

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

- Coloured covers /  
Couverture de couleur
- Covers damaged /  
Couverture endommagée
- Covers restored and/or laminated /  
Couverture restaurée et/ou pelliculée
- Cover title missing /  
Le titre de couverture manque
- Coloured maps /  
Cartes géographiques en couleur
- Coloured ink (i.e. other than blue or black) /  
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)
- Coloured plates and/or illustrations /  
Planches et/ou illustrations en couleur
- Bound with other material /  
Relié avec d'autres documents
- Only edition available /  
Seule édition disponible
- Tight binding may cause shadows or distortion  
along interior margin / La reliure serrée peut  
causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la  
marge intérieure.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /  
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/  
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /  
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /  
Comprend du matériel supplémentaire
- Blank leaves added during restorations may  
appear within the text. Whenever possible, these  
have been omitted from scanning / Il se peut que  
certaines pages blanches ajoutées lors d'une  
restauration apparaissent dans le texte, mais,  
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas  
été numérisées.

Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

# TRAVAUX ORIGINAUX

REVUE TRIMESTRIELLE

DE

## THERAPEUTIQUE ET DE MATIERE MEDICALE.

PAR H. E. DESROSNIERS, M. D.,

professeur à l'Université Laval, Montréal, médecin de l'hôpital Notre-Dame.

*Antipyrine—Injections rectales gazeuses—Eucalyptol—Ether ou chloroforme—Soufre—Caféine—Acide lactique—Solanine—Pétrole—Iodure de potassium—Sous-nitrate de bismuth—Méthylal—Tanin—Thymol.*

*Antipyrine.*—D'introduction toute récente dans la thérapeutique, l'antipyrine a d'abord été employée, comme antithermique, pour combattre la fièvre des tuberculeux, celle des typhiques, et en général dans les maladies inflammatoires et fébriles caractérisées par une élévation trop considérable ou trop prolongée de la température. Il en a déjà été question dans une précédente *Revue*. Puis, les recherches se continuant, on a découvert à l'antipyrine des propriétés sédatives qui l'ont fait ranger par M. le professeur Lépine, de Lyon, au nombre des médicaments dits nervins. "Chez certains sujets en proie à la douleur, disait M. Lépine (1) l'antipyrine calme cette dernière aussi bien ou mieux que la morphine et le salicylate de soude." Dans une note communiquée à l'Académie des Sciences le 18 avril, M. le professeur Germain Sée est venu appuyer sur les propriétés analgésiques de l'antipyrine, déjà mises en lumière par M. Lépine, et a cité une série de quatorze observations de douleurs de tête : quatre cas de névralgies faciales, dont une invétérée, qui cédèrent rapidement ; six migraines anciennes et répétées, dont cinq guérèrent en deux heures de temps ; une seule résista au traitement ; quatre céphalées dues à la croissance ou à d'autres causes. Une deuxième série comprenait dix-huit névralgies ou névrites et des douleurs musculaires : sciatiques, névrites graves, lumbago, douleurs nervo-musculaires dorsales ou généralisées. Résultats très satisfaisants. M. Sée ajoute

(1) *Lyon médical*, 15 août 1886.

encore à cette nomenclature les douleurs pré-ataxiques du tabes, l'angine de poitrine vraie. Dans tous ces genres de maladies si diverses, la dose nécessaire d'antipyrine a été de 45 grains au moins et de 90 grains au plus, qu'on administra à une ou trois heures d'intervalle, par doses de 15 grains dans un demi verre d'eau glacée. Comment agit l'antipyrine? Les expériences de M. Sée le portent à croire que ce médicament supprime tout simplement la sensibilité et l'excitabilité réflexe en agissant à la fois sur la moelle et sur les nerfs musculaires. La conclusion est que l'antipyrine peut être considérée scientifiquement comme le médicament le plus puissant et le plus inoffensif contre la douleur.

Nous sommes à expérimenter actuellement l'antipyrine, comme analgésique, dans notre service à l'hôpital Notre-Dame, et notre collègue M. Foucher se livre de son côté à des recherches analogues. De part et d'autre les résultats seront publiés.

*Injections rectales gazeuses.*—Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections rectales gazeuses ne soulève plus l'enthousiasme des premiers jours. Après avoir fait beaucoup parler d'elle, la méthode de M. Bergeon, soumise à l'expérimentation clinique, a donné lieu à beaucoup de déceptions. On a constaté surtout, comme fait principal, que les injections de gaz hydrogène sulfuré n'exerçaient aucune action toxique sur le bacille tuberculeux, attendu qu'on retrouve encore le micro-organisme dans les crachats. Comme indication spécifique, microbicide, la méthode de M. Bergeon est *coulée*. Ce n'est pas à dire qu'elle soit inutile, loin de là; car si le gaz hydrogène sulfuré ne peut réussir à atteindre et détruire le bacille tuberculeux, il n'en exerce pas moins une heureuse influence sur le tissu pulmonaire et la muqueuse bronchique, comme cela se voit par les résultats obtenus chez les phthisiques: expectoration moins abondante, diminution puis cessation des sueurs nocturnes, diminution de la toux, accroissement de l'appétit, augmentation du poids du corps. Mais le sulfure gazeux n'agit dans ce cas qu'à la façon de tous les sulfures et des eaux sulfureuses naturelles. C'est un modificateur puissant des voies respiratoires, mais pas autre chose, et si l'on en recrée des avantages dans la tuberculose, on s'en trouve également bien dans la bronchite chronique, la bronchite fétide, la bronchorrhée, la gangrène du poumon, etc.

Autre fait acquis: le gaz hydrogène sulfuré introduit par l'estomac, sous forme de sulfure ou autrement, agit tout aussi bien que quand il est administré par le rectum. Dans les deux cas il traverse la veine porte, le foie et va, après avoir passé par le cœur droit, se répandre dans le tissu pulmonaire.

*Eucalyptol.*—Cet agent antiseptique, produit de l'*eucalyptus globulus*, et dont on a voulu naguère faire le spécifique du cancer;

vient d'être proposé aussi lui contre le bacille de la tuberculose. On l'a conseillé, en injections hypodermiques, dans les cas de phthisie. Résultats incertains et contradictoires. Dans une étude à ce sujet (1) MM. BOUVERET et PÉCHADRE, de Lyon, résument ainsi leur manière de voir: "L'eucalyptol introduit par la voie hypodermique n'est pas du tout le spécifique de la tuberculose; il ne représente qu'un procédé de la médication balsamique; il paraît être sans action sur la fièvre hectique des tuberculeux; il est inefficace encore et même dangereux dans les phthisies fébriles dont la fièvre procède de l'infection tuberculeuse; il ne peut être réellement utile que dans les phthisies communes, apyrétiques, avec prédominance de catarrhe bronchique, c'est-à-dire dans les phthisies que peuvent améliorer aussi la plupart des autres médications."

*Ether ou chloroforme?*—Lequel doit-on choisir de ces deux anesthésiques? C'est la question qui a été discutée à l'Académie de Médecine de New-York, en avril dernier, à la suite d'une note lue par le Dr Arpad G. GERSTER. L'auteur conclut: "L'éther ne doit pas être employé comme anesthésique dans les cas de néphrite, aiguë ou chronique, et de dégénérescence graisseuse du cœur, non plus que chez les sujets souffrant d'affection pulmonaire chronique, surtout s'ils sont âgés. On peut remplacer l'éther par le chloroforme quand le premier ne suffit pas à amener la résolution musculaire et l'insensibilité nécessaires, et là où il est impossible d'avoir recours à la cocaïne ou à l'éther comme anesthésiques locaux. Entre des mains expérimentées et habiles, le chloroforme est tout aussi sûr que l'éther. Il n'y a qu'une seule contre-indication intrinsèque à l'emploi du chloroforme, c'est la faiblesse du cœur (*weak heart*), qu'elle soit due à une dégénérescence graisseuse de l'organe, à l'anémie profonde ou à quelque influence nerveuse.

H. KNAPP emploie l'éther de préférence au chloroforme, parce qu'il le croit plus sûr, moins dangereux, mais il n'a eu d'accidents ni avec l'éther ni avec le chloroforme.

Le professeur L. A. SAYRE préfère de beaucoup le chloroforme à l'éther et l'emploie aussi de préférence parce qu'il est plus agréable aux malades et plus prompt dans ses effets, produit moins d'excitation et de résistance musculaire, et enfin n'amène pas autant ces effets consécutifs désagréables qui suivent l'administration de l'éther: nausée, vomissements, néphrite, etc. M. Sayre est d'avis que l'on ne prend pas assez de précautions dans l'administration du chloroforme et que, en particulier, l'on néglige trop la question du dosage. Le chloroforme doit être mesuré et dosé absolument comme l'est tout médicament actif.

Les savants académiciens qui ont pris la parole après le pro-

(1) *Lyon médical*, Tome 54, Nos. 7, 8 et 9.

ressueur Sayre : Wyeth, Amidon, Mundé, etc., se sont presque tous déclarés en faveur de l'éther comme étant le moins dangereux des deux anesthésiques, mais tous ont été d'accord à mettre le plus grand nombre des accidents survenus par le chloroforme sur le compte de l'imprudente négligence avec laquelle ce médicament est administré. C'est là, à notre avis, que git le principal danger du chloroforme. On a beaucoup trop décrié celui-ci et on lui a imputé des accidents qui auraient dû être mis au crédit de celui qui donnait l'anesthésique,

*Soufre.*—SCHULTZ, professeur à Greifswald, emploie le soufre dans le traitement de la chlorose, quand le fer ne produit pas tous les effets désirables, et dans les cas de chlorose vraie, idiopathique, le médicament, d'après lui, produit une notable amélioration. Après l'emploi du soufre, on peut de nouveau administrer le fer qui redevient alors très actif. Par contre, le soufre est mal supporté quand la chlorose se complique de catarrhe gastrique.

Schultz emploie le soufre en poudre, mêlé au double d'une poudre sucrée : trois prises par jour sur la pointe d'un couteau.

*Caféine.*—Quand et comment doit-on prescrire la caféine ? D'ordinaire, des doses assez restreintes sont recommandées. La pharmacopée britannique donne de 1 à 10 grains, avec une moyenne de 5 grains. Bartholow prescrit de 1 à 5 grains, Brunton 2 à 5 grains. M. Henri HUCHARD pense différemment et croit que la dose généralement donnée est insuffisante, aussi prescrit-il cet alcaloïde à dose de 15 à 30 grains. Il recommande la caféine pure et non les sels (citrate, etc.) qui sont instables ou infidèles, veut que l'on renonce à la forme pilulaire, et, pour assurer la solubilité de l'alcaloïde, l'associe à d'autres médicaments tels que le benzoate ou le salicylate de soude. Le meilleur mode d'administration est la méthode hypodermique.

*Acide lactique.*—L'acide lactique vient d'être préconisé contre la diarrhée verte des enfants. C'est M. le professeur HAYEM qui, dans une communication à l'Académie de médecine, de Paris, le 17 mai dernier, a fait connaître la valeur de cet agent dans la dyspepsie du premier âge. Ayant déjà, dans un article antérieur (UNION MÉDICALE DU CANADA, juillet 1887, p. 389), résumé la communication de M. Hayem, nous y renvoyons le lecteur, nous contentant de faire remarquer que la saveur extrêmement aigre de l'acide lactique doit être masquée convenablement si l'on veut que l'enfant accepte le médicament sans trop de répugnance. La formule suivante est conseillée par Vigier : Acide lactique, 2 grammes; sirop simple, 98 grammes; essence de citron, 1 goutte. Mélez et filtrez au papier-soie. Dose : 2 à 3 cuillerées à café par jour.

*Solanine.*—Il a déjà été question de la solanine, alcaloïde extrait des solanées, comme médicament analgésique (UNION MÉDICALE DU CANADA, avril 1887, p. 172). De nouvelles recherches ont été faites à ce sujet et les premières conclusions auxquelles on en était venu sont en partie détruites. Ainsi la solanine ne serait pas un alcaloïde, mais une glucoside. De plus, si on la trouve dans les plantes appartenant à la famille des solanées, on l'extrait également des germes de pommes de terre. Enfin elle serait irritante localement et presque pas analgésique.

Une explication de ces faits peut être donnée en attendant mieux. L'alcaloïde extrait des solanées peut fort bien avoir des propriétés que ne possède pas la glucoside tirée des germes de pommes de terre. Pour pouvoir conclure avec quelque certitude, il faudrait que les expérimentateurs eussent pris le même point de départ en employant une substance de provenance identique. C'est à recommencer.

*Pétrole.*—Le pétrole ou huile de charbon est d'un usage assez répandu au sein de notre population ; on l'emploie la plupart du temps comme révulsif local, comme succédané de la moutarde et de la térébenthine. Mais là ne se bornent pas l'action physiologique et les usages du pétrole, et nous trouvons dans les *Nouveaux remèdes* un article de M. le Dr DEBIERRE qui résume l'état actuel de nos connaissances sur cette substance.

Le pétrole renferme plusieurs carbures d'hydrogène. Un de ses composés les plus intéressants est l'hydrure d'amyloxyde, anesthésique analogue au protoxyde d'azote. Inspiré en grandes quantités, le pétrole amène l'asphyxie ; ingéré, il est irritant plus ou moins suivant la dose, et donne même naissance au collapsus. Sa toxicité est réelle.

Suivant A. Chevalier, le pétrole est anesthésique, vermifuge, tœnifuge, à la manière de toutes les huiles essentielles. En outre il est anti-catarrhal, antispasmodique et stimulant.

A ces divers titres il peut être employé avec avantage chez les sujets atteints de catarrhe bronchique et chez les phthisiques, dans les cas de coqueluche etc. Enfin, comme anti-parasitaire, contre le tœnia, les oxyures, la teigne, etc.

Le pétrole se donne en capsules ; à dose quotidienne de 3 à 5 drachmes, avant les repas. Quelques-uns préfèrent les inhalations.

Dans cet exposé des vertus du pétrole, M. Debière met un peu en oubli les qualités révulsives de l'huile de charbon. Dans la médecine populaire, nous le répétons, c'est là une de ses propriétés les plus précieuses.

*Iodure de potassium.*—M. le professeur ZINIS, d'Athènes, vante (1)

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 30 juin 1887.

l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de la broncho-pneumonie des enfants, et donne comme suit les résultats de ses observations cliniques sur l'action de ce médicament: 1o L'iodure de potassium m'a paru généralement utile contre la broncho-pneumonie, mais son action est plus efficace lorsqu'il est administré dès le début de la maladie que lorsque celle-ci est avancée. Son action est très douteuse dans les cas de rougeole ou de coqueluche;

2o. L'iodure de potassium est utile particulièrement aux enfants faibles et scrofuleux. Son utilité a été beaucoup plus nette pour des enfants qui sont de l'âge d'un à cinq ans que pour des enfants plus jeunes;

3o. Son action est bien plus prompte et plus certaine dans la période forte aigue de la broncho-pneumonie que dans l'aiguë.

M. Zinis administre une solution de 8 à 24 grains d'iodure dans trois onces d'eau, pour vingt-quatre heures, proportionnellement à l'âge.

*Sous-nitrate de bismuth.*—On songe encore au sous nitrate de bismuth dans la pratique chirurgicale. Déjà employé, puis mis de côté, il nous revient avec la thèse de M. le Dr DEBU qui le recommande dans le pansement des plaies opératoires. C'est un antiseptique vrai, empêchant la production de la putréfaction. Il n'est pas microbicide, mais il immobilise les germes et suspend leur évolution. C'est aussi un hémostatique puissant et sûr. Insufflé sur les plaies, il arrête instantanément l'écoulement sanguin post-opératoire. Il diminue les sécrétions des plaies et par là accélère la guérison, tout en permettant de ne renouveler que rarement les pansements. Il favorise au plus haut degré la réunion immédiate. Jamais il ne détermine d'accident local. Il n'est pas irritant pour les plaies, favorise la cicatrisation superficielle définitive et ne produit ni érythème ni éruption d'aucune sorte. Il semble prévenir l'érysipèle. Enfin, le pansement au bismuth est d'une application facile et d'une extrême simplicité. Il est absolument inodore. C'est le pansement antiseptique le plus durable et le moins coûteux.

Voilà, tel que nous le transmet le *Bulletin de thérapeutique*, un résumé succinct de la thèse soutenue par M. Debu. Il va sans dire qu'il ne s'agit ici que du sous-nitrate de bismuth chimiquement pur, lequel est absolument inoffensif et dont l'absorption, si elle a lieu, ne donne lieu à aucun accident. Même quand il est donné à l'intérieur, le nitrate de bismuth est assez doux et peut se prescrire à doses relativement énormes. Si nous avons bonne mémoire, Monneret allait jusqu'à le donner à dose de une cuillerée à soupe. L'action du bismuth à l'intérieur est toute locale: c'est un absorbant mécanique des liquides et des gaz, et chimique des acides. En outre, il forme à la surface des ma-

queuses qu'il atteint un enduit protecteur qui empêche tout contact irritant. Ajoutons-y l'action antiseptique et nous aurons l'explication rationnelle des effets du bismuth dans le pansement des plaies.

*Méthylal.*—Ce nouveau médicament continue à être l'objet de recherches thérapeutiques. MM. MAIRET et COMBEMALE publient dans le *Progrès médical* une note relative à cet agent qu'ils classent décidément parmi les hypnotiques. Il aurait, d'après eux, l'avantage de ne pas s'accumuler dans l'économie et d'avoir un faible degré de toxicité. Au point de vue des usages, les recherches de MM. Mairet et Combemale ont porté exclusivement sur des individus atteints d'aliénation mentale de forme et de nature variables, et ont constaté que, " sans effet hypnotique dans la folie alcoolique et dans la période de début des folies simples, le méthylal réussit au contraire généralement dans la période d'état de ces folies simples, dans les insomnies liées à la démence simple, à la démence par athéromasie et à la démence paralytique. Les doses nécessaires pour produire le sommeil doivent varier entre 5 et 8 grammes; ce n'est que dans les cas de démence par athéromasie qu'ils ont obtenu des résultats favorables avec des doses inférieures à 5 grammes. Mais, dans tous les cas, l'accoutumance se produit assez rapidement, 5 à 6 jours suffisent pour cela, et alors, même lorsqu'on augmente les doses, le sommeil est moins continu et moins prolongé que dans les premiers jours; toutefois cette accoutumance se produit moins vite dans les aliénations mentales par lésion organique que dans les folies simples. Pour réobtenir les mêmes bons effets du début, il faut cesser l'administration du médicament pendant 2 ou 3 jours, et ce temps de repos suffit pour rendre au système nerveux toute sa sensibilité à l'action hypnotique du méthylal. En outre, fait important, le méthylal n'a qu'une action exclusivement somnifère. Son impression sur le cerveau est évidemment passagère, il ne produit aucune dépression: au réveil, l'agitation est aussi intense que la veille. Les recherches cliniques viennent donc corroborer les résultats fournis par les expériences physiologiques: le méthylal est un hypnotique, et ce médicament, par son innocuité, son facile maniement et son goût qui le fait accepter avec plaisir par les malades, semble devoir trouver sa place en aliénation mentale parmi les agents de la médication hypnotique."

