " croyais pas, nous répondit-il, que cela fût visible ; mais je vais vous rassurer."

" Il se pressa la nuque, je ne sais comment, avec l'index et le pouce, et au bout d'un moment, la tête cessa de marquer les pulsations du sang. " Vous voyez, nous dit-il ensuite, que cette épou-
" vanteable maladie se guérit par des moyens simples et peu coûteux."

" Nous nous rassurâmes par ignorance, car nous venions de remarquer le premier symptôme d'une affection grave à laquelle il devait succomber quinze ans plus tard (1)."

Quelle était donc cette affection grave ? Paul de Musset nous l'apprend quelques pages plus loin : " Depuis longtemps la santé d'Alfred de Musset semblait décliner ; l'affection organique dont j'avais observé les premiers indices en 1842 et qui s'était développée sourdement, fit des progrès rapides pendant l'hiver de 1856 ; Je ne sais pourquoi le médecin qui la connaissait bien crut devoir en garder le secret. *C'était une altération des valvules de l'aorte* (2)."

La dite lésion était le reliquat d'une maladie ancienne qui avait retenu Musset à Venise en Février 1834 et qui fut sans doute une fièvre palustre à forme pernicieuse. Ce séjour de quelques semaines fut, on le sait, marqué pour le poète, par une terrible crise, physique et morale à la fois. Lui-même, ne croyant pas si bien dire, s'écriait dix ans plus tard :

CI-GIT VENISE.

LA MON PAUVRE CŒUR EST RESTÉ (3).

" Vers le milieu de Février, nous dit encore le biographe, les lettres, qui nous étaient parvenues jusqu'alors régulièrement cessèrent tout à coup. Après un silence de six semaines, nous étions décidés à partir pour l'Italie, ma mère et moi, lorsque enfin on nous remit une lettre dont l'écriture altérée, le ton de profonde tristesse et les nouvelles déplorables ne firent que donner un aliment certain à notre inquiétude. Ce pauvre garçon, à peine relevé d'une *fièvre cérébrale*, parlait de se traîner comme il pourrait jusqu'à la maison,

(1). PAUL DE MUSSET.—" Biographie d'Alfred de Musset," 4e édit., Paris, 1877, p. 275.

(2). *Ibid*, p. 326.

(3). ALFRED DE MUSSET —" A mon frère revenant d'Italie." *Poésies nouvelles*, éd. Charpentier, 1878, p. 128.

car il voulait s'éloigner de Venise dès qu'il aurait assez de forces pour monter dans une voiture (1)."

Les mots *fièvre cérébrale* n'ont pas un sens très précis, mais nous croyons qu'il faut les traduire ici par *impaludisme aigu*, et cela pour les trois raisons suivantes : premièrement, l'expression, si vague soit-elle, implique l'existence au cours de la maladie de la fièvre et du délire sans autres symptômes nettement localisés, ce qui est vrai de la malaria ; en second lieu, Venise est un pays à fièvres dont M. Colin a pu écrire : "La campagne romaine ne constitue qu'un des nombreux foyers de la Péninsule italienne ; les plaines de la Lombardie, le littoral Adriatique de Venise à Ravenne, le littoral méditerranéen de presque toute la Toscane, les marais Pontins, les environs de Naples, sont tout aussi dangereux (2)."

Enfin, et ceci nous paraît plus convaincant encore, l'artérite, et en particulier l'inflammation de l'aorte à son origine, sont assez souvent l'effet du poison palustre. C'est là une notion que notre maître, M. Lancereaux, a établi le premier et qu'il a confirmée à mainte reprise et une fois encore tout récemment (3).

On le voit, l'analogie est grande entre le poète et nos malades ; ils diffèrent cependant en un point. Nous avons vainement essayé d'arrêter les secousses de la tête par le procédé trop vaguement indiqué par Paul de Musset et qui se féduisait peut-être à maintenir la tête en avant par une pression de la nuque. C'est, en effet, nous l'avons vu, quand la tête est renversée en arrière, que les oscillations sont le plus fortes et le plus étendues. Il en était ainsi chez un des malades de Feletti. Peut-être aussi l'attention éveillée du malade et l'effort musculaire, plus ou moins conscient, qui en est la conséquence naturelle et presque nécessaire, suffisent-ils à expliquer la disparition des oscillations.

Quoi qu'il en soit de ce point accessoire, il nous semble que l'interprétation est simple du phénomène que nous étudions. Les secousses rythmées sont l'effet direct d'une pulsation artérielle plus brusque et plus ample qu'elle n'est chez les sujets sains. Les hochements céphaliques ne font que traduire au dehors l'impulsion violente du sang à son entrée dans l'aorte et dans les carotides, impulsion qui se révèle ailleurs par les mouvements visibles des artères et par les secousses intérieures que ressentent parfois les malades et que Musset disait éprouver.

Il va de soi que ces chocs suivis de déplacement se produiront surtout aux points où l'artère présente quelque obstacle à la continuité du courant sanguin, tel qu'une courbure normale ou une lésion acquise de l'endartère, surtout si l'âge et les maladies ont déterminé par surcroît une rigidité plus grande des parois en diminuant le nombre et l'énergie des fibres élastiques dont l'action a précisément pour effet, nous allions dire pour but, d'atténuer ces

(1). PAUL DE MUSSET.—*Loc. cit.*, p. 128.

(2). LÉON COLIN.—*Dictionn. encycl.* Art. "Intermittentes (fièvres), p. 77.

(3). LANCEREAUX.—"L'aortite paludique." C. R. Académie de Médecine, *La Presse Médicale*, 1899, 15 Juillet.

heurts, de les fondre en une force continue de progression. Le premier segment de l'aorte nous présente précisément réunies toutes ces dispositions fâcheuses : il a une forme que son surnom de *crosse* suffit à définir et il est le siège de prédilection de l'endocardite à son origine de l'endartérite dans le reste de son parcours. En somme, la secousse rythmique de la tête ne fait que traduire aux yeux la propagation à distance d'une tentative de redressement de la courbure artérielle sous l'effort d'une poussée sanguine.

Il se passe, en cette occasion, du côté de la tête, quelque chose de tout à fait analogue à un phénomène normal que chacun peut étudier sur soi-même et reproduire à volonté. On croise une jambe sur l'autre, le jarret reposant sur le genou, et, la jambe abandonnée dans la demi-flexion, on laisse au membre ainsi suspendu toute sa souplesse ; on voit alors des secousses très nettes et isochrones aux battements du pouls agiter le pied ballant. La cause de ces petits mouvements réguliers doit, sans aucun doute, être rapportée aux chocs successifs de l'ondée sanguine contre la paroi réfléchie de l'artère poplitée. C'est dire que nous repoussons l'hypothèse de Feletti attribuant les secousses de la tête "à la traction en bas de la bronché gauche et de la trachée par l'anévrysme au moment de chaque systole." Une telle explication est inutile, nous venons de le montrer, elle est de plus et surtout inexacte, puisque les "pulsations céphaliques" peuvent se voir et ont été vues par nous, en l'absence de tout anévrysme aortique.

Quelque soit d'ailleurs le mécanisme véritable, et alors même qu'il serait tout autre que nous ne croyons, un fait reste : la présence, chez certains sujets atteints d'une affection aortique, d'un signe nouveau, rare à coup sûr, mais si net, si frappant quand il existe, qu'il appelle immédiatement l'attention du médecin sur la région du cœur et constitue pour lui le premier indice d'une lésion grave, latente jusque-là ou méconnue.

Et maintenant, pour conclure, quel nom donnerons-nous à ce curieux phénomène ? Disons-nous "secousses rythmées de la tête" ? C'est bien long, sans être bien précis. Irons-nous demander à la langue grecque les éléments d'une appellation savante ou qui, du moins, paraisse telle ? Nous ne ferions sans doute qu'ajouter à une liste déjà longue un barbarisme de plus.

Le mieux, nous semble-t-il, est encore de désigner ce signe par le nom de celui qui paraît l'avoir le premier connu, et puisque les médecins ont fourni, Dieu merci, assez de noms propres au vocabulaire de la sémiologie, ce sera le tour d'un malade cette fois : nous proposons qu'on dise le *signe de Musset*.

Un petit verre de Quina Laroche, biphosphaté, pris à chaque repas, est d'un grand effet tonique et reconstituant, dans les convalescences de maladies graves : "fièvre typhoïde" par exemple.

Quelques considérations sur le kermès et l'émétique. Intoxication par l'émétique.

M. le Professeur Pouchet

Le kermès, que vous reconnaissez à son aspect, à sa couleur rouge-brun et à ce velouté qu'il présente au toucher, est un mélange, en proportion variable, d'antimoine, de sulfure de sodium et d'antimonite de soude. Il s'altère peu sous l'influence de la lumière et de l'humidité. Il n'est pas soluble dans l'eau, mais il est soluble dans l'acide chlorhydrique. On peut le prescrire à la dose de 25 à 50 centigrammes (1). Les tablettes de kermès du Codex renferment chacune 1 centigramme. Le kermès est un stimulant et un expectorant (2).

Quant à l'émétique ou tartre stibié, c'est une tartrate de potasse et d'antimoine. C'est un sel blanc cristallisé, de saveur désagréable; il est soluble dans 14 parties d'eau froide et deux parties d'eau bouillante. Il s'administre à la dose de 5 à 10 centigrammes. Il ne faut pas l'administrer avec des substances contenant du tannin; ces substances forment avec l'émétique un précipité qui empêche d'abord l'action vomitive recherchée et qui peut même déterminer des phénomènes toxiques, parce que ce précipité qui s'accumule sous l'influence des doses ingérées, peut se redissoudre dans les actes successifs de la digestion et mettre en circulation une quantité trop considérable d'émétique.

On emploie quelquefois l'émétique pour l'usage externe, comme vésicant. Il y a une pommade stibiée qui a cessé de plaire, c'est dommage, car elle constitue un très bon mode de révulsion, elle est

(1) Les formules suivantes, signalées par MM. Brisscmoret et Joain, permettent d'administrer le kermès (comme l'oxyde blanc d'antimoine) dans un grand état de division; de plus, dans cette formule, l'emploi d'un mucilage de gomme adragante suffit à les maintenir en suspension dans l'eau :

	Kermès.	de 25 à 50 centigr.
ou	Oxyde blanc d'antimoine. . . .	2 grammes.
triturer avec :	Gomme adragante en poudre. . .	30 centigr.
	Sucre en morceaux.	1 gramme.
Faire un mucilage avec :	Eau distillée	110 grammes.
Aromatiser avec :	Sirup de fleurs d'oranger. . .	200 grammes.

(2) " Dans l'estomac, en raison de la faible quantité d'acide du suc gastrique, la dissolution du kermès est lente et son absorption faible. Il en résulte que, à faible dose, les effets généraux sont nuls ou peu accusés. La quantité absorbée est promptement éliminée par les sécrétions et surtout par la muqueuse bronchique, dont les mucosités sont fluidifiées; le kermès facilite ainsi l'expectoration. A haute dose, au contraire, il produit des effets analogues à ceux de l'émétique (vomissements, diarrhée, etc.), mais beaucoup moins intenses.

" Il faut avoir soin d'administrer le kermès en dehors des repas, et sans acides ni chlorures, si l'on veut éviter les vomissements."

d'une action révulsive très prolongée : c'est la pommade d'Autenrieth qui contient 10 grammes d'émétique pour 30 grammes d'axonge. Au contact des téguments, l'émétique exerce une action très irritante, d'autant plus irritante qu'il est en milieu acide : de là l'emploi de l'axonge rance, acide. Cette action irritante détermine l'effraction des téguments, fait absorber l'émétique et donne lieu à des pustules semblables à celles de la variole, d'où le nom de Pockensalbe donné par les Allemands à la pommade stibiée (de *Pocken*, pustules varioliques, et *Salbe*, pommade). Ces pustules peuvent également se rencontrer dans l'intoxication par voie interne, ce qui est dû sans doute à l'élimination stibiée par la peau. Pour l'usage externe, on employait également autrefois le beurre d'antimoine, qui se composait de protochlorure d'antimoine. C'est un très bon caustique, à la fois par action chimique et par l'action nécrosante que tous les composés antimoniaux exercent sur les tissus.

Quelle est maintenant l'action émétique de l'antimoine ? Vous vous rappelez l'expérience de Magendie qui obtenait le vomissement par l'émétique chez des animaux dont l'estomac était remplacée par une vessie. Il y a quelque chose à observer, c'est que, dans cette expérience, le vomissement est tardif et exige de fortes doses. Ensuite, par voies veineuse, le vomissement est beaucoup plus tardif que par voie stomacale ; en outre, on trouve de l'émétique dans les vomissements déterminés par injection intra-veineuse.

On invoquait l'expérience de Magendie en faveur de l'origine nerveuse centrale des effets vomitifs obtenus par l'émétique. Les faits que je viens de vous signaler prouvent que l'émétique fait vomir d'abord par son action, nullement négligeable, sur les terminaisons gastriques du nerf pneumogastrique, que l'émétique ait été ingéré ou injecté dans la circulation. L'action sur les centres nauséeux du bulbe ne fait que s'ajouter à la précédente.

Il faut que vous sachiez que l'ingestion d'une forte dose en une seule fois peut ne pas amener de vomissements : c'est là un phénomène d'intoxication. Le centre nauséeux, au lieu d'être sollicité, est paralysé sous l'influence de cette forte dose. Aussi, dans un cas d'intoxication par l'émétique, n'allez pas ordonner un vomitif pour faire rendre le poison, ce vomitif n'agirait pas, le centre nauséeux, je vous le répète, étant paralysé.

Arrivons maintenant à l'intoxication elle-même par l'émétique. Quelle est d'abord la dose toxique ou mortelle d'émétique ? Il y a plusieurs cas de mort par ingestion en une seule fois de 10 centigrammes d'émétique. Si donc vous prescrivez une dose semblable, faites-la prendre en trois fois, en trois doses. Si la première est insuffisante pour produire l'effet voulu, la seconde suffira quelquefois, et il ne sera pas nécessaire de prendre la troisième, mais en tous cas, ne faites pas prendre en une seule fois la dose que je vous ai dite.

Dans quelles circonstances se produit l'intoxication par l'émétique ? Elle est assez souvent le fait d'une erreur d'administration ou de dose de la substance médicamenteuse. J'ajoute que dans l'industrie, il y a des circonstances où on se trouve en présence de l'emploi de grandes quantités d'antimoine, ce qui fait qu'on peut s'en procurer assez facilement dans ces cas.

Au sujet de l'intoxication par erreur de dose, il y a un très bel exemple rapporté par M. Laveran, il y a plusieurs semaines, et observé par lui au Val-de-Grâce. Cet empoisonnement résultait de l'administration pendant quatre jours de suite de 10 centigrammes d'émétique dans un litre d'eau en lavements. Le premier jour, il y eut des phénomènes nauséux et quelques vomissements. Le second jour, il y eut de la diarrhée. Le troisième jour, plus de diarrhée. Le quatrième jour, collapsus et état subcomateux. A partir de ce moment, le malade présenta tous les symptômes de la gastro-intérite cholériforme, à tel point qu'on se demanda s'il n'avait pas le choléra. Puis, le onzième jour, apparut une éruption pustuleuse tout à fait analogue à celle de la variole ; finalement, le malade mourut le dix-septième ou dix-huitième jour dans un état d'adynamie profonde, et après avoir présenté ainsi tous les symptômes de l'intoxication stibiée.

Il faut donc se montrer assez réservé dans l'administration de l'émétique. Je sais bien qu'on a rapporté des cas où des individus ont pris 1 gramme ou 1 gramme 50 d'émétique par jour sans accidents, mais, il faut plutôt retenir, à mon avis, les doses minima capables de donner des accidents pour être prudent.

Comme lésions caractéristiques de l'intoxication, on trouve des ulcérations du gros intestin, une coloration hortensia de la muqueuse intestinale comme chez ceux qui ont succombé au choléra, de sorte qu'on n'a comme moyen de diagnostic, en dehors de l'épidémicité, que la recherche de l'antimoine (1) et la recherche du bacille virgule.

Chez cet individu, dont je vous citais l'observation tout à l'heure, il y avait en outre de la stéatose du foie.

Celle-ci n'existe pas lorsque la mort est foudroyante, car, dans ce cas, la stéatose n'a pas le temps de se produire. Mais, lorsque l'évolution suit son cours habituel, alors on trouve de la stéatose du foie et du myocarde.

La circulation réagit également sous l'influence de l'émétique. Il y a une dépression circulatoire énorme produite à des degrés différents mais toujours appréciables, dépression produite, d'ailleurs, par toutes les substances émétiques. L'émétique proprement dit est le dépressur le plus énergique de la circulation et c'est la substance qui détermine de la façon la plus prolongée cette hypotension vasculaire.

Après l'émétique et à ce même point de vue, vient la morphine, puis l'ipéca, puis les autres vomitifs. C'est pourquoi, dans les trois quarts des cas d'intoxications diverses, l'emploi de l'émétique est contre-indiqué, à cause de la dépression qu'il laisse subsister, dépression vasculaire et dépression nerveuse.

A la suite d'applications externes d'émétique, on peut égale-

(1) Il y a lieu de rappeler comment on distingue l'antimoine de l'arsenic, lorsqu'on se sert de l'appareil de Marsh. Comme l'arsenic, les composés antimoniaux introduits dans cet appareil, donnent un anneau ; mais l'anneau miroitant d'antimoine est noir et peu volatil. Dissous dans l'acide azotique et évaporé, il donne, avec le nitrate d'argent, un précipité blanc. La solution, traitée par l'acide sulfhydrique, donne un précipité rouge orangé, qu'on ne peut confondre avec le précipité jaune que donnent les dissolutions d'arsenic.

ment observer des accidents. Chez un enfant atteint de méningite, l'application de la pommade d'Autenrieth sur la tête rasée donna lieu à une action tellement intense qu'il y eut nécrose, non-seulement du tégument mais même de la substance osseuse. Et puis, il y a le cas rapporté par Tardieu. Il s'agissait d'une dame affectée de cancer ; l'ulcère cancéreux fut pansé avec une poudre contenant 30 à 35 0/0 d'émétique : la mort s'ensuivit.

Le traitement topique des Tumeurs Blanches d'après Lucas-Championnière

Le traitement idéal de la tumeur blanche est l'ablation de tout le foyer articulaire que l'on opère dans les grandes résections. Toutes les fois que cette intervention est possible, il faut la préconiser, car la région est, pour ainsi dire, remise à neuf et la réparation en est interdite.

Mais il y a une foule de cas dans lesquels la résection n'est pas possible, soit que les lésions débutent, soit que le sujet soit trop jeune, soit que le malade refuse une grande opération, soit qu'on se trouve en face d'une de ces conditions nombreuses qui contre-indiquent une intervention active. C'est dans ces cas, qui sont encore relativement fréquents et dans lesquels l'articulation malade peut occuper aussi bien les doigts que la colonne vertébrale, que le traitement médical ou topique donne souvent d'excellents résultats.

Les éléments du traitement topique sont généralement l'immobilisation et la révulsion, au besoin l'évacuation des abcès avec injections modificatrices dans la cavité articulaire. M. Lucas-Championnière rejette du moins pour la grande majorité des cas, l'immobilisation, et introduit dans le traitement un nouvel élément, l'emploi d'un topique spécial, d'un emplâtre à base de plomb et de mercure. La façon dont M. Lucas-Championnière combine les autres éléments du traitement médical diffère aussi de la manière classique, si bien, qu'en dernière analyse, on se trouve en face d'une méthode presque nouvelle que le praticien a tout intérêt de connaître.

Quelle que soit l'articulation malade, le traitement topique de M. Lucas-Championnière met en œuvre deux éléments principaux : les pointes de feu et la révulsion au moyen d'un emplâtre.

On commence donc par bien nettoyer la région, et, ce nettoyage une fois fait, on applique des *pointes de feu*. Celles-ci doivent être très nombreuses et appliquées en une seule fois, et non par petits paquets fréquemment répétés, ce qui augmente la douleur sans bénéfice pour le sujet.

Elles doivent aussi être superficielles, parce qu'il faut ménager la continuité de la peau et lui conserver une partie de sa vitalité qui joue un bon rôle dans la réparation, et qu'en second lieu il faut évi-

ter les suppurations superficielles de la peau, et plus tard les cicatrices vicieuses qui en résultent.

Nombreuses et superficielles, les pointes de feu doivent entourer toute la région de l'articulation malade, et s'étendre même assez loin de l'articulation elle-même, afin que leur action se fasse sentir dans une aire considérable.

Aussitôt l'application des pointes de feu terminée, on met en place l'*emplâtre* dont voici la formule :

Onguent napolitain (onguent mercuriel double)	100 grammes.
Emplâtre de savon.....	80 "
Camphre.....	1 à 2 "

On prend des bandelettes de flanelle de 4 ou 5 centimètres de largeur sur une longueur variable (suivant l'articulation), et on les enduit d'une forte épaisseur de l'*emplâtre* un peu chauffé ; puis on applique les bandelettes autour de la tumeur blanche.

L'*emplâtre* ainsi appliquée colle très bien et fuse un peu autour. Aussi, mettons par dessus, une mince feuille d'ouate, puis une bande souple et légère, de façon à laisser à l'article au moins une partie de ses mouvements.

Si rien de nouveau ne survient, cet *emplâtre* restera en place à peu près jusqu'à l'époque à laquelle le temps sera venu pour une nouvelle application de pointes de feu, c'est-à-dire vers la cinquième ou la sixième semaine. On peut alors nettoyer un peu la peau, lui donner quelques jours de repos avant de renouveler, en même temps, les pointes de feu et l'*emplâtre*.

Pointes de feu et *emplâtre* devront être ainsi renouvelés pendant des mois. Lorsque la peau paraît trop usée pour les pointes de feu, on lui donne quelque repos en appliquant l'*emplâtre* seul pendant un temps variable.

Ce traitement est complété par la *mobilisation partielle* de l'articulation. Toutes les fois que les lésions sont peu douloureuses, ou toutes les fois que le mouvement n'est pas susceptible d'entraîner une déformation, on fait exécuter au membre des mouvements méthodiques d'étendue médiocre, mais permettant d'assurer à l'articulation la conservation d'une partie de sa souplesse.

Il va de soi que ce traitement par les pointes de feu et l'*emplâtre* révulsif est d'autant plus efficace que l'articulation malade est plus superficielle. Ainsi, pour la hanche et l'épaule, l'action est moins marquée que pour le genou et le coude. Pour les articulations du tarse et du carpe, qui comptent parmi les plus rebelles, on obtient ainsi que pour les articulations phalangiennes, des résultats presque complets, toujours très satisfaisants.

Ce traitement est encore applicable dans les cas où la tumeur blanche est ouverte, où il existe des fistules ou des abcès, à la condition de traiter convenablement et séparément ceux-ci, le mieux par les *injections modificatrices*.

Eau.....	100 grammes.
Chlorure de zinc.....	10 centigrammes.
Acide chlorhydrique.....	1 goutte.

soit la vaseline iodoformée :

Vaseline liquide.....	100 grammes.
Iodoforme porphyrisé.....	10 grammes.

soit le naphthol camphré. On peut aussi alterner les injections d'iodoforme et celles de naphthol en faisant, par exemple, les unes pendant un mois et les autres pendant le mois suivant.

Sous l'influence de ces injections (répétées aussi souvent que l'exige l'état de la l'articulation), combinées avec l'application de l'emplâtre, on voit fongosités et fistules subir de profondes et définitives modifications, en même temps qu'on assiste à la disparition de véritables tumeurs.

Il arrive, parfois, qu'on se trouve en présence de masses fongueuses ou caséuses dont l'épaisseur est telle qu'il ne semble pas possible de les modifier par les injections. Il ne faut pas alors hésiter à employer largement le thermocautère pour les détruire directement.

Le traitement topique de la tumeur blanche doit être appuyé par un *traitement général*. Iodure de potassium et séjour au bord de la mer, telle est à cet égard la formule de M. Lucas-Championnière.

L'*iodure de potassium* est prescrit à la dose de 25 à 50 centigrammes par jour :

Iodure de potassium.....	10 grammes.
Eau.....	150 grammes.

une cuillerée à café chaque jour au commencement d'un repas dans un peu de lait ou de bouillon, pendant six semaines.

Le plus souvent une cuillerée à café suffit. Dans quelques cas, il faut une cuillerée à café matin et soir pour faire 50 centigrammes au lieu de 25 chaque jour.

Chez les enfants au-dessous de douze ans, on diminue la dose de moitié, en ne donnant que 12 centigrammes par jour :

Iodure de potassium.....	5 grammes.
Eau.....	150 grammes.

une cuillerée à café.

L'*arsenic* est aussi un très bon tonique ; aussi peut-on alterner son emploi avec celui de l'iodure de potassium.

L'efficacité du *séjour à la mer* est telle que M. Lucas-Championnière leur permet de renoncer au traitement général, à la condition de continuer le traitement local. Mais la balnéation, même les bains locaux, même les application de compresses d'eau-mère, doivent être proscrits d'une façon absolue.

R. ROMME.

Les points de côté des alcooliques

Malgré les ligues, l'alcoolisme est de plus en plus florissant : les assommoirs et les brasseries poussent dans tous les coins, l'alcool est automatiquement distribué sur les boulevards, les trains ont leurs wagons-bars, et bientôt, sans doute, les omnibus en seront pourvus.

Parallèlement, s'abattent sur les populations, en ville comme à la campagne, au nord comme au sud, en pays à vin comme en pays à cidre, cirrhoses, paralysies, pneumonies grises, tuberculoses variées, delirium tremens, etc.

Avant d'en arriver à ces graves accidents, le buveur traverse une période plus ou moins longue, pendant laquelle s'installent les lésions qui feront de lui un intoxiqué parfait, prêt à toutes les éventualités morbides. Alors s'égrènent les *petits accidents de l'alcoolisme*, pituites, insomnie, cauchemars, fourmillements, crampes dans les mollets, etc. Parmi ceux-ci, les phénomènes nerveux sont les plus précoces, les nerfs étant très sensibles à l'action du poison : l'alcoolique est la proie de sensations douloureuses multiples qui le martyrisent et contrastent d'une manière saisissante avec son état de bonne santé apparente.

Au nombre de ces accidents se présentent avec une fréquence inusitée les *points de côté*. C'est à leur occasion que le buveur vient pour la première fois trouver le médecin ; à ses yeux, pituites, cauchemars, crampes dans les mollets sont choses banales, tout le monde a cela ; il n'en est pas de même du point de côté, qui le fait souffrir, qui l'inquiète, parce qu'il croit " avoir la poitrine attaquée."

Il est donc bon d'être prévenu de ces faits, qu'au lieu d'attribuer vaguement au rhumatisme ou à la neurasthénie, on rapportera sans peine à leur véritable cause, pour le plus grand bien de la thérapeutique immédiate et la mise en garde du malade contre l'intoxication.

* * *

Le point de côté des alcooliques se présente sous deux allures différentes : *subaiguë* ou *suraiguë*. Dans le premier cas, il s'agit d'une douleur localisée, gênante plutôt que douloureuse ; dans le second, d'une douleur violente, exquise, à crier, qui fait tressaillir le malade au moindre frôlement. Ici, on pense à un rhumatisme musculaire, à une chose insignifiante ; là, on songe à une pneumonie, à une affection aiguë du poumon.

Le *point de côté subaigu* s'observe surtout aux deux bases. Plus rarement, nous l'avons rencontré au niveau de la pointe de l'omoplate en dedans de celle-ci. A la base droite, c'est l'*hépatalgie*, survenant de préférence à l'occasion d'un repas copieux et à la période de digestion. Le foie, un peu gros, pèse à l'hypocondre, il est sensible à la pression profonde, et l'on peut même, dans cer-

tains cas, éveiller une douleur à l'épaule droite en refoulant le foie de bas en haut les doigts en crochet sur le rebord costal.

A gauche, c'est l'*épigastralgie* (beaucoup plus fréquente que l'hépatalgie), en rapport avec la gastrite éthylique, accident si précocé de l'imprégnation. Le malade se plaint d'une douleur assez vive au creux de l'estomac et sous le rebord des fausses côtes gauches. Elle est suffisante pour interdire toute inspiration profonde ; la pression l'exaspère d'une manière assez exquise, le long de la grande courbure de l'estomac, jusque sur les côtes et au niveau du point de Guéneau de Mussy du côté gauche. On pourrait croire, à cause de cette particularité, qu'il s'agit d'une névralgie du phrénique, mais la pression des autres points de la phrénalgie reste muette à l'interrogatoire.

Le *point de côté suraigu* a une toute autre physionomie : sans cause appréciable, ou bien à l'occasion d'un coup de froid (ce qui contribue encore à égarer le diagnostic), le sujet est pris d'une douleur très vive à la base du thorax, à droite ou à gauche. La douleur est aiguë, lancinante, avec des exacerbations et des irradiations en ceinture ; elle immobilise le malade : il respire prudemment pour ménager sa susceptibilité, redoute la moindre secousse de toux, le moindre mouvement ; le bâillement lui est une satisfaction interdite. La douleur est telle qu'elle enlève tout sommeil, que la pression même modérée arrache au patient un tressaillement du tronc accompagné d'une grimace douloureuse. Le facies est agité, coloré, fébrile même. Et de fait on observe des élévations de température.

Le diagnostic de pneumonie est presque fatal, en présence de ces signes fonctionnels. Nous l'avons vu porter, dans de pareilles conditions, par "un vieux praticien" qui d'ailleurs négligea d'ausculter le malade.

C'est l'*examen objectif* qui lève tous les doutes : en explorant le paroi thoracique et les espaces intercostaux, on ne tarde pas à mettre en évidence l'existence d'une névralgie intercostale, le plus souvent de la Xe ou de la XIe paire, avec ses trois points caractéristiques, postérieur, latéral et antérieur. Enfin, si l'on ausculte le malade, même en y mettant le plus grand soin, on ne trouve aucun signe anormal dans la poitrine. L'auscultation peut être pratiquée matin et soir pendant toute la durée du paroxysme ; elle reste perpétuellement négative.

Telles sont les trois formes principales sous lesquelles apparaissent le point de côté des alcooliques : hépatalgie, épigastralgie, névralgie intercostale simulant une affection aiguë de la poitrine.

A vrai dire, la description que nous venons de donner est absolument insuffisante pour permettre d'affirmer l'alcoolisme ; mais en présence de ces trois faits, on doit immédiatement le soupçonner. Il suffit d'ailleurs d'un coup d'œil et d'une minute d'interrogatoire pour confirmer son hypothèse.

Les choses se présentent toujours de la même façon : le *facies* parle d'abord ; c'est un individu gros et gras, pourvu d'une bonne couche adipeuse sous-cutanée ; il a les joues colorées, les pommettes semées de varicosités capillaires, les conjonctives jaunâtres, subictériques, les yeux très mobiles, agités de petites secousses mystagmi-

formes, le coin des lèvres en perpétuel mouvement, à cause du tremblement fibrillaire des zygomatiques. La langue est pareillement le siège des contractions vermiculaires. La sueur perle au front, bien que la chaleur soit modérée, hyperhydrose localisée caractéristique en l'espèce.

L'*interrogatoire* fournit toujours les mêmes renseignements : l'appétit est disparu depuis quelques jours ; le malade ne sent aucune faim et se contente pour toute nourriture de quelques boissons. Le matin, au saut du lit, il a été pris de nausées, de vertiges, et a vomì, après quelques efforts très pénibles, un liquide visqueux, mêlé de glaires, quelquefois de biles, si les efforts de vomissements ont été très violents. Il y a peu d'amélioration depuis l'expulsion de cette "pituite," mais la bouche est toujours pâteuse, la langue saburrale, l'haleine aigrelette. Il existe de la constipation depuis quelques jours, "ce qui n'a rien d'étonnant puisqu'il ne mange plus."

Ces différents *symptômes gastro-intestinaux* s'observent surtout dans les cas d'hépatalgie ou d'épigastralgie. Les *phénomènes nerveux* prédominent au contraire dans le cas de névralgie intercostale : l'insomnie est la règle, non seulement à cause de la douleur (d'ailleurs elle peut la précéder), mais même alors que celle-ci est dans un moment d'atténuation ; le patient se tourne dans son lit sur toutes les faces, étend ses jambes, les replie, rejette ses couvertures, les ramène, ne peut trouver une position convenable, et passe la nuit à chercher un sommeil qui fuit sans relâche. Des hallucinations le poursuivent des rêves, des cauchemars le réveillent quand il ferme l'œil un instant. Debout, il est trémulant de toutes parts ; il semble à la veille d'un delirium tremens. Appuyons les pulpes des doigts sur les masses musculaires de ses mollets, nous y trouverons une douleur assez vive qui parachèvera le diagnostic.



La *pathogénie* de ces points de côté se conçoit aisément : s'agit-il d'épigastralgie ou d'hépatalgie, c'est la gastrite alcoolique qu'il faut mettre en cause ainsi que son retentissement sur le foie. S'agit-il de névralgie intercostale, c'est le poison, l'hétéro-intoxication, qui agit à distance sur les nerfs ; ou plutôt les poisons secondairement formés dans l'organisme au niveau des viscères, touchés par l'alcool, l'auto-intoxication.

Le *diagnostic* clinique et étiologique est facile à établir. Il est inutile de chercher à obtenir de la part du malade l'aveu de ses habitudes alcooliques : ce sera presque toujours peine perdue, surtout si l'on a affaire à une femme. Leurs négations sont en général d'autant plus énergiques que leurs habitudes sont plus invétérées. C'est, avec la syphilis, l'aveu le plus difficile à arracher. C'est, comme pour la syphilis, de la part du malade, prétexte à susceptibilités, qui se traduisent par la perte du client.

On s'en tiendra donc à l'*interrogatoire* médical. On distinguera facilement l'hépatalgie de la colique hépatique accompagnée d'ictère par rétention, de la sensibilité du foie chez le cardiaque.

asystolique, atteint de cyanose, d'œdème des membres inférieurs, de dilatation des jugulaires, de stase pulmonaire.

L'épigastrie sera d'une appréciation plus délicate : les dyspeptiques nervo-moteurs ont eux aussi, un point épigastrique, mais ce point est à droite de la ligne médiane au niveau du pylore ; le dyspeptique nervo-moteur n'a d'ailleurs pas de sensibilité de la grande courbure. La douleur de l'ulcère de l'estomac est beaucoup plus violente, plus persistante, traverse l'abdomen de part en part, etc.

Nous n'insisterons pas davantage sur le diagnostic différentiel d'avec la pneumonie ou la pleurésie, car si les symptômes fonctionnels ont parfois une ressemblance saisissante, il suffit d'ausculter pour être détrompé.



Le traitement de ces accidents n'est pas indifférent : ce sont là, évidemment, des points de côté contre lesquels l'antipyrine, la quinine, la phénacétine n'auront aucune efficacité. Par contre, la révulsion locale, l'opium, les purgatifs et les diurétiques seront les véritables moyens à employer contre les accidents si douloureux.

Le *traitement local* consistera en *émissions sanguines*. On sait combien la saignée locale est efficace contre la douleur. Elle agit merveilleusement sur le point de côté des pneumoniques et Pater l'employait même avec avantage pour atténuer la douleur si vive de la fracture de côte. On appliquera donc six ventouses scarifiées au niveau du point douloureux ; l'hyperesthésie sera parfois si vive que les ventouses ne pourront pas être supportées et l'on devra recourir aux sangsues. Ventouses ou sangsues pourront être répétées.

Le *traitement général* visera plusieurs choses : la douleur, l'état du tube digestif, l'état des urines.

Or aidera la médication locale en administrant l'opium ou le chloral, qui apporteront en même temps le sommeil. Le point de côté sera quelquefois tellement intense qu'il faudra pratiquer d'urgence une piqûre de morphine de 1 centigramme pour 1 centimètre cube. Mais, dans l'immense majorité des cas, le laudanum de Sydenham à la dose de 50 gouttes, pris dans un verre de vin, comme le recommandait Trousseau contre le delirium tremens, sera largement suffisant.

Ce traitement symptomatique devra être accompagné d'une médication pathogénique. Le *primum movens* de ces accidents est l'état du tube digestif et l'auto-intoxication résultant du mauvais fonctionnement des viscères. On veillera donc à *déblayer le tractus gastro-intestinal* de ses fermentations anormales en même temps qu'on s'efforcera de pousser à l'*élimination des produits toxiques*.

Un purgatif salin à bonnes doses, donné dès le début des accidents, réalisera, la première indication, qui sera continuée par le régime lacté. On favorisera la seconde en prescrivant l'eau de Vichy à pleines bouteilles, l'eau d'Evian accompagnée de lactose (50 grammes par litre), etc. ; dans les cas graves, les injections sous-

cutanées de sérum artificiel (400 ou 500 grammes par jour) pourront être recommandées.

Il va sans dire qu'une purgation morale devra être administrée au malade et qu'on lui fera entrevoir les accidents graves où conduit l'alcoolisme. S'il continue, comme cela est la règle, il sera du moins seul responsable.

G. MILIAN.

Le Mariage et l'avenir

Le congrès de Naples a soulevé de nouveau cette éternelle question des garanties hygiéniques que devrait présenter le mariage, aussi bien dans l'intérêt immédiat de l'un des deux époux, ou même des deux, que pour relever la race de ses déchéances et travailler à faire de nous des peuples vigoureux et sains

MM. Meunellà et Rossi-Doria ont demandé qu'on interdise le mariage aux tuberculeux : M. Landouzy a exprimé la même pensée en des termes énergiques.

" Il est, écrit-il, d'autres magistratures encore, que la précision dans son diagnostic met le médecin en demeure d'exercer, celles qu'impliquent les charges du médecin de famille moralement responsable de l'hygiène physique de tout un chacun, aussi bien dans le choix d'un métier, d'une profession et d'une carrière que dans le choix d'une union.

" Il faut que la *Minerva medica* elle aussi préside aux mariages. et les défendent contre la tuberculose, il faut que les familles soient averties que dans le problème si délicat du mariage et de la tuberculose. il est d'autres questions que celle de la possibilité de contamination entre époux ; qu'il y a pour la descendance menace d'hériter de prédispositions tuberculeuses. Il faut que partout on sache que tuberculose et syphilis sont facteurs de déchéances héréditaires.

" Prophylaxie tuberculeuse et mariage est un problème anxieux que le médecin a le devoir de poser et le pouvoir de résoudre.

" Cette prophylaxie, nos petits-neveux la connaîtront peut-être un jour, quand prévenus par la médecine, ils songeront, avant de fonder une famille à s'inspirer des préoccupations de sélection qui, présidant aux seules procréations animales, n'ont malheureusement rien à voir aujourd'hui dans les unions humaines, alors que, pourtant, de ces unions viriles ou malades, doivent sortir des générations saines ou vicieuses qui feront demain les peuples forts ou dégénérés."

On comprend que cette question du mariage *propre* au sens absolu du mot soit angoissante aux bons esprits : on comprend qu'une révolte vienne enfin, qu'une croisade s'organise contre cette hypocrite et lâche façon de transmettre à l'être qui vient partager votre vie et à ceux qui sont appelés à naître, soit les répugnants stigmates de frédaines mal surveillées ou trop économiques, de ruts trop impatients et peu scrupuleux, soit les tares décourageantes d'une déchéance héréditaire qui vont imprégner sans retour le

nouveau foyer et frapper, implacables, la descendance qu'un ironique et macabre destin fera survenir.

La conférence de Bruxelles avait déjà montré, il y a quelques mois, les ravages meurtriers de la syphilis trouvée dans la corbeille, et les sorniois méfaits de cette blennorrhagie que les hommes promènent d'aventure en aventure, insouciant, en leur égoïsme malpropre, des taches immondes qu'ils laissent aux logis qui leur sont hospitaliers, jusqu'à ce qu'ils aillent infecter légalement la vierge sur la virginité de laquelle ils se montrent d'une si belle intransigeance. Il leur faut un corps tout neuf, qu'aucun geste n'a frôlé, qu'aucun frisson n'a encore initié aux plaisirs sacrés ; il leur faut de l'immaculé à ces nobles hidalgos du copahu qui n'apportent, eux, que les restes frelatés de piteuses amours où vit, s'agite et s'insurge le gonocoque vainqueur d'une thérapeutique nulle ou rudimentaire prêt à conquérir cette terre neuve et saine qu'on lui offre et sur laquelle son travail sourd et lent va préparer de la bonne besogne au bistouri du chirurgien.

Ah ! la tâche est belle pour ceux qui veulent tenter de faire du mariage l'irréprochable union de deux êtres sains capables, dans de saines amours, de procréer d'autres êtres libres d'hérités dégradants, vigoureux et forts... mais la tâche est lourde, car c'est se heurter à toutes les indifférences, à tous ces égoïsmes, à toutes ces questions d'argent, d'intrigue, d'ambition qui sont l'armature de la vie sociale d'aujourd'hui. Existe-t-il chez nous, peuples si fiers et si arrogants, l'idéal de pureté des Hindous, l'idéal de beauté des Grecs, l'idéal de forces des Romains ? Avons-nous pour sauvegarde un idéal quelconque qui nous enseigne, nous conseille, nous ordonne le sacrifice de nos faiblesses et nous donne le courage de lutter pour la beauté de l'avenir ?

Doivent-elles rester un rêve de poète ces belles et élégantes paroles d'espérance que M. Cazalis écrit ces jours-ci (1) : " Peut-être l'humanité éclairée par la science comprendra-t-elle qu'il importe moins de créer des êtres et beaucoup d'êtres, que de les créer sains et forts et beaux même, s'il est possible ; or, la beauté étant chez un être l'expression, la forme à la foi de sa parfaite organisation anatomique et du fonctionnement parfait de tous ses organes, en un mot, de son anatomie et de sa physiologie parfaites, quand nous créons la santé, par cela même nous préparons, nous créons la beauté.

" La vie, en réalité, n'a de prix, à mes yeux du moins, que si elle est digne d'être vécue ; autrement le néant vaut mieux. Aussi nous voulons former cette humanité présente, malgré tant de progrès et de conquêtes, tant de vertus surtout chez les humbles, en son ensemble trop médiocre encore, imbécile ou vile, trop souvent dégradée, hébétée de souffrances, attristée, attristante par toutes ses laideurs. Donc, il se peut que tout cela on le veuille changer et que la vie à venir de l'humanité soit regardée comme une œuvre d'art à créer, pour laquelle dès lors interviendrait la réflexion, le soin de l'ordre et de la beauté, au lieu de l'incohérence,

(1.) La science et le mariage, in *Revue Scientifique*, 19 Mai 1900.

du hasard, de l'absurde qui mènent aujourd'hui tant de choses ; or, cette conception de la vie ne serait pas pour déplaire à ceux qui n'ont guère souci que de l'esthétique, dédaignant tout ce qui n'est pas elle. . . .”

Et me laissant aller à ce rêve de beauté entrevue, je détourne la tête pour ne pas entendre dans la nuit qui s'achève le corbeau de Poë qui ricane son “ Jamais plus... Jamais plus... ”

ALBERT PRIEUZ.

La contagion et l'incubation de la rougeole

Cet article est extrait d'une étude sur la contagion et l'incubation des maladies de l'enfance, paru dans le *Journal des praticiens*.

La question de la contagion et de l'incubation des maladies infectieuses de l'enfance est presque impossible à résoudre par l'examen hospitalier. C'est plutôt en ville, où l'on a la possibilité de suivre ses malades et d'avoir des renseignements précis, que l'on peut rassembler des documents utiles pour résoudre le problème. L'importance d'avoir à ce sujet des notions exactes n'échappera à personne, car elles permettent de reconnaître le point de départ des maladies et d'en établir la prophylaxie. Ainsi, pour prendre un exemple ; la rougeole met 14 jours entre la contagion et le début de l'éruption, et lorsque l'on constate cette dernière, l'on peut, par un simple calcul, remonter aux sources de la maladie et, dans beaucoup de cas, savoir où l'enfant en a contracté les germes. Il est possible alors de déterminer quels sont les enfants qui ont été en contact avec les malades, et d'isoler ces suspects qui, sans cette précaution, pourraient en contaminer d'autres.

Pour éviter les confusions, rappelons que l'on distingue quatre périodes aux maladies infectieuses de l'enfance : 1° *l'incubation*, où il n'y a aucun symptôme ; 2° *l'invasion*, ou apparaissent des symptômes variables suivant la nature de la maladie, mais consistant généralement en fièvre, troubles gastriques, etc. ; 3° *l'éruption* ; 4° *la période de déclin*. Les maladies infectieuses sont, pour la plupart, dues à des microbes encore mal déterminés, mais dont l'existence ne peut faire de doute. A la période d'incubation, la germination se fait ; à cette période, il n'y a pas de germes, par conséquent pas de contagion. A la période d'invasion, la germination est faite ; dès lors, le germe est disponible et la contagion est possible. C'est là une doctrine nouvelle ; car, autrefois, et il n'y a pas très longtemps, on croyait que la contagion ne pouvait se faire qu'à la fin de la maladie. Or, retenons bien ce fait : la contagion est possible dès qu'il y a production de germes ; mais, pour qu'elle se produise, plusieurs causes entrent en jeu ; c'est, tout d'abord, la *vitalité du micro-organisme* et l'on sait que, pour la rougeole, par exemple, celle-ci est quelquefois limitée, tandis que, pour la diphtérie et la scarlatine, elle est très étendue. Dans d'autres cas, *il y a des ger-*

mes non utilisés mais qui conservent toute leur virulence et qui peuvent, à un moment donné, produire la contagion. D'autres fois, ce sont des germes peu virulents qui peuvent acquérir de nouveau une virulence plus grande. Enfin, il faut tenir compte de la *résistance de l'organisme*, pour dire le mot, des immunités. L'immunité naturelle est à peu près nulle à l'égard de certaines maladies, et, alors, la contagion est presque fatale, comme cela se produit dans la rougeole ; elle est variable, plus ou moins grande dans la scarlatine et la coqueluche, plus grande encore dans la tuberculose ; mais ce sujet est encore rempli de beaucoup d'inconnues.

La rougeole est de toutes les maladies contagieuses de l'enfance, celle qui présente le plus d'importance, et sur laquelle on possède les notions les plus précises.

Dans l'étude de cette maladie, l'on réunit ensemble les deux périodes d'incubation et d'invasion. L'incubation a été étudiée expérimentalement par des inoculations. Michaël (de Katona), en 1842, inocula du mucus nasal à 1,122 personnes avec 93% de succès, sans un seul cas de mort, et constata que l'éruption survenait du neuvième au dixième jour après l'inoculation. Malheureusement, ces expériences ont été faites en pleine épidémie, et l'on peut se demander s'il ne faut pas attribuer à la contagion plutôt qu'à l'inoculation les cas de rougeole observés. Mayr, dans deux cas expérimentaux, vit les premiers symptômes du coryza se produire, au huitième et au neuvième jour. Ces faits, cependant, s'ils nous montrent que la rougeole est inoculable, ne sont pas exempts de toute critique, et il vaut mieux avoir recours aux observations cliniques pour fixer la question. À ce point de vue, le travail le plus important est celui de Panum qui étudia avec beaucoup de soin une épidémie de rougeole survenue en 1846 aux îles Féroë, alors que, depuis 1781, il n'y avait pas eu dans ces îles un seul cas de cette maladie. Un ouvrier venu de Copenhague y apporta la maladie le 1er avril, et y contagiona deux amis qui eurent leur éruption 14 jours après. Une épidémie s'ensuivit : Panum constata que les vieillards restèrent indemnes, et, par l'observation de près de 6,000 cas, il fixa l'incubation de la rougeole à 13 ou 14 jours.

Ces faits ont, depuis lors, été confirmés par d'autres observateurs, et j'en ai moi-même étudié plusieurs qui permettent d'apporter plus de précision sur certains points particuliers. Tel est le suivant :

Le 29 décembre, une dame me demanda de venir voir son petit garçon ; je constatai chez cet enfant une éruption de rougeole qui, le lendemain et le surlendemain, atteignait son maximum de développement. Aux questions que je fis, la mère me répondit que le 25 décembre l'enfant avait refusé de diner, qu'il s'était plaint de mal de tête, de lassitude, et avait demandé à se coucher, mais elle avait attribué ce malaise à ce que, dans la journée, il avait assisté à une petite réunion d'enfants ; le lendemain mercredi, il s'était rendu à une autre matinée. Or, parmi les enfants de cette seconde série, plusieurs furent, après la durée habituelle de la période d'incubation, pris de la rougeole, et, au contraire, sur ceux de la première série, il n'y en eut aucun cas. Un seul de ces enfants fut pris, mais c'était

la sœur du petit malade, couchant dans la même chambre que lui, et qui, d'après le calcul que je fis, en tenant compte de la durée de la période d'incubation, avait dû être contagionnée par lui dans la nuit du 24 au 25.

Il est donc un fait certain, c'est que la rougeole est contagieuse dès l'apparition des premiers signes, et le danger est alors d'autant plus grand que la maladie n'est pas encore soupçonnée ; elle est encore contagieuse dans la période d'éruption, le premier et le deuxième jour, mais cette contagiosité cesse rapidement. Panum n'a pas constaté un seul fait de contagion au déclin de l'éruption ; Forster est de cet avis, que je partage absolument. On peut donc considérer qu'à la fin de la période d'éruption, la contagion n'est plus à craindre, c'est-à-dire le cinquième ou le sixième jour après l'éruption. Aussi, on a, avec juste raison, dans les collèges, abaissé la durée de l'isolement de 35 à 15 jours.

La vitalité du microbe de la rougeole est très limitée, à tel point qu'un enfant mis le lendemain dans la chambre d'un rougeoleux parti de la veille ne prend pas la rougeole ; aussi, il semble, malgré quelques faits contradictoires, que la désinfection des locaux ne soit pas indispensable.

Comment se fait la transmission de la rougeole ? Elle se fait quand il y a contact de deux enfants : le petit malade, en toussant, expulse à distance des parcelles plus ou moins fines de mucus ou de salive contenant le germe pathogène. La contagion ne se fait pas par l'air expiré, elle se fait par l'expulsion des mucosités. Elle se fait encore par les personnes qui passent d'un malade à l'autre ; mais, je le répète, c'est surtout le contact direct qui est important ; et, dans une salle d'hôpital, en mettant l'enfant à une certaine distance de ses voisins, on a beaucoup de chances pour ne pas voir la maladie se répandre.

Comme prophylaxie, la désinfection est relativement secondaire, sans être cependant à négliger. La meilleure mesure à employer dans une agglomération d'enfants est surtout l'isolement des suspects. On commencera donc par isoler pendant 5 à 6 jours, les *douteux*, c'est-à-dire les malades qui présentent certains symptômes pouvant faire penser à la rougeole, mais dont le diagnostic ne peut cependant être établi d'une façon positive. D'autre part, on isolera les *suspects*, c'est-à-dire les enfants qui, ayant eu des rapports plus ou moins intimes avec des rougeoleux, ont pu être contaminés, mais sont encore à la période d'incubation. Quant à la quarantaine des convalescents, il est inutile de la prolonger plus de quelques jours, en raison de la faible vitalité du germe rougeoleux.

SEVESTRE.

Grandeur et décadence des opérations curatives chez les vieux prostatiques.

Il y a quelques années à peine, la mode était aux grandes opérations destinées, dans l'esprit de leurs vulgarisateurs, à obtenir la guérison radicale de l'hypertrophie prostatique sénile. D'abord directement dirigées contre la prostate et la prostatomégalie symptomatique de cette affection, par des résections plus ou moins étendues, par des excisions du tissu glandulaire dégénéré, on cherchait à rétablir la miction urinaire dans son intégrité physiologique. Pour ceux qui redoutaient l'emploi du bistouri et des larges incisions permettant de voir le champ opératoire, s'offrait la destruction galvano-caustique partielle, dont Pottini reste depuis plus de vingt ans le défenseur résolu. Devant les difficultés, les dangers (hémorragies), l'inefficacité trop ordinaire de ces interventions, quel que fût d'ailleurs le soin mis à les exécuter, partant de données incomplètes, inexactes ou d'interprétation discutable, on en vint à rechercher d'une manière indirecte la régression de la prostatomégalie, cause, unique, semblait-il, des troubles urinaires dont souffrent les vieux prostatiques. Ce fut l'heure de la ligature des artères iliaques internes, de la suppression de l'un ou des deux testicules, de la résection des canaux déférents. Nouveaux échecs ordinaires toujours inexplicables et nouvelles tentatives dans un sens identique, quelque peu timorées d'ailleurs : ligature des canaux déférents, simple résection de quelques veines ou de quelques nerfs du cordon spermatique. Mais toujours l'enthousiasme des promoteurs de chacun de ces essais chirurgicaux curatifs ne diminuait en rien au fur et à mesure que l'intervention perdait de son importance et de son étendue ; un esprit simpliste en déduisit qu'en n'opérant pas du tout, on obtiendrait encore d'aussi bons résultats et les événements sont venus lui donner raison.

A côté, pour ainsi dire, et tout en fondant encore de grandes espérances sur l'atrophie (?) possible de la prostate par le repos fonctionnel de l'urèthre, d'autres détournaient le cours des urines par la cystotomie périnéale et l'entretien de la fistule ou l'abouchement de la vessie à la région cutanée sus-pubienne. Un nom pompeux était attribué à ces pratiques rajeunies ou nouvelles, un grand bruit était fait autour des guérisons relatives qu'elles avaient permis d'obtenir et la cystotomie sus-pubienne en particulier, devenait le traitement de choix, palliatif et curatif, de l'hypertrophie prostatique. Le praticien modeste qui ne pouvait prétendre à la possession de la technique suffisamment précise de ces belles opérations, surtout des premières, renonçait à l'ancienne, thérapeutique. Incapable de marcher avec le progrès, il s'allégeait du lourd bagage des connaissances désormais caduques dues aux recherches des cliniciens, nos devanciers, et confiait au brillant opérateur le soin exclusif de traiter et de guérir ses malades.

Pendant ce temps, l'étude de l'anatomie, de la physiologie et

de la pathologie génitales étaient abandonnées à des chercheurs obscurs, réputés rétrogrades. Non encore sortis, pensait-on, des ornières d'un passé négligeable, on pouvait leur laisser l'examen des faits, l'observation clinique, le raisonnement, d'autant plus qu'ils n'avaient pas les ressources de l'action.

Or, il apparait aujourd'hui que, en partie, sous leurs efforts répétés dont l'Académie de médecine, depuis plus de cinq ans a été le témoin indifférent mais non impartial, l'engouement opératoire s'atténue peu à peu et que les adeptes les plus fervents de la chirurgie, dite curative dans ce cas spécial, se détachent d'une manière insensible du groupe des interventionnistes à outrance. On ne parle plus guère de prostatectomie, d'exérèse galvano-caustique, de castration, de vascotomie, d'angio-neurectomie, on parle moins de cystostomie sus-pubienne, et le plus ancien procédé, la taille périméale, regagne seul le terrain qu'il avait un instant perdu, depuis que se multiplient les travaux qui répandent des connaissances exactes sur la prostate et sur ses maladies, sur la nature et les causes de l'hyperthrophie sénile, sur ses relations avec les prostatites et le cancer épithélial. Bien au contraire, ces notions paraissent assez satisfaisantes à nombre de ceux-là mêmes qui croyaient uniquement aux interventions curatives pour qu'ils s'efforcent aujourd'hui de ne plus attirer l'attention sur leur erreur.

Basées en théorie sur des principes insuffisants, en pratique sur des vagues hypothèses, elles guérissent, le fait est démontré, les seuls malades qui devraient guérir sans elle, sans s'exposer à leurs dangers, sans subir leurs inconvénients. Est-ce à dire qu'il faut toutes les rejeter dans l'oubli, parce qu'elles n'ont point tenu les alléchantes promesses faites en leur nom dans un instant de perte de sang-froid? Le médecin qui lit et réfléchit désormais a son opinion faite, perfectible d'ailleurs comme la vérité elle-même, expression de la science actuelle. A chaque opération, il veut des indications et des contre-indications précises; du poids comparé des unes et des autres, se dégage sa résolution. Il sait qu'il n'est pas de traitement chirurgical curatif de l'hyperthrophie prostatique sénile, et qu'aucun procédé opératoire, d'action directe ou indirecte ne peut rien contre la sclérose périglandulaire systématisée définitive, troisième stade anatomo-pathologique de l'évolution progressive des lésions de l'organe. Il sait aussi qu'aux deux premiers stades, mais presque exclusivement au premier, la prostatite sénile est curable par un ensemble de petits moyens (sonde à demeure, compression digitale, etc.), diversement associés suivant les circonstances, dont les derniers représentants de l'école française des voies urinaires ont fait connaître la valeur, le mécanisme et, par de nombreux exemples, démontré les heureux effets. Quand il ne guérira pas son malade, il le maintiendra toutefois dans de bonnes conditions de survie, et jamais, par des manœuvres intempestives, il n'aggrava sa situation.

L'ère des grandes opérations "curatives" est close; dans un calme qui fait contraste avec les éclats sonores du début de l'époque opératoire, on revient à la pondération. On réserve les ressources chirurgicales, d'ailleurs purement palliatives, pour des rares cas où les traitements inoffensifs restent impuissants ou inapplicables.

A. GUÉPIN.

Traitement du cancer humain par les produits solubles du cancer des arbres

(BRA ET MONGOUR)

Les auteurs ont isolé et cultivé régulièrement la *nectria, ortissima* parasite du chancre des arbres et en ont extrait la *nectrianine*.

La nectrianine se présente sous la forme d'un liquide de couleur jaune brun. Injectée par voie, sous-cutanée à des animaux sains, à la dose répétée plusieurs fois par semaine de 5 centimètres cubes, elle ne détermine généralement aucun phénomène appréciable, aucune perte de poids. Chez les animaux et l'homme porteurs de tumeurs cancéreuses, elle élève au contraire, au bout de deux, trois, ou quatre heures, la température d'un à trois degrés. A doses élevées, cette hyperthermie s'accompagne de frissons, de sensation de froid, d'accélération du pouls et de battements cardiaques, de soif, de céphalée.

La crise se termine au bout de quelques heures par des sueurs, de la polyurie, un profond sommeil. Cette réaction peut manquer chez des cancéreux très avancés. Souvent vive à la première injection, elle tend à s'atténuer aux injections suivantes.

La nectrianine paraît aussi douée de propriétés vaccinales. Les animaux, en effet, soumis à des injections répétées de ce produit et inoculés ensuite avec des cultures, ne nous ont jamais donné de tumeurs expérimentales. L'obtention des tumeurs n'étant pas constante, ce fait n'offre pas toute la rigueur scientifique désirable ; par sa répétition même, il mérite d'être mentionné, car il serait important de voir si les injections associées à l'ablation chirurgicale des néoplasmes seraient aptes à combattre la récurrence.

L'action thérapeutique de cette substance a été étudiée par Mongour, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dans le service de M. le Dr Durand. Nous avons exclusivement traité des cancers inopérables primitivement ou des malades chez lesquels on était déjà intervenu par des opérations palliatives, suivies de récurrence à plus ou moins longue échéance et devenus absolument inopérables. Evidemment, nous nous sommes placés dans les conditions les plus défavorables pour expérimenter une thérapeutique nouvelle ; dans la plupart des cas l'état général était tellement délabré, que la survie probable des malades était trop courte pour permettre une restitution *ad integrum*, quelle que fut l'énergie du nouveau médicament. Mais nous étions contraints moralement d'agir ainsi : l'incertitude de notre thérapeutique ne nous autorisait pas, malgré les heureux résultats expérimentaux, à traiter des sujets porteurs de lésions encore récentes et justifiables d'un acte opératoire radical, au moins en apparence.

Malgré le peu de toxicité du produit employé, qui tue à raison de 30 à 35 grammes par kilogramme de lapin en injection intra-veineuse, nous n'avons pas dépassé le maximum de 4 centimètres cubes injectés quotidiennement, parce qu'à cette dose et même à des doses moindres ces injections sont très douloureuses si elles ne sont pas intra-musculaires.

MM. B a et Mongour ont expérimenté le *nectrianine* sur quatorze malades atteintes de carcinome utérin, un malade atteint de

épithélioms de la face, un malade atteint d'un cancer de l'estomac.

Voici les conclusions de leur exposé :

En nous en tenant avec rigueur aux modifications présentées dans l'état local, nous pouvons dire avec certitude que le traitement par la nectrianine a produit une amélioration évidente dans l'état local de nos malades : arrêt ou diminution des hémorragies, suppression des pertes fétides, parfois tendance à l'épidermisation du néoplasme, voire même, temps d'arrêt très net dans son évolution. Si, à côté de ces modifications tangibles, nous rapprochons les aggravations constantes après la suppression du traitement, l'amélioration qui suit régulièrement la reprise des injections, nous sommes peut-être en droit de considérer cette mycothérapie nouvelle comme douée d'une certaine efficacité.

Certes, nous ne pouvons pas dire que la nectrianine constitue le remède spécifique du cancer, puisque chez aucun de nos malade l'état général ne s'est relevé ; plusieurs d'entre eux ont succombé à la cachexie ; chez les autres, l'amélioration ou, plus exactement, l'état stationnaire est de date encore trop récente.

Il reste néanmoins acquis que la mycothérapie a heureusement influencé l'état local ; c'est un résultat bien appréciable quand on songe à la situation lamentable des cancéreux, torturés par les douleurs que la morphine ne soulage plus, qui deviennent si rapidement, par suite des pertes sanieuses intarissables, un objet de dégoût pour eux-mêmes et pour leurs semblables.

Et puisque cette thérapeutique est sans danger pour le malade, nous croyons qu'il serait légitime d'en poursuivre l'application sans leur faire perdre pour cela le bénéfice des opérations chirurgicales auxquelles on croit pouvoir recourir ; ces deux thérapeutiques peuvent parfaitement marcher de pair. Les faits que nous rapportons sont tout au moins un encouragement à poursuivre le traitement pathogénique des affections cancéreuses.

Les compresses d'alcool comme traitement du péritonisme et des coliques appendiculaires.

M. Sehrwald rapportait récemment les heureux résultats qu'il avait obtenus, dans plusieurs cas de péritonite grave, en se servant de compresses d'alcool.

Chez un malade atteint de péritonite tuberculeuse, cette auteur a vu, en particulier, disparaître à deux reprises tous les accidents, douleurs, vomissements, météorisme et diarrhée, très peu de temps après l'application des compresses.

Devant ce succès vraiment encourageant, M. Sehrwald a eu l'idée d'appliquer ce traitement à plusieurs malades atteints d'appendicite. Dans tous ces cas, la maladie a évolué heureusement et les accidents n'ont pas tardé à disparaître.

Si ce procédé thérapeutique n'est pas très nouveau, il mérite, au moins, par sa simplicité, d'être rappelé.

Il semble, en effet, que, dans les cas de péritonisme où il n'existe pas d'indications opératoires urgentes, la révulsion que produit l'alcool sur les téguments produise une dérivation salutaire.

Gaz. des Hôpitaux.

Nouvelle Seringue de Roux, pour les injections de Serum

Cette nouvelle seringue a, sur les précédentes, des avantages considérables.

Construite entièrement en métal, y compris le piston, elle est très facile à stériliser parfaitement.

La suppression du tube en verre a permis de réduire de beaucoup le volume total de la seringue tout en lui conservant la contenance ordinaire de 20 c. c.

Les anneaux en cuir ou en caoutchouc, ainsi que les anciens pistons, dont on connaît les inconvénients et les ennuis sont également supprimés, ce qui permet d'avoir une seringue toujours prête à fonctionner, d'une stérilisation facile et d'un volume moins encombrant.

Cette seringue sort des ateliers de M. E. Guyot, 305 rue St-Jacques, à Paris.

Conférences médicales internationales

Pendant toute la durée de l'Exposition, un grand nombre de Savants viendront à Paris et profiteront de nos congrès internationaux pour faire connaître leurs découvertes ou leurs idées originales. Mais à ces assises scientifiques, le temps est très limité et on ne pourra guère accorder à chaque auteur que quelques minutes. C'est pourquoi nous avons organisé à l'hôpital international de Paris, 95, boulevard Arago, le service des conférences, où tous les médecins français et étrangers pourront à titre absolument gracieux faire des leçons, des conférences ou des cliniques, en prenant tout le temps nécessaire à leurs démonstrations. Déjà un grand nombre de Savants se sont fait inscrire.

Nos confrères sont priés d'adresser dès maintenant, le titre de leurs communications à l'organisateur de ces conférences internationales, M. le Dr S. Bernheim, 9, rue Rougemont, Paris.

Sur un nouveau traitement de la phlegmasia alba dolens puerpérale

M. le DR JOUANNET expose dans sa thèse, d'après *Bulletin général de thérapeutique*, les principes d'une nouvelle méthode de traitement de cette complication, encore fréquente malgré les progrès de l'antisepsie, méthode basée sur les résultats donnés par certaines expérimentations physiologiques. Il ne s'agit là que de données plutôt théoriques que pratiques, puisque l'auteur ne donne que deux observations, mais il y a là néanmoins une application intéressante de l'opothérapie.

On sait que dans la puerpéralité existe une tendance véritable à la formation des caillots, soit spontanément, soit sous l'influence d'éléments infectieux. D'autre part, et sur ce point la plupart des expérimentateurs semblent d'accord, sous l'action de certaines substances introduites dans l'organisme, le foie acquiert une fonction nouvelle, celle de produire une matière qui s'oppose à la coagulation sanguine.

Par conséquent, en introduisant ces matériaux dans l'organisme, il serait possible de diminuer la tendance à la formation des caillots, qui est une circonstance aggravante de la phlegmatia. C'est ce qui a été fait dans les 2 cas cités par M. Jouannet. Le traitement a consisté à donner aux malades, dès que le diagnostic de phlegmatia a été posé, un lavement chaque jour, contenant 100 grammes de foie de veau très finement haché, mélangé à 5 grammes de peptone dans 250 gr. d'eau.

Sous l'influence de ce traitement continué huit à dix jours, il s'est fait une amélioration très rapide de tous les symptômes, locaux et généraux, et la guérison a semblé survenir beaucoup plus rapidement que dans les cas soumis au traitement ordinaire.

(Méd. mod.)

Emploi de la pâte de zinc au sucre en dermatologie

Le *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, d'après *Bulletin général de thérapeutique*, rapporte que le docteur Hodara (de Constantinople) emploie avec avantage la formule suivante de pâte de zinc sulfureux au sucre :

Vaseline.....	} à 20 grammes.	
Lanoline.....		
Glycérine.....		10 "
Sucre.....		20 "
Soufre.....		10 "
Oxyde de zinc.....	20 "	

Elle se recommande là où il s'agit d'obtenir au plus tôt une action rapidement desséchante, epidermissante et curative, tel que dans beaucoup de dermatoses suintantes, vésiculeuses, pustuleuses ou croûteuses, comme par exemple dans l'impétigo vulgaris, l'ecthyma, l'impétigo de Bockhart, l'eczéma suintant vésiculeux, croûteux, impétigineux, l'herpès zoster, dans quelques-unes des dermatites artificielles médicamenteuses suintantes, vésiculeuses ou pustuleuses, dans l'intertrigo, etc. Pour la cicatrisation rapide de quelques exulcérations ou petits ulcères superficiels, dans quelques espèces variées de folliculites et surtout dans le traitement du cycosis subnasalis, cette pâte a rendu de bons services. Dans le cycosis, il faut appliquer nuit et jour une couche épaisse de cette pâte, de manière que la partie affectée, à la lèvre ou à la barbe, soit toujours couverte par elle. Puis, quand toutes les pustules sont totalement desséchées et les croûtes totalement éliminées, de même quand l'éruption est près de guérir, on fait appliquer cette pâte seulement la nuit en faisant nettoyer le matin la partie malade avec de l'huile

d'olive. Mais en même temps il faut traiter la muqueuse nasale, qui est presque toujours affectée, par des badigeonnages quotidiens avec une solution de nitrate d'argent de 1 à 4%. On fait bien de continuer ces badigeonnages de la muqueuse nasale longtemps après la guérison du syçosis subnasalis ; de cette manière on peut empêcher les récidiues. (Méd. mod.)

Vient de paraître

LES SANATORIA.—*Traitement et Prophylaxie de la Phtisie pulmonaire*, par le DR S.-A. KNOPF, de la faculté de Paris et de Bellevue Hospital, Medical college (New-York). DEUXIÈME ÉDITION, 1 volume in-8° jésus de 496 pages, avec 92 figures, cartonné à l'anglaise.—En vente chez Mess. Déom Frères.

TABLE DES CHAPITRES

CHAP. I. Historique.

CHAP. II. Mortalité par phtisie pulmonaire.

CHAP. III. Preuves anatomo-pathologiques de la curabilité de la tuberculose pulmonaire.

Opinion d'Hippocrate, de Celse, de Galien, de Laënnec, de Hérard, de Cornil, de Carswell, de Cruveilhier, de Charcot, de Grancher.—Tableau statistique des nombres d'individus morts d'autres affections que la tuberculose ayant présenté à l'autopsie des lésions tuberculeuses cicatrisées.—Réponses de MM. Brouardel, Letulle, Strassman, Goodhart, Whittaker et Nicolas.—Recherches de Kurbow et de Déjerime sur la présence des bacilles tuberculeux virulents dans les foyers calcifiés.

CHAP. IV. Preuves cliniques de la curabilité de la tuberculose pulmonaire.

CHAP. V. La contagion de la tuberculose et les moyens d'éviter sa propagation. Prophylaxie individuelle.

I. Contagion par inhalation.—II. Contagion par ingestion.—

III. Contagion par inoculation.

CHAP. VI. Les lois sanitaires et la lutte contre la tuberculose dans les divers pays.

CHAP. VII. Prophylaxie publique de la tuberculose dans la race bovine.

CHAP. VIII. Prophylaxie publique de la tuberculose humaine

CHAP. IX. Traitement préventif de la phtisie pulmonaire.

CHAP. X. Des Sanatoria et du traitement hygiéno-diététique en général.

CHAP. XI. Visites aux Sanatoria.

Allemagne : Falkenstein, Ruppertshain, Brehmer, Riömpler, Comtesse Pückler, Hohenhonnef, Reiboldgrün, Albertsberg, Bad-Laubbach, Saint-Blasien, Nordrach, Lehrecke, Schömberg.

Angleterre : Ventnor, Brompton, Craigleith.

Autriche-Hongrie : Alland, Neu Schmecks.

Danemark : Vejlefjords.

Etats-Unis : Adirondack, Loomis, Sharon, Pasteur, Denver Home, Winyah, Asheville, Citronelle.

Canada : Muskoka, Laurentides.

France : Canigou, Château de Durtol, Trespoie, Villiers-sur-Marne, Berck-sur-mer.

Norvège : Tonsaasen.

Russie : Halila.

Suisse : Davos, Arosa, Leysin.

CHAP. XII. Liste des Sanatoria actuellement en fonctionnement ou en projet dans les divers pays du monde.

CHAP. XIII. Description d'un Sanatorium idéal.

CHAP. XIV. L'hygiène spéciale dans un Sanatorium. Des crachoirs. Des crachats. Leur désinfection.

CHAP. XV. L'aérothérapie dans le traitement de la phtisie pulmonaire.

CHAP. XVI. L'hydrothérapie dans le traitement de la phtisie pulmonaire.

CHAP. XVII. Hygiène du corps. Vêtements.

CHAP. XVIII. Traitement diététique.

a. De l'alimentation. — *b.* Du lait. — *c.* De l'alcool. — *d.*

Quelques conseils généraux sur l'alimentations des phtisiques.

CHAP. XIX. Traitement symptomatique.

CHAP. XX. Des maladies intercurrentes et des complications.

CHAP. XXI. La tuberculose laryngée.

CHAP. XXII. Traitement moral et pédagogique.

CHAP. XXIII. Climat, altitude et médicaments spéciaux.

CHAP. XXIV. Du sérum antituberculeux, de la tuberculine, de l'antiptisine, etc.

CHAP. XXV. Le traitement de la phtisie pulmonaire dans les stations libres et dans les colonies. Divertissements et sports divers.

CHAP. XXVI. Le traitement des tuberculeux non ambulants chez eux (Sanatorium à domicile).

CHAP. XXVII. Le traitement du tuberculeux ambulant dans les dispensaires et dans la clientèle privée.

CHAP. XXVIII. Le traitement de la tuberculose pulmonaire en ville, dans les établissements pour réception et isolement (hôpitaux spéciaux).

CHAP. XXIX. Des maternités-sanatoria, des hôpitaux et des écoles pour enfants tuberculeux.

CHAP. XXX. Sanatoria pour les pauvres. La tuberculose pulmonaire comme problème social. Caisse de secours. Assurance contre la phtisie pulmonaire.

Conférences pour l'Externat des Hôpitaux de Paris, Anatomie, Pathologie et Petite Chirurgie, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8 de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels, depuis le 1^{er} Janvier. Chaque fascicule : 1 fr. Librairie J.-B. Baillièrre et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris. En vente chez Mess. Déom Frères.

Deux internes des hôpitaux de Paris, MM. Saulieu et Dubois ont réuni un choix des questions d'anatomie, de pathologie et de petite chirurgie, que chaque année les médecins et chirurgiens des hôpitaux posent aux candidats du *concours de l'externat* et dont ils jugent par là même la connaissance indispensable aux jeunes gens qui vont débiter dans la pratique hospitalière.

Le programme de l'externat comporte tout d'abord une question d'anatomie descriptive. Chaque question est traitée aussi complètement que possible, et exposée de façon claire et intelligible.

On a toujours choisi un plan logique : par exemple pour exposer les rapports des organes, les auteurs procèdent par voie de dissection, ou par voie chirurgicale. Ils mettent bien en saillie les grandes lignes anatomiques, classiques, ainsi que les points anatomiques qui éclairent les faits pathologiques, ceux qui ont de l'importance au point de vue opératoire.

En Pathologie, ils ont donné la préférence à un plan clinique, dans lequel ils montrent les symptômes sous l'ordre où on les rencontre dans l'examen d'un malade. Ils notent l'aspect général, les signes fonctionnels et généraux, l'examen local par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, la mensuration, s'attachant surtout à mettre en relief les symptômes importants par leur fréquence, leur valeur diagnostique, pronostique ou thérapeutique.

M. Beaupré



1712 Rue S e-Catherine,

Près de la rue St-Denis.

Très chic assortiment de Merceries. † Importations de Gants de Paris.

‡ ‡ DERNIER CRI ‡ ‡

CAMISOLES et
CALEÇONS
de fabriques
FRANÇAISES
et ALLEMANDES.

FAUX-COLS, MAI HETTES et
CRAVATES à la dernière mode de
New-York

‡ ‡ ‡
Specialité :

CHEMISES FAITES SUR
COMMANDE