

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.

SOMMAIRE.

| | |
|---|----|
| TRAVAUX ORIGINAUX.—Clinique ophtalmologique.— M. FOUCHER.— <i>Du glaucome</i> | 57 |
| <i>Noma ; Cancrum Oris</i> , par S. LACHAPELLE, M.D..... | 62 |
| <i>De la gastrostomie</i> , par O. F. MERCIER, M.D..... | 65 |
| <i>Notes d'obstétrique et de gynécologie</i> , par R. CHEVRIER, M.D..... | 70 |
| SOCIÉTÉS SAVANTES.—SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DU DIS- TRICT D'IBERVILLE ET DES COMTÉS VOISINS.—Séance du 15 jan- vier 1891.— <i>Pied-bot</i> | 73 |
| REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.— <i>Entéropose et rein flot-</i> <i>tant</i> (GREFFIER)..... | 75 |
| <i>Hémorrhagies intestinales et gastriques dans les cas d'altérations</i> <i>hépatiques</i> (DEBOVE) ; <i>Régime des gens constipés</i> (CLARK) | 77 |
| <i>Tuberculose du foie</i> | 78 |
| CHIRURGIE.— <i>Diagnostic et traitement des sinus du nez. à l'exception</i> <i>du sinus maxillaire</i> (SCHÆFFER) | 80 |
| <i>De la cystite chez les diabétiques</i> (SCHMITZ)..... | 83 |
| <i>Incontinence d'urine chez les enfants, les jeunes filles et les fem-</i> <i>mes</i> (SIMS)..... | 84 |

(Voir la suite, page 5).

ASSORTIMENT COMPLET
— DE —

REMEDES FRANCAIS

| | |
|-----------------------|--------------------|
| Eau de Vals, | Vin Chevrier, |
| Eau de Vichy, | “ do Créosote, |
| Eau Carlsbad, | “ Raphael, |
| Eau de Contrexéville, | Elixir Ducro, |
| Eau Bonne, | Goudron de Norwège |
| Eau Seidlitz, | &c., &c., |

LAVIOLETTE & NELSON,
PHARMACIENS,
1605 RUE NOTRE-DAME, MONTRÉAL.

Dr. J. LEDUC & CIE
Pharmaciens -Chimistes

2033 et 2035, RUE NOTRE-DAME,

Au coin du Carré Chaboillez et de la rue des Inspecteurs,

MONTREAL.

DROGUES ET PRODUITS CHIMIQUES

PARFAITEMENT PURS.

Préparations Pharmaceutiques les plus récentes et Médicaments nouveaux.

PRESCRIPTIONS REMPLIES AVEC SOIN.

Commandes par la Poste exécutées sous le plus bref délai.

ANTIPYRINE

BANDAGES HERNIAIRES (Assortiment complet.)

FLEURS SECHES, PARFUMS, ARTICLES DE TOILETTE, ETC.

Dr J. LEDUC & Cie

2033 & 2035, RUE NOTRE-DAME

Coin du Carré Chaboillez et de la Rue des Inspecteurs

MONTREAL.

SOMMAIRE (Suite.)

| | |
|--|-----|
| OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. — <i>De la salpingite blennorrhagique (TERRILLON)</i> | 85 |
| <i>Fibromes utérins (RICHELOT) ; Règles générales de l'application du forceps</i> | 87 |
| PÆDIATRIE. — <i>Hystérie infantile à forme convulsive (SOLLIER)</i> | 91 |
| <i>Du tremblement hystérique chez les enfants (PERRET)</i> | 93 |
| <i>Tétanie de l'enfance (ESCHERRICH)</i> | 95 |
| MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE. — <i>Le simulo contre l'ovario-salpingite aiguë ou subaiguë</i> | 96 |
| <i>La goutte ; comment Edison la traite (VARIOT)</i> | 100 |
| <i>Acide borique en solution concentrée ; Injections sous-cutanées de de caféine dans le traitement des hémorrhagies puerpérales</i> | 102 |
| <i>Action du salol sur les reins ; Traitement de la colite glaireuse (BOUVERET)</i> | 103 |
| FORMULAIRE. — <i>Sciaticque ; Céphalalgie ; Haleine fétide ; Tympanite ; Laxatif pour les enfants</i> | 104 |
| BULLETIN. — <i>Le remède de Koch</i> | 105 |
| <i>L'action révélatrice de la Kochine</i> | 110 |
| BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE | 111 |
| CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES | 111 |

UNIVERSITÉ LAVAL A MONTREAL.

FACULTÉ DE MÉDECINE

J. P. ROTTOT, M.D., *Doyen. Professeur de Pathologie interne et de Clinique interne.*

A. LAMARCHE, M. D., *Professeur d'Anatomie descriptive.*

A. DAGENAIS, M.D., *Professeur de Tocologie et de Clinique de Tocologie.*

J. A. LARAMEE, M.D., *Professeur de Clinique interne.*

A. T. BROUSSEAU, M.D., *Professeur de Pathologie externe et de Clinique externe.*

N. FAFARD, M.D., *Professeur de Toxicologie et chargé du cours de Chimie.*

J. E. BERTHELOT, M.D., *Professeur d'Anatomie pratique.*

SEVERIN LACHAPELLE, M. D., *Professeur d'Hygiène et de Clinique des maladies des enfants et chargé du cours de Médecine légale.*

H. E. DESROSNIERS, M.D., *Secrétaire, Professeur de Matière Médicale et Thérapeutique.*

SALUSTE DUVAL, M.D., *Professeur de Physiologie et chargé du Cours de Botanique.*

A. A. FOUCHER, M.D., *Professeur des Maladies des yeux et des oreilles et Clinique d'icelles.*

ARTHUR JOYAL, M.D., *agrégé.*

M. T. BRENNAN, M.D., *agrégé, Professeur d'histologie et de bactériologie.*

L. N. DELORME, M.D., *agrégé, au cours d'Anatomie pratique.*

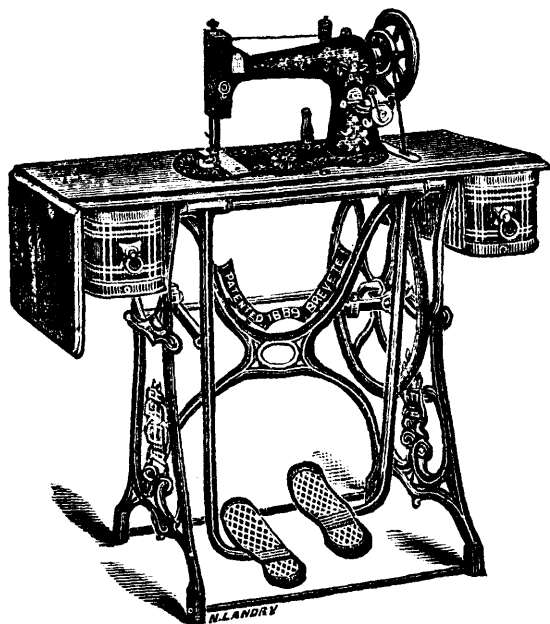
Pour informations, s'adresser au Vice-Recteur, 45 Place Jacques-Cartier ou à

H. E. DESROSNIERS, M.D., *Secrétaire.*

94 rue St-Denis, Montréal.

LA PEDALE PHYSIOLOGIQUE

Confort, Santé.



Sécurité, Facilité.

Nous sollicitons instamment l'attention des Médecins sur
notre nouvelle

PEDALE PHYSIOLOGIQUE

ADAPTEE AUX MACHINES A COUDRE.

Cette pédale transforme le mouvement de berceau de la pédale
actuellement en usage en un mouvement antéro-
postérieur alternatif des pieds.

Cette modification a pour but d'obvier aux inconvénients si
nombreux et si bien connus des Médecins, que produit l'usage
de la machine à coudre telle qu'actuellement construite. La

Menstruation, la Grossesse et toutes les affections utérines

contrindiquent l'usage de la machine à coudre, à cause des secousses
mprimées au bassin par le fonctionnement de la pédale telle qu'actuel-
lement adaptée. Or, c'est précisément ce à quoi obvie la

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

HOPITAL NOTRE-DAME, (Montréal.) — M. FOUCHER.

Du glaucome.

MESSIEURS,

Vous avez assisté, depuis quelques jours, à l'examen de trois patients qui offrent un intérêt tout particulier. L'affection dont ils sont atteints, sans être d'une observation journalière, se rencontre assez souvent cependant pour mériter déjà qu'on en fasse une étude sérieuse ; mais le caractère de gravité qu'elle offre, les erreurs de diagnostic auxquelles elle donne lieu, la nécessité d'intervenir de bonne heure, en font une maladie importante et nous engageant à profiter de cette occasion favorable pour vous graver dans la mémoire l'image clinique de cette singulière affection qu'on appelle le glaucôme.

Vous avez vu, d'abord, une femme âgée de 55 ans se présenter à la consultation et réclamer des soins pour un affaiblissement de la vue qu'elle attribue à son âge et qu'elle a cru pouvoir guérir en portant des lunettes appropriées. Son acuité visuelle est réduite à 5/15, l'orientation lui est devenue plus difficile, elle reconnaît par conséquent que son champ visuel a aussi diminué. Les yeux offrent quelques particularités que vous avez à peine signalées : ainsi la pupille est moyennement dilatée, la chambre antérieure est rétrécie, la sclérotique offre une teinte bleuâtre, et vous remarquez de légères arborisations vasculaires veineuses sous-conjonctivales au niveau de l'insertion des quatre muscles droits de l'œil. Le globe oculaire est plus dur qu'à l'état normal. L'examen ophtalmoscopique, rendu facile par la parfaite transparence des milieux de l'œil, révèle l'existence d'une large excavation de la papille optique, entourée d'une atrophie choroidienne. En comprimant légèrement le globe de l'œil, on y remarque en outre un battement artériel, isochrone aux battements du pouls radial. En faisant exécuter à la lentille de légers mouvements parallélicques, on constate un déplacement de l'image des bords de la papille sur celle du centre ; les deux images glissent l'une au devant de l'autre. La malade n'accuse

pas de grandes douleurs, elle est sujette à des névralgies passagères lorsque le temps est humide, alors elle remarque que sa vue est moins bonne et qu'il se produit des cercles irisés autour des lumières. L'œil, tout en étant de structure hypermétropique, ne gagne rien pour la vision éloignée par l'usage de verres convexes. Voici donc une malade frustrée dans ses espérances et qui va apprendre avec étonnement qu'il faut une opération pour traiter l'affaiblissement de la vue qu'elle attribuait à tort au besoin de porter des lunettes. C'est l'histoire d'un grand nombre de patients, atteints comme elle de glaucôme chronique simple.

La maladie évolue lentement, ne présente jamais que des exacerbations ou des poussées très passagères qui n'éveillent l'attention qu'au moment où l'acuité visuelle est sensiblement réduite. Les douleurs sont à peu près nulles, si ce n'est aux jours d'humidité; alors les patients accusent des douleurs vagues, frontales, temporales qu'ils attribuent volontiers à la migraine.

La diminution du champ visuel qui se fait généralement d'un côté vers l'autre, et plus rarement d'une manière concentrique, laisse encore au malade la faculté de bien voir à distance en droite ligne, or, aussi longtemps que l'acuité visuelle est bonne, le patient ne se doute guère que son œil puisse être atteint d'une affection grave. Il rapporte à des circonstances toutes fortuites les quelques troubles passagers qu'il éprouve, et ne s'en préoccupe pas autrement. Se produit-il soudain un obscurcissement de la vue qui soit de nature à l'inquiéter, il est vite rassuré par la rapidité avec laquelle ces obnubilations disparaissent. Enfin, nous observons souvent des cas de glaucôme chronique simple avec excavation complète de la papille et diminution commençante du champ visuel chez des patients qui ne s'en doutent nullement, par le fait que leur acuité visuelle est normale.

Dans le cas qui nous occupe, la maladie existe depuis longtemps à l'état latent, et la diminution de l'acuité visuelle est survenue sans secousse, et surtout sans attaques inflammatoires. C'est ce qui distingue nettement le glaucôme chronique simple du glaucôme chronique irritatif, dont voici maintenant un exemple.

Un homme âgé de 62 ans se présente à la consultation pour un trouble de l'œil gauche. Ce qui frappe en le voyant, c'est la pupille qui est largement dilatée et de coloration verdâtre, c'est l'effacement complet de la chambre antérieure, une insensibilité de la cornée, et une injection prononcée des veines ciliaires antérieures. L'acuité visuelle est disparue pour faire place à une perception qualitative de lumière: le patient distingue les doigts à un pied de son œil. Au dire du malade, l'affection date de cinq semaines, et elle s'est révélée subitement un matin par une rougeur, une sensibilité et une diminution de la vue de ce côté.

La douleur n'a pas été très violente et trouble peu le patient à l'heure actuelle, contraste frappant avec ce qui arrive dans une attaque fraiche de glaucôme aigu. La vue a été immédiatement atteinte, mais non abolie. Aujourd'hui vous voyez persister quelques-uns des symptômes de l'attaque, et parmi ceux-là l'insensibilité de la cornée, son aspect terne, la dilatation de la pupille, le trouble de l'humeur aqueuse et du corps vitré. L'injection veineuse sous conjonctivale est aussi très prononcée et constitue un symptôme d'une grande importance.

Les prodromes sont difficiles à retracer chez ce patient qui n'a pas une intelligence très développée, cependant il avoue avoir remarqué, avant son attaque, des éclipses (*sic*) autour des lumières. L'œil est dur, les troubles de la pupille et du corps vitré laissent cependant voir la papille qui n'est pas excavée. Remarquons en passant que l'excavation se rencontre généralement au cours du glaucôme chronique irritatif, mais dans le cas actuel il s'agit d'une affection récente, et l'excavation n'a pas encore eu le temps de se produire. De nouvelles attaques succédant à celle qui a déjà eu lieu, et laissant après elle des symptômes irritatifs et une tension exagérée, finiront par refouler le nerf optique et rendre cet œil complètement aveugle.

Ce qui caractérise essentiellement le glaucôme irritatif chronique, c'est le développement progressif de la maladie, accompagné d'attaques ou poussées inflammatoires successives généralement peu violentes. Pendant les rémissions, quelques-uns des symptômes persistent, et c'est bien le cas de notre patient. Il a eu, selon toute probabilité, des prodromes qui ont passé inaperçus, et tout à coup une attaque aiguë s'est déclarée qui a laissé persister après sa disparition quelques-uns des symptômes de l'attaque. Il doit y avoir des cas où la ligne de démarcation entre le glaucôme aigu et le glaucôme chronique irritatif n'est pas bien tranchée, c'est dans les cas du genre de celui qui nous occupe en ce moment, où la maladie est encore assez récente pour ne pas s'accompagner d'excavation de la papille. Mais dans le glaucôme aigu, l'attaque est généralement vive, les douleurs violentes et la réaction inflammatoire très prononcée. De plus, après l'attaque, la rémission est généralement complète, la dureté du globe de l'œil diminue, la cornée reprend sa sensibilité, la pupille sa forme et sa mobilité.

La durée de l'attaque aiguë dépasse rarement deux semaines. Ces phénomènes inflammatoires s'apaisent, la vue revient souvent à peu près à son intégrité, sauf une diminution persistante du champ visuel, enfin les douleurs disparaissent. Dans le cas actuel il n'en est rien, il persiste des douleurs au point d'émergence du nerf sus-orbitaire, à la tempe et à la pommette. La vue reste troublée, la pupille dilatée, la cornée insensible; seuls, les symptômes inflammatoires paraissent avoir diminué.

Un troisième cas nous fournit l'exemple d'un glaucôme absolu ayant succédé à une attaque aiguë. C'est une malade âgée de 70 ans, conduite ici en aveugle pour y subir l'opération de la cataracte. Ses yeux ont été atteints, il y a six ou sept ans, d'un affaiblissement subit, qu'on a attribué à l'apparition d'une cataracte, et on a attendu que celle-ci fut mûre pour envoyer la patiente à la ville pour y subir son opération. Remarquez bien l'attitude de la patiente, elle marche la tête haute, semble chercher la lumière, sa figure est empreinte d'une profonde tristesse, c'est une malade qui a dû beaucoup souffrir; ses yeux sont fixes, sans expression, l'œil est terne, la cornée est vitreuse, la pupille dilatée à son maximum est de couleur verdâtre, enfin on dirait que la mort a passé par là. La sclérotique offre une teinte ardoisée très marquée, les arborisations vasculaires au niveau des muscles droits de l'œil sont aussi beaucoup mieux dessinées que dans les cas précédents.

La chambre antérieure est complètement effacée ou plutôt on dirait qu'il y a luxation du cristallin dans la chambre antérieure et que le cristallin touche à la cornée. Le cristallin, quoique vu de très près, paraît cataracté, et plusieurs d'entre vous avez établi ce diagnostic à l'exclusion de tout autre, cependant, à l'ophtalmoscope, on peut encore éclairer suffisamment le fond de l'œil pour distinguer une excavation de la papille. La cornée est insensible au point qu'on y passe le doigt sans déterminer la moindre sensation de malaise. Les yeux sont durs. La malade ne voit plus, elle a perdu son acuité visuelle, son champ visuel et même sa perception lumineuse. En face de la fenêtre, elle ne distingue aucune lueur, la main qui passe devant les yeux ne laisse aucune alternative de lumière et d'obscurité. La malade souffre encore de névralgies continuelles dans la région périorbitaire. Interrogée sur l'histoire de cette affection, elle raconte qu'elle a perdu subitement la vue à la suite d'une vive inflammation l'ayant beaucoup fait souffrir. La vue ne s'est jamais améliorée; au contraire, l'obscurité a toujours été de plus en plus profonde.

En face de ces faits, il est surprenant qu'une erreur de diagnostic ait pu être commise. Quelle a été la cause de cette erreur qui malheureusement est trop fréquente? C'est, vous m'en avez donné la preuve mainte et mainte fois, et cette erreur se répète chaque fois qu'il se succède une nouvelle génération d'élèves, la couleur verdâtre de la pupille et l'injection sous-conjonctivale. Vous confondez facilement cette opacité plutôt apparente que réelle avec l'opacité cristalliniennne, qui est plutôt de couleur jaune ambrée ou grise. Et pour preuve que cette opacité est plutôt apparente que réelle, vous n'avez qu'à projeter la lumière de l'ophtalmoscope dans le champ pupillaire et vous pourrez apercevoir les détails du fond de l'œil et surtout l'excavation de la pupille. Sans doute

cette image n'est pas nette, elle est vue comme à travers un brouillard, mais avec une cataracte quelque peu développée, il est impossible d'obtenir un tel résultat. Le cristallin n'est presque pas opaque, et cependant la plupart d'entre vous avez diagnostiqué, au premier abord, l'existence d'une cataracte sénile. Qu'il ressorte donc bien de ces faits cliniques que le diagnostic de la cataracte, surtout à son début, ne peut être établi d'une manière certaine qu'à l'aide de l'ophtalmoscope et de l'éclairage oblique.

Une autre cause d'erreur, avons-nous dit, c'est l'injection sous-conjonctivale qui fait confondre le glaucôme avec une conjonctivite ou un iritis. Dans ce dernier cas surtout l'erreur serait très préjudiciable au patient, car en prescrivant l'atropine comme on doit le faire dans l'iritis, on augmente le glaucôme rapidement et de manière à le rendre excessivement grave, s'il ne l'est déjà.

L'attaque de glaucôme aigu ne peut avoir de ressemblance avec l'attaque d'iritis que par l'injection sous-conjonctivale et les douleurs périorbitaires; l'état de la pupille en diffère essentiellement, au moins dans l'iritis simple et parenchymateuse; en effet, dans ces deux cas, la pupille est vivement reserrée. Il suffirait, pour lever tout doute, d'éprouver la sensibilité cornéenne et de constater l'état de la tension intra-oculaire. La plus, dans l'iritis, la vision n'est pas atteinte aussi sérieusement, une syphilis latente de 6 à 12 mois en est très souvent la cause, et enfin le glaucôme est précédé de prodromes qui font défaut dans l'iritis.

Ainsi on constate une presbytie à début brusque et à marche rapide. Le malade signale des cercles irisés autour des lumières, des obnubilations passagères de la vue, des douleurs nerveuses occupant le domaine de la 5^{ème} paire, et cela avant que l'inflammation se soit déclarée. Ces prodromes peuvent subsister pendant 6 à 18 mois et même plus. L'attaque aiguë de glaucôme survient généralement la nuit, et le malade constate avec effroi le matin et la congestion vive de son œil et la vision de ce œil notablement altérée ou abolie. Voilà, résumée brièvement, l'histoire d'une malade que l'on a cru atteinte de cataracte, et qui en réalité offre peu de cataracte mais beaucoup de glaucôme.

Dans les trois cas, la nature exacte de la maladie a passé inaperçue, et pour deux d'entre eux pendant plusieurs années. Pendant ce temps, la vue s'est perdue, s'est amoindrie, et pour conserver la vision à ceux d'entre eux qui en ont encore, il faut se hâter d'intervenir. La troisième malade a perdu la vue sans retour, mais on peut encore alléger ses souffrances.

Quelle est donc cette maladie étrange qui semble se passer dans les autres organes et qui exerce une action si funeste sur la vue? On peut la définir en peu de mots: c'est une affection caractérisée par l'augmentation de la tension intra-oculaire et par les conséquences de cette hypertension.

N'y aurait-il que l'augmentation de la tension intra-oculaire pour faire reconnaître la maladie, il faut avouer que ce ne serait pas toujours suffisant au début, surtout dans une forme de glaucôme comme celle décrite sous le nom de glaucôme chronique simple. L'appréciation du degré de tension demande de l'habitude. Pour les cas de glaucôme avéré, rien de plus facile, l'œil offre sous le doigt la sensation d'une bille de marbre; mais pour les faibles degrés il en est autrement, et l'erreur est d'autant plus facile que le médecin a eu moins souvent l'occasion de toucher des yeux. Les instruments de précision appelés tonomètres pourraient peut-être rendre quelque service, mais leur usage est peu répandu.

Il est donc important de bien connaître les effets qu'entraînent l'hypertonie, afin d'arriver plus sûrement à un diagnostic. Mais avant d'aborder cette étude, il est nécessaire de vous exposer brièvement les théories en cours au sujet de la pathogénie de l'augmentation de la tension intra-oculaire.

L'étude de la maladie est dépourvue d'intérêt lorsqu'on ne cherche pas à pénétrer le secret de sa pathogénie. Or, pour arriver là, il est nécessaire d'interroger l'histoire de la médecine, et suivre pas à pas les phases qu'a parcourues cette question, surtout depuis le commencement du siècle. C'est ce que nous étudierons dans une prochaine leçon.

Noma ; Cancerum Oris ;

par S. LACHAPELLE, M.D.

Professeur de la clinique de Pédiatrie à l'hôpital Notre-Dame.

L'on a dit que la statistique était bien menteuse, et qu'elle disait tout; cela ne m'empêche pas de croire que les hommes qui la font peuvent dire vrai et lisent vrai assez souvent. Parmi ces vérités, il y en a qui ne sont pas bien gaies, en voici quelques-unes concernant les enfants :

Les enfants abandonnés, — quand même la charité les ramasse ou les recueille, — meurent presque tous, la charité la plus maternelle ne saurait réchauffer comme les bras de la mère. Et d'une.

Dans les familles princières, sur 1,000 décès, il y en a 57 frappant des enfants de 0 à 5 ans; dans les familles pauvres, au contraire, sur 1,000 décès, il y en a 345 frappant les enfants du même âge. Et de deux.

Dans les classes aristocratiques, les enfants vivent plus longtemps que dans les classes commerçantes, et dans celles-ci plus que dans les classes ouvrières. Et de trois, etc., etc.

La croyance populaire répète tous les jours le contraire de ces données ; c'est le cri triomphant qu'elle pousse bien souvent dans son ignorance, en disant que les enfants dont on a soin meurent plus vite.

Ces chiffres évidemment ont été recueillis ailleurs ; ils n'en sont pas moins vrais pour tout cela, il faut les admettre.

Je les cite comme préambule à une autre vérité hygiénique dont le fait ci-mentionné constitue un exemple terrible, et qui est celle-ci : il y a des maladies qui sont inhérentes à certaines conditions déterminées ; plus que cela, il y a des maladies résultant d'une cachexie spéciale, que j'appellerai la cachexie de la pauvreté et de la misère, non pas que les éléments nécessaires à la vie manquent comme dans les souterrains de Londres, mais parce que l'on ignore que l'air, la lumière, etc., sont les agents essentiels de la santé.

En face d'un mal de ce genre, la nature se révolte d'autant plus que la science est impuissante.

Je ne veux pas parler de la scrofule, du rachitisme, — aussi bien des fruits morbides de la richesse qui abuse que de la pauvreté qui est privée de tout, — de la tuberculose qui trouve son terrain d'éclosion dans l'atmosphère de la combustion étincelante et malsaine des salons et dans les réduits obscurs, — tout cela constitue bien un tableau saisissant, mais qu'est-ce à côté de celui que nous avons sous les yeux ?

Le *noma*, en effet, a un caractère particulier : qui dit *noma* dit la misère physiologique. Ce n'est pas en montant les marches des palais du riche que vous pourrez étudier cette monstruosité morbide, c'est en descendant dans les bagnes, où elle germe sous l'influence de l'humidité, du froid, de l'obscurité et des impuretés atmosphériques.

Cette particularité d'éclosion et de développement ne doit-elle pas exciter l'attention, sinon la sympathie de tous, puisqu'elle comporte avec elle l'idée de la disparition de cette maladie par les moyens à la portée de tous.

Mais nous ne voulons pas faire du lyrisme médical, citons le cas dans toute sa vérité nue et révoltante.

A. B. est âgé de cinq ans ; son apparence physique est celle des plantes dans les caves sans soleil, il y a étiolement, c'est-à-dire diminution des globules rouges, augmentation des globules blancs, modification des principes constituant le sang : albumine, fibrine, etc.

Attint de la rougeole, cette maladie parcourt le cycle ordinaire des fièvres éruptives, et la convalescence s'établit bientôt.

Dès la deuxième semaine, un point noir fait son apparition sur la joue droite, les tissus voisins s'œdémaient rapidement, et aussi rapidement l'ulcération gangréneuse s'élargit, mangeant tout, en profondeur comme en surface, au point que dans le court espace

de cinq semaines, plus des deux tiers du visage est complètement détruit ; il ne reste comme signe de vie que l'œil gauche, à demi éteint, qui ne jette qu'une vacillante clarté dans ces ténèbres envahissantes de la mort. Tout est détruit : peau, tissu cellulaire, fibres musculaires, périoste, tissu osseux, dont de large esquilles se détachent des maxillaires dénudés, et montrent une double rangée de dents allongées, privées qu'elles sont de leurs gencives protectrices, oscillant dans leur alvéole, et tombant si vous les touchez.



Cas de *Noma* du Dr S. LACHAPELLE.

Tel est le cas de gangrène que la photographie a fixé pour toujours dans nos annales médicales et dont je crayonne les points principaux.

Demandé par M. le Dr. Laberge, officier de santé, auprès de ce petit malade, trois jours avant sa mort, le pronostic n'était pas douteux, et l'assistance était inutile.

L'assistance, cependant, lui avait été donnée dans un hôpital de notre ville au commencement de la maladie. Comment expliquer qu'elle ne lui ait pas été continuée plus de trois jours, et que cet

enfant ait été éconduit sitôt de l'hôpital, sortant plus gangrené qu'il n'était à son entrée ?

Complétons ces notes biographiques par quelques notes médicales.

Le *noma* se rencontre dans la convalescence des fièvres éruptives, de la rougeole particulièrement. Néanmoins on le trouve à l'état endémique dans certaines parties de la Hollande, exposées au froid humide et dévorées par la plus grande misère.

Appauvrissement du sang par les causes déjà mentionnées, appauvrissement du sang par la fièvre, c'est-à-dire altération profonde du sang, voilà comment on explique cette étrange maladie.

Elle débute par une ulcération de la muqueuse buccale. L'état général ne semble pas partager la morbidité locale; l'appétit est bien conservé, les troubles de digestion sont rares.

Le noyau central de la joue engorgée, la rapidité de la marche de cette maladie, sont les deux signes caractéristiques différentiels de la stomatite ulcéro-membraneuse.

Le traitement doit être très actif. Dans les cas les plus graves, il ne faudra pas désespérer, attaquer la gangrène par les caustiques, porter secours par le quinquina. C'est là toute la médication, longue si l'on veut, mais souvent couronnée de succès, du *noma*.

De la gastrostomie ;

par O. F. MERCIER, M.D. (Laval).

A Sédillot revient l'honneur d'avoir eu le premier recours à la gastrostomie dans les cas de sténose de l'œsophage. Malheureusement, ses tentatives lui donnèrent tant de déboires que cette opération fut alors complètement abandonnée.

En 1876, un jeune homme se présenta à Verneuil avec un rétrécissement complètement infranchissable de l'œsophage, conséquence de l'ingestion d'acide sulfurique pur. Verneuil pratiqua la gastrostomie, et ce patient, qui était mourant lors de l'opération, sort peu de temps après de l'hôpital en pleine santé. Ce jeune homme, dans la nuit, allait de café en café, où chacun, curieux de le voir boire et manger par sa nouvelle bouche, lui offrait force consommations, tant et tellement qu'il succomba bientôt à l'alcoolisme chronique, une couple d'années après avoir subi cette intervention chirurgicale.

Ce cas fit beaucoup de bruit dans le monde médical, et, enthousiasmé par ce magnifique résultat, on fit de la gastrostomie indistinctement dans tous les cas de sténoses invincibles. Mais on ne tarda pas à s'apercevoir que cette opération était loin d'avoir des

suites toujours aussi heureuses, et suivant qu'il opérât pour rétrécissements cicatriciels ou cancéreux, le chirurgien voyait le succès ou l'insuccès suivre son intervention. De là, deux grandes classes de sténoses : sténoses cicatricielles et sténoses des cancers.

Autant les résultats étaient brillants dans la première classe, autant ils étaient désastreux dans la seconde. En effet, presque toutes les gastrostomies nécessitées pour ces néoplasmes étaient suivies de mort. Petit, sur cent cinquante de ces cas, rapporte cent quarante décès.

En face d'une statistique aussi brillante d'un côté et si décourageante de l'autre, on en vint à la conclusion, de par trop absolue, que dans tous les cas de sténoses cicatricielles, la gastrostomie trouvait son indication, et qu'au contraire, il ne fallait jamais y recourir pour obvier aux rétrécissements cancéreux.

Il y a quelque temps, M. Nicaise, revenant sur ce sujet à la *Société de chirurgie*, s'efforça de démontrer qu'on ne doit pas admettre complètement cette donnée; de si mauvais résultats seraient dus à ce que généralement on opère sur des malades *in extremis*. Pourquoi, dit-il, le cancer de l'œsophage ne bénéficierait-il pas de la gastrostomie, comme le fait celui du rectum, de l'anus artificiel? En effet, continue-t-il, si le cancer du rectum est arrêté dans sa marche à la suite de la création de l'anus iliaque, c'est qu'elle supprime l'irritation causée par le heurt continu du bol fécal sur la surface de ce néoplasme; or pourquoi n'en serait-il pas ainsi pour le cancer de l'œsophage, dont le funeste processus serait enrayé par la suppression du contact irritatif provenant du bol alimentaire?

M. Paul Reclus exprimait la même opinion il y a quelques jours à l'hôpital Broussais, ajoutant que quatre gastrostomies faites par lui dans des cas de cancers œsophagiens tendent bien à prouver que si on n'attend pas que la maladie soit trop avancée, on a grande chance de réussite, sinon complète, du moins pouvant prolonger pour un certain temps la vie du patient.

Le premier de ces malades fut opéré à l'hôpital Tenon. C'était un homme mourant. La cocaïne fut l'agent d'anesthésie et l'opération terminée en neuf minutes. Le lendemain en lui faisant boire du champagne par son nouvel orifice stomacal, il succomba tout à coup. A l'autopsie, on s'aperçoit que l'œsophage et la trachée étaient rongés par le cancer, et que le champagne, en tombant dans ses poumons par ce conduit pathologique, a causé par asphyxie cette mort si prompte. Cet échec, comme on le voit, ne peut être imputé à l'opération, et n'eût-on rien fait que le malade serait mort quand même à courte échéance; d'un autre côté, une intervention plus hâtive eût certainement donné plus de chances de succès.

Les trois autres patients furent opérés à l'hôpital Broussais.

Le premier, complication assez rare chez les cancéreux (Ver-

neuil), était tuberculeux ; en même temps que le néoplasme rongeaient son œsophage, les bacilles de Koch travaillaient à l'épuisement du malade. Guéri parfaitement bien de son opération, il mourut six mois après, d'une complication effroyable. Les poussées que ce pauvre malade donnait à son estomac chaque fois qu'il toussait, en chassaient les liquides alimentaires et le suc gastrique qui, bientôt, quoique l'on fit, digéra petit à petit la paroi abdominale environnant sa bouche artificielle. Affaibli par cette large ulcération, dont rien ne pouvait arrêter la marche progressive, et par cette perte continuelle de suc gastrique et de peptones, en même temps que miné par sa phthisie, il finit par succomber.

Le troisième malade, venant des Batignolles, se présente à Broussais avec un rétrécissement de l'œsophage infranchissable depuis huit jours. Malgré son long jeûne, le patient n'était pas trop épuisé, et son cancer, qui ne datait que depuis six mois, lui avait laissé une bonne somme de résistance.

L'opération fut suivie d'un plein succès, et tout dernièrement, ce patient vint se montrer à l'hôpital. Il y avait bien deux ans qu'il avait été opéré, ayant été le sujet d'une des premières opérations pratiquées par mon cher maître M. Reclus à l'hôpital Broussais. Malgré ce long espace de temps écoulé depuis cette si heureuse intervention, non seulement il était bien portant, mais il avait même engraisé de plusieurs kilos.

Enfin, le quatrième malade s'est présenté à l'hôpital vers le milieu de décembre, étant déjà cachectique et dans un état assez avancé pour donner très peu d'espérance de succès, et de plus ancien tuberculeux.

Laissez-moi décrire ici le manuel opératoire qu'employa M. Reclus pour cette opération, procédé dont d'ailleurs la chirurgie lui sera en partie redevable. L'opération, à laquelle je servais d'aide, se fit à la cocaïne, et six centigrammes furent injectés, tant dans la trame serrée du derme que plus profondément à l'intérieur des tissus. L'incision fut faite à la partie externe, et non pas à la partie moyenne comme le veut M. Terrier. La région médiane n'offre qu'un avantage, au point de vue de la facilité du manuel opératoire, vu la faible épaisseur de la paroi abdominale en cet endroit. Mais cet avantage n'en est pas un quant au résultat définitif, plus favorable pour cette raison même du volume de la paroi. En effet, l'épaisseur des téguments forme une fistule longue, étroite que le suc gastrique parcourt moins facilement.

Sédillot s'était d'ailleurs servi de ce procédé et conseillait de diviser transversalement le muscle grand droit à deux travers de doigt des fausses côtes, et d'arriver dans la cavité à l'aide d'une incision cruciale, l'estomac, disait-il, se trouvant, à l'état de vacuité, enfoncé au-dessous et en arrière du diaphragme, caché et recouvert par le lobe gauche du foie, le colon transverse qui remonte jusqu'au diaphragme, une portion du grand épiploon et le rebord supérieur de la rate.

La méthode de Labbé, qu'a suivie mon excellent maître, consiste à aller trouver l'estomac en faisant son incision oblique de dedans en dehors, dans un petit espace triangulaire dont la base regarde en bas et correspond à la grande courbure de l'estomac, et dont les bords sont formés, à droite par le lobe gauche du foie, et à gauche par le rebord des fausses côtes, espace que l'on reconnaît à une légère dépression que l'on rencontre en suivant de bas en haut avec le doigt le rebord des fausses côtes.

Le professeur Farabeuf nous dit dans son manuel de chirurgie opératoire que le difficile est de trouver exactement le rebord tranchant du foie, car on n'a qu'à introduire la main dessous pour trouver immédiatement et infailliblement l'estomac.

M. Reclus, avant de donner le coup de bistouri, insistait beaucoup sur la certitude de ces données, et l'opération vint bien en prouver l'exactitude.

Ayant fait dans le tissu dermique de cette région deux injections de cocaïne de 2 centigrammes chaque, et une autre de la même quantité dans la profondeur des tissus sous-jacents (solution à 2 0/70) il fit son incision oblique de dedans en dehors et de haut en bas, parallèlement au bord de la 12^{ème} côte, incision qui, grâce à la cocaïnisation de la partie, ne produisit pas la moindre douleur. Ayant sectionné le tissu cellulaire sous-dermique et les muscles, il fit l'hémostase complète de tous les vaisseaux avant d'ouvrir le péritoine; il saisit alors ce dernier avec des pinces à disséquer et l'ouvrit avec des ciseaux mousses.

Apercevant alors le bord du foie, il saisit sans hésitation l'estomac logé tout à fait en arrière de cet organe, et tout à fait diminué de volume, ne doutant pas un instant qu'il tenait bien la paroi stomacale tant il était certain des rapports dont Farabeuf a si bien démontré l'exactitude. L'ayant attiré à l'extérieur, avant de l'ouvrir, M. Reclus l'unit à la plaie par trois rangées de sutures superposées de dedans en dehors, contrairement à ce qu'on avait fait avant lui, alors que l'on n'en faisait qu'un seul rang. Dans un premier rang il sutura l'estomac avec le péritoine, au second temps avec les muscles, et enfin avec la peau, rétrécissant l'orifice de manière à laisser un long trajet étroit, de la grosseur environ d'une plume de corbeau. La paroi stomacale ainsi fixée est alors sectionnée, et une sonde molle en caoutchouc rouge, un numéro 12 de la filière Charrière y est introduit.

Ce procédé a non seulement l'avantage de produire un long et étroit trajet, résultat que donne d'ailleurs la méthode de Labbé, mais d'avoir un conduit tapissé de la paroi stomacale, disposition qui en prévient la digestion et oblige le suc gastrique à parcourir une bien plus longue distance avant de pouvoir atteindre des tissus que son action nocive peut entamer.

Le malade, qui avait été cocaïnisé, put supporter sans trop souffrir les quelques douleurs produites, non pas par la section et les points, mais par les tiraillements inévitables faits sur le péri-

toine et l'estomac. Il est aussi à remarquer que toute la séance fut accompagnée des précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

Malheureusement, cette opération qui avait été si habilement conduite ne produisit pas les effets qu'on aurait dû en attendre. Le lendemain, le patient était beaucoup mieux sous l'effet de cette nutrition artificielle, et il en fut de même pendant huit ou dix jours. Sa plaie guérit parfaitement bien par première intention, et en prenant plus de nourriture par son œsophage, le passage des aliments n'y entretenant plus l'inflammation interne qui siégeait dans les tissus envahis par les cellules néoplasiques, son rétrécissement se relâcha peu à peu suffisamment pour lui permettre après quelques jours l'ingestion naturelle d'aliments liquides. Mais la phtisie suivait son cours, et la toux continuelle que rien ne pouvait faire cesser fit survenir la complication dont j'ai déjà parlé. Il mourut environ quinze jours après l'opération. L'autopsie, cependant, nous montra que les bacilles de Koch seuls l'avaient tué.

Ces deux cas compliqués de tuberculose tendent bien à prouver qu'on ne doit jamais opérer sur des phtisiques.

M. Reclus regarde la toux comme une des principales contre-indications de la gastrostomie, car, dit-il, presque invariablement, dans ces cas, le suc gastrique poussé au dehors par les efforts que fait le malade, s'écoule sur la plaie dont il arrête la cicatrisation et qu'il ulcère, petit à petit, sans qu'on puisse rien faire qui soit capable d'entraver son action digestive. En effet, dans ces deux cas, tout fut employé, et pour le contenir et pour le neutraliser, (pansements au bicarbonate de soude sur la plaie), mais toujours sans le moindre succès.

Enfin, je le répète, ces observations prouvent bien aussi que cette intervention chirurgicale, tout en les respectant, améliore beaucoup le cancer de l'œsophage, ou tout au moins lui fait cesser son fatal processus. Dans l'un de ces cas, le cancer cesse complètement sa marche pendant plus de deux ans, permettant même au malade de revenir quelque peu à la santé; dans un autre, l'on voit la vie du patient se prolonger pendant six mois, puis être emportée par une complication tardive, et, enfin, dans le dernier, l'amélioration au bout de quelques jours commençait déjà à se faire voir.

Ainsi donc, je dirai, et ce sera là ma conclusion; dans les cas de sténoses cicatricielles, opérez toujours et vous obtiendrez un succès parfait, dans les cas de sténoses cancéreuses, opérez à bonne heure et n'attendez pas pour agir que votre patient soit à la dernière extrémité, et enfin n'opérez jamais chez les tousseux, qu'ils souffrent de tuberculose pulmonaire ou de simple bronchite, mais avant, guérissez leur toux, si c'est possible, et vous verrez alors votre patient bénéficier des immenses avantages qu'offre une gastrostomie faite en temps opportun et selon toutes les règles actuelles de l'art chirurgical.

Paris, 20 janvier 1891.

Notes d'Obstétrique et de Gynécologie.

Recueillies par R. CHEVIER, M.D. (Laval.)

Chez une femme albuminurique, un régime lacté absolu qui aura duré six jours ou plus écarte toute menace d'accidents éclamptiques. — Prof. TARNIER.

* * *

Dans les bassins rétrécis où l'accouchement prématuré semble de prime abord indiqué, le palper mensurateur peut fournir des renseignements précieux et régler l'heure plus ou moins tardive de l'intervention. Tant que les diamètres de la tête fœtale, appréciés par le palper abdominal, n'excèdent pas ceux du bassin touché, il est inutile de provoquer l'accouchement, et on laisse aux seules forces de la nature le soin de l'expulsion, sauf à l'aider toutefois par une application de forceps. — Prof. PINARD.

* * *

Chez une primipare, quand, dans les derniers quinze jours de la grossesse, on trouve une tête encore au détroit supérieur, il faut penser à un promontoire accessible ou à un fœtus hydrocéphale. — Prof. BUDIN.

* * *

Les cautérisations au perchlorure de fer ou au nitrate d'argent appliquées sur le col d'une femme enceinte dans le but d'arrêter le développement de granulations et l'hémorrhagie qu'elles occasionnent très souvent, peuvent provoquer une fausse couche. Aussi faut-il en être sobre et n'y avoir recours qu'en dernière nécessité. — Prof. TARNIER.

* * *

Dans les bassins rachitiques, la tête qui n'est pas engagée est neuf fois sur dix inclinée sur son pariétal postérieur, et l'on sent la suture sagittale fort rapprochée du pubis. — Prof. TARNIER.

* * *

Chez une femme enceinte—près du terme—qui présente un ventre en besace, si la tête est engagée, on a affaire à une variété transversale. O. I. G. T., ou O. I. D. T. — Prof. PINARD.

* * *

Dans les cas de lésions anciennes de la trompe et de l'ovaire, dont la période aiguë est terminée depuis assez longtemps, mais

qui ont laissé derrière elles un empâtement plus ou moins considérable, la dilatation progressive et suivie de curettage aura très souvent raison des troubles que ces lésions engendrent. Certains cas de salpingites chroniques exigeront que l'on répète jusqu'à trois fois cette opération, bénigne d'ailleurs. Si ces tentatives échouent, le chirurgien sera pleinement autorisé de procéder à la castration.—Dr. A. DOLÉRIS.

* * *

Une douleur aiguë durant le coït ou la défécation sont deux signes pathognomoniques du prolapsus d'un ou des deux ovaires que le toucher nous fera d'ailleurs constater dans le cul-de-sac de Douglas.—Prof. Pozzi.

* * *

Le signe le plus constant d'une salpingite est une menstruation irrégulière, profuse et douloureuse.—Dr. A. DOLÉRIS.

* * *

Dans les laparotomies pour grossesse extra-utérine, le pansement de la poche kystique se fait avec une poudre inoffensive, dans les proportions suivantes :

| | |
|------------------------|------------|
| Acide salicylique..... | 1 partie. |
| Tannin | 3 parties. |

Dans le traitement d'un pédicule extra-péritonéal dans l'opération de l'hystérectomie, l'on se trouvera mieux de la composition suivante :

| | |
|----------------|------------|
| Iodoforme..... | 1 partie. |
| Tannin..... | 5 parties. |

Dr BOUILLY.

* * *

Les caustiques superficiels, comme le nitrate d'argent et autres, ne guérissent pas les érosions du col. Il y a toujours récurrence, car on ne détruit pas l'épithélium cylindrique qui percera bientôt cette mince couche d'épithélium stratifié, et la lésion sera reconstituée, plus tenace et plus étendue.—Dr A. DOLÉRIS.

* * *

Dans l'opération d'Alexander, pour obtenir du succès il faut avoir soin de disséquer très loin le ligament rond, le détacher entièrement de sa gaine et opérer un raccourcissement mesurant en moyenne huit centimètres, souvent davantage. On ne résèque pas l'extrémité libre du ligament, qui garde encore toute sa vitalité et qui aide à la solidité de la cicatrice.—Dr A. DOLÉRIS.

* * *

Dans le curettage, la chloroformisation peut être supprimée en employant une solution de muriate de cocaïne de 10 à 20 p. c. On l'applique au moyen d'un tampon qu'on introduit dans la cavité préalablement dilatée. Les points douloureux de l'endométrium, reconnus à l'avance, demandent une attention particulière. Jamais on n'a vu de symptômes d'intoxication suivre l'emploi de cette méthode.

Malgré les avantages de ce procédé qui permet au chirurgien d'agir seul, je crois que la pusillanimité des malades empêchera toujours de l'ériger en méthode exclusive.

* * *

Les colposcèles simples ou doublés de cystocèles ou de rectocèles doivent être traités sans retard, car négligés ils peuvent entraîner des prolapsus utérins qui nécessiteraient une intervention plus grave. L'absence d'un des principaux supports de l'organe féminin amène fatalement la distension progressive des ligaments utéro-sacrés et des ligaments antérieurs, et de là une série d'accidents ultérieurs pouvant aboutir à une rétroflexion, mais le plus ordinairement à un prolapsus plus ou moins complet.

* * *

Dans les opérations plastiques sur le col de l'utérus, pour métrite et les symptômes divers qui l'accompagnent ordinairement, tels qu'hypertrophie et leucorrhée, etc., c'est la muqueuse surtout qu'il importe d'enlever. Le tissu hypertrophié ne joue qu'un rôle secondaire. La lésion siège toute dans les glandes, et les glandes sont comprises dans la muqueuse. Enlevez cette dernière et l'inflammation disparaîtra et avec elle l'hypertrophie, les fleurs blanches, etc. *Sublata causa, tollitur effectus.*

* * *

Il peut y avoir certaines atrésies relatives, consécutives aux opérations de Schroeder ou d'Emmet sur le col. Elles ont surtout lieu quand l'opérateur a eu affaire à un tissu fortement rétractile. Après l'opération, il faut se mettre en garde contre les douleurs apparaissant à l'époque des menstrues et pouvant coïncider avec une rétention d'une quantité plus ou moins grande de sécrétions — douleurs qu'on serait tenté de rattacher à des poussées inflammatoires des annexes.

Paris, 10 janvier 1891.

Pressez toutes choses, a-t-on dit, et un gémissement en sortira. En effet les confidences, que nous recevons, sont des portes par lesquelles la joie passe à pas précipités et le chagrin à pas lents : Par conséquent, il faut être armé de commisération ! — Si notre front a des rides, notre cœur ne doit pas en avoir. — Dr GRELLERY.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT D'IBERVILLE ET DES COMTÉS VOISINS.

Séance du 15 janvier 1891,

Présidence de M. Arsène GODIN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

En quelques mots bien appropriés, M. le président fait l'éloge de feu Louis Théodore Marceau, de Napierville, "dont la carrière brillante et remplie des plus belles espérances pour l'avenir vient d'être brusquement interrompue par une mort prématurée. Le défunt était un des membres les plus zélés et les plus honorables de notre Association, dont il était le vice-président."

M. CHEVALIER, d'Iberville, propose, appuyé par M. N. A. HÉBERT, de St-Valentin :

1o—Que c'est avec le plus profond regret que les membres de cette Société Médicale ont appris la mort de leur collègue et Vice-Président, feu Louis Théodore Marceau, décédé à Napierville le 11 décembre 1890, et dont les talents, les hautes connaissances et le caractère intègre et honorable en faisaient un des membres les plus distingués et estimés de la profession médicale et en particulier de notre Association.

2o—Que les membres de cette Société s'empressent de saisir la première occasion qui leur est offerte pour témoigner à la famille du regretté défunt l'expression de leurs sincères condoléances pour le malheur qui l'a frappée dans cette mort prématurée ;

3o—Que copie des présentes résolutions soit adressée à l'épouse et à la famille du défunt.—Adopté unanimement.

On procède ensuite aux élections pour l'année 1891, avec les résultats suivants : M. CHEVALIER, Président ; THÉODORE PHÉNIX, Vice-Président ; N. A. HÉBERT, Secrétaire ; M. BROUSSEAU, Trésorier. Comité de régie : MM. ROUHETTE, GODREAU et TAUPIER.

Pied-bot.

M. CHEVALIER, d'Iberville, présente une note très intéressante sur un cas de pied-bot (*talipes varus*) qu'il a opéré, il y a deux mois, sur une petite fille, 15 jours après sa naissance. L'opérateur

fit, avec les précautions antiseptiques de rigueur, la section sous-cutanée du tendon d'Achille et du fascia plantaire; il mit le membre dans un bandage en plâtre qu'il laissa en place pendant trente-deux jours. Les parents de l'enfant étaient fort inquiets du résultat de l'opération, ne pouvant constater *de visu* comment les choses se passaient. Cependant, les trente-deux jours écoulés, le chirurgien enleva le bandage; le pied était dans une position normale et continue depuis à se maintenir dans cette position.

Cette communication donne lieu à une discussion très animée, quelques-uns des membres présents se prononçant en faveur de l'opération à bonne heure, suivie de l'application d'appareils redresseurs: bottes en acier, bottes à ressort, bandages plâtrés, etc., tandis que les autres parlent en faveur de la temporisation. "Donnons, à la nature, disent-ils, le temps d'accomplir son œuvre de réparation, autant que faire se peut. Le médecin, *minister interpretis naturae*, doit l'aider par les manipulations, le massage, les appareils redresseurs, bandages plâtrés ou autres, sans pratiquer la ténotomie, qui ne doit être qu'un moyen en dernier ressort."

M. le PRÉSIDENT, en résumant le débat, se prononce contre l'opération à bonne heure, dans tous les cas. Il y a, dit-il, d'importantes distinctions à faire. Et ici, M. le président cite à l'appui de son opinion une observation personnelle où l'enfant, affligé de pied-bot double des plus sérieux, a pu voir, après deux ans, ses membres prendre une position normale sans opération. "Pourquoi, dit-il, faire courir le risque à l'enfant d'avoir peut-être une déviation plus grande que celle qu'il a maintenant? Pourquoi l'exposer à conserver toute sa vie une gêne dans ses mouvements par les adhérences qui peuvent survenir entre l'extrémité des tendons réséqués et les aponévroses ou les muscles voisins. Après avoir pratiqué les manipulations et le massage pendant un temps suffisant, cinq ou six mois par exemple, si alors le redressement n'a pas lieu, l'opération a sa raison d'être. A l'Hôtel-Dieu de Paris, Kirmisson, qui fait une spécialité du redressement des pieds, ne pratique presque jamais la ténotomie chez les tout jeunes enfants lorsque la correction à l'aide du massage peut être obtenue séance tenante, et si la mère peut continuer ces manœuvres."

MM. GUÉRIN, de Napierville, LACERTE, de N.-D. de Stanbridge et MOREAU, de St-Jean, sont priés de faire les frais de la prochaine réunion, qui aura lieu vers le 15 avril.

Des remerciements sont votés aux officiers sortant de charge, ainsi qu'à M. le maire et à MM. les conseillers de la ville de Saint-Jean pour la libéralité avec laquelle ils ont bien voulu mettre à la disposition de la Société médicale la salle de leurs délibérations.

Et la séance est levée.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Enteroptose et rein flottant, par Dr L. GREFFIER.— L'existence de la lésion connue sous le nom de *rein flottant* est connue depuis longtemps, puisque c'est à Roger (1841) qu'on en doit la première description d'ensemble. Depuis cette époque, les travaux sur ce point se sont multipliés. Mais depuis quelques années, cette histoire est entrée dans une phase absolument nouvelle, et qui nous a paru nécessiter une revue rapide.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici l'histoire du rein flottant. Les symptômes sont connus ainsi que les procédés d'exploration par lesquels on peut reconnaître le déplacement du rein.

Ce qui doit seulement nous arrêter, ce sont l'*étiologie* et le *traitement*, points sur lesquels on a énormément varié d'opinion dans ces derniers temps.

Si, en effet, nous nous reportons à une époque peu éloignée (1883), nous trouvons dans les travaux classiques les opinions suivantes :

M. Lancereaux, dans une clinique où il résume parfaitement l'état de la question, l'expose en ces termes :

“ La maladie, dit il, ne se montre pas chez l'homme. Il est facile d'en induire que son apparition est liée aux fonctions genitales de la femme et, si l'on considère que toutes les malades présentent des troubles menstruels ou ont eu des accidents de parturition, cette hypothèse devient une certitude. Pourtant, c'est une tout autre ordre de causes qui a été invoqué, car le plus souvent on a cru à un déplacement purement mécanique.

“ L'agent de ce déplacement, selon les auteurs, est variable. Les uns ont incriminé le corset; d'autres, comme Bartels, une courroie dont font usage les femmes de son pays..... D'autres auteurs croient que la luxation survient après un amaigrissement rapide. Mais c'est prendre l'effet pour la cause..... Becquet a tenté une autre explication. Chez une malade chloroanémique, il a constaté que, à chaque époque menstruelle, le rein droit se gonflait, devenait douloureux, et qu'au bout d'un certain temps, il avait fini par se déplacer. De là, il conclut que le rein flottant pourrait avoir son origine dans un désordre des fonctions menstruelles de la femme.”

M. Lancereaux est assez disposé à se rallier à cette opinion :

Les relations entre le rein et l'ovaire, dit-il, sont incontestables. Mais en outre, je vous ferai remarquer que, chez la plupart des malades que j'ai soignées, il n'existait pas seulement un trouble fonctionnel comme chez celles de Becquet, mais une lésion matérielle des organes génitaux que j'ai été à même de constater une fois sur le cadavre. Alors, il y a des raisons de croire que les lésions matérielles ont été la cause et le point de départ d'un trouble de l'innervation rénale ayant peu à peu contribué au déplacement de l'organe urinaire. J'admets donc une cause nerveuse. Mais comment les choses se passent-elles? Pourquoi est-ce le rein droit et non pas le rein gauche qui devient mobile? Je ne puis le dire. Il y aurait lieu de rechercher si les relations du plexus rénal et du plexus ovarique sont les mêmes des deux côtés ou s'il existe quelque autre particularité anatomique capable de rendre compte du siège constant de l'ectopie rénale spontanée à droite.

Les choses en étaient là et l'étiologie du rein flottant restait des plus obscures, lorsque Glénard vint en donner une théorie qui rallia immédiatement de nombreux adhérents.

En somme, il s'agissait toujours de la théorie mécanique. Mais le déplacement de l'organe n'était pas isolé; il était amené par un déplacement de la masse intestinale toute entière par l'*entéroptose*. Cet abaissement général de l'intestin se produit d'ailleurs lui-même sous des influences très diverses; et la cause pourrait en être dans toutes les maladies qui augmentent la capacité du ventre et permettent ainsi au mésentère de s'abaisser. Glénard plaçait le point de départ de ce déplacement dans la flexion du côlon droit. Il expliquait ainsi pourquoi c'était toujours le rein droit qui était déplacé.

Cette opinion fut admise par Ewald et un assez grand nombre d'auteurs; d'autres l'acceptent, mais avec quelques restrictions.

Le professeur Virchow, s'occupant particulièrement du point de vue anatomo-pathologique, pense que la majeure partie des déplacements constatés dans l'*entéroptose* dépend de l'abaissement des organes. Cependant le contraire n'est pas absolument exceptionnel: les intestins sont alors remontés, et le coude intestinal se loge juste au-dessus du diaphragme. Ces transpositions viscérales par suite des flexions intestinales et des altérations de position de l'organe doivent nécessairement produire un trouble dans les mouvements de la masse intestinale. Sur le cadavre, on rencontre fréquemment des accumulations de matières fécales. Virchow a surtout constaté des déplacements du gros intestin qui de l'ombilic descendait jusque dans le petit bas-in en formant un V. En même temps on considérait des adhérences considérables des intestins entre eux, avec tiraillements des diverses parties. Il est beaucoup plus difficile de fixer

Le rapport qui existe entre cette péritonite partielle et le déplacement viscéral : la péritonite pourrait être primitive ou secondaire.

Landau déclare que l'ensemble de symptômes qui constitue l'entéroptose se rencontre dans un si grand nombre de cas que l'on serait vraiment reconnaissant à celui qui donnerait à cette affection une base anatomo-pathologique. Glénard croit avoir trouvé que l'entéroptose a son point de départ dans la fluxion du côlon droit. Ewald pense que c'est le côlon transverse qui s'abaisse et, par tiraillement sur l'estomac, produit l'ensemble des symptômes. Mais en somme il n'y a pas de preuves certaines jusqu'à ce jour que l'entéroptose soit une maladie ayant une existence propre. Car on connaît un grand nombre de conditions qui produisent secondairement, non seulement l'entéroptose, mais encore la néphroptose et l'hépatoptose. Landau a cessé depuis longtemps de faire le diagnostic de rein et de foie mobile, considérant ces maladies comme un phénomène important dans une affection générale. La cause en est en somme dans toutes les maladies qui augmentent la capacité absolue ou relative du ventre et permettent au mésentère de s'abaisser : d'où l'apparition de ces troubles dans les grosses hernies, dans les maladies qui amènent un amaigrissement rapide. Chez un grand nombre de scarlatineux et de typhiques, on constate facilement que le foie, le rein et le côlon transverse sont déplacés et il en est de même pour beaucoup de maladies chroniques. Les affections chroniques de l'estomac, la stagnation des matières fécales peuvent être soit cause, soit effet de l'entéroptose. On peut la rencontrer dans les cas d'abdomen pendant, à la suite des laparotomies ou des ponctions répétées pour cause d'ascite. Mais l'entéroptose n'est pas une maladie ayant une existence propre. Par suite, il est nécessaire d'en reconnaître l'étiologie pour fixer le traitement.—[A suivre.]

Hémorragies intestinales et gastriques dans les cas d'altérations hépatiques.—M. DEBOVE a observé deux cas d'hémorragies profuses gastro-intestinales, et en a retrouvé dans les auteurs. Ces hémorragies précèdent souvent l'ascite, et se montrent surtout dans la cirrhose du foie, ce qui peut faire croire à un cancer ou à un ulcère simple de l'estomac. Après avoir réfuté les explications données jusqu'à ce jour, M. Debove estime que ces accidents peuvent s'expliquer par l'hypothèse d'une congestion de la veine porte. Les ruptures vasculaires se font au début de la maladie, alors qu'il n'y a encore ni anémie ni ascite. A l'autopsie, on ne constate pas de lésions, les capillaires rompus étant très nombreux et très petits.—*Praticien.*

Régime des gens constipés.—ANDREW CLARK donne les conseils suivants aux gens constipés :

1o Au lever ou au coucher boire à petits coups et lentement 125 à 250 grammes d'eau, froide ou chaude ;

2o Au lever, lotions froides ou tièdes avec une éponge, suivies d'une friction générale ;

3 Vêtements chauds et amples ; éviter de se serrer la taille ;

4o Surveiller l'alimentation ; éviter les épices, les salaisons, les conserves, les gâteaux, les pâtisseries, le fromage, les fruits secs, les noix, le thé trop fort ;

5o Marcher une demi-heure ou une heure au moins deux fois par jour ;

6o Éviter de s'asseoir ou de travailler longtemps dans une position qui comprime ou resserre le ventre ;

7o Solliciter chaque jour l'action des intestins, après le déjeuner, être patient dans cette sollicitation. Si elle reste sans succès le premier jour, recommencer tous les jours une fois à la même heure. Le quatrième jour, recourir à un adjuvant. Le meilleur et le plus simple est un lavement composé de parties égales d'eau et d'huile d'olive.

Si par l'usage de ces divers moyens, on ne peut réussir à obtenir une selle tous les jours ou tous les deux jours, il faut recourir à des moyens artificiels. Le but est de contraindre ou de persuader l'intestin d'agir d'une façon naturelle par la production d'une selle modérée et plus ou moins solide. Le matin, au réveil, on essayera du massage de l'abdomen, de droite à gauche, le long du côlon, et on prendra une cuillerée à dessert de bonne huile d'olive au principal repas.—*Praticien.*

Tuberculose du foie. (1)—Il semble néanmoins que le tableau synthétique des formes de la tuberculose hépatique proposé par Hanot et Gilbert doivent être, au moins provisoirement, adopté.

Dans une première catégorie ces auteurs placent les formes latentes qui sont certainement nombreuses. On conçoit, en effet, que l'affection passe inaperçue, en cas, soit de lésions peu avancées au cours de la phthisie chronique, soit d'infiltration miliaire dans la tuberculose aiguë à manifestations diffuses.

Les second et troisième groupes, formes aiguës ou subaiguës, comprenant toutes les variétés de cirrhoses graisseuses, dont la émiologie est aujourd'hui bien connue. Nous n'avons rien à ajouter en ce qui les concerne à la description que nous en avons tracée dans l'article cité ci-dessus.

Restent les formes chroniques : dégénérescence ou infiltrations graisseuses, cirrhose tuberculeuse. Pour ce qui est du foie gras tuberculeux, rappelons seulement qu'il se caractérise par l'hypertrophie lisse de l'organe, la présence de l'urobiline dans les urines (Hayem) et des troubles digestifs variés.

Quant à la cirrhose tuberculeuse, elle présente une physiono-

(1) Suite. Voir dernière livraison.

mie clinique analogue dans ses grandes lignes à celles de la cirrhose atrophique vulgaire, et le diagnostic différentiel de ces deux affections présente le plus souvent de réelles difficultés. Sans doute l'absence d'antécédents ou de signes d'alcoolisme d'un côté, les résultats de l'examen des poumons de l'autre, ont une valeur au moins relative; mais en dehors de ces données, ces deux états morbides ne semblent se distinguer l'un de l'autre que par des nuances au point de vue clinique. Ce qui caractérise surtout la cirrhose tuberculeuse, c'est la précocité et l'abondance de l'ascite qui nécessite des ponctions répétées. Tandis que dans la sclérose alcoolique elle n'apparaît qu'à une période avancée, alors que d'ordinaire le foie est sensiblement atrophié, dans l'affection tuberculeuse, au contraire, on la constate dès le début, alors que la glande a conservé ses dimensions normales ou même est hypertrophiée. Il peut arriver que, le foie conservant son volume physiologique, l'ascite soit seule à révéler la lésion hépatique. Certains faits de soi-disant péritonite tuberculeuse à forme ascitique doivent peut-être être rangés sous cette rubrique. Il est bon de savoir, d'ailleurs, que pour certains auteurs comme Wagner l'infiltration tuberculeuse du foie peut à elle seule, le péritoine restant indemne, déterminer la production de l'ascite.

Autres caractères différentiels de moindre importance : dans la cirrhose tuberculeuse la pression de l'hypochondre droit éveille d'habitude une certaine douleur ; d'autre part, les urines sont peu chargées d'urates et médiocrement colorées et, corollaire naturel, le facies est plutôt cachectique que subictérique.

De même que l'épanchement péritonéal est plus précoce dans la cirrhose tuberculeuse, de même toutes les manifestations de cachexie s'y produisent de meilleure heure. Si parfois, dans le cas où l'ascite est le seul signe de lésion hépatique, l'évolution morbide est lente, d'ordinaire, au contraire, la cachexie est rapidement progressive, sans ces rémissions qu'une thérapeutique et une hygiène appropriées amènent si souvent dans la cirrhose vulgaire; aussi l'insuccès complet de la médication peut-il dans une certaine mesure servir de criterium, à la condition toutefois que les troubles de la nutrition ne puissent être mis sur le compte d'une tuberculose pulmonaire à marche rapide.

Mais pour peu que les lésions thoraciques soient assez avancées, il est difficile de déterminer ce qui dans les manifestations cachectiques relève de la lésion hépatique ; c'est dire que le plus souvent l'indication diagnostique tirée de l'atteinte profonde et rapide de l'état général, offre un caractère très aléatoire. D'ailleurs, à tout prendre, la solution du problème n'a qu'une importance secondaire; car qu'il s'agisse d'une cirrhose simple ou d'une cirrhose tuberculeuse, c'est aux mêmes moyens thérapeutiques et surtout hygiéniques qu'il faut avoir recours, sans du reste conserver trop d'illusions sur leur efficacité.—*Abcille médicale.*

CHIRURGIE.

Diagnostic et traitement des sinus du nez, à l'exception du sinus maxillaire, par le Dr Max SCHÆFFER.—L'auteur, en 1885, a fait connaître le résultat de son expérience clinique sur les suppurations en foyer du nez et sur la méthode de traitement qu'il a employée.

Depuis cette époque, le champ de ses observations s'est agrandi, le nombre de ses cas s'est notablement accru et il peut donner aujourd'hui la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de ces affections encore peu connues, sauf l'empyème du sinus maxillaire, sur lequel de nombreux travaux ont fait complètement la lumière.

Les *symptômes généraux* sont ordinairement les suivants: Dans toutes les affections chroniques du sinus, on trouve sur la muqueuse nasale un pus généralement fétide, épais ou séreux, avec ou sans croûtes. Son écoulement est continu, ou ne se produit que dans certaines positions. Il peut exister en outre une saillie des os du nez avec rougeur et gonflement des parties, de la céphalalgie, diffuse ou localisée, des douleurs térébrantes ou déchirantes, une sensation de grattement, de rongement, parfois du vertige et de l'insomnie.

Dans les affections du *sinus frontal*, la douleur, de la forme la plus variable, occupe presque toujours la racine du nez et la région sus-orbitaire, dans celles du *sinus sphénoïdal*, elle siège au sommet de la tête et s'irradie vers l'occiput et le front, dans celles du *sinus ethmoïdal*, elle prend la joue et la région sous-orbitaire. Elle est unilatérale, bilatérale parfois mais tardivement. Le gonflement apparaît aux mêmes points, que la douleur.

Symptômes objectifs. C'est l'endroit où le pus se dépose qui indique le sinus d'où il provient.

Sinus frontal. La cloison est couverte du pus liquide ou concret en face du cornet moyen. La muqueuse prend à ce niveau la coloration sèche, brillante, de la pharyngite atrophique. On peut trouver ainsi sous la croûte un bourrelet muqueux dirigé d'arrière en avant et en bas. Le pus semble descendre de la voûte entre le cornet moyen et la cloison.

Sinus ethmoïdal. Le pus se trouve entre les cornets moyen et inférieur. En même temps, on rencontre parfois une dilatation osseuse du cornet moyen.

L'auteur ne dit pas que la position du pus est alors la même que dans l'empyème du sinus maxillaire et que l'éclairage par

transparence fait voir la translucidité parfaite de la joue correspondante.

Sinus sphénoïdal. Le pus occupe la voûte du pharynx dans le voisinage de la cloison ; il apparaît dans la moitié correspondante où il forme une croûte entre les cornets supérieur et moyen. L'auteur a vu une fois un gros bourrelet occupant la moitié droite de la voûte et s'étendant jusqu'à la fossette de Rossenmüller. Le stylet montra qu'il était creux et renfermait du pus.

La réapparition du pus après nettoyage complet permet de désigner avec assez de certitude la cavité d'origine. On évite ainsi des sondages inutiles.

Le sondage se pratique avec un stylet de laiton rigide mais flexible, de 2 millimètres d'épaisseur. Le stylet d'argent est de beaucoup trop peu résistant.

Sinus frontal. Après avoir cocaïné, on glisse le stylet parallèlement au dos du nez entre la cloison et le cornet moyen, de bas en haut, directement vers le front. On extrait bientôt un léger fragment, comme de fines lamelles osseuses que l'on brise, avec une résistance variable ; en continuant, on sent que l'on parvient dans une cavité où le stylet se meut librement. Il en résulte un écoulement de sang et souvent de pus de deux à quatre cuillerées à soupe. On retire le stylet, le malade baisse la tête et l'hémorrhagie s'arrête seule.

Si l'affection est ancienne, on est en droit d'admettre une nécrose étendue de l'os et, de fait, on sent aussitôt l'os malade avec le stylet. On introduit alors la longue curette de Schrüffer pour gratter l'os et enlever les granulations toujours existantes. On lave la cavité du sinus avec une solution de sublimé à l'aide d'une canule convenable, on donne une douche d'air, puis avec un tube de verre, on insuffle de l'iodol ou de l'acide borique.

Traitement consécutif. Il a une grande importance. L'ouverture ainsi pratiquée ne doit pas s'obstruer. L'auteur pratique souvent à la suite une cautérisation de la cavité (acide chromique) et, si le pus sort difficilement, il détruit auparavant la muqueuse de la cloison ou du cornet moyen. Le résultat de cette opération est excellent et le sentiment de soulagement fait bien vite oublier la douleur que produit parfois l'opération malgré la cocaïne.

Sinus ethmoïdal. La lésion est plus facile à diagnostiquer, le terrain opératoire est plus étendu et moins caché. On recourra aussitôt à la curette. On la pousse entre les cornets inférieur et moyen en dehors, en arrière et on haut vers la paroi externe du nez, au niveau de l'insertion du cornet moyen. Si l'on suppose une affection du sinus ethmoïdal derrière une dilatation ampullaire du cornet moyen, on passe la curette dans son épaisseur suivant la direction indiquée, et l'on gratte à la fois le cornet moyen et le sinus. S'il le faut, on enlèvera une partie du cornet avec le ciseau et la pince osseuse. C'est le sinus ethmoïdal qui guérit le plus lentement.

Sinus sphénoïdal: on détermine d'abord sur la tige de la curette la distance du sinus frontal à la pointe du nez. L'instrument disparaîtra de 2 à 4 c. de plus, s'il est vraiment entré dans le sinus sphénoïdal. Si l'on introduit un stylet à la fois dans l'un et l'autre sinus, les deux tiges forment entre elles un angle aigu à l'extérieur.

Dans la suppuration de ce sinus, il faut toujours admettre une lésion osseuse; on peut donc s'armer aussitôt de la curette, d'autant qu'il faut se frayer une voie avec l'instrument. La largeur de la cuiller empêche de dévier et de glisser. On la pousse le long de la cloison en dedans et en haut, comme si l'on voulait perforer la cloison, qui serait prolongée jusqu'à la colonne vertébrale. L'os étant malade, on n'a pas besoin d'une grande force pour briser sa paroi antérieure. D'ailleurs, on bute bientôt contre le corps du sphénoïde, ce qui prévient tout accident.

Le pus et le sang s'écoulent plutôt en arrière qu'en avant. Le stylet se meut dans la cavité bien plus librement que dans le sinus frontal. Le malade éprouve dans le premier cas une douleur allant de l'angle de l'œil jusqu'en arrière, dans le second au niveau de la racine du nez et de l'angle interne de l'œil. L'affection est plus longue à guérir que celle du sinus frontal, moins que celle du sinus ethmoïdal.

La nécrose du sinus frontal accompagne souvent celle du sinus ethmoïdal; d'après la situation comparée des cavités, elle est probablement primitive.

Hausberg nous apprend la manière de sonder toutes les cavités accessoires du nez. Mais au point de vue pratique, le sondage n'a certainement pas la valeur du procédé de Schaeffer. Le lavage est insuffisant parce que la nécrose accompagne presque toujours la suppuration. Ensuite la muqueuse tuméfiée empêche la canule de pénétrer: sauf les cas légers, on ne peut procurer un peu de soulagement au malade par la douche d'air. Enfin, Neuman a prouvé par ses expériences que sans autre ouverture on ne peut pratiquer une injection dans les sinus frontal et sphénoïdal. En outre, un point essentiel du traitement est de tenir très large l'orifice d'écoulement du pus, en enlevant les polypes, les bourrelets de muqueuse, de même une partie du corné.

La sécrétion purulente peut persister encore des années, quoique très faible. Mais les souffrances du patient disparaissent après l'opération, qu'il faut parfois répéter, il est vrai.

Depuis la publication de son traité, Schaeffer a observé 25 cas nouveaux pour le *sinus frontal* (14 H., 11 F.). 8 cas (6 H., 2 F.) étaient dus à l'influenza (violentes douleurs frontales, insomnies, etc.)

Chez quelques-uns le stylet ramena du sang, chez deux déjà du pus (le mal datait alors de six à huit semaines). Chez tous, les douleurs disparurent après un sondage et la guérison survint après un court traitement consécutif.

Sur les 25 cas, il y eut 7 améliorations et 18 guérisons.

Sinus ethmoïdal.—Aux 3 mêmes cas, l'auteur en ajoute 19 (9 H., 10 F.) avec 17 guérisons, 1 amélioration, 1 cas encore en traitement.

Sinus sphénoïdal.—3 cas anciens, 7 nouveaux, (3 H., 4 F.). 6 guérisons, 1 résultat inconnu. Toutes les observations sont relatées brièvement, mais assez pour rendre leur lecture instructive.

Cette opération étant peu pratiquée, nous dirons que notre expérience confirme les résultats énoncés par Schaeffer. Sans pouvoir donner une statistique que le petit nombre de nos cas ne permet pas, nous pouvons dire que le grattage est bien supporté, qu'il n'entraîne aucun accident, aucune réaction, aucune hémorrhagie, et qu'il nous a donné une guérison complète chez un étudiant en médecine atteint d'une nécrose du sinus frontal. Chez lui le frottage avec la sonde de Schaeffer ramena des fragments de sinus assez considérables. Chez d'autres le frottage fut négatif, bien que le stylet indiquât une diminution de l'os.

La guérison semble plus rapide quand l'instrument ramène des débris. Les granulations sont souvent très volumineuses. La maladie nous a semblé frapper de préférence le sinus frontal.—*Gazette médicale de Paris.*

De la cystite chez les diabétiques.—Il n'est pas rare, dit M. R. SCHMITZ, de voir survenir, chez les diabétiques, une cystite due à la fermentation et à la décomposition de l'urine sucrée à l'intérieur de la vessie. Cette complication peut revêtir trois formes.

La première, la plus légère ne se traduit par aucun trouble subjectif appréciable, par aucune sensation anormale; mais l'urine qui, dans la majorité des cas, présente une réaction faiblement alcaline, est un peu trouble, contient de l'épithélium en assez grande abondance, quelques globules de pus, du phosphate de chaux et des bactéries. Si cette cystite n'est pas traitée convenablement, elle augmente d'intensité et passe à la seconde forme ou période.

Dans cette seconde forme, les urines, encore plus troubles, exhalent une odeur désagréable; leur réaction est très faiblement acide ou plus souvent alcaline, et elles contiennent beaucoup d'épithélium, beaucoup de globules de pus, de phosphates ammoniacomagnésiens, du phosphate de chaux et des bactéries. Les malades ont des envies fréquentes d'uriner, ce qui est mis habituellement sur le compte du diabète, c'est-à-dire de la prétendue polyurie, tandis que la véritable cause du phénomène, la cystite, reste ignorée.

La troisième forme, qui survient après la deuxième en l'absence d'un traitement rationnel, est caractérisée par des urines très troubles, fétides, alcalines, ammoniacales avec un dépôt laiteux, très visqueux et contenant beaucoup de mucus, encore plus de pus, une

grande quantité de phosphates ammoniaco-magnésiens, de phosphate de chaux, d'urate d'ammoniaque et d'autres composés ammoniacaux, ainsi que des bactéries. Parfois aussi il y a dégagement de gaz à l'intérieur même de la vessie. On observe dans les cas de ce genre, tous les troubles habituels de la cystite, dont le malade se ressent péniblement. Souvent ce n'est qu'à cette troisième période que la cystite est reconnue et devient alors l'objet d'un traitement approprié, déjà trop tardif et partant impuissant à enrayer complètement le mal.

Mais, si la cystite diabétique est difficile à guérir lorsqu'elle est arrivée à la troisième période, il en est tout autrement pour les deux périodes précédentes, qui cèdent rapidement aux lavages de la vessie avec une solution stérilisée et tiède de salicylate de soude, en même temps que par l'usage interne de cette même substance. Toutefois, ce résultat ne s'obtient qu'à la condition de traiter en même temps le diabète, de supprimer ou, au moins, de diminuer autant que possible la glycosurie par les moyens appropriés, surtout par un régime anti-diabétique continu et sévère. Autrement on aura beau laver la vessie et administrer des médicaments, la cystite persistera quand même et indéfiniment.— *Concours médical.*

Incontinence d'urine chez les enfants, les jeunes filles et les femmes.—Le docteur Marion SIMS, de New-York, a publié dans l'*American Journal of Obstetrics* les résultats obtenus par lui dans le traitement de cette infirmité par la dilatation graduelle de la vessie au moyen de la pression de l'eau. M. Sims attribue l'incontinence à des contractions des parois de la vessie produites par une hypertrophie de la tunique musculaire, et ayant pour conséquence une réduction considérable de la capacité de l'organe. Il se sert ordinairement de la seringue de Davidson et d'un cathéter d'argent. On fait une injection par jour et chaque fois on augmente un peu la quantité du liquide. On cesse quand la vessie peut retenir sans douleur de 8 à 13 onces de liquide, suivant l'âge des sujets. La durée ordinaire du traitement est de deux ou trois mois. L'auteur de cet article a une assez grande expérience de cette méthode, dont il a obtenu les meilleurs résultats dans des cas qui avaient résisté à tous les autres moyens de traitement.

Après la publication de ce travail le docteur Braxton Hicks a élevé dans le même *Journal of Obstetrics* une réclamation de priorité. Il rappelle qu'il publia en 1858 dans le second volume de *The Lancet* un mémoire sous le titre de : *Deux cas d'incontinence d'urine datant de la première enfance guéris par la dilatation mécanique.* Il est satisfait d'apprendre que les observations du docteur Sims confirment tout à fait ses propres idées.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

De la salpingite blennorrhagique, par M. le Dr TERRILLON.—
Le mode de développement de la salpingite blennorrhagique présente d'assez grandes variétés suivant les cas.

Le plus fréquemment, la malade est d'abord atteinte de vaginite blennorrhagique aiguë classique, puis apparaissent quelques phénomènes d'endométrite, et enfin, vers la troisième ou quatrième semaine, des douleurs violentes dans le bas-ventre. A ce moment, la patiente prend le lit, la fièvre s'allume; il y a du ballonnement du ventre, des vomissements, bref une pelvi-péritonite. A l'examen, on trouve les signes d'une salpingite au début. Parfois les phénomènes réactionnels sont beaucoup moins accentués et tout se borne à une douleur plus ou moins localisée dans un des côtés du bas-ventre.

Dans une autre catégorie de faits, les femmes sont atteintes d'une blennorrhagie avec vaginite très légère, puis, après quelque temps, les règles deviennent irrégulières, douloureuses, et, vers la cinquième ou sixième semaine après le début de la blennorrhagie, apparaissent des symptômes bruyants de pelvi-péritonite, qui durent cinq à six jours. Tout rentre alors dans le calme, mais il reste une salpingite.

Dans un dernier ordre de faits, on se trouve en présence de jeunes femmes nouvellement mariées qui ont, soit des phénomènes atténués de pelvi-péritonite, soit des signes de salpingite. A l'examen, on ne trouve aucune trace de blennorrhagie, mais la malade raconte qu'elle a quelques pertes blanches, que son linge présente de larges taches jaunes; et on peut constater que l'orifice du col laisse couler du muco-pus de couleur jaunâtre. Le mari ne présente aucun signe d'infection; mais, si on l'interroge, on apprend qu'il a été atteint, il y a deux ans, trois ans au plus, d'une blennorrhagie dont il ne reste plus de trace, ou bien on constate qu'il y a, le matin, un léger suintement urétral.

M. Terrillon pense qu'il faut rechercher la cause de la salpingite de la femme dans la blennorrhagie ancienne du mari. En effet, il a constaté que le sperme d'individus qui ont été atteints anciennement de blennorrhagie présente une notable quantité de globules de pus, surtout quand il y a de l'épididymite; au moment de l'éjaculation, il a alors une couleur jaune. Ce sperme infecté à virulence atténuée déterminerait une blennorrhagie utérine et tubaire sans avoir de prise sur la muqueuse vaginale.

Ce qu'il y a le plus à remarquer au point de vue anatomique

dans la salpingite blennorrhagique, c'est l'hypertrophie des villosités qui ont l'aspect de petits bourgeons saillants dans la cavité; il y a aussi hypertrophie de la muqueuse. *La cavité contient du muco-pus qui renferme au début le gonocoque; plus tard, il disparaît.* Presque toujours l'orifice péritonéal de la trompe est obturé, d'où la fréquence du pyosalpinx. Si le pus arrive par l'utérus, il donne lieu à un écoulement interminable; dans le cas contraire, la malade est exposée à la rupture. L'ovaire n'est que légèrement atteint.

Dans la forme blennorrhagique de la salpingite, les métrorrhagies et les ménorrhagies sont très abondantes. Mais la vraie caractéristique est dans le mode de début.

Quand la salpingite consiste en un simple catarrhe de la muqueuse, la malade a une infirmité pénible qui guérit au moment de la ménopause. Cependant de graves accidents de péritonite peuvent toujours survenir.

Lorsqu'il se forme du pus et que ce dernier s'enkyste, la rupture est à craindre. Elle se fait, soit dans l'utérus ou le rectum, soit dans le péritoine. L'accident arrive brusquement, sans que rien vienne avertir la malade de son imminence. Quelquefois les symptômes de péritonite suraiguë généralisée apparaissent au début même de la salpingite, alors qu'il n'y a pas de collection purulente, mais le plus habituellement, il ne se produit que de la pelvi-péritonite entraînant la formation de fausses membranes; ces fausses membranes peuvent se rompre, une nouvelle quantité de pus contamine la partie voisine de la séreuse, et ainsi de suite; il peut ainsi survenir de nombreuses poussées dans le petit bassin. Fatalement, la femme atteinte de blennorrhagie tubaire est stérile, car la maladie est presque toujours double.

Pour M. Terrillon, le grattage ne peut que modifier la muqueuse utérine qui est malade en même temps et soulage ainsi la malade; la trompe reste dans le même état. Le traitement médical est symptomatique. Contre la douleur, le repos au lit est excellent. L'irrigation vaginale est encore un bon moyen; la malade étant couchée dans la position de l'examen au spéculum, on injecte dans le vagin une certaine quantité d'eau chaude; dès que la malade accuse une sensation de chaleur trop violente, on arrête l'irrigation en oblitérant l'orifice vulvaire. Après quelques minutes, on laisse écouler le liquide et on recommence. Il doit passer dans le vagin environ 1 litre de liquide dans une heure. Les vésicatoires et les pointes de feu appliqués sur la paroi abdominale produisent aussi de bons effets. Contre la constipation très fréquente, on devra employer les purgatifs répétés, et contre les accidents de pelvipéritonite, le repos absolu, les cataplasmes, les révulsifs et les sangsues.

Les moyens médicaux peuvent améliorer beaucoup l'état de la malade et même procurer l'apparence de la guérison, mais on ne

peut affirmer que la maladie ne reviendra pas, même après un long temps de repos complet.—*Gazette de gynécologie.*

Fibromes utérins.—M. RICHELOT compare entre eux les différents modes de traitement des fibromes utérins. L'électricité n'est applicable qu'à un petit nombre d'entre eux et donne des résultats incertains, parfois mauvais. Son action est surtout décongestive, et on n'observe guère le retrait des tumeurs dont on a tant parlé.

La castration est une méthode qui donne des résultats bien plus certains et rapides. Mais elle est impuissante contre les tumeurs pédiculées, extra-péritonéales ou les petites tumeurs rétro-utérines.

L'hystérectomie est l'opération radicale la plus sûre, mais il faut traiter le pédicule avec des précautions particulières. On a renoncé au pédicule extra-péritonéal, et on réduit le pédicule en appliquant une ligature élastique dans laquelle il faut bien se garder de comprendre la vessie.

M. Richelot a ainsi opéré dix malades avec le meilleur résultat.

M. Bouilly a conservé le pédicule extra-péritonéal, mais il est nécessaire de dessécher le pédicule, ce qui s'obtient par de larges applications de poudre de tannin et d'iodoforme.—*Praticien.*

Règles générales de l'application du forceps.—Dans un article paru dans ce journal il y a quelques mois, nous avons cherché à préciser les indications de l'application de forceps; voyons aujourd'hui quelques-unes des règles générales qu'il faut observer pour appliquer l'instrument lorsqu'existent les conditions requises pour intervenir (orifice dilaté ou dilatable, membranes rompues, etc).

« Une application de forceps, c'est l'enfance de l'art obstétrical, » diront en souriant quelques uns de nos lecteurs rompus à la pratique des accouchements. D'accord; mais alors pourquoi tant de femmes sont-elles apportées dans les services spéciaux, ayant subi en ville 2, 3, 4, 6 (et même plus) applications infructueuses de forceps, alors qu'une seule opération *bien faite* suffit à extraire le fœtus? En voici deux exemples entre mille: Une femme, enceinte pour la neuvième fois, était apportée récemment dans ces conditions à la Maternité Baudelocque; les huit premiers enfants, bien que volumineux, étaient venus spontanément et vivants. Cette fois-ci la sage-femme, voyant que l'accouchement ne se terminait pas, fait appeler un médecin qui fait deux ou trois applications de forceps; un second confrère ne réussit pas mieux, malgré plusieurs tentatives; ces exercices opératoires sont répétés de 4 h. à 8 h. du soir, et la femme est envoyée en piteux état dans le service du Dr Pinard. Or le chef de clinique, notre ami Potocki, put, avec une seule application de forceps, extraire un enfant énorme du poids de 6 kg. 350 et qui était mort; mais les battements du cœur n'a-

vaient pas été entendus avant cette dernière application de forceps.

Je fus mieux servi par les circonstances il y a deux ans, étant appelé en remplacement de Potocki pour pratiquer la craniotomie chez une primipare en travail depuis plus de quarante-huit heures. Deux confrères avaient en vain essayé d'extraire l'enfant ; l'un d'eux avait déclaré—après moult tentatives—qu'il était nécessaire de réduire le volume de la tête fœtale. Il s'agissait d'une présentation du sommet en O. I. D. P. avec une bosse séro-sanguine emplissant presque tout le vagin. L'enfant était vivant, avant de pratiquer la *craniotripsie*, je demandai la permission de tenter encore une application de forceps et j'eus la joie d'extraire assez facilement un volumineux garçon que je pus ranimer et qui vit actuellement.

Si nous avons réussi dans ces deux cas, c'est que nous avons mis en pratique certaines règles que nous avons souvent entendu formuler et appliquer avec succès par le Dr Pinard et que je vais maintenant résumer.

Lorsqu'une application de forceps est décidée, il faut *de toute nécessité faire le diagnostic de la position* et de la variété de position ; Le palper et l'auscultation peuvent rendre ici des services, mais c'est surtout à l'aide du toucher digital que le diagnostic doit être établi ; on se guidera pour cela sur la situation de la fontanelle postérieure et sur la direction de la suture sagittale. Dans quelques cas, cette exploration à l'aide du doigt est rendue impossible par la présence d'une bosse séro-sanguine volumineuse qui masque suture et fontanelles. Il faut alors pratiquer le toucher manuel, c'est-à-dire introduire la main dans les organes génitaux et aller à la recherche d'une oreille ; lorsqu'on l'aura sentie, on pourra établir le diagnostic d'après l'orientation du sillon postérieur de cette oreille. Il est souvent utile, parfois nécessaire, pour faire cette exploration, de donner à la femme du chloroforme : l'anesthésie facilitera en même temps l'opération.

Le diagnostic est fait : il faut avoir présentes à l'esprit certaines règles classiques de l'application du forceps si heureusement résumées par le Dr Pajot : "branche gauche, à gauche, tenue de la main gauche. Tout gauche excepté l'opérateur. Branche droite, tenue de la main droite," puis se rappeler qu'il faut toujours commencer par la branche postérieure.

Dans l'application de forceps, il faut surtout chercher à bien appliquer les cuillers de l'instrument par rapport à la tête du fœtus : pour que la prise soit régulière, la tête doit être saisie suivant le diamètre pré-auriculaire et l'axe de l'instrument être autant que possible parallèle au diamètre occipito-mentonnier, le bord concave des cuillers étant tourné vers l'occiput.

D'après les règles classiques, il est facile de savoir à l'avance comment l'instrument doit être appliqué *par rapport aux diamètres*

du bassin. Prenons pour exemple l'O. I. G. A.; il suffit de faire le raisonnement suivant : la suture sagittale répond au diamètre oblique gauche ; le diamètre pré-auriculaire ou le diamètre bipariétal se trouve suivant le diamètre oblique droit. C'est donc aux deux extrémités de ce diamètre que doivent être appliquées les deux cuillers du forceps ; l'extrémité postérieure de ce diamètre étant à gauche, c'est la branche gauche qu'il faut introduire la première.

Si l'on suit à la lettre ce raisonnement, si l'on applique systématiquement la branche gauche au niveau de l'articulation sacro-iliaque du côté gauche et la branche droite au niveau de l'éminence ilio-pectinée du côté droit, la prise sera classiquement bonne. Le sera-t-elle en réalité ? Souvent non, parce qu'en introduisant la main droite pour placer la cuiller gauche, l'opérateur achève involontairement la rotation de la tête et transforme cette gauche antérieure en occipito-pubienne. Si les deux cuillers sont alors appliquées suivant le diamètre oblique droit, la tête est mal saisie ; elle est saisie suivant un diamètre *oblique* allant de l'apophyse mastoïde à la bosse frontale opposée et non pas suivant un diamètre *transverse*. L'extraction en sera d'autant plus difficile par suite de l'écartement plus considérable des cuillers : les tractions seront plus énergiques et la compression exercée par l'instrument plus dangereuse pour le fœtus.

Dans l'O. I. G. A., les inconvénients de cette manière d'opérer sont peut-être moindres que dans les positions postérieures ou dans les cas où la tête est retenue au détroit supérieur ; une mauvaise prise de la tête fœtale est alors dangereuse parce qu'elle peut rendre l'extraction impossible.

C'est parce que l'accoucheur n'est pas certain de la manière dont il a placés les cuillers, qu'il recommence à plusieurs reprises l'opération ; il espère être plus heureux lors d'une nouvelle tentative ; cette incertitude explique—sans le justifier—le mauvais conseil donné par quelques auteurs de recommencer l'opération par la branche droite, au lieu de la gauche, ou *vice versa* lorsqu'on éprouve des difficultés pour l'articulation de l'instrument ou pour l'extraction du fœtus.

C'est pour obvier à ces inconvénients que l'on rencontre dans nombre d'applications de forceps,—c'est pour rendre le manuel opératoire plus précis, plus mathématique, plus simple—que le Pr Pinard conseille de se laisser guider—pour le placement des cuillers—par la situation de l'oreille postérieure. Lorsqu'on l'aura trouvée, il sera généralement facile de placer sur elle ou mieux un peu en avant d'elle la cuiller du forceps.

Cette recherche de l'oreille ne se fait pas toujours sans difficultés : il importe d'y procéder avec douceur, lenteur et persévérance, il faut parfois introduire la main très profondément, et ce n'est qu'au bout de quelques minutes qu'on arrive à l'atteindre. Il est

utile de s'habituer à ne prendre en main la branche que l'on veut introduire la première que lorsqu'on a l'extrémité des doigts sur l'oreille postérieure; c'est une précaution que j'ai coutume d'exiger des élèves lorsque je leur fais faire des exercices de forceps sur le mannequin. C'est un moyen de les mettre en garde contre la tendance toute naturelle qu'ont les débutants d'introduire tant bien que mal,—mais le plus vite possible—une branche de forceps dans les organes génitaux. On croit ainsi aller plus vite alors qu'en réalité on opère à l'*aveuglette*, s'exposant à mal saisir la tête fœtale et à recommencer l'opération.

Lorsqu'on a trouvé l'oreille postérieure, lorsqu'on s'est guidé sur elle pour appliquer la première branche, le reste de l'opération n'est plus guère qu'un jeu; mais il est indispensable que cette première branche ne bouge pas, qu'elle ne soit déplacée ni par l'aide, ni par l'opérateur, ni par l'opérée. Le rôle de l'aide, chargé de maintenir cette branche en place, est donc des plus importants. Après s'être assuré que cette branche postérieure est bien maintenue, on introduit l'autre main dans les parties génitales et sur cette main-guide—sans s'inquiéter de la situation de l'oreille antérieure,—on introduit la branche antérieure que l'on ramène parallèlement à la branche postérieure par un mouvement de spire. L'articulation des deux branches de forceps se fait alors facilement.

Lorsque le forceps est appliqué et articulé, avant de serrer la vis de pression du forceps Tarnier, il faut s'assurer non seulement que la tête est saisie et *seule saisie*, mais encore qu'elle est *bien saisie, régulièrement prise*. Point n'est besoin pour cette dernière constatation d'introduire profondément la main pour voir si les deux oreilles sont bien au voisinage des fenêtres des deux cuillers: il suffit par le toucher de regarder si la suture sagittale répond bien à l'axe de l'instrument, si elle est à égale distance de la face interne des deux cuillers. Lorsqu'on a acquis cette certitude, on peut exercer des tractions énergiques avec d'autant plus de confiance qu'on ne peut mieux saisir la tête.

Cette manière d'appliquer le forceps est-elle toujours réalisable? Oui, quelle que soit la hauteur de la tête fœtale, quelle que soit son orientation. Elle est utilisée avec avantage lorsque la tête est à la vulve, dans l'excavation ou au niveau du