*Tannin.*—Il est de mode d'essayer de tout contre la méningite tuberculeuse. Dernièrement c'était l'iodure et le bromure de potassium à doses massives, le phosphore, etc., plus récemment encore l'iodoforme, en onctions sur le cuir chevelu. Dans la méningite simple, le traitement n'est pas non plus des plus satisfaisants, et l'on est encore, dans l'un et l'autre cas, à chercher le médica-



ment qui devra donner des résultats vraiment satisfaisants. M. le Dr. LARDIER vient de publier un cas de méningite aiguë guérie par le tannin à dose quotidienne de 15 grains.

*Thymol.* — Nouvel antiseptique auquel on attribue maintenant des propriétés tanifuges. Dose:  $1\frac{1}{2}$  drachme divisée en 12 doses, à prendre tous les quarts d'heure. Le Dr. CAMPI a adopté la méthode suivante : Dans la soirée, une dose d'huile de ricin, à prendre à jeun ; le matin suivant, 2 drachmes de thymol divisés en 12 doses, une tous les quarts d'heure, puis une dose d'huile de ricin après l'ingestion du dernier paquet de thymol.

\* \* \*

On continue encore à employer le *calomel*, comme diurétique, dans les hydropisies cardiaques, le *chlorure de méthyle* et l'*acide osmique* contre les névralgies rebelles, surtout les sciatiques, le *permanganate de potasse* dans l'aménorrhée essentielle et la *spartéine* comme tonique du cœur. Ce dernier médicament, associé à la *nitroglycérine*, agit à merveille, d'après MM. BALL et JENNINGS, dans les cas de morphinomanie. La défaillance organique des morphinomanes est soutenue par la spartéine, tandis que la souffrance cérébrale, souvent de beaucoup plus pénible, et qui répond à un besoin particulier de congestion habituelle, est arrêtée par la nitro-glycérine.

### Parotidectomie ;

par C. V. E. MARCIL M. D., St. Eustache.

Je viens communiquer aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE un cas de parotidectomie, opéré par le docteur D. Marcil, que j'ai eu l'avantage d'assister en compagnie de mon excellent ami le docteur Desjardins, de Ste Thérèse. Je dis parotidectomie pour remplacer la circonlocution : excision complète de la parotide. Au reste, puisque nous disons : néphrectomie, thyroïdectomie, etc. etc., pourquoi ne pas dire parotidectomie ?

C. R., cultivateur, père d'une nombreuse famille, est âgé de 58 ans. Taillé en Hercule, notre sujet a toujours joui d'une bonne santé, précieux apanage d'une vie passée dans la sobriété et les rudes mais salutaires travaux des champs. Il y a six ans environ, au retour d'un long et pénible voyage fait par un froid des plus intenses, C. R. fut pris d'une odontalgie qui l'obligea, après un peu d'hésitation, d'aller voir un médecin qui fit l'avulsion de la deuxième grosse molaire droite supérieure, cause de ses horribles souffrances. Quelques jours après cette bénigne opération, étant à faire sa toilette, il remarqua un petit nodus de la grosseur

d'une fève, situé du côté droit de la face, un peu au-dessous de l'arcade zygomatique. Tout d'abord, il n'y porta aucune attention. La petite excroissance, au lieu de disparaître, continua à se développer lentement mais progressivement.

Quand mon père fut consulté, il y a quelques mois, la tumeur avait atteint le joli volume d'un œuf d'oie; elle s'étendait de l'arcade zygomatique jusqu'à environ un pouce en bas de l'angle du maxillaire inférieur et couvrait complètement le rameau de cet os, soulevant en haut et en arrière le lobule de l'oreille.

De quoi s'agissait-il? D'un adénome, d'un adéno-fibrome, d'un chondrome, etc., etc., de la fosse parotidienne?

Le diagnostic différentiel est tellement difficile et si peu positif, qu'il n'était pas d'une absolue nécessité de s'y attacher. L'affection fut donc considérée au point de vue du pronostic et du traitement. La tumeur était-elle bénigne ou maligne? Tel était le problème à résoudre.

Le néoplasme, ovoïde, de consistance dure, élastique, adhérent profondément, bien délimité dans sa portion exubérante, présentant un point ramolli à sa partie supérieure, constituait une affection toute locale, sans adénopathie cervicale, ni altération de la peau qui était mobile et de coloration normale. La durée de cette affection (6 ans) plaidait évidemment en faveur de la bénignité. L'examen de la bouche et du pharynx ne révéla rien de particulier; aucune paralysie de la face n'était survenue. Peu douloureuse jusqu'aux derniers quinze jours qui ont précédé l'opération, la tumeur était devenue la cause de douleurs névralgiques continues et intolérables qui nécessitèrent l'intervention chirurgicale.

L'opération fut pratiquée le onze juin dernier.

Le chirurgien fit une incision depuis l'arcade zygomatique jusqu'au delà de la partie inférieure de la tumeur, comprenant tous les tissus jusqu'à la capsule qui fut divisée par une seconde incision. Puis il décortiqua la tumeur dans sa portion antérieure et postérieure jusqu'au voisinage des branches sous-jacentes de la carotide externe, évitant soigneusement de les diviser pour se prémunir contre toute hémorrhagie quelque peu abondante, et aussi pour se sauver le trouble de lier deux fois les mêmes vaisseaux. Enfin, il procéda à la dissection de la partie inférieure de la tumeur pour arriver directement sur la carotide externe qu'il ligatura après avoir lié la jugulaire externe. Ainsi assuré contre tout trouble et tout danger d'hémorrhagie, il détacha le néoplasme de la fosse parotidienne. Les branches de la carotide externe, divisées pendant l'énucléation et qui donnaient un peu de sang par régurgitation, furent tordues.

La plaie, très profonde, réunie à sa partie supérieure par quelques points de suture, fut traitée comme une plaie qui doit suppurer et guérit en quatre semaines, sans complication. Cer-

tains auteurs autrefois réunissaient la plaie dans toute sa longueur ; on cite des succès. Mais cette pratique qui expose à la rétention du sang dans la cavité créée par l'opération peut être le point de départ d'accidents inflammatoires ou pyohémiques des plus graves qui souvent pourraient compromettre la vie de l'opéré.

C. R. satisfait et heureux d'en avoir fini avec ses cruelles souffrances et les sombres pensées d'une opération dangereuse, en est quitte pour une paralysie complète de la face,—criterium de la parotidectomie.

### Correspondance Européenne.

#### LETTRE DE BERLIN.

Berlin, le 29 mai 1887.

*Mon cher Rédacteur,*

J'avais, dans ma dernière lettre, tant de choses à vous dire au sujet de M. Apostoli et de son admirable traitement des maladies des femmes par l'électrothérapie, que je n'ai pas eu le loisir de vous parler du professeur Charcot, cette merveille du monde médical actuel. L'avez-vous jamais vu ? Il est de taille moyenne, mais d'aspect vraiment imposant ; ses cheveux, qu'il porte longs, sont rejetés en arrière et dégagent ainsi un front puissant ; la tête, quelque peu altière, fait proéminer le nez qui est aquilin ; son regard d'aigle semble percer le vôtre et lire jusque dans votre âme sans que vous puissiez vous y soustraire. Il n'est pas étonnant qu'il puisse, d'un seul coup d'œil, dompter les sauvages maniaques de la Salpêtrière. M. Charcot appelle *hypnotisme* la faculté qu'il possède ainsi, en commun avec beaucoup d'autres, et est d'opinion qu'un grand nombre de personnes pourraient l'acquérir. Mais je crois que c'est là du mesmérisme pur et simple, ce pouvoir incompréhensible qu'une intelligence supérieure exerce à l'égard d'un esprit plus faible. Grâce à cette puissance, Charcot est en état de pouvoir guérir nombre de maladies liées à un manque d'innervation et appartenant au type hystérie, maladies dues à l'affaiblissement ou à l'absence de la volonté à laquelle il supplée en lui substituant la sienne propre. C'est un spectacle étonnant que de le voir, à l'instar du Grand Médecin, commander aux paralytiques de prendre leur lit et de marcher, ou encore, se diriger vers cet autre que torture un mouvement continuel qui cesse immédiatement sous un seul regard du maître. Et puis, quel charmant conférencier, car ce ne sont ni des lectures ni des leçons qu'il donne à ses auditeurs, il appelle cela des conférences. Nous sommes tous assis autour de lui, laissant seulement

un faible espace entre lui et les malades dont il va nous entretenir, et il parle, comme s'il nous racontait quelque souvenir du passé, rapportant tantôt un cas, tantôt une anecdote, tantôt un fait ou une théorie, et tout cela en rapport direct avec le sujet traité. On sent, à l'entendre, qu'on ne peut s'empêcher de l'aimer, et que l'on va, à l'exemple des pauvres maniaques, ses clients, se jeter humblement à ses pieds. J'avais, il y a dix ans, préparé un travail sur un cas de sclérodémie vrai, observé par moi à l'hôpital des Enfants, à Londres. Charcot nous en a fait voir un semblable, quoique pas tout à fait aussi bien marqué. Mais comme il l'a bien décrit! Tout ce qu'il m'avait fallu des mois de recherches pour découvrir et apprendre, il nous l'a donné dans un langage aussi clair que familier.

Depuis environ dix ans, Berlin a marché à pas de géant dans la voie du progrès au point de vue de l'enseignement médical. Grâce au système centralisateur allemand, système si admirablement organisé, l'homme le plus compétent dans chaque branche est toujours dirigé vers la capitale, mais avant d'atteindre cet apogée de son ambition, il pourra avoir passé par vingt-trois promotions, car il y a vingt-trois universités dans toute l'étendue de l'Empire allemand, et toutes sont placées sous le contrôle du gouvernement. Le nombre d'étudiants qui y suivent les cours varie entre quarante pour Giessen et treize cents pour Berlin, sans compter, pour cette dernière ville, environ cinq cents médecins étrangers qui y constituent la population médicale flottante. Au moment de mon arrivée ici, Schröder, l'illustre professeur de gynécologie, venait de mourir, et Olshausen, de Halle, avait été désigné comme son successeur; il y avait, de la sorte, promotion sur toute la ligne, en finissant par Giessen qui s'est trouvé sans professeur de gynécologie. Hoffmeier, premier assistant de Schröder, fut alors nommé professeur à Giessen et y restera tant qu'il ne se déclarera pas de vacance dans l'une ou l'autre des vingt-deux autres universités, alors qu'il sera promu à son tour, faisant une ou peut-être plusieurs étapes à la fois. Quand je me présentai chez Hoffmeier, un ou deux jours après sa nomination, il venait de terminer ses malles, prêt à partir le lendemain. En même temps, Olshausen, arrivant de Halle, entra à l'hôpital des femmes, à Berlin, et y commençait son service et ses opérations comme s'il y avait exercé toute sa vie. Il a amené avec lui son premier assistant, le Dr Thorn, qui, à son tour, sera nommé professeur à Giessen quand Olshausen mourra. Cependant les cinq autres assistants de Schröder restent à Berlin comme ci-devant. Il n'y a pas jusqu'à l'hôpital privé du professeur défunt qui ne passe aux mains de son successeur.

Olshausen est un homme d'apparence un peu frêle; il est pâle et maigre, cheveux noirs un peu grisonnants, et porte sur sa figure cette expression de gravité qui indique assez tout ce que

cet homme a dû souffrir pour devenir célèbre. Comme me le disait un de ses critiques, il a dû la haute position qu'il occupe aujourd'hui, non à un talent naturel, mais à son énergie indomptable et à son constant travail.

Olshausen est un conférencier de premier ordre, n'employant que le langage le plus classique, mais, malheureusement pour les étrangers, ne parle que fort peu le français ou l'anglais. A propos de cette question des langues, j'ai pu remarquer qu'il y a, de par le monde, un sentiment assez unanime en faveur de l'adoption d'une langue universelle; or comme l'anglais est déjà parlé par 500,000,000 d'individus, il y aurait avantage à ce que toutes les autres nations, parlant une cinquantaine d'autres langues, l'adoptassent peu à peu. Si l'anglais était enseigné dans toutes les écoles du monde entier, la chose pourrait se faire en assez peu de temps. Le même résultat sera atteint, sans doute, mais beaucoup plus lentement, par la méthode actuelle d'introduire des mots anglais dans les langues française et allemande. Dans quelques centaines d'années il n'y aura probablement qu'une seule langue, plus ou moins mêlée, il est vrai—pour toutes les nations civilisées. En même temps je recommande fortement à tous les médecins ayant des fils qui se destinent à la médecine, de leur faire apprendre l'anglais, le français et l'allemand par des bonnes ou des servantes venues de ces pays, et cela avant qu'ils soient envoyés à l'école.

Veillez me pardonner cette digression. J'en étais à parler de l'admirable organisation de l'enseignement médical en Allemagne. Un de ses grands avantages est l'économie de temps qui en résulte pour le médecin qui visite. Par exemple, je viens ici spécialement au point de vue de la gynécologie et de l'art obstétrical; or, voici comment j'emploie mon temps. Lever à 6 heures: après un bain, je change mes vêtements de dessous, et ces deux points sont de stricte rigueur: déjeuner léger; j'arrive à la *Fraüenklinik* à 7 heures précises. Le portier vous oblige à signer votre nom dans un livre où vous attestez que vous appréciez toute l'importance des principes de l'antisepsie, que vous avez pris un bain à votre lever et avez changé vos habits de dessous, enfin que vous n'avez été en contact avec aucun cas de septicémie ou de putridité. On vous fait ensuite passer dans une petite salle d'attente où vous vous débarrassez de votre habit, faux col, cravate et bretelles pour endosser un habit blanc bien net et bien propre. L'atmosphère de cette pièce est saturée de vapeurs phéniquées dans lesquelles vous restez jusqu'à 7h 15m, alors qu'on vous invite à passer dans la salle d'opération où vous trouvez la malade déjà anesthésiée, les assistants tous à leurs places respectives et le chirurgien en devoir de commencer son incision. Un silence absolu règne dans la salle et personne n'ose toucher à un instrument; si quelqu'un le faisait, cet instrument serait immédiatement mis de côté.

Martin, qui est ici le meilleur opérateur, ne parle jamais durant une opération. Olshausen qui vient ensuite, étant moins brillant, procède avec plus de lenteur et parle de temps à autre, tandis que Gusserow, de beaucoup inférieur aux deux autres comme opérateur, tient une conversation animée tout le temps que dure l'opération. Olshausen opère de 7.15 h. jusqu'à 9.45 h. environ, pratiquant une laparotomie ou une extirpation de l'utérus et deux opérations pour fistule ou pour prolapsus. Il descend alors à la clinique d'accouchements où il reste jusqu'à 11 heures. Là, il a généralement un cas de travail sous l'anesthésie, ou plusieurs cas à diverses périodes, ou peut être un cas de grossesse au huitième mois, un cas de kyste ovarique ou d'ascite, le tout pour initier les élèves au diagnostic.

L'étranger qui a la bonne fortune d'être invité à se rendre à l'hôpital privé de Martin, lequel est à huit minutes de marche du précédent, s'y rend immédiatement et peut assister aux opérations qui s'y font de 10.15 h. à 1.15 h. p. m. ou moins encore, car Martin opère très vite, pratiquant souvent une laparotomie en 11 minutes. Il y a généralement à faire une ou deux laparotomies et une ou deux opérations pour prolapsus, opérations dont je dirai un mot plus tard. Après le dîner, vous pouvez vous rendre au cours privé de gynécologie opératoire que Wyder donne sur le cadavre, cours qui dure de 2 à 4 h., puis traverser la rue pour assister à la clinique de Gusserow, à la Charité. Le soir vous pouvez avoir un professeur d'allemand qui vient vous donner ses leçons à domicile.

S'il arrive, par hasard, quelque jour, qu'il n'y a pas d'opérations aux trois hôpitaux dont je viens de parler, l'élève en quête de gynécologie peut aller à la clinique de Veit, sur la *Steinmetz-Strasse*, et là s'initier à ce qu'il est difficile d'avoir dans les autres institutions, je veux dire la pratique journalière des cas usuels, outre qu'il y a encore là un choix varié de belles opérations. Veit est très original, opérateur hardi, mais pas aussi particulier que Martin. Il est très affable et donne volontiers toutes les explications qu'on lui demande.

Berlin offre les mêmes avantages à celui qui veut faire de la chirurgie générale. Hahn, chirurgien en chef de l'hôpital civique de Berlin, (situé au centre du parc Friedrichshaim) a un service d'environ 400 lits et commence ses opérations tous les jours, dimanches inclus, à 10 hrs., a. m., et les continue d'habitude jusqu'à 2 ou 3 heures p. m. Pour sauver du temps, on anesthésie deux malades à la fois dans la salle voisine, tandis que l'on opère également sur deux patients. Les assistants de Hahn font les ligatures et les pansements, pendant que le chirurgien commence une autre opération. Ainsi, le matin du jour où j'y suis allé, Hahn a fait une gastrotomie pour un cas de stricture, une trachéotomie, une résection de l'épaule et une autre du genou, une am-

putation du bras, pratiquant en outre un certain nombre d'autres opérations de moindre importance mais assez difficiles. Il n'emploie que le chloroforme comme anesthétique, se servant, en guise d'*inhalateur*, d'un simple cornet en fil de fer recouvert de flanelle. Or, pendant que j'étais à m'informer auprès d'un des assistants s'ils avaient déjà eu des cas de mort par le chloroforme, et que ce monsieur me disait qu'aucun patient n'était mort sur la table d'opération, mais qu'il y avait eu plusieurs sérieuses *alertes*, à ce moment là, dis je, la malade que l'on était à opérer (gastrotomie) cessa soudain de respirer, et il s'écoula près d'une minute avant que l'opérateur s'en aperçut. Mais en moins de temps que je n'en prends pour le dire, une machine électro-faradique était mise en opération et le courant appliqué, tandis que l'on tirait dehors la langue de la malade. Pendant deux ou trois minutes ceci n'eut d'autre effet que de provoquer des contractions *diaboliques* des muscles de la face; aussitôt que le rhéophore était enlevé les inspirations artificielles cessaient. On persévéra toutefois, jusqu'à ce qu'enfin l'opérée prit d'elle-même une forte inspiration. Laisant alors tomber l'électrode, Hahn reprit son porte-aiguille et continua sa délicate opération comme si rien ne fut arrivé.

J'ai dit qu'il s'agissait d'une gastrotomie nécessitée par une stricture. Or l'estomac ne fonctionnant plus depuis longtemps était littéralement contracté, et ne put être tiré en bas par dessous les côtes et les cartilages costaux, mais dut être ouvert entre la 9e et la 10e côte.

L'hôpital civique de Berlin est construit d'après le système de pavillons, consistant en seize bâtisses distinctes, reliées les unes aux autres seulement par un tramway en pierre sur lequel les wagons (dont les roues sont en caoutchouc) transportent les malades sur leurs lits au pavillon d'opération; de même les repas sont transportés par la même voie de la cuisine dans les diverses salles de malades.

Ce qui frappe le plus, peut-être, dans cet établissement, c'est la propreté qui y règne et les moyens que l'on a pris pour l'obtenir. Ainsi le parquet de la salle d'opération est en tuiles et construit en pente, s'inclinant de chaque côté vers le milieu de la pièce, de sorte qu'après une opération un peu sanglante, on y projette un jet d'eau qui lave le plancher en moins d'une minute. Toutes les tablettes sont en verre coupé ou en fer, et les diverses solutions antiseptiques, contenues dans des réservoirs placés dans l'épaisseur des murs, sont amenées au-dessus de la table d'opération, au centre de la salle, par le moyen de tubes en caoutchouc de couleurs variées.

Dans l'après-midi, vous pouvez assister à la clinique de Bergmann, dans *Ziergel Strasse* où l'on opère à la fois sur trois ou quatre tables, on m'a même dit sept ou huit parfois. Je n'ai aucune peine à le croire, car les sujets abondent littéralement.

Mais je reviens à la gynécologie. J'ai parlé tout à l'heure d'opération pour prolapsus, opération qui aujourd'hui constitue le traitement ordinaire des chutes de la matrice. Martin ne perd guère son temps avec ces cas. Comme l'os est généralement hypertrophié, la vessie et le rectum en prolapsus et l'utérus abaissé, il emploie, dans presque tous ces cas, une seule et même opération qui peut se diviser en quatre temps : 1<sup>o</sup> amputation du col ; 2<sup>o</sup> colporrhaphie antérieure, c'est-à-dire ablation de cette partie de la muqueuse vaginale qui couvre la vessie, et suture de la plaie ; 3<sup>o</sup> colporrhaphie postérieure, opération analogue à la précédente, mais pour la paroi postérieure ; 4<sup>o</sup> enfin suture du périnée déchiré. Grâce à ce moyen, une femme, même âgée, monte sur la table opératoire avec un vagin assez grand pour qu'on y introduise facilement le poing fermé, et en descend avec un orifice dans lequel il est à peine possible d'introduire le doigt. Toutes ces opérations plastiques sont faites sous une irrigation continue, ce qui exempte de se servir d'éponges ; le liquide employé est généralement une solution de sublimé de 1 pour 5,000. Durant l'opération, les instruments sont tenus dans une solution d'acide phénique au 50<sup>e</sup>. Dans les opérations intéressant la cavité péritonéale on emploie de l'eau filtrée qui a bouilli. Je n'ai jamais vu employer aucune espèce de suture métallique, le *catgut* constitue la ligature favorite. On le prépare en l'immergeant pendant cinq jours dans de l'huile de genièvre (*ol. junip. baccar.*) puis on le conserve dans l'alcool absolu. Pour lier les pédicules et les vaisseaux, on se sert généralement de ligatures de soie que l'on prépare quelquefois en les plongeant dans une solution éthérée d'iodoforme ou dans une solution aqueuse de sublimé. Si l'on veut que le *catgut* résiste à l'absorption plus de trois ou quatre jours, on le place dans une solution d'acide chromique, ce qui a pour effet de le faire durcir. Quand on a besoin d'éponges, on les remplace par des boulettes de coton absorbant enroulées dans de la gaze au sublimé et que l'on détruit aussitôt qu'elles ont servi une fois. Chose singulière, le médicament favori dans les cas de subinvolution est l'extrait fluide de notre *hydrastis canadensis* dont on fait, ici, les plus grands éloges.

Le temps me manque malheureusement de vous entretenir davantage. Il est probable que je vous écrirai une fois encore et vous parlerai de deux jolis cas de guérison après laparotomie pratiquée pour grossesse extra-utérine et compliquée de choc nerveux et d'hémorrhagie interne.

D'ici là, au revoir !

Bien à vous.

A LAPHORN SMITH, M. D.



## REVUE DES JOURNAUX

## MÉDECINE.

**Du vomissement chez les tuberculeux.**—Le vomissement au début et dans le cours de la tuberculose pulmonaire a été bien étudié par tous les cliniciens, depuis un mémoire de Bourdon en 1846, lu à la *Société médicale des hôpitaux*, et comprenant 95 cas de vomissement observés sur 157 tuberculeux.—Le fait avait été signalé antérieurement, mais on n'y avait pas encore ajouté autant d'importance.—C'est chose bien connue aujourd'hui dans les complications de la phthisie, mais les causes en sont encore controversées.—Le docteur Lacroix qui vient de publier un intéressant travail sur ce sujet rapporte ces vomissements à trois causes, l'une mécanique par les efforts de la toux, l'autre gastrique due à une lésion des voies digestives, et la troisième d'une irritation du pneumo-gastrique et des centres nerveux.

Les vomissements mécaniques se montrent surtout au début de la phthisie; les malades sont pris d'une toux sèche, qui revient par quintes et qui est suivie de l'expulsion totale ou partielle du contenu de l'estomac: si c'est le matin, ils sont composés de glaires, de détritres alimentaires et de mucosités gastriques; si c'est dans la journée et après les repas, ils peuvent être exclusivement alimentaires.

Beaucoup d'auteurs nient leur existence et prétendent qu'on trouve toujours leur explication dans un état dyspeptique plus ou moins accusé du sujet chez lequel ils se présentent; nous pensons, au contraire, qu'il y a des tuberculeux qui vomissent, sans que l'on puisse trouver à leurs vomissements d'autre cause que la toux, c'est-à-dire la contraction énergique et convulsive des muscles expirateurs. Sous l'influence de la pression exercée par le diaphragme et les muscles des parois abdominales, l'estomac vide son contenu; c'est un fait admis depuis la célèbre expérience de Magendie qui, ayant enlevé l'estomac à un chien et mis à la place une vessie pleine d'eau, produisit le vomissement par une injection intra-veineuse d'émétine. Nous n'avons pas cependant l'intention d'attribuer toujours un rôle passif à l'estomac, et nous verrons plus loin qu'il peut prendre une part très active à l'acte en question.

M. le Dr ARNOZAN, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, et un de ses plus brillants représentants, a fort bien étudié

le mécanisme du vomissement dans sa thèse inaugurale ; nous croyons devoir dire quelques mots des conclusions auxquelles il est arrivé. Pour lui, il y aurait pendant l'inspiration une véritable aspiration thoracique, qui ferait passer le contenu de l'estomac dans l'œsophage, l'orifice cardiaque se dilatant, ainsi qu'on peut le constater en y introduisant le doigt, ce serait un premier temps ; puis, pendant l'expiration, l'expulsion s'accomplirait sous l'influence de la contraction du diaphragme, des muscles de la poitrine et de l'abdomen, ce serait le second temps ; l'estomac aurait donc un rôle bien peu actif dans le mécanisme du vomissement. En revanche, d'après M. Arnozan, il faudra faire intervenir et les muscles inspireurs et les muscles expirateurs, mais cette double intervention peut parfaitement être invoquée dans les vomissements des tuberculeux dus aux quintes de toux ; nous nous rallions à son opinion et nous rapportons de suite le tableau qu'il en a fait : " Une quinte de toux survient et se prolonge, et c'est au moment où elle semble devoir se terminer que le malade, la croyant passée, fait successivement quelques fortes inspirations à la suite desquelles il vomit ; et la quinte peut alors recommencer. D'autres fois, c'est au cours d'un accès de dyspnée survenu après le repas que le malade, déjà livré à des mouvements inspiratoires exagérés, voit tout à coup survenir le vomissement et la toux. Enfin la scène s'est passée de la façon suivante dans un cas auquel j'ai récemment assisté. Un tuberculeux, dont le pharynx était criblé d'ulcérations, se gargarisait ; il ressent le besoin de respirer, rejette vivement le liquide contenu dans sa bouche et fait une forte inspiration. Il vomit presque aussitôt et la toux ne survient qu'ultérieurement.

" Quant à la coqueluche, ajoute-il, nous n'avons pas eu la bonne fortune d'en observer depuis que nos recherches sont commencées ; mais la description que donne Trousseau du vomissement qui complique cette affection confirme si bien nos faits expérimentaux, qu'elle doit être ici citée toute entière. "

Sans rapporter cette description, nous croyons pouvoir assimiler les vomissements des coquelucheux à ceux des tuberculeux. Pourquoi les enfants atteints de coqueluche rejettent-ils, à la fin de leur quinte, des mucosités et des matières alimentaires ? N'y a-t-il pas là quelque chose de purement mécanique et parfaitement conforme à l'idée que M. Arnozan nous donne du vomissement ? Car, quoi qu'en dise Cuéneau de Mussy, on ne rencontre pas toujours les altérations du pneumogastrique, qui, pour lui, seraient inséparables de la coqueluche ; bien plus, on ne trouve pas toujours d'adénopathie bronchique, puisque M. Roger a pu citer plusieurs autopsies d'enfants morts dans la coqueluche, et chez lesquels les ganglions bronchiques étaient parfaitement sains. On est donc obligé d'admettre que chez les coquelucheux les vomissements sont dus aux efforts respiratoires. Pourquoi repousser cette

cause de vomissement chez les tuberculeux, d'autant plus que l'on rencontre chez certains d'entre eux, comme nous l'a indiqué M. Duguët, les ulcérations du frein de la langue, si communes dans la coqueluche, et qui, comme l'a démontré M. Charles, sous l'inspiration de son maître, M. Bouchut, sont la conséquence d'un déchirement de la langue sur l'arcade dentaire inférieure pendant les secousses de la toux ?

Du reste, plusieurs auteurs admottent cette pathogénie du vomissement chez les phthisiques. Dès 1737, c'était l'avis de Morton, qui considérait même ces vomissements mécaniques comme les plus fréquents. Bourdon, dans un mémoire très remarquable présenté à la *Société médicale des hôpitaux*, en faisait un des meilleurs signes propres à caractériser le début de la phthisie, avec raison, du reste, puisque sur 157 tuberculeux il en avait trouvé 95 présentant ces vomissements consécutivement à la toux.

Pidoux ne leur reconnaît guère d'autre cause : pour lui, ils ne sont pas plus dus à une lésion de l'estomac que les lésions de cet organe rencontrées à l'autopsie ne leur sont dues ; les uns et les autres sont l'effet de la tuberculose. Tel est aussi l'avis de Fonsagrives : " Ces vomissements mécaniques, dit-il, font ressortir encore une fois de plus cette solidarité fonctionnelle de l'estomac et du poumon, qui s'explique à merveille par une communauté d'influence nerveuse. "

M. Jaccoud met également les vomissements mécaniques en première ligne, tout en reconnaissant l'existence possible, dans certains cas, d'un catarrhe intercurrent ou d'une intolérance spéciale de l'estomac pour les aliments.

Nous pensons donc que cette cause pathogénique doit être admise, et, pour terminer, nous rapportons l'opinion de M. le professeur Damaschino, qui accepte ces vomissements mécaniques et explique ainsi leur production : " Tantôt ils s'observent dans le cours d'une maladie de poitrine, où les secousses de toux sont plus ou moins violentes. C'est alors un symptôme de synergie musculaire, surtout marqué lorsque se produisent des accès de toux répétés sous forme de quintes, comme dans la tuberculose pulmonaire. Dans ces conditions les vomissements se montrent d'une façon toute spéciale après les repas ; l'estomac se vide plus ou moins complètement, et c'est une cause sérieuse de dénutrition ajoutée à tant d'autres déjà si importantes. "

Les vomissements gastriques ont lieu en dehors des quintes de toux, surtout dans la 2<sup>o</sup> et la 3<sup>o</sup> période de la maladie ; en général, ces vomissements sont précédés d'inappétence et de nausées ; la bouche devient amère, le creux épigastrique est douloureux spontanément ou à la pression ; il peut y avoir du ballonnement du ventre, des sueurs, du vertige, des sensations d'étouffement, tous prodromes qui ont été observés. C'est dans ces cas

que l'on doit rechercher la cause du vomissement du côté de l'estomac, où l'on trouve une gastrite aiguë ou chronique, de la dilatation, un ulcère rond et même des ulcérations tuberculeuses. (Louis, Andral, William Fox, Lebert, Liouville, Cazin et Talamon, Duguet, etc.)

Ces vomissements ont quelquefois lieu par ulcération simple ou tuberculeuse du pharynx et de l'œsophage.

Les vomissements nerveux sont le résultat, d'après Gronnier, des quintes de toux ébranlant le centre bulbaire qui réagirait en produisant le vomissement : " C'est là, dit-il, la véritable raison des vomissements chez les phthisiques, " car il pense avec Traube que les efforts de toux excitent le centre bulbaire expiratoire, " c'est-à-dire le foyer central du nerf vague qui préside à l'expiration ; l'innervation des muscles expirateurs étant ainsi mise en jeu, leur contraction soulève l'estomac qui est toujours passif. "

D'après Hérard et Cornil, ce serait une présomption de tuberculose pulmonaire *commençante*, que la toux accompagnée de vomissements, mais elle n'agirait point mécaniquement, il se produirait une action réflexe qu'ils expliquent ainsi : l'estomac et le poumon étant innervés tous les deux par le même nerf, le pneumogastrique, les filets nerveux qui se rendent dans la muqueuse bronchique seraient irrités, l'impression ressentie serait transmise aux centres nerveux, et, par la voie des branches gastriques de ce même nerf ou du nerf phrénique, amèneraient des contractions musculaires déterminant le vomissement.

Mais ce ne sont pas seulement les filets terminaux du pneumogastrique qui sont altérés chez les phthisiques ; bien plus souvent, c'est le tronc même du nerf, dans son trajet de la base du crâne à l'estomac et aux ganglions viscéraux bronchiques, qui est comprimé ou excité par un ou plusieurs des nombreux ganglions lymphatiques qui se trouvent sur sa route, et qui sont devenus par le fait même de la tuberculose le siège d'une hypertrophie ou d'une dégénérescence.

Cette adénopathie bronchique existe bien dans un certain nombre de cas, mais elle n'est pas si fréquente qu'on l'a dit. A ces causes, il faut ajouter l'irritation du pneumogastrique correspondant à une lésion tuberculeuse des centres nerveux, mais cela est rare sauf les cas de complication par méningite tuberculeuse.

Le *traitement* doit varier suivant la cause probable des vomissements, mais il est très compliqué et d'une pratique difficile.

Dans les vomissements mécaniques, il est naturellement indiqué de s'attaquer à la toux pour les combattre ; c'est donc à l'emploi des préparations belladonées et opiacées surtout que le médecin doit avoir recours, à l'eau de laurier-cerise, à la dose de 4 à 5 grammes dans un looch blanc, à la jusquiame, au chloral, aux injections de morphine sur les côtés du cou, aux perles d'éther, etc.

Dans les vomissements gastriques, lorsque le médecin pense que l'estomac seul en est cause, dans les vomissements qui se montrent en dehors des quintes de toux, lorsqu'il a lieu de croire à une gastrite, soit aiguë, soit chronique, qu'il perçoit nettement les signes de la dilatation stomacale, la diététique doit prendre le premier rang dans le traitement. Le malade n'absorbera donc aucun aliment solide, les potages, les bouillons et surtout le lait lui seront seuls permis, en même temps qu'il prendra de la glace pilée, du champagne et à son défaut de la limonade ou de l'eau de Seltz ; si les vomissements résistent à ces moyens il faudra avoir recours à la potion de Rivière, à la poudre de noix vomique, 15 centigrammes, à l'eau de chaux, à la poudre de charbon ou de sous-nitrate de bismuth, à l'infusion de feuilles de coca, de ciguë ou de belladone.

A ce traitement interne on en ajoutera un externe ; on pourra appliquer à l'épigastre des pointes de feu, des vésicatoires volants, des emplâtres.

C'est dans ces cas qu'on pourra essayer de faire le lavage de l'estomac avec une eau minérale alcaline.

Dans les vomissements nerveux, il faut prescrire le bromure de potassium ou de sodium, 2 à 3 grammes ; les perles d'éther, les préparations opiacées, le sulfate de quinine, etc.—*Paris médical.*

**Apoplexie hystérique.**—M. ACHARD étudie très complètement, dans un article des *Archives de médecine*, des faits signalés déjà par M. Debove, sous le nom d'apoplexie hystérique. Cet accident ne paraît pas d'une grande rareté ; cependant, il n'en est fait aucune mention particulière dans les ouvrages classiques traitant de l'hystérie, ce qui s'explique, car ces faits ont presque toujours été attribués à une lésion organique.

L'apoplexie hystérique se présente cliniquement avec tous les caractères de l'apoplexie par lésions cérébrales, tantôt c'est la grande attaque avec perte de connaissance durant depuis quelques heures jusqu'à plusieurs jours, tantôt c'est l'attaque dans sa forme la plus légère, consistant en un simple étourdissement suivi de chute, d'hémiplégie subite, sans perte de connaissance, tantôt enfin le sujet se trouve paralysé au réveil.

C'est parfois chez des sujets manifestement hystériques que surviennent les accidents, mais d'autres fois, au contraire, l'apoplexie semble la première manifestation de la névrose ; les sujets n'avaient rien présenté auparavant qui pût les faire considérer comme hystériques, et c'est dans des cas de ce genre que le diagnostic s'égare le plus aisément. La difficulté est quelquefois d'autant plus grande, que le même malade est exposé à plusieurs atteintes, comme il arrive fréquemment dans les cas de lésion organique.

L'attaque apoplectique dans l'hystérie peut laisser à sa suite tous les troubles moteurs et sensitifs qui sont la conséquence des apoplexies organiques ; presque constamment, on observe l'hémiplégie et surtout l'hémi-anesthésie, qui domine de beaucoup la situation et a la plus haute portée pour le diagnostic ; il existe aussi parfois de l'aphasie.

M. Achard rapproche de ces faits et désigne sous le nom d'hystérie symptomatique ceux dans lesquels les phénomènes hystériques surviennent à la suite de certaines intoxications ; c'est ainsi que dans le saturnisme, dans l'intoxication mercurielle, peut-être même dans l'alcoolisme et dans l'intoxication par l'oxyde de carbone, on peut voir survenir l'apoplexie avec une symptomatologie identique à celle de l'apoplexie hystérique. Les autopsies ont montré que là, comme dans l'hystérie, on ne rencontrait pas de lésions.

Parmi les particularités qui peuvent distinguer l'apoplexie hystérique des apoplexies organiques, la plus importante est l'action des agents esthésiogènes et en particulier de l'aimant. L'application de l'aimant amène en effet, le plus habituellement, la disparition de l'anesthésie avec ou sans transfert, curabilité qui ne s'expliquerait guère dans le cas de lésion organique.

**Traitement de la constipation par le massage abdominal,** par le Dr Georges BERNE.—Symptôme relevant de causes diverses, la constipation est le plus fréquemment due, soit à l'*atonie de la tunique musculaire* du gros intestin et à la diminution de sa contractilité, soit encore au défaut de sécrétion du suc intestinal ou de la bile (constipation cholestatique de Spring) ; ou bien à un obstacle mécanique entravant le cours des matières stercorales (matières trop dures), etc. Sans insister sur toutes ces causes connues, nous rappellerons que la constipation survient fréquemment dans le cours de diverses affections du système nerveux (hystérie, lésions médullaires, etc.) Dans cet ordre de lésions, la diminution de la contractilité intéresse à la fois les muscles de l'abdomen et la tunique musculuse de l'intestin. On sait quels graves inconvénients peuvent résulter de la constipation habituelle (occlusion intestinale, *atonie progressive*, dilatation énorme de l'intestin, etc., et dans l'ordre des phénomènes psychiques, l'hypochondrie et ses conséquences).

Nous avons eu l'occasion de traiter, par le massage abdominal, un certain nombre de malades atteints de constipation rebelle à tout traitement par les moyens thérapeutiques usuels.

*Manière de procéder.*—Nous avons pratiqué le massage abdominal ainsi qu'on l'exécute en Hollande et en Allemagne, mais on introduisait une modification qui nous est propre et qui sera exposée ultérieurement.

Après avoir pétri le tégument abdominal, puis les muscles abdominaux, on presse doucement sur la région cœcale, au moyen de l'extrémité palmaire des quatre derniers doigts, puis au moyen du poing fermé, on exécute un massage très profond de tout le côlon. Ennemi de toute pratique brutale, nous sommes d'avis que ce massage doit être à la fois très doux et *très profond*. Nous pensons qu'il est bon d'exercer de légères pressions sur le fond de la vésicule biliaire, qui est du reste très accessible, le malade étant légèrement incliné en avant.

Nous recommandons avant toute chose : 1<sup>o</sup> de s'enquérir de l'état des organes voisins du gros intestin, afin de rechercher s'il n'existe pas de contre-indication résultant de la présence de tumeurs, inflammations, grossesse, etc.... 2<sup>o</sup> de faire prendre aux malades la précaution d'uriner avant la séance, afin de faciliter les pressions profondes.

3<sup>o</sup> De rechercher s'il n'existe pas de calculs dans la vésicule biliaire. Dans le cas où l'examen de la région démontrerait l'existence de calculs hépatiques, on aurait à éviter de presser sur la portion du côlon transverse qui avoisine la vésicule ; la brusque collision des calculs pourrait en effet provoquer des lésions de la muqueuse de ce réservoir de la bile, qui reposant en arrière des fausses côtes, répond ainsi à la partie correspondante du côlon transverse.

Nul doute qu'en pratiquant le massage du côlon, les doigts ne pressent sur la vésicule biliaire et ne favorisent l'expulsion de la bile vers le duodénum. Outre l'action mécanique produite par la pression de la main, la vésicule peut être indirectement excitée dans sa contractilité ; on considère aujourd'hui comme démontrée la présence de fibres musculaires dans les parois de la vésicule. Haller, Zimmermann, Magendie, Brucke et d'autres physiologistes ont établi expérimentalement la contractilité du réservoir de la bile. Il est bon de rappeler que l'excitation de l'intestin au voisinage du canal cholédoque provoque par voie réflexe la contraction de la vésicule. Or, quand nous pratiquons le massage du gros intestin, nous n'avons pas la prétention de ne faire porter notre action que sur le côlon seul : l'excitation simultanée de l'intestin grêle se produit donc durant ces manœuvres. En ce qui nous concerne, nous pétrissons, outre le côlon, l'ensemble de la masse intestinale, chez tous nos malades. Sans nous prononcer sur l'action favorable que la bile peut exercer, par sa présence, sur les contractions de l'intestin, nous pensons qu'il est rationnel de solliciter le passage de la bile dans le duodénum, d'où elle doit s'écouler vers le gros intestin. Nous considérons cette pratique comme constituant un perfectionnement aux manœuvres habituelles du massage.

Le massage doit en outre stimuler la circulation intra-abdominale ; or, on sait que le sang artériel est excitant par l'oxygène

qu'il contient ; l'acide carbonique au contraire diminue l'excitabilité de la fibre musculaire (ce qui s'observerait dans le cas de la stase sanguine ou de ralentissement local de la circulation (Schiff). On peut dire, avec Ch. Richet, que les excitants mécaniques font réagir les cellules, et que la rapidité de la circulation augmente dans le muscle qui se contracte. Si l'excitation directe du gros intestin provoque, chez un animal en expérience, des mouvements moins intenses que ceux de l'intestin grêle, ils en ont tous les caractères (Bertin). Parmi les diverses parties du gros intestin, c'est le côlon ascendant qui paraît se contracter avec le plus d'énergie. C'est, en effet, en ce point que les fibres musculaires de l'intestin ont un obstacle plus considérable à vaincre dans un sens vertical et ascendant, si on compare leur action aux autres parties du côlon ; c'est aussi en ce point que le massage doit être le plus actif.

Dans le cas où des matières stercorales trop dures obstruent le gros intestin, le massage est le meilleur moyen à employer pour obtenir la trituration de ces matières et en favoriser mécaniquement l'expulsion. Ce moyen doit être recommandé avant toute intervention, dans le cas d'occlusion intestinale déterminée par l'accumulation des matières.

Les nerfs du gros intestin provenant du grand sympathique, à la fois par le plexus mésentérique supérieur (émanant du plexus solaire), et par le plexus mésentérique inférieur (émanant du plexus lombo-aortique) il est rationnel de penser que les excitations produites par le massage, directement au niveau des centres nerveux (plexus solaire) et indirectement par l'intermédiaire de la paroi intestinale, éveillent les réflexes qui dominent à la fois la sécrétion de l'intestin et ses contractions. Nous savons, en effet, que, tandis que l'excitation des nerfs pneumogastriques produit l'arrêt des mouvements péristaltiques, l'excitation du plexus solaire provoque au contraire la contraction de la couche musculuse de l'intestin.

En résumé : 1<sup>o</sup> le massage abdominal est un moyen *toujours inoffensif et salutaire* dans le traitement de la constipation rebelle à l'emploi des moyens thérapeutiques usuels.

2<sup>o</sup> La durée de chaque séance doit être de 15 à 20 minutes. Les séances seront d'abord quotidiennes dans la première période du traitement.

3<sup>o</sup> Les selles naturelles se produisent en général vers la 6<sup>e</sup> séance. L'effet du traitement se perpétue après la cessation du massage.

4<sup>o</sup> Nous recommandons de presser doucement au niveau du fond de la vésicule biliaire, et de solliciter les contractions de ce réservoir, afin de favoriser le cheminement de la bile vers le gros intestin. Cette manœuvre nous est propre, et complète, croyons-nous, utilement les procédés de massage connus de nos jours.



5° Le massage, tout en provoquant la sécrétion plus abondante du suc intestinal, stimule la contractilité du gros intestin par action sur le système diastaltique intra-viscéral.

5° En dehors de tout phénomène réflexe, le massage agit mécaniquement et facilite le cheminement du contenu de l'intestin. — *Journal de médecine de Paris.*

**Maladies de l'estomac et des intestins ; régime alimentaire spécial,** par M. le Dr. DIJARDIN-BEAUMETZ. — MALADIES DE L'ESTOMAC. — 1° *Cancer.* — Dans cette maladie, l'hygiène alimentaire spéciale n'existe pas, les règles de diététique sont incertaines. On peut conserver, même dans les cancers les plus étendus, l'intégrité presque complète des fonctions digestives. Tout cela dépend du siège, de la variété et de la marche plus ou moins rapide de l'affection. On se laissera donc guider par les désirs du malade, tout en exigeant, cependant, que les aliments, surtout les végétaux et les féculents, soient pris à l'état de purée. Les aliments gras et les aliments azotés seront exclus, parce que, dans le cancer, le suc gastrique a perdu son acide chlorhydrique et, par conséquent, ses propriétés digestives.

2° *Ulcère rond.*—Ici le régime lacté doit être employé dans toute sa rigueur. Debove veut que l'on donne en même temps 30 à 40 gram. de bicarbonate de soude par jour, et Lucca (de Naples) conseille de couper le lait avec l'eau de chaux seconde. On revient graduellement à l'alimentation ordinaire en commençant d'abord par les féculents, puis la poudre de viande.

3° *Catarrhe chronique.*—Ici encore, régime lacté exclusif. Lait coupé avec les eaux alcalines ou additionné de bicarbonate de soude. Comme cette affection est presque toujours occasionnée par les excès alcooliques, il ne faut pas priver brusquement le malade de toute boisson alcoolique; à cet effet, on pourra lui faire prendre des laits fermentés (kéfir, galazyne). Puis on revient graduellement à l'alimentation ordinaire, en suivant les différents régimes institués par Leube. Enfin, pendant de longues années, pendant toute la vie même, le malade devra s'abstenir de toute boisson alcoolique.

4° *Dilatation de l'estomac.*—Les dilatés de l'estomac se divisent en deux grandes classes, savoir : les dilatés qui ont la diarrhée et ceux qui sont constipés.

A. *Dilatés avec diarrhée.*—Régime purement végétal, féculents en purée, légumes très cuits, fruits en compote. Bière de Bavière, de Pilsen ou bière de malt. Il faut espacer les repas et ne donner que 300 grammes de boisson à chaque repas.

On ajoute de l'eau sulfo-carbonée comme antiputride, selon la formule suivante :

Sulfure de carbone pur.....	25 grammes
Essence de menthe.....	50 gouttes
Eau .....	400 grammes

Placer dans un vase de 500 c. c., agiter et laisser reposer. Avoir soin de renouveler l'eau à mesure qu'on la puise dans la bouteille.

4 à 8 cuillerées à bouche par jour, soit au repas, soit en dehors. Chacune de ces cuillerées est versée dans un demi-verre de lait ou de bière.

B. *Dilatés avec constipation.*—Viandes rôties, pain grillé, fruits, surtout les pêches et les raisins, purgatifs salins légers, eaux purgatives naturelles, hydrothérapie dans les deux cas.

5<sup>o</sup> *Dyspepsie.*—Les dyspeptiques se divisent en trois groupes:

1<sup>er</sup> groupe.—*Dyspeptiques par défaut de sécrétion du suc gastrique.*—Viande en poudre ou en pulpe, en quantité proportionnée à la puissance digestive du malade—bouillon—lait—mélange de lait et de bouillon (Herzen)—vin ou eau additionnée d'eau-de-vie.

2<sup>e</sup> groupe.—*Dyspeptiques par exagération de la sécrétion du suc gastrique.*—Régime purement végétal (féculents, légumes, fruits)—lait—quelquefois de la bière, jamais de vin.

3<sup>e</sup> groupe.—*Dyspeptiques avec troubles sympathiques (vertige stomacal).*—Régime exclusivement composé de féculents, de légumes, de fruits—lait.

Comme le régime purement végétal occupe une place importante dans un grand nombre de maladies de l'estomac, indiquons en quelques mots la formule de ce traitement.

- a) Croûte de pain ou pain grillé.
- b) *Féculents*: purée de pommes de terre, de haricots, de lentilles, revalescière, farine de maïs, fécule de marron, gruau d'avoine, gruau d'orge, pâtes alimentaires (macaroni et nouilles), le tout accomodé au gras ou au maigre.
- c) *Légumes*: juliennes en purée, purée de petits pois, salades très cuites, épinards, oseille, haricots verts.
- d) *Fruits*: cuits et pris en compotes, excepté les raisins.
- e) *Oeufs* très peu cuits.
- f) *Boissons*: la bière est préférable au vin.

MALADIES DE L'INTESTIN.—1<sup>o</sup> *Constipation.*—Pain de son—légumes verts—épinards—soupes à l'oseille—pain d'épice en grande quantité; raisins, oranges et citrons mélangés à l'eau de Vichy.

*Graine de lin.*—On verse une cuillerée à dessert ou à bouche dans un peu d'eau; on la laisse macérer pendant une heure et on avale le tout, au moment des repas.

2<sup>o</sup> *Diarrhée.*—4 moyens:

a) *Lait.*—Le régime lacté occupe la première place et n'échoue que dans la diarrhée tuberculeuse.—Ce régime doit être rigoureusement suivi, sinon au lieu de guérir, il perpétue, au contraire, la diarrhée.

b) *Viande crue et poudre de viande* à petites doses pour débiter.

c) *Peptones.*

d) *Coings, artichauts.*

Dans la diarrhée de l'enfance, c'est encore le lait additionné d'eau de chaux qui forme la base du traitement.—*Bull. de thérapeutique.*

## CHIRURGIE

**Abcès froids ossifluents.**—Clinique de M. TERRILLON à l'hospice de la Salpêtrière.—Nous avons étudié, dans la dernière leçon, les abcès froids proprement dits, ceux qui naissent dans le tissu cellulaire; nous allons aujourd'hui nous occuper des *abcès ossifluents*, qui, du reste, ont à peu près la même évolution et sont passibles du même traitement.

Les abcès ossifluents ont pour point de départ, dans la grande majorité des cas, une tuberculose osseuse, caractérisée par la formation d'éléments embryonnaires puis bientôt du tubercule avec ses parties constituantes, la cellule géante, les cellules épithélioïdes, etc., altérations qui sont dues à la présence du bacille de la tuberculose.

Dans un os, ordinairement dans un os spongieux, comme le calcanéum, le corps des vertèbres, etc., la moëlle devient en un point, rouge, violacée et passe à l'état embryonnaire; les trabécules osseuses disparaissent, il se produit un travail d'ostéite raréfiante. Bientôt il existe, au point malade, une accumulation d'éléments embryonnaires, au milieu desquels on ne tarde pas à reconnaître le follicule tuberculeux avec sa cellule géante. Les tubercules deviennent plus confluent. Le centre de l'agglomérat tuberculeux subit la dégénérescence caséuse, se désagrège. Au centre de ses masses caséuses on peut voir encore quelques trabécules osseuses qui persistent et résistent au travail de ramollissement.

Au début, cette masse dégénérée apparaît quelquefois sous un aspect gélatiniforme qui n'est, du reste, que passager, et plus tard sous forme d'une masse jaunâtre, analogue à du mastic, entouré d'une zone limitante, d'aspect différent, c'est ce que Nélaton appelait le *tubercule caséux et enkysté*.

Dans une autre variété, la formation tuberculeuse n'est pas circonscrite et les lésions sont diffuses, sans limites nettes, avec des prolongements multiples dans divers sens; c'est ce que Nélaton décrivait sous le nom de *forme diffuse*. Ces deux formes ont le même point, sont de même nature, elles ne diffèrent que par l'évolution. Comme terminaison, on peut alors voir survenir soit un abcès froid liquide par ramollissement des parties constituantes, soit un abcès caséux, lorsque la mortification se produit sans liquéfaction du contenu; en troisième lieu enfin, il peut se faire une véritable transformation kystique. Il y a donc, vous

le voyez, une grande analogie entre l'évolution de la tuberculose dans le tissu cellulaire et dans l'os, entre l'abcès froid ordinaire et l'abcès ossifluent.

Quand au contenu, il est formé par les éléments embryonnaires dégénérés, devenus graisseux, par des granulations graisseuses abondantes, et assez souvent par des stalactites osseuses encore adhérentes ou libres au milieu des éléments dégénérés. Quelquefois même l'infiltration tuberculeuse a isolé un fragment osseux nécrosé qui se détache et se mêle aux détritiques qui remplissent l'abcès ossifluent. C'est là un caractère important qui différencie les abcès ossiflueurs des abcès froids ordinaires. Le pus, dans ces cas, est assez fluide.

Ailleurs, au contraire, lorsque l'évolution est lente, sans production de liquide, il se fait un enkystement des produits nouvellement formés; c'est l'abcès caséux de consistance demi-molle.

Enfin la transformation kystique est assez fréquente, comme l'ont signalé MM. Gosselin et Duplay. On rencontre alors une cavité bien limitée par une néomembrane garnie de fongosités, remplie d'un liquide plus ou moins louche et filant. Les éléments caséux se sont résorbés peu à peu et le pus s'est transformé en liquide séreux. Quelquefois même il se produit autour de l'abcès une ostéite condensante qui emprisonne les produits tuberculeux.

Vous devez vous rappeler ce malade que je vous ai récemment montré; il était atteint d'une ostéite du calcanéum et je lui fis un évidement de cet os. Guidé par un trajet fistuleux, j'arrivai sur une poche garnie de fongosités. J'ai raclé cette poche, j'ai enlevé, détruit de nombreuses trabécules osseuses peu résistantes, et je suis arrivé sur une surface éburnée, très solide, résistant à la gouge; il s'agissait là d'une zone assez épaisse d'ostéite condensante qui servait en quelque sorte de zone limitante à l'abcès. Tout se passe ici comme dans l'abcès sous-cutané; dans ce dernier, la zone limitante est fibro-celluleuse; dans l'os, au contraire, elle est osseuse. Il y a donc toujours identité d'évolution; les quelques différences tiennent aux différences des tissus. Remarquez, toutefois, que ce n'est pas de l'os de bonne qualité, ce n'est, en réalité, que de l'ostéite condensante, qui peut, dans quelques cas, se mortifier et former des séquestres.

Lorsque l'abcès ainsi constitué arrive à la surface de l'os, il finit par le perforer, fuser au loin dans les tissus voisins, là où il éprouve le moins de résistance; soulevé, décollé ou perforé par l'abcès qui s'étend progressivement, le tissu cellulaire est envahi à son tour. Bientôt se forme une poche purulente considérable, s'étendant à une grande distance de son point de départ et communiquant avec l'abcès osseux primitif par une partie rétrécie appendue à l'orifice de cet abcès.

Dans une variété mixte, par exemple au niveau d'un corps

vertébral, la lésion commence à la périphérie, au voisinage d'un disque ou d'un ligament; l'évolution tuberculeuse a lieu simultanément dans l'os et dans les parties fibreuses; l'abcès est mi-partie osseux et fibreux.

En résumé, nous avons étudié deux particularités d'évolution, suivant que l'abcès se développe exclusivement dans la profondeur de l'os, suivant qu'il gagne le tissu cellulaire et qu'il atteint à la fois l'os et le tissu fibreux environnant.

Nous arrivons ainsi aux variétés cliniques des abcès ossifluents et nous voyons que les uns sont sessiles et les autres migrateurs (abcès par congestion). Tous deux ont la même origine, et les différences qu'ils présentent ne tiennent qu'à la région occupée par l'abcès. Les premiers, par exemple, siègent sur les os des membres, ou des extrémités, ou des os superficiellement placés; ils sont limités, n'offrent pas de pédicule, leur point d'implantation est près de la cavité osseuse primitive.

Les seconds, abcès par congestion, viennent en général des os de la colonne vertébrale; aussi, par suite de la profondeur de la lésion osseuse, on ne voit pas l'abcès; à son début, il descend entre les aponévroses en suivant un trajet plus ou moins long, et il apparaît à l'extérieur longtemps après son premier développement, à une grande distance de son point de départ.

Vous en rencontrerez des exemples à chaque instant, et je puis vous citer l'exemple de cette petite fille qui s'est présentée avec une énorme collection de la fosse iliaque, pour laquelle j'ai pratiqué une ponction, l'abcès venait d'une affection primitive de la sixième vertèbre dorsale. Je vous signale également dans la salle des hommes un malade chez lequel un abcès, par congestion, de la région interne de la cuisse, avait pris naissance au niveau des premières vertèbres lombaires.

On peut donner deux raisons de cette évolution spéciale. Tout d'abord les abcès d'origine osseuse donnent une grande quantité de pus, ils offrent souvent une surface sécrétante étendue. En second lieu, ils sont soumis à une tension assez forte, ainsi que l'a montré Lister. Cette tension peut atteindre 7 à 8 millimètres de mercure. Sous l'influence de la tension, l'abcès maintenu par les aponévroses fuse le long des muscles et des vaisseaux. Cette pression constante est, suivant Lister, une des causes de la persistance de ces abcès. En effet, on sait que, lorsqu'on ouvre un de ces abcès, il s'écoule, avec une force de projection assez grande, une quantité considérable de pus, puis, s'il ne survient pas de phénomènes septiques, le second jour la sécrétion purulente diminue beaucoup et tend à se tarir. De plus, tandis qu'avant l'ouverture leur marche était relativement assez rapide, après qu'ils sont ouverts, on n'observe plus d'augmentation.

Mais revenons à l'étude de cette poche qui limite l'abcès par congestion au niveau des parties molles.

Cette poche, comme l'ont démontré les recherches de Kœster et Lannelongue, renferme toujours des tubercules, et ses parois en sont infiltrées; on constate toujours une première zone interne ramollie, en déliquium; puis une seconde zone tuberculeuse, enfin une troisième zone limitante infiltrée de cellules embryonnaires. Les bacilles de la tuberculose se rencontrent en abondance dans le liquide et surtout dans la paroi fongueuse et interne de la poche.

En évoluant ainsi, l'abcès par congestion finit par atteindre la peau, celle-ci s'amincit sous l'influence de la pression et de l'enflèvement et bientôt elle se perforé.

Lorsque cet abcès s'est ouvert, on assiste à une nouvelle phase qui constitue le stade terminal de son évolution. Il se vide et on voit alors s'échapper du pus, des masses caséuses et parfois des fragments osseux nécrosés. La surface interne de la poche s'irrite, se recouvre de fongosités plus abondantes et plus volumineuses que celles qui existaient auparavant. Elles remplissent plus ou moins la cavité de l'abcès, et se développent aussi jusque dans les prolongements qu'il envoie de divers côtés. Ces fongosités sont constituées par une agglomération de cellules embryonnaires, au milieu desquelles se voient des vaisseaux de nouvelle formation. Il n'est point rare, dans ces cas, de trouver des tubercules dans le tissu de ces bourgeons charnus, mais surtout les bacilles caractéristiques y foisonnent. Rappelez-vous, à ce propos, que ces végétations, si abondantes dans les abcès froids, ne sont pas propres à ce genre d'affection, elles se rencontrent dans les gaines tendineuses, dans les articulations au niveau des culs-de-sac de la synoviale, autour des os malades, etc. Vous savez que, depuis quelques années, on les considère presque toujours comme étant dues à la présence des bacilles de la tuberculose. Nous les trouvons même dans les kystes tendineux à grains riziformes.

La condition la meilleure pour qu'on observe ces fongosités et qu'elles prennent un grand développement, est qu'il existe une fistule extérieure, et que l'abcès soit ouvert au dehors.

Je vous ferai remarquer que l'abcès ossifluent ne répond pas, par son volume, à l'étendue de la lésion osseuse. Cette dernière peut, en effet, être très minime alors que l'abcès ossifluent est volumineux et fuse depuis le rachis jusqu'à la fosse iliaque ou à la racine de la cuisse. A ce niveau on peut voir s'accumuler une grande quantité de pus.

Nous pouvons également observer le phénomène inverse, c'est-à-dire que des lésions osseuses considérables des vertèbres, par exemple, avec déviation de la colonne vertébrale, peuvent exister sans que l'on constate le moindre abcès. Cette variété clinique correspond souvent à la production d'un abcès caséux, naturellement, sans fusion de l'abcès.

Vous connaissez maintenant, messieurs, les particularités anatomiques et cliniques des abcès ossifluents, étudions-en le traitement.

La thérapeutique est assez simple et est analogue à celle que je vous ai indiquée pour les abcès froids proprement dits.

Il faut, lorsque l'abcès est superficiel, l'ouvrir largement, racler la surface interne de la poche et surtout les parois souvent anfractueuses de l'abcès osseux. Il faut alors attaquer celui-ci avec des instruments solides, coupant et qui puissent enlever largement les parties malades, jusqu'à ce qu'on soit arrêté par le tissu éburné et qu'on ait détruit toutes les parties malades. Vous obtenez ainsi, quelques jours après votre intervention, une surface rouge, sur laquelle se montrent des bourgeons charnus de bonne nature. L'évidement de l'os malade employé si souvent autrefois par Sédillot permet d'abrèger le travail de l'élimination et de réparation que la nature ne produirait qu'à la longue, et la guérison devient plus rapide et beaucoup plus facile.

Le meilleur pansement, après cette opération, consiste à combler la cavité osseuse et même la cavité de l'abcès qui lui fait suite dans le tissu cellulaire, avec de la gaze iodoformée. Vous pouvez comprimer cette gaze dans la plaie, elle sert ainsi à arrêter l'écoulement sanguin souvent assez abondant. Le premier pansement bien appliqué peut rester en place pendant trois jours et même davantage; il est ensuite renouvelé de la même façon, tous les trois jours, jusqu'à ce que la cavité soit presque complètement comblée.

Si maintenant vous êtes en face d'un abcès par congestion, quelle doit être votre conduite? Ici les avis sont partagés et deux opinions principales ont cours à ce sujet. Selon quelques-uns, il ne faut point intervenir et il faut attendre qu'il se produise une ouverture spontanée; mais alors on voit les malades être pris d'accidents septicémiques lents, ou bien se tuberculiser rapidement. Au contraire, une intervention active peut les sauver. En premier lieu, si la lésion osseuse primitive est peu étendue, la poche peut, après une période d'irritation consécutive à l'intervention, diminuer d'étendue et se cicatrizer. Dans un certain nombre de cas, la réparation peut s'obtenir en quelques semaines. Enfin, par l'ouverture de l'abcès, on diminue la tension de la poche et la lésion a moins de tendance à se propager; nous savons déjà qu'elle est l'importance que Lister attache à cette diminution de la tension.

Voici quels sont les principaux préceptes relatifs à ce genre d'intervention et les précautions qu'il faut prendre.

La peau doit être lavée avec soin au niveau du point où doit porter l'ouverture. Après l'avoir nettoyée, il est bon de la laver avec la liqueur de Van Swieten.

Une ouverture suffisante pour laisser passer le doigt est pratiquée avec un bistouri, passé préalablement dans l'eau bouillante.

Le pus s'écoule d'abord par son propre poids et avec une certaine force, mais il faut éviter d'exercer une pression trop forte. Alors le doigt introduit dans la plaie permet de reconnaître les anfractuosités et les brides ; au besoin, celles qui font obstacle à la sortie du pus sont déchirées.

Après avoir vidé ainsi l'abcès en partie, quelques chirurgiens font un grand lavage. Cette pratique est bonne, mais il faut pour cela user d'un liquide antiseptique très dilué, dans la crainte d'accident. Le meilleur est le sublimé à 1 pour 3000, ou moins. Je préfère me servir, dans la crainte de phénomènes d'empoisonnement, de l'eau filtrée et bouillie qui est très aseptique.

Un drain volumineux est introduit dans la poche, mais sans atteindre le fond. Son extrémité correspond à l'ouverture cutanée et ne doit la dépasser que de quelques millimètres. Elle est maintenue avec une épingle.

Un large pansement absorbant est disposé en avant de l'ouverture et est précédé par la fermeture de la plaie avec un gros tampon de gaze iodoformée. La ouate hydrophile simple ou sublimée est très bonne pour cet usage. Le premier pansement doit être renouvelé après 15 ou 24 heures au plus, car le liquide qui s'écoule au début est très abondant. Plus tard les pansements sont renouvelés tous les deux ou trois jours selon l'écoulement. Le tube sera diminué suivant le retrait de la profondeur de la poche. Quelques lavages antiseptiques seront pratiqués s'il y a un peu de rétention des liquides.

En prenant les précautions de propreté indiquées plus haut, et en laissant la plaie à l'abri de l'air à chaque pansement, on se met à l'abri des accidents. Rapidement, l'état général du sujet s'améliore, le pus coule de moins en moins, et la cavité peut se combler.

Vous aurez aussi quelquefois avantage à user de la méthode préconisée par M. Mosetig von Moorhof et dont je vous ai parlé à propos des abcès froids sous-cutanés, dans ma dernière leçon. En France, M. Verneuil et ses élèves ont eu ainsi d'excellents résultats dans des abcès ossifluents volumineux et anciens. La diminution de l'abcès et sa guérison ont été obtenues après deux ou trois injections d'éther iodoformé. Il est probable que dans ces cas la lésion osseuse était très peu étendue ou même presque guérie ; en tout cas cette méthode est bonne, inoffensive et peut toujours être essayée.—*Progrès médical.*

**De l'intervention dans les plaies de l'abdomen.**—Cetté question, remise à l'étude par M. le professeur Trélat et M. Pozzi à la fin de l'année dernière, n'est pas encore résolue ; il faut un grand nombre de faits bien observés pour en tirer une ligne de conduite logique et raisonnable, dénuée aussi bien de faiblesse que de témérité. M. SEVASTOPOULO, chirurgien à Constantinople,



a envoyé une observation de plaie de l'intestin par balle de revolver qu'il put constater une heure environ après l'accident. Un liquide fécaloïde et des gaz s'écoulaient par la plaie, il n'y avait donc ni à douter ni à attendre. Sévastopoulo agrandit la plaie, ouvrit l'abdomen, et comme la lésion intestinale était très large, il réséqua la partie d'intestin blessée, pratiqua la suture circulaire, et après avoir pratiqué un vaste lavage avec de l'eau phéniquée chaude, il referma l'abdomen ; la guérison se fit régulièrement et en peu de jours. A l'occasion de cette observation, M. Chauvel, rapporteur, rappelle que Thomas Morton vient de rassembler une statistique de 57 cas de laparotomie pour traumatismes de l'abdomen. De jour en jour, on remarque que les chirurgiens interviennent de plus en plus souvent. Morton donne une mortalité de 77% puisque sur 22 laparotomies pour plaie de l'abdomen par balle de revolver, il y a eu cinq guérisons et 17 morts. Si on réunit les dix cas les plus récemment publiés, on trouve trois guérisons et 7 morts, soit 70% de mortalité. Les chirurgiens américains se prononcent aujourd'hui en faveur de la laparotomie immédiate. Pour eux, il suffit que la pénétration soit certaine pour que la perforation de l'intestin soit presque fatale. Ils admettent qu'en pratique toute perforation intestinale est mortelle. Aussi il ne faut pas attendre les premiers signes d'une péritonite due à l'épanchement des matières intestinales ; attendre les signes de péritonite, c'est courir au devant du danger. D'ailleurs, la laparotomie faite avec le soin nécessaire n'est pas, on le sait, une opération des plus dangereuses. Quand donc on se trouve en présence d'une plaie pénétrante, on peut être à peu près sûr que l'intestin est blessé ; il faut alors élargir la plaie, explorer les viscères sous-jacents et faire au besoin la laparotomie immédiate. D'ailleurs, cette opération ne sert pas seulement à suturer les plaies de l'intestin, mais encore elle permet d'arrêter quelquefois de graves hémorrhagies des vaisseaux mésentériques, d'enlever les caillots, les corps étrangers, les morceaux de vêtement ou les projectiles qui ont pu pénétrer dans l'abdomen.

**De la leucocytose dans les néoplasmes.**—M. HAYEM a produit à la *Société de biologie* un travail d'où il tire les conclusions suivantes : les tumeurs cancéreuses (squirrhe, etc...) s'accompagnent à leur période d'état d'une légère augmentation du nombre des globules blancs et d'une diminution des rouges. L'augmentation des globules blancs est plus accusée dans les tumeurs appelées sarcomes ; les épithéliomes ne s'accompagnent point de leucocytose importante ; M. Hayem pense que ces notions peuvent contribuer à faciliter le diagnostic dans les cas douteux ; il a cependant vu une fois le nombre des globules blancs normal dans un cas de squirrhe non ulcéré du sein.

M. Malassez fait observer à M. Hayem que le nombre des glo-

bules blancs est toujours augmenté lorsqu'un néoplasme s'accompagne d'ulcération ou de plaie. Avant d'accepter les conclusions de M. Hayem, il conviendrait de savoir s'il a tenu compte de cette distinction dans les cas qu'il a observés.

Voici la réponse de M. Hayem :

Ses observations ont été recueillies presque toutes les malades ayant des tumeurs non ulcérées.

Toute plaie ne produit pas d'ailleurs d'augmentation dans le nombre des globules blancs. Il y a lieu de distinguer à cet égard les plaies d'origine inflammatoire ou compliquées d'inflammation et celles qui résultent du processus ulcératif. Ainsi l'épithélioma ulcéré (utérus, peau, etc.), produit une augmentation des globules blancs moins considérable que certains néoplasmes non ulcérés (squirrhes, encéphaloïdes, ostéo-sarcomes.) — *Concours médical.*

**Traitement des fractures de la rotule à l'aide d'une griffe spéciale.**—L'objectif des chirurgiens a toujours été d'obtenir un cal osseux dans la consolidation des fractures de la rotule ; on sait combien ce résultat est rare et combien il est difficile d'obtenir une coaptation parfaite des fragments. M. le professeur DUPLAY et ses élèves ont fait de ce problème de la chirurgie le sujet de leurs études favorites depuis quelques années. Pour eux, la suture osseuse, bien que ses dangers soient notablement diminués par l'application rigoureuse de la méthode antiseptique, ne doit être employée que dans les cas de fractures compliquées ou pour les fractures anciennes, dans lesquelles l'écartement des fragments est un obstacle sérieux au bon fonctionnement du membre. La griffe de Malgaigne ou la griffe modifiée par M. Trélat ont été jusqu'ici les instruments de coaptation les plus compris. Cependant, du fait de certaines imperfections de construction rendant l'application difficile, il résultait souvent que les fragments au lieu de s'affronter régulièrement basculaient en avant ou en arrière ; de là difficulté dans la formation du cal, cal difforme, gênant et disgracieux.

M. Duplay a si heureusement modifié la griffe de Malgaigne, que le nouvel instrument mérite de porter son nom. L'appareil se compose de deux plaques d'acier de grandeur inégale : la supérieure, large de 4 centimètres, a 1 centimètre  $1\frac{1}{2}$  de long, l'inférieure, large de 3 centimètres, n'a que 1 centimètre en longueur. Chacune de ces plaques est pourvue à la partie inférieure de deux griffes, celles-ci sont écartées l'une de l'autre de 2 centimètres  $\frac{1}{2}$  à la plaque supérieure et de  $1\frac{1}{2}$  seulement à l'inférieure. A leur face supérieure, ces plaques sont surmontées de deux tubes métalliques et entre ceux-ci sont placés des écrous verticaux dont le calibre porte une empreinte de vis. Dans les doubles tubes passe une pièce d'acier en forme d'épingle à cheveux, destinée à

rendre les deux plaques solidaires l'une de l'autre et les écrous sont destinés à recevoir une tige à vis qui les rapprochera ou les écartera suivant le sens dans lequel on tournera la clef. Voici maintenant les règles de l'application de l'appareil. Le membre est dans la rectitude complète, et s'il y a de l'hémarthrose, on aura soin de le faire disparaître soit par la ponction aspiratrice, soit par l'immobilisation et la compression ouatée pendant quelques jours. Le malade étant endormi et un aide relâchant le triceps fémoral, le chirurgien place à l'aide d'un double crochet la griffe supérieure de façon que les dents accrochent bien le bord supérieur de l'os; l'inférieure est posée de façon que la pointe de la rotule soit embrassée entre l'écartement de ses crochets. On place ensuite la pièce métallique en U qui rend les deux plaques solidaires et parallèles à la face antérieure de la rotule; on les unit et on les rapproche l'une de l'autre au moyen de la vis à tige, jusqu'à ce que les deux fragments soient parfaitement coaptés; on recouvre la région rotulienne de vaseline boriquée qui protège les petites plaies produites par la pose des crochets et le membre est placé dans une gouttière et maintenu dans une position élevée. Au bout de 30 jours on peut enlever l'appareil; pendant le traitement on aura soin d'électriser ou de masser légèrement la cuisse, afin de prévenir l'atrophie du triceps. Le cal ainsi obtenu dans un temps beaucoup plus court que par les traitements anciens est souvent osseux ou au moins fibreux très serré. Il est si solide qu'un malade ainsi traité a pu se fracturer de nouveau la rotule, mais le trait de fracture était à 1 centimètre au-dessous du premier.—*Concours médical.*

**Traitement des hernies ombilicales,** par R. OLSHAUSEN.—Après avoir rappelé les opérations de Breus, Lindfors, de Felsenreich, Krukenberg, Stadfeld, opérations qui consistent toutes dans l'ouverture du sac et une suture consécutive, l'auteur rapporte une observation de sa pratique: Petite fille de 4280 grammes; macroglossie et volumineuse hernie ombilicale contenant des intestins. Orifice ombilicale de 4 centimètres de diamètre. Demi-heure après la naissance, on constate sous le sac quelques bulles d'air et une petite déchirure du sac: on isole celle-ci par une ligature. Trois heures et demi après opération, dissection du sac de la peau, de l'amnios et de la gélatine très abondante (de Wharton). Ligature au catgut des vaisseaux ombilicaux; suture (profonde à la soie et superficielle au catgut) des bords de la plaie (6 centimètres et demi). Iodoforme, gaze phéniquée et circulaires de diachylon. Hémorrhagies secondaires. Réunion au deux tiers par première intention; le reste fermé par des granulations sus-péritonéales qui laissèrent une large cicatrice. Guérison (autopsie ultérieure).

## PÆDIATRIE.

---

**Traitement de l'éclampsie des enfants.**—Conférences cliniques de M. le docteur Jules SIMON, à l'hôpital des Enfants-Malades.—L'éclampsie se manifeste par des symptômes absolument semblables à ceux de l'épilepsie vraie : comme dans cette maladie il y a de grands et de petits accès, des convulsions externes et des convulsions internes. Mais sous le nom d'éclampsie on ne désigne que les convulsions acc. lentelles; elle est bien différente par conséquent, dans sa nature, de l'épilepsie vraie.

L'éclampsie proprement dite a pour cause, dans la grande majorité des cas, un trouble digestif; quatre-vingt fois sur cent, elle est due à une indigestion, soit que l'alimentation ait été grossière, soit qu'elle ait été trop abondante, soit que la digestion ait été interrompue. Ce qu'il faut bien savoir, c'est que tout enfant dyspeptique nerveux est prédisposé aux convulsions par l'état de son estomac; mais de plus, les troubles intestinaux peuvent jouer le même rôle : chez les petits enfants par exemple, l'entéro-colite peut amener des convulsions. Ce fait a une importance pratique au point de vue des préjugés que le médecin a constamment à combattre dans les familles. Si, par exemple, il survient chez un enfant une diarrhée au moment de la dentition, le médecin qui voudra l'arrêter en sera presque toujours empêché par l'entourage de l'enfant, et cependant cette diarrhée sera peut-être précisément la cause des convulsions. La constipation prolongée peut aussi avoir le même résultat.

Les douleurs abdominales vives, les douleurs d'oreille, les brûlures, les vésicatoires trop étendus, toute irritation vive de la peau enfin peuvent en être l'origine; mais une cause sur laquelle M. J. Simon insiste beaucoup, d'autant mieux qu'elle est ordinairement négligée, est l'exposition à un froid excessif ou à une chaleur extrême. Quant à l'influence des vers intestinaux, de la dentition, de la croissance, c'est là une étiologie réelle mais dont la fréquence est exagérée, et ce qu'il faut toujours et avant tout rechercher comme cause des accidents, ce sont les troubles du côté des voies digestives, et les douleurs ou des irritations catanées.

Toutefois il y a une distinction importante à établir à tous les points de vue entre ces convulsions et celles qui surviennent dans les états fébriles. Elles constituent alors souvent le phénomène initial d'une pyrexie. D'autre fois encore, elles sont symptomatiques de l'albuminurie, laquelle peut être latente, ce qui néces-

site un examen qu'il ne faut jamais négliger, d'autant plus que le traitement diffère alors essentiellement.

Indépendamment de diverses autres affections, les convulsions peuvent survenir encore dans les hémorrhagies abondantes et prolongées. M. Simon a signalé à ce propos un point de pratique important : chez les enfants qui naissent avec une dent, celle-ci paraît si peu sollicitée que le médecin est presque toujours sollicité de l'enlever ; cependant cette avulsion peut amener une hémorrhagie mortelle. M. J. Simon vit ainsi la mort survenir au milieu des convulsions à la suite d'une hémorrhagie produite par l'intervention intempestive du médecin. Il a vu également des convulsions survenir chez un enfant présentant des hémorrhagies continues ayant pour siège une petite éraillure de la langue.

Les convulsions ne se voient pas indifféremment à tous les âges : elles sont rares de un à quatre mois, c'est au contraire entre cinq mois et deux ou trois ans qu'on les voit le plus souvent. Leur fréquence dépend d'ailleurs beaucoup des prédispositions individuelles, car on voit des familles dans lesquelles tous les enfants sont atteints de convulsions.

Bien qu'il s'agisse ordinairement d'un accident habituellement bénin, cependant la répétition fréquente de la convulsion doit faire craindre quelque complication cérébrale.

Un fait à noter c'est que pendant toute la durée des convulsions, l'enfant n'émet qu'une très petite quantité d'urine, et cela par saccades répétées, mais avec émission très restreinte. Cette disposition persiste tant que dure l'état de mal, mais on peut être assuré que lorsque les urines deviennent abondantes, l'état de mal est dissipé. C'est là un point extrêmement important au point de vue du pronostic.

La plupart du temps, l'attaque d'éclampsie apparaît tout d'un coup et disparaît de même, et cependant les convulsions peuvent durer pendant une période de huit jours sans qu'il résulte de ce fait l'existence d'une lésion cérébrale. Le plus souvent elles se produisent une ou deux fois en vingt-quatre heures, pour ne plus reparaitre. Il résulte de là que le pronostic est presque toujours favorable, sauf dans les cas où l'éclampsie est secondaire.

Les auteurs ont envisagé diversement la question du traitement, et Trousseau, qui croyait peu à son efficacité, regrette même que l'intervention soit souvent trop active. M. J. Simon pense au contraire que l'intervention est toujours justifiée, et il s'agit là de circonstances où la conduite à tenir est d'autant plus difficile qu'on a affaire à un entourage généralement affolé et accessible à tous les préjugés ; le médecin doit avoir, en pareil cas, une règle de conduite à tenir dont il soit parfaitement sûr.

Comme c'est presque toujours le tube digestif qui est la cause première de l'éclampsie, la première chose à faire est de faire donner un lavement purgatif pour évacuer l'intestin. Si la con-

ulsion cesse et qu'on puisse introduire des liquides dans la bouche on administrera un vomitif. Si, au contraire, les attaques persistent, on pourra donner dans un lavement 0,50 centigrammes de chloral avec un gramme de camphre et vingt gouttes de teinture de musc.

Dans le cas où les accès se reproduisent au bout de quelques heures, on administre un bain sinapisé, mais seulement au cas où il n'y a pas de fièvre. Si les convulsions persistaient encore, on appliquerait à la nuque un vésicatoire qu'on laisserait en place pendant trois heures seulement et qu'on remplacerait par un cataplasme : dans ces conditions, le vésicatoire ne peut pas être nuisible. En même temps on administre la potion suivante :

Eau de tilleul.....	100 grammes
Bromure de potassium.....	1 à 2 grammes
Musc.....	0,10 centigrammes
Eau de laurier-cerise.....	15 grammes
Sirop de codéine.....	5 grammes
Sirop.....	pour sucrer.

Trousseau et d'autres médecins ont contesté l'utilité des sinapismes et des vésicatoires qu'ils considéraient même comme nuisibles ; mais à cette manière de voir, M. Simon objecte qu'au moment où on les applique, le malade est généralement insensible, et que cette excitation de la peau ne peut pas produire le réflexe convulsif. En même temps on devra chercher attentivement s'il n'existe pas une irritation cutanée, ou un pansement mal fait pouvant être l'origine des accidents.

Dans les convulsions d'origine albuminurique, urémique, il ne faut pas craindre d'employer les émissions sanguines. A un enfant de quatre ou cinq ans, on peut mettre trois ou quatre sangsues derrière les oreilles ; ou encore appliquer des ventouses scarifiées sur la région des reins de manière à enlever au petit malade 50 à 60 grammes de sang. On emploie en même temps la médication indiquée précédemment. Les enfants, même très anémiés, supportent très bien cette perte de sang.

Il faut savoir enfin que dans la grande majorité des cas les convulsions peuvent être prévues et prévenues, en raison de l'éducation fâcheuse qu'on donne à un grand nombre d'enfants qui vivent dans un état d'excitation perpétuelle. Ceux qui paraissent prédisposés et sont trop excitable devraient être isolés le plus possible, et de plus, lorsque cette prédisposition peut faire craindre l'imminence de l'éclampsie, ils devraient être soumis à l'usage répété du bromure. De petites doses de 0,20 à 0,30 centigrammes, données de temps en temps pendant trois ou quatre jours, peuvent atténuer beaucoup cette disposition aux accidents nerveux.—*Journal de médecine pratique.*

### De l'anesthésie progressive du croup chez les enfants.—

Une intéressante discussion sur l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie vient d'avoir lieu à la *Société de chirurgie*, provoquée par une communication de M. HOUZEL (de Boulogne) et sur le rapport de M. Ledentu.

Quelques chirurgiens se sont montrés favorables à l'emploi de cette pratique et il n'en est aucun qui ait vu dans l'asphyxie des malades que l'on va opérer une contre-indication à mettre deux asphyxies l'une sur l'autre. A cet égard, il faut faire des réserves, et il eut été bon de spécifier pour dire s'il s'agissait de la trachéotomie chez l'adulte ou de la trachéotomie chez l'enfant atteint de croup.

Chez l'adulte, la chloroformisation ne paraît pas rendre grand service. Mais chez l'enfant atteint de croup, elle est absolument nuisible ; en effet, on sait depuis vingt-huit ans (date de la découverte de l'anesthésie dans le croup) que l'obstruction du larynx, en diminuant le volume d'air qui pénètre dans les poumons, diminue d'autant l'hématose, ce qui laisse l'acide carbonique dans le sang et, peu à peu, sous l'influence de cet agent en excès, une anesthésie progressive et complète s'établit.

Cette anesthésie a cela de particulier qu'elle ne touche que la sensibilité cutanée sans détruire la sensibilité des sens et de l'intelligence. Tous les médecins des hôpitaux d'enfants et les internes qui ont fait des centaines de trachéotomies ont pu voir des enfants que l'on opérât et qui ne sentaient rien, qui ne bougeaient pas et qui, les yeux ouverts, suivaient tous les détails de l'opération. Un académicien, célèbre par son papa, a dit alors à propos de ma communication à l'Académie que si ces enfants ne bougeaient pas, c'est qu'ils savaient qu'on opérât dans une région riche en gros vaisseaux et qu'ils avaient peur de se faire blesser.

Les physiologistes, et je suis de leur avis, expliquent au contraire cette anesthésie et l'immobilité qu'elle entraîne par les effets de l'intoxication carbonique, expérience facile à faire et que l'on voit tous les jours depuis des siècles dans la grotte du chien de Naples.

Chez l'enfant atteint de croup à la dernière période, il y a donc une anesthésie toxique d'acide carbonique à laquelle il est inutile d'ajouter une autre anesthésie toxique par le chloroforme.

Chez l'adulte, au contraire, où les phénomènes d'asphyxie n'ont pas le même caractère, on peut peut-être employer ce moyen, mais, dans une discussion comme celle qui a eu lieu à la *Société de chirurgie*, il eût été bon de séparer ces deux ordres de faits et de ne pas confondre des choses dissemblables. — DR. BOUCHUT, in *Paris médical*.

Le comble de l'habileté chirurgicale : Guérir le tropique du Cancer.

## SYPHILIGRAPHIE.

**Des pseudo-rhumatismes de la période secondaire.**—Clinique de M. le professeur FOURNIER à l'hôpital St. Louis.—Ces accidents, au nombre de trois, sont : ou bien des arthralgies, ou bien des arthrites subaiguës, ou bien encore des hydarthroses.

**Arthralgies.**—Que nous indique ce mot ? Ceci : qu'il existe dans les articulations, des douleurs sans matériaux, c'est-à-dire sans rougeur, sans tuméfaction. Extrêmement communes dans la période secondaire, ces douleurs peuvent occuper toutes les articulations, mais certaines plus que d'autres. D'abord elles s'en prennent de préférence aux grandes jointures ; à savoir et par-dessus tout l'épaule et le genou. Les femmes vous raconteront qu'elles ne peuvent plus lever leurs bras pour se coiffer le matin, ou plier leurs genoux. Ajoutons immédiatement une particularité très curieuse qui peut s'énoncer ainsi : " Ce sont des arthralgies qui s'accroissent par le repos et qui diminuent par l'exercice. " Chose singulière, en effet, beaucoup de malades vous diront : " Le matin, je suis comme percluse ; puis, au bout d'un certain temps, quand j'ai un peu forcé, mes jointures qui étaient comme rouillées vont très bien. " Enfin, ces arthralgies s'observent dans deux conditions faciles à préciser : en premier lieu, on les rencontre surtout chez la femme, et, en deuxième lieu, ce sont des affections qui appartiennent principalement aux premières poussées de la syphilis.

Leur durée, à la condition qu'aucun traitement n'intervienne, est éminemment variable. Elle est au minimum de plusieurs semaines et bien plus souvent de plusieurs mois. Au contraire, pour peu que l'on donne à ces malades une certaine quantité de mercure associée à une petite dose d'iodure de potassium, les voilà guéries en quelques jours.

**Arthrite subaiguë.**—En un mot, quel est l'ensemble symptomatique de cette affection ? Celui d'une fluxion rhumatismale moyenne. Elle est caractérisée par des douleurs survenant spontanément, et, en outre, par de la tuméfaction. So bornant ordinairement à une seule jointure, quelquefois deux, beaucoup plus rarement à trois, presque jamais à quatre, et à fortiori à un plus grand nombre, cette arthrite est apyrétique.

**Hydarthrose.**—Cette affection est encore bien plus simple que les deux précédentes, car elle se caractérise par un symptôme unique, l'épanchement articulaire à froid. Et de fait, cette hydarthrose est tellement latente que les malades la plupart du



temps ou bien l'ignorent, ou bien y attachent si peu d'importance qu'ils n'en font même pas part à leur médecin.

De cette rapide esquisse des trois formes de manifestations articulaires qu'il est assez usuel de rencontrer dans la période secondaire de la syphilis, il nous reste une impression : c'est que ces manifestations ressemblent étrangement à un rhumatisme simple. Comme le rhumatisme, en effet, ces affections sont résolutives et se traduisent par des craquements ; aussi serait-on presque autorisé à croire que ces accidents ne sont après tout imputables qu'à un rhumatisme survenant chez des sujets en puissance de syphilis. Eh bien, réserve faite pour les coïncidences de ce genre qui pourraient se produire, il n'en reste pas moins certain que les trois formes que je viens de vous décrire ressortent immédiatement de la vérole. D'abord, ces arthrites affectent presque exclusivement les grandes jointures ; ensuite ces affections n'émigrent pas ; enfin, elles ne déterminent pas de réaction générale et ne retentissent jamais sur le cœur. Ajoutons encore que ces accidents n'apparaissent que chez des sujets syphilitiques à une période déterminée, qu'ils coïncident fréquemment avec d'autres manifestations syphilitiques, et qu'ils sont merveilleusement guéris par le mercure.—*Praticien.*

**Coexistences pathologiques de la syphilis tertiaire**, par M. Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.— Pendant la phase d'involution de l'existence, les causes de désorganisation se multiplient. Les germes morbides, jusque-là inertes, latents et réduits à l'impuissance par les énergies saines de l'économie, éclosent et grandissent en toute liberté. Les diathèses, les états constitutionnels prennent possession de l'individu et bientôt la santé n'est plus qu'un compromis aléatoire entre la vie normale, qui diminue de plus en plus, et la vie morbide dont l'activité au contraire s'augmente, s'étend et se complique.

En pareil cas n'est-il pas inévitable que la syphilis tertiaire se rencontre sur le même terrain avec d'autres maladies générales ? Je vous ai déjà dit combien le complexus phénoménal qui en résulte était difficile à débrouiller.

Ce complexus peut se produire avant la période descendante de la vie. On voit le tertiariisme se manifester à tout âge, en même temps que la scrofule par exemple, que la tuberculose, le cancer, les dartres, l'arthritisme, etc.

Cette coexistence d'états morbides généraux, latents ou en activité, ne donne pas lieu à des événements pathologiques aussi considérables qu'on serait tenté de le croire. Et la preuve, c'est qu'on ne connaît pas encore d'une façon bien exacte quels sont les résultats d'un pareil conflit chez le même individu. Un fait cependant qui est établi, c'est qu'aucune maladie constitutionnelle ne prémunit contre les autres. Il n'y a entre elles aucune

incompatibilité. L'humanité n'est point un de leurs privilèges, si tant est qu'elles en aient aucun. Tout au contraire, quelques-unes semblent se donner rendez-vous sur les mêmes systèmes et les mêmes organes et y vivre en très bonne intelligence.

Parmi les affinités électives de la syphilis tertiaire, une de celles que je mets en première ligne, c'est celle avec l'arthritisme. Combien de fois ne voit-on pas les déterminations de ces deux grandes maladies constitutionnelles se concentrer sur les mêmes points? Dans un grand nombre de glossopathies et de dermatopathies palmaires et plantaires, qui sont fréquemment réunies et forment comme un syndrome que j'ai déjà signalé, les deux influences diathésiques sont manifestes. Elles se combinent si intimement qu'on ne peut faire la part de chacune qu'après avoir institué le traitement spécifique de la syphilis, et encore n'arrive-t-on pas toujours à la certitude, ni comme diagnostic ni comme pronostic.

Un autre organe sur lequel la syphilis tertiaire et l'arthritisme se rencontrent souvent, c'est la moelle épinière. Dans maintes myélopathies, principalement dans celles où se produit une incoordination vague ou peu systématisée, il est fort difficile de savoir si les deux maladies ou l'une d'elles seulement entrent en jeu.

J'en dirai autant de certaines affections musculaires partielles, de certaines cérébropathies dont la lésion matérielle primitive réside dans les artères intracrâniennes. Et les yeux, quel terrain commun et fécond pour la syphilis et l'arthritisme! Et les affections articulaires, et les affections syphilitico-goutteuses des reins etc! Je crois que la syphilis et l'arthritisme peuvent se rencontrer partout. Mais, sauf sur la muqueuse de la langue et dans la paume des mains et la plante des pieds, leur conflit est beaucoup plus viscéral que tégumentaire.

Il n'en est pas ainsi de la dartre. Toutefois elle coïncide plus fréquemment avec les syphilides secondaires qu'avec les syphilides tertiaires. C'est surtout dans la première phase de la syphilis qu'elle fait sentir son influence et qu'elle imprime parfois une physionomie psoriasiforme à certaines manifestations cutanées et muqueuses. Ici aussi, la langue en même temps que les pieds et les mains sont le siège de prédilection des déterminations syphilitico-herpétiques.

L'affinité du tertiariisme est très grande, surtout en tant que lésion, avec la scrofule. Quelle étroite parenté n'y a-t-il pas, par exemple, entre les gommés syphilitiques et entre leurs dermatopathies tuberculeuses, entre leurs lupus? Le théâtre sur lequel se déterminent les deux maladies, soit séparément, soit en même temps; celui sur lequel elles combinent et concentrent leur action à des degrés variables, ce théâtre-là est très vaste. Il comprend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, les ganglions lymphati-

ques, les os, les muqueuses. Contrairement à celui où s'exerce l'action syphilitico-arthritique, il est plus externe qu'interne, peut-être plus tégumentaire que viscéral. Mais à cet égard-là, comme sur tous les points si complexes et partant si obscurs de ces rendez-vous morbides diathésiques, il n'y a aucune règle fixe à établir. Il faut se borner aux grands traits sans multiplier ni préciser les détails, surtout sur une vue d'ensemble de la pathologie générale du tertiariisme.

Aucune incompatibilité n'existe entre la tuberculose et la syphilis tertiaire. Toutes les deux sévissent quelquefois sur le même sujet, et alors elles aggravent réciproquement leur action respective. De plus, elles ont des organes de prédilection comme le larynx, les testicules, les poumons où elles produisent à peu près les mêmes désordres, avec un appareil symptomatique qui ne diffère souvent que par des nuances insensibles.

Fréquemment la syphilis tertiaire se rencontre avec l'alcoolisme. Le foie est l'organe sur lequel ces deux états morbides produisent simultanément des lésions indentiques. Combien ne voit-on pas de cirrhoses syphilitico-alcooliques!

Sur le conflit de la syphilis avec d'autres maladies d'intoxication telles que le saturnisme et l'impaludisme, nos connaissances sont nulles ou très bornées.

Une remarque importante à faire au sujet de ce qui précède, c'est que, dans ses rapports très fréquents avec les autres maladies chroniques, la syphilis forme des associations et non des combinaisons. Si grandes que soient les affinités de processus ou de topographie d'où résultent les complexus diathésiques, l'autonomie de chacun des facteurs persiste et peut se retrouver au moyen d'une analyse clinique minutieuse, ou bien grâce à l'emploi du traitement spécifique de la syphilis, qu'on doit toujours instituer en pareil cas.

J'ai vu une affection cancéreuse survenir chez une dame en syphilis tertiaire. Elle en fut atteinte peu de temps après d'une éruption de gombes du cuir chevelu, qui disparurent comme par enchantement sous l'influence de l'iode de potassium. Les deux maladies évoluèrent chacune de leur côté. Je ne constatai point cette hybridité syphilitico-cancéreuse dont parle M. Verneuil. La syphilis n'a rien à voir avec les aberrations morphologiques des tissus qui aboutissent à la malignité dans les affections cancéreuses.

On a dit que la syphilis aggravait la dyscrasie albuminurique, tandis qu'elle guérissait momentanément la dyscrasie diabétique en faisant disparaître le sucre des urines pendant la durée de ses manifestations. Ces assertions sont trop vagues; elles ne reposent que sur un nombre très restreint de faits et elles ont besoin d'être soumises au contrôle d'une observation plus étendue.

J'ai observé plusieurs fois la syphilis chez les diabétiques, et

les deux maladies ne m'ont semblé avoir l'une sur l'autre aucune influence manifeste et constante. Il y a quelques mois, un diabétique de longue date vint pour me consulter pour une lésion balano-préputiale qui ressemblait tellement à un furoncle que je crus au premier abord que ce n'était là qu'une manifestation de la glycosurie. Mais bientôt l'adénopathie inguinale vint nous prouver qu'il s'agissait réellement d'un chancre syphilitique. Ce chancre fut ulcéreux et produisit une perte de substance notable. Je m'attendais à une explosion d'accidents consécutifs graves, mais ils furent au contraire relativement modérés et consistèrent en papulodermies résolutive. La santé générale ne fut pas atteinte. La quantité de sucre dans les urines ne subit aucune variation sensible par le fait de la syphilis. Le malade négligea son diabète pour s'occuper exclusivement de sa nouvelle maladie. Depuis qu'il n'a plus que des manifestations syphilitiques insignifiantes, telles que des plaques muqueuses de temps en temps, il se traite pour le diabète, et en quelques jours la quantité moyenne de sucre qui oscillait entre 50 et 80 grammes est tombée à 2 grammes par litre.

Les maladies aiguës, brusques, violentes, qui exigent un effort énergique de réaction et suscitent un mouvement fébrile continu de quelque durée, ne manquent jamais d'exercer une action curative très prompte sur les manifestations des maladies constitutionnelles. Les pyrexies graves, les phlegmasies pulmonaires ou autres, l'érysipèle, etc., font quelquefois disparaître avec une merveilleuse rapidité les accidents syphilitiques même graves, profonds et rebelles à l'action thérapeutique. Les accidents tertiaires, tout aussi bien que les secondaires, subissent cette influence, mais à la condition qu'ils siègent sur la peau et sur les muqueuses. Les déterminations viscérales semblent lui échapper. Ainsi j'ai vu plusieurs cas d'érysipèles graves, qui avaient avantageusement modifié des syphilides ulcéreuses, n'exercer aucune action résolutive sur des sarcocèles concomitants.

L'influence du traumatisme sur la syphilis a été de la part de M. le professeur Verneuil le sujet d'études fort intéressantes. Qu'elle soit ou non accompagnée de perte de substance, une violence traumatique peut faire pousser sur le point de la région lésée une syphilide circonscrite qui présente, en général, les mêmes caractères qu'une syphilide qui serait survenue spontanément à cette date de la diathèse. Parmi les faits les plus curieux relatés par M. Verneuil et par son élève M. Petit, il faut citer celui de ce vieillard de quatre-vingts ans, chez qui la syphilis, *latente depuis soixante-sept ans*, fut réveillée par une luxation de l'épaule et se manifesta par du rupia de la région deltoïdienne. Des gomes sous-cutanées et périostiques surviennent quelquefois au niveau des régions qui ont été plus ou moins violemment contusionnées. Si le traumatisme est susceptible de provoquer des

manifestations tertiaires qui, sans lui, ne se seraient peut-être pas produites, de son côté le tertiariisme agit sur le traumatisme pour entraver son processus de guérison : ainsi les plaies se cicatrisent lentement, ou bien elles deviennent le siège d'une poussée tuberculeuse et ecthymateuse qu'il faut faire disparaître avec les spécifiques pour obtenir la guérison de la solution de continuité (Chambard.) Éruption d'ecthyma au voisinage de deux écorchures de la jambe (Bazin); tubercules autour d'une lézée plaie au dos du nez (Cazenave); conversion d'une plaie peu grave au poignet en une ulcération syphilitique (Chambard), etc., etc. Tels sont les faits et d'autres semblables qui attestent les rapports du traumatisme avec la syphilis tertiaire, du moins dans ses manifestations externes. Quant aux déterminations viscérales elles échappent sans doute à ces influences extérieures et attestent, encore plus que la syphilis, la spontanéité habituelle de l'action syphilitique, en quelque point de l'organisme qu'elle se détermine.—*France médicale.*

## MALADIES MENTALES.

**De la mélancolie.**—Clinique de M. le professeur BALL, à l'asile Sainte-Anne.—On considère habituellement la mélancolie comme une maladie à part; moi, au contraire, je la regarde comme un état général pouvant se produire dans une foule d'états morbides différents. Et, de fait, vous savez que la mélancolie est une des formes de la folie, que la mélancolie est symptomatique des maladies du foie et de la dyspepsie, que la mélancolie est une des manifestations les plus fréquentes de la diathèse rhumatismale... Pour aujourd'hui, je me propose de vous indiquer les principales formes intellectuelles de cet état pathologique.

La malade qui doit servir à cette conférence n'appartient pas, il est vrai, à l'aristocratie intellectuelle, mais n'en est pas moins un des meilleurs types de la mélancolie. C'est une femme de 40 ans, matelassière de son état, qui fait partie d'une famille où existent des troubles cérébraux. Sa mère est sourde, et une de ses sœurs est internée à Orléans dans un hospice d'aliénés. C'est dans ces conditions que, vivant avec son mari, elle a été prise tout d'un coup d'un dégoût profond pour le travail. Elle commença par ne plus faire son ménage, par laisser tout à l'abandon et par manifester des tendances au suicide. Elle refusa d'abord de prendre des aliments, puis elle s'ingurgita d'un seul coup une dose massive de morphine. Ici se place une leçon de pratique. Quand vous prenez une dose d'opium trop forte, presque toujours vous aurez des vomissements et éviterez de la sorte les inconvénients du poison. C'est donc ainsi que notre femme a été sauvée.

en cette circonstance. Un autre jour elle a essayé de s'asphyxier avec un pœle. Bref, à la suite de ces deux tentatives, son mari a cru de son devoir de la faire interner dans un asile quelconque. Elle a donc été transportée au dépôt et de là chez nous.

Depuis son entrée à Sainte-Anne, il y a environ une année, elle est profondément abattue. Le fait dominant est l'idée de culpabilité. Elle croit que son indignité a touché le ciel et qu'elle porte préjudice à sa famille, à la France, à l'humanité. Ici se place un phénomène exceptionnel dans la mélancolie, c'est des hallucinations de l'ouïe. Telles sont les principales préoccupations de cette malheureuse ! Comme vous le voyez, elles sont frustes, ternes, monotones et en rapport avec la pauvreté de son esprit.

Au début, elle présentait aussi les phénomènes physiologiques qu'on a coutume de rencontrer chez les sujets de cette espèce ; ce sont : d'abord un profond amaigrissement, puis une légère élévation de la température, ensuite de l'insomnie, et enfin une pigmentation brune de la peau.

Comme traitement, on lui a donné des bains, du bromure et des purgations pour combattre sa constipation. Ici encore, relevons un petit détail. Notre malade est arrivée au dédoublement de la personne ; elle est possédée du démon et a la rage dans le ventre. Pour se débarrasser de cet être malfaisant, elle a cherché à s'empoisonner. A chaque instant, durant le cours de notre visite, elle sollicite qu'on veuille bien lui administrer de l'arsenic. D'autres fois, elle cherche à se tuer en se frappant la tête sur les murs. Enfin, désolée de n'aboutir à rien, c'est alors qu'elle eut l'idée de manger ses matières fécales. Seulement, dans une circonstance récente, comme vous le lui entendrez dire tout à l'heure, elle y a trouvé un cheveu qui l'a dégoûtée à tout jamais de ce moyen.

Ceci dit, entrons dans l'étude de la mélancolie. La mélancolie, état qui affecte l'intelligence et le corps, reconnaît trois variétés : il y a d'abord la mélancolie avec conscience, puis la mélancolie avec exaltation, et enfin la mélancolie avec dépression.

La première est un état qui peut se développer dans une foule de maladies. Au point de vue physiologique, elle est caractérisée par l'abattement à propos de rien du tout. Les sujets de cette espèce sont disposés à voir tout en noir. Toutefois ce ne sont pas des délirants, mais des individus qui rapportent leur tristesse à des idées qui rentrent continuellement dans l'ordre des choses possibles. Une mère, par exemple, craint à chaque instant de perdre son enfant. Y penser quelquefois n'est pas une chose insensée, mais y songer toujours est dépasser les bornes d'un esprit bien équilibré. Un autre, homme des plus éminents, qui se trouvait engagé dans une affaire commerciale excellente où sa part est excessive, craint tellement d'être ruiné qu'à la question suivante d'un de ses plus grands amis : " mais vous savez bien que

vosre position déjà excellente ne peut aller qu'en s'améliorant," lui répondit: "c'est parfaitement vrai, mais que voulez-vous, personne ne m'ôtera de l'esprit que je suis ruiné." Un autre sera préoccupé perpétuellement de sa santé, un autre de sa réputation. Au nombre des préoccupations les plus fréquentes, il faut noter la préoccupation religieuse. Les malades de cette espèce croient volontiers qu'ils sont damnés. Les puritains, les grands dévots qui ont joué un rôle si important dans l'histoire de la France, de l'Angleterre et de l'Allemagne étaient continuellement persécutés par l'idée de la damnation. La mélancolie avec conscience se caractérise encore par d'autres phénomènes. Les malades, en premier lieu, ne sont pas honteux de leur position; au contraire, ils en parlent volontiers. Cela n'est pas plus déshonorant, me disait un jour l'un d'eux, que d'avoir eu la fièvre typhoïde. Ensuite, les malades guérissent presque toujours avec des rechutes. Il faut noter, en outre, l'absence d'hallucinations. Enfin, dernier caractère, ces mélancoliques n'ont aucune tendance à verser dans la démence.

Voilà pour les données médicales! Il me reste à signaler un point moral et social. Lorsque vous avez affaire à des sujets de cette espèce, soyez sur vos gardes, car au moment où vous vous y attendrez le moins ils peuvent vous échapper pour se suicider. C'est là un des plus grands arguments qu'on puisse opposer aux adversaires de la séquestration arbitraire. Et de fait, sans critiquer une loi à venir qui présente, à côté de parties mauvaises, des côtés excellents, je me demande comment on fera pour mettre un individu en sûreté avant que le procureur de la République ait statué sur son sort?

Je vous ai tracé la mélancolie avec conscience, je passe à un sujet différent, à la mélancolie dépressive. Ici, nous avons un tableau tout différent aussi. L'individu nourrit des conceptions délirantes. Il se croit appelé à rendre raison d'un crime à la société. Vous rencontrerez des sujets qui ne veulent pas sortir de leur lit, ou d'autres qu'il est impossible de contraindre à aucun travail. Ce malade, par exemple, qui raisonne plus ou moins exactement, ne veut pas comprendre qu'il est indispensable de se nettoyer. Quoi qu'il en soit, cet état morbide qui peut durer fort longtemps n'a pas de tendance à verser dans la démence.

J'arrive maintenant au troisième cas, c'est-à-dire à la mélancolie avec exaltation qu'on appelle, le plus habituellement, la mélancolie anxieuse. Tous les malades, en effet, n'acceptent pas avec résignation le sort misérable qui leur est fait. Ces derniers, alors, se plaignent perpétuellement, se lamentent à chaque visite et assourdissent tout leur entourage de leurs gémissements. Plusieurs d'entre eux s'échappent de chez eux pour aller errer dans la campagne; d'autres, au contraire, ressemblant aux âmes du purgatoire, se promènent de long en large en répétant toujours:

les mêmes paroles. En résumé, la lypémanie anxieuse ne diffère de la mélancolie ordinaire que par l'exubération de ses manifestations.—*Praticien.*

**De la folie simulée.**—Analyse d'une leçon de M. le professeur BALL, à l'Asile Ste-Anne. M. le professeur Ball a traité cette importante question de pathologie mentale, qui intéresse à un si haut degré le médecin chargé d'examiner si tel criminel simule ou ne simule pas l'aliénation mentale.

S'il est des individus qui cherchent d'une façon grossière à se faire passer pour aliénés, il en est d'autres assez instruits pour tromper, même pendant plusieurs mois, le médecin le plus expérimenté.

La simulation de l'aliénation mentale n'est pas très fréquente : sur 1,000 malades, dans un asile, on ne rencontre guère que 3 ou 4 simulateurs.

Pour entreprendre de jouer ce rôle, il y a trois motifs principaux : 1<sup>o</sup> Le *service militaire* ; 2<sup>o</sup> les *difficultés de famille* ; 3<sup>o</sup> la *criminalité*. Ce dernier motif est le plus fréquent. Un individu, coupable ou prévenu, simule la folie : est-il aliéné ou ne l'est-il pas, voilà la question à laquelle le médecin devra répondre.

Dans cette recherche, l'expert suivra deux voies : l'examen *indirect* et l'examen *direct*. L'examen indirect consiste à étudier les faits qui découlent de la cause, les pièces du casier judiciaire, etc. C'était autrefois le seul examen qui fût permis. L'expert devra toujours commencer par l'examen indirect ; il étudiera l'histoire des antécédents, de la famille du prévenu, les circonstances et les conditions dans lesquelles le crime a été commis. C'est qu'en effet, un crime commis par un véritable aliéné diffère beaucoup d'un crime commis par un criminel ordinaire. Le criminel se cache, épie et frappe sa victime, puis cherche à se mettre en sûreté. L'aliéné opère au grand jour ; il s'acharne sur sa victime et se laisse arrêter sur le lieu même du crime, sans chercher à se sauver. Le criminel ordinaire parlera de circonstances atténuantes ; l'aliéné sera fier de son action et répondra aux questions qu'on lui adressera : " J'ai accompli un acte de justice, j'ai fait mon devoir, ou bien " J'ai obéi à la voix du ciel," etc.

Le criminel obéit à la cupidité, à la vengeance, à la crainte ; il offre en quelque sorte des motifs logiques. L'aliéné, au contraire, énonce des motifs absurdes.

Après avoir étudié les antécédents, épilepsie, alcoolisme, hérédité, etc., l'expert devra étudier les écrits de l'inculpé. Cette dernière partie a une très grande importance et permet quelquefois d'établir un diagnostic certain.

Dans l'examen *direct*, le médecin n'oubliera pas qu'il a devant lui un acteur. Ce simulateur est un acteur qui joue un rôle ; il cherche, par conséquent, à copier les aliénés, à imiter leurs actes et leur langage.



Comme habituellement les gens du monde se figurent que l'aliéné crie, hurle, s'agite, le simulateur pêchera ordinairement par exagération. Cependant il en est de très habiles, soit qu'ils aient étudié de près leur rôle, soit qu'ils aient déjà autrefois eu une attaque d'aliénation mentale : ils sont guéris, mais ils jugent à propos de simuler la folie.

En général, le simulateur est moins agressif ; il ne donne pas de coups à ses gardiens, dont il a peur ; il n'exerce sa violence que contre les meubles et les objets qui l'entourent.

Un autre caractère du simulateur, c'est le changement de rôle. Du tragique, il passe au comique. Tantôt dément, tantôt maniaque excité, il tombe subitement dans la stupeur mélancolique.

Le simulateur dépassera souvent les limites habituelles de l'insanité dans ses réponses ; le véritable dément répondra à peu près dans le sens.

L'étude des *phénomènes physiques* ne devra pas être négligée. Un des symptômes précurseurs de la véritable aliénation, c'est la privation du sommeil ; l'homme qui simule l'insomnie, au bout de deux ou trois jours, finit toujours par s'endormir.

L'aliéné est constipé ; le simulateur a de la peine à jouer ce rôle. L'aliéné a une diminution rapide du poids total du corps ; le simulateur ne diminue pas de poids.

La température s'abaisse chez l'aliéné et c'est ainsi que chez le lypémanique, par exemple, il y a un refroidissement des extrémités ; il présente ce qu'on a appelé des *maines mélancoliques*. Le simulateur ne peut pas arriver à ce résultat.

Quelquefois il faut employer d'autres procédés d'investigation. Un individu, soi-disant aliéné, pousse des cris, brise tout autour de lui, etc. On lui met la camisole ; le plus souvent, se sentant vaincu, il avoue sa simulation.

La douche froide est également un moyen de faire revenir un sujet qui simule l'aliénation.

Un simulateur dit qu'il ne peut pas dormir ; on lui donne de l'opium et il dort. Chez un véritable maniaque rien n'est difficile comme de le faire dormir. C'est ainsi qu'un aliéné du service a pris, sans résultat, jusqu'à 20 grammes de bromure de potassium par jour.

On a aussi signalé les résultats qu'on pourrait obtenir, dans les cas douteux, de l'emploi des inhalations d'éther ou de chloroforme.

M. le professeur Ball termine sa leçon clinique par ces considérations :

Il faut savoir prendre son temps, ne pas se hâter de conclure, étudier le malade pendant plusieurs mois.

On devra établir une surveillance incessante autour du simulateur.

Enfin, l'expert se mettra en garde contre certaines préventions, certaines préférences, et restera toujours dans une impartialité absolue.—*Gazette médicale de Paris.*

## FORMULAIRE.

---

### Diarrhée des enfants.

1. P.—Sucre en poudre..... 2½ drachmes  
 Naphthaline..... 15 grains  
 Iodoforme..... 3 “  
 Essence de bergamotte..... 2 gouttes

M.—Divisez en 20 paquets.

*Dose* : Un paquet toutes les heures, dans du lait.—*Medical and Surgical Reporter*.

2. P.—Naphthaline..... 8 grains  
 Eau-de-vie..... 12½ drachmes

M.—*Dose* : A prendre en entier dans les 24 heures, par cuillerées à thé ou cuillerées à café.—*Medical and Surgical Reporter*.

3. P.—Teinture d'opium déodorisée..... 16 minimes  
 Sous-nitrate de bismuth..... 2 drachmes  
 Sirop..... 2 “  
 Mixture de craie..... 14 grains

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé toutes les deux ou quatre heures.

4. P.—Sous-nitrate de bismuth..... 2 drachmes  
 Poudre de Dover..... 9 grains

M.—Divisez en 12 paquets.

*Dose* : Un paquet toutes les trois heures.

5. P.—Teinture d'opium déodorisée..... 16 minimes  
 Esprit d'ammoniaque aromatisé..... 1 drachme  
 Sous-nitrate de bismuth..... 2 drachmes  
 Sirop..... ½ once  
 Mixture de craie..... 1½ “

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé toutes les deux ou trois heures.—*Medical Age*.

6. P.—Sous-nitrate de bismuth.....	4 grains
Bicarbonate de soude.....	4 “
Gomme adragante comp.....	3 “
Esprit de chloroforme.....	2 minimes
Eau de carvin.....	2 drachmes

M.—A prendre 3 fois par jour, dans les cas chroniques.—*Medical Age*.

#### Diarrhée chronique.—*Bartholow*.

P.—Créosote.....	2 minimes
Sous carbonate de bismuth.....	10 à 15 grains
Glycérine.....	$\frac{1}{2}$ once

M.—A prendre trois fois par jour avant les repas. Cette formule convient principalement à ces cas de diarrhée chronique caractérisés par un besoin irrésistible d'aller à la selle immédiatement après les repas. Bartholow prescrit en outre la diète lactée.—*College and Clinical Record*.

#### Coliques saturnines.—*Loomis*.

P.—Poudre d'opium.....	1 grain
Extrait de belladone.....	$\frac{1}{6}$ “
Huile de croton.....	1 goutte

M.—Pour une pilule, à prendre toutes les deux heures jusqu'à soulagement.—*Leonard's Medical Journal*.

#### Somatique.—*Dr Metcalf* (New-York).

P.—Teinture d'aconit.....	1 drachme
Teinture de colchique.....	1 “
Teinture de belladone.....	1 “

M.—Dose : Six gouttes toutes les six heures.—*Journal of the American Medical Association*.

#### Hystérie.—*Fill*.

P.—Teinture de castoréum.....	3 drachmes
Esprit de lavande comp.....	6 “
Eau camphrée.....	6 onces

M.—Dose : Une cuillerée à thé 2 ou 3 fois par jour.—*Leonard's Medical Journal*.

#### Goitre exophtalmique.—*Bartholow*.

P.—Extrait aqueux d'ergot.....	2 grains
Picrotoxine.....	$\frac{1}{40}$ grain

M.—Pour une pilule, à prendre deux fois par jour.—*College and Clinical Record*.

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

DRS A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, AOUT 1887.

---

## Décisions judiciaires concernant les Journaux.

1o. Toute personne qui retire régulièrement un journal du bureau de poste qu'elle ait souscrit ou non, que ce journal soit adressé à son nom ou à celui d'un autre, est responsable du paiement.

2o. Toute personne qui renvoie un journal est tenue de payer tous les arrérages qu'elle doit sur abonnement ou autrement, l'éditeur peut continuer à le lui renvoyer jusqu'à ce qu'elle ait payé. Dans ce cas, l'abonné est tenu de donner en outre, le prix de l'abonnement jusqu'au moment du paiement, qu'il ait retiré ou non le journal du bureau de poste.

3o. Tout abonné peut être poursuivi pour abonnement dans le district où le journal se publie, lors même qu'il demeurerait à des centaines de lieues de cet endroit.

4o. Les tribunaux ont décidé que le fait de refuser de retirer un journal du bureau de poste, ou de changer de résidence et de laisser accumuler les numéros à l'ancienne adresse constitue une présomption et une preuve " *prima facie* " d'intention de fraude.

## Le traitement général de la syphilis.

Le 25 mars dernier, la *Société médicale des hôpitaux*, de Paris, mettait à l'ordre du jour de ses séances la question toujours intéressante du traitement général de la syphilis. Nous disons toujours intéressante, nous pourrions également ajouter toujours controversée, car, comme il est facile de le voir par l'exposé qui va suivre, l'accord est loin d'être fait au sujet des indications, du mode d'emploi, des doses, etc., des deux médicaments anti-syphilitiques par excellence, le mercure et l'iode.

Il est bon, à notre avis, que de semblables questions soient de temps à autre soumises à l'examen de la profession et discutées au sein des sociétés savantes. La lumière jaillit du choc des idées

---

(1) Voir la livraison de mai dernier, p. 231.

et c'est en comparant les résultats, souvent fort différents, obtenus par les uns et les autres, que l'on peut le plus sûrement, infirmer ou confirmer une méthode thérapeutique.

M. Balzer avait d'abord, le 11 mars, communiqué à la *Société médicale des hôpitaux* une note relative au traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de calomel, suivant la méthode de Scarenzio, note dont nous avons déjà parlé dans un numéro précédent. (1) Après M. Balzer est venu M. Besnier, médecin de l'hôpital St. Louis, qui ne partage pas l'enthousiasme de M. Balzer pour la méthode de Scarenzio. Pour lui, les injections de calomel et d'oxyde jaune ont une réelle efficacité contre certains accidents de la période secondaire, notamment contre les lésions exanthématisques, mais elles se montrent beaucoup moins actives contre les affections secondaires néoplasiques. En outre, il croit formellement contre-indiqué de traiter par cette méthode les syphilis cérébrales ainsi que les vieillards, les alcooliques, les athéromateux. Les accidents locaux (abcès) sont fréquents à la suite de ces injections qui ne mettent pas à l'abri des récidives quoiqu'on en ait dit. Pour M. Besnier, les récidives des accidents syphilitiques sont fatales, quelque soit le moyen employé pour les combattre. En résumé, le médecin de St. Louis est d'avis que les indications de la mercurialisation par la voie hypodermique sont très limitées et que cette mercurialisation hypodermique ne saurait constituer une méthode de traitement général de la syphilis. Elle éteint, il est vrai, les foyers locaux de la maladie, elle stérilise peut-être pour un certain temps l'économie au point de vue des foyers à venir, mais elle ne guérit pas plus la syphilis que les autres modes de traitement anciennement usités.

M. MARTINEAU, médecin de Lourcine, ne croit pas que l'excision du chancre puisse prévenir les accidents secondaires et affirme que le traitement général de la syphilis doit être institué aussitôt que le diagnostic du chancre est établi. La thérapeutique de la syphilis, ajoute-t-il, comprend trois médications : mercurielle, iodée, sulfureuse. Prescrites tour à tour ou simultanément, suivant les cas, elles suffisent toujours pour guérir la syphilis. Le meilleur mode d'administration du mercure est l'injection hypodermique, mais M. Martineau préfère les sels solubles aux préparations insolubles, et emploie, dans ce but, le peptone hydrargyrique ammonique. La médication iodée est aussi puissante que la médication mercurielle, mais à la condition qu'elle ait été précédée par elle. M. Martineau prescrit les iodures de potassium et de sodium à la dose quotidienne de 8 à 16 grains, en solution ou en dragées, au moment du repas. La médication sulfureuse enfin ne doit guère être employée qu'à la fin de la deuxième ou dans le courant de la troisième année. Elle ne saurait en aucun cas être substituée aux deux médications précédentes, mais elle leur est un adjuvant très utile.

M. MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi, émet les pensées suivantes : Le mercure et l'iodure de potassium sont deux agents véritablement spécifiques contre la syphilis, leur action curative est indéniable, mais il n'en est pas de même de leur action préventive. Les frictions mercurielles sont indiquées quand il faut agir vite et frapper un grand coup : syphilômes de l'œil ou des centres nerveux. Les injections sous-cutanées ne mettent pas plus à l'abri des récidives que ne le font les autres méthodes. C'est par l'estomac seulement que le mercure peut être administré, toujours et partout, quelles que soient les conditions dans lesquelles sont placés les malades. Dans la cachexie syphilitique, le mercure est contre-indiqué, sous n'importe quelle forme. Il ne faut pas attendre la période secondaire pour intervenir, il faut, au contraire, agir dès que la nature du chancre est établie. Dans aucun cas, il ne faut s'abstenir. Dans la période secondaire, on prescrit le mercure et l'iodure de potassium, se laissant guider surtout par la marche même du mal, élevant les doses proportionnellement à l'intensité des accidents. Dans la période tertiaire, les accidents relèvent plus directement de l'iodure de potassium. En même temps que le traitement spécifique est institué, il faut relever les forces du malade par une médication et une hygiène appropriées. M. Hallopeau dit que le mercure et l'iodure de potassium doivent être prescrits simultanément ou séparément dans toutes les périodes de la maladie. Il accorde la préférence aux frictions mercurielles, chaque fois que les circonstances le permettent, mais alterne cependant l'emploi des frictions avec l'usage des pilules mercurielles ou du sirop de Gibert. Il traite en outre, localement, toutes les manifestations de la syphilis par l'emplâtre de Vigo, la pommade au calomel, les lotions de sublimé, etc. Pendant la période tertiaire, l'iodure de potassium doit faire, pour ainsi dire, partie de l'alimentation du malade : dose, 16 à 30 grains par jour.

Pour M. VIDAL, le mercure convient aux premières périodes, l'iode aux périodes ultérieures de la syphilis. Il prescrit les frictions à l'onguent napolitain et, à l'intérieur, des pilules de sublimé ; il partage l'opinion de M. Besnier sur l'efficacité des injections de calomel. Le traitement mercuriel doit être continué avec des suspensions pendant toute la durée de la première année de la maladie. Les contre-indications à l'emploi du mercure sont le phagédénisme et, d'une façon générale, toutes les formes ulcéraives. Pendant la deuxième année, il faut associer l'iodure de potassium au mercure (sirop de Gibert). Aux accidents biliaires, il faut opposer les préparations iodées, et surtout l'iodure de potassium.

La discussion se continue, et nous pourrons, dans un prochain numéro, en donner un résumé succinct. Nous prendrons occasion de là de toucher à une question grosse d'actualité en France, à l'heure qu'il est : nous voulons dire la prophylaxie de la syphilis.

Il n'y a pas à dire, la syphilis nous envahit de plus en plus, grâce à la prostitution que nulle loi, nul règlement ne contrôlent. A Montréal, les filles publiques ne sont soumises à aucun examen médical. Le bras de la loi sait bien les poursuivre et les atteindre quand elles font du tapage, dérangent les voisins, portent scandale en un mot, de même que quand elles se permettent de débiter, sans licence, des boissons enivrantes, mais lorsque, affectées de syphilis, elles communiquent la maladie à des centaines d'individus par année, nul n'en a cure. Ce n'est pas un délit, paraît-il aux yeux de la loi et de ses interprètes. Nous ne craignons pas de l'affirmer, il va nous falloir songer à réglementer la prostitution si nous voulons arrêter un peu les progrès envahissants de la syphilis. C'est là un point de départ sans lequel il est impossible de rien faire dans le sens de la prophylaxie.

### BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

MANN.—*A System of Gynecology by American authors*, edited by Matthew D. Mann, A. M., M. D., Professor of Obstetrics and Gynecology in the Medical Department of the University of Buffalo, N. Y.

Volume I illustrated with three colored plates and two hundred and one engravings on wood. Philadelphia, Lea Brothers & Co., 1887.

Nous venons de recevoir le 1er volume de ce splendide ouvrage octavo royal de près de 800 pages.

Nous croyons ne pouvoir en donner une meilleure idée qu'en citant le nom des auteurs qui y ont contribué et les sujets qu'ils ont traité.

Historical Sketch of American Gynecology, by Edward W. Jenks, M.D., LL.D. ; The Development of the Female Genitals, by Henry J. Garrigues, A.M., M.D. ; The Anatomy of the Female Pelvic Organs, by Henry C. Coe, M.D., M.R.C.S. ; Malformations of the Female Genitals, by Henry J. Garrigues, A.M., M.D. ; Gynecological Diagnosis, by Egbert H. Grandin, A. B., M. D. ; General Consideration of Gynecological Surgery, by E. C. Dudley, A.B., M.D. ; General Therapeutics, by Alexander J. C. Skene, M.D. ; Electricity in Gynecology, by Alphonso D. Rockwell, A.M., M.D. ; Menstruation, and Its Disorders, by W. Gill Wylie, M.D. ; Sterility, by A. Reeves Jackson, A.M., M.D. ; Diseases of the Vulva, by Matthew D. Mann, A.M., M.D. ; The Inflammatory Affections of the Uterus, by Traddus A. Reamy, A.M., M.D. ; Periuterine Inflammation, by Richard B. Maury, M.D. ; Pelvic Hæmatocele and Hæmatomata, by Ely Van de Warker, M. D.

Ce volume est le premier d'une série intitulée : " The American Systems of Gynecology and Obstetrics " en quatre volumes dont deux sont consacrés à la gynécologie et deux à l'obstétrique. Cet ouvrage est essentiellement américain, c'est un recueil des opinions des grands gynécologistes et des grands accoucheurs des États-Unis.

L'ouvrage se vend par souscription : \$6.00, \$7.00, \$8.00 par volume suivant la reliure.

Parmi les publications les plus nouvelles de la littérature médicale, nous signalons les suivantes :

**DOLÉRIIS.**—Conduite à tenir dans l'avortement ; curage et couvillonnage de l'utérus pour l'extraction du placenta retenu dans la matrice. Paris, 1887 ; brochure in-8 de 68 pages.

**DOLÉRIIS.**—De l'endométrite et de son traitement. Paris, 1887 ; brochure in-8 de 72 pages.

**CHARCOT.**—Leçons sur les maladies du système nerveux, professées à la Salpêtrière. Tome III. Paris, 1887 ; aux bureaux du *Progrès Médical*, 1 vol. in-8 avec figures.

Ceux de nos lecteurs qui tiennent à connaître le dernier mot de la science en fait de maladies nerveuses n'ont qu'à se procurer l'ouvrage de M. le professeur Charcot.

**FORT.**—Anatomie descriptive et dissection, 4e édition, revue, corrigée et augmentée, 3 vols. in-12, chacun de 1,000 pages en moyenne, avec 1316 figures dans le texte. Paris, 1887, chez Delahaye et Lecrosnier.

**G. SÉE.**—Du régime alimentaire. Traitement hygiénique des malades. 1 vol. in-8 avec figures. Paris, 1887, chez Delahaye et Lecrosnier, 14 francs.

**LATTEUX.**—Manuel de technique microscopique ou guide pratique pour l'étude et le maniement du microscope dans ses applications à l'histologie humaine, etc. 1 vol. in-8 avec 385 figures. Paris, 1887, chez Coccoz, 13 francs.

**PERRET.**—Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon. 1 vol. in-8 de 500 pages. Paris, 1887, chez J. B. Baillièrre et fils, 8 francs.

**BARDET et EGASSE.**—Formulaire des nouveaux remèdes (2e année). 1 vol. in-18 de 350 pages. Paris, chez O. Doin.

**THOMAS.**—La migraine (ouvrage couronné par l'Académie de médecine). 1 vol. in-12. Paris, 1887, chez Delahaye et Lecrosnier, 2 francs.



**TILLAUX.**—Traité de chirurgie clinique. Tome I, 2e fascicule : Colonne vertébrale.—Cou.—Membre supérieur.—Poitrine. 1 vol. in-3 de 350 pages, avec 61 figures, 6 francs. Paris, 1887, chez Asselin et Honzeau.

**BROCHARD.**—L'art d'élever les enfants. 15e édition, 1 vol. in-12 de 24 pages, 25 centims. Paris, 1887, chez O. Doin, éditeur.

**ROUILLET.**—Etude médico-philosophique sur les formes, les causes, les signes, les conséquences et le traitement de l'onanisme chez la femme. 1 vol. in-18 de 220 pages (5e édition), 3 fr. 50. Paris, 1887, chez Delahaye et Lecrosnier.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Durant le mois d'août, M. le Dr. Lamarche continue le service de chirurgie.

M. le Dr. Rottot a été réélu président, et M. le Dr. Foucher élu secrétaire du Bureau médical pour l'année 1887-88.

Nous saluons avec plaisir le retour de M. le Dr. Arthur Joyal, qui était à Paris depuis trois ans. M. Joyal s'est spécialement livré aux études d'anatomie générales et de bactériologie et sera à l'Université Laval chargé des cours d'histologie et d'anatomie pathologique.

**Hopital Notre-Dame.** — On est à faire subir actuellement, d'importantes réparations à l'hôpital Notre-Dame. Ces réparations vont permettre d'aménager de nouvelles salles et d'augmenter de 50 le nombre de lits affectés aux malades publics.

**Les femmes à la Faculté de Paris.**—Les élèves femmes de la Faculté figurent dans le dénombrement général de nos étudiants ; mais il n'est pas non plus sans intérêt de savoir exactement quel est aujourd'hui leur nombre. Le chiffre de ces élèves, qui s'était successivement élevé à 10, à 20, à 30 durant une période de dix années, avait tout à coup triplé, à la suite d'une immigration venue de l'étranger. L'an passé, au début de l'exercice 1885-86, elles étaient 103 ; en ce moment nous en comptons 108. Le nombre de nos élèves femmes n'a donc que faiblement augmenté cette année. Ces 108 élèves femmes se décomposent ainsi :

Russes .....	83
Anglaises .....	11
Françaises .....	7
Américaines .....	3
Autrichiennes .....	2
Roumaine .....	1
Turque .....	1

Total ..... 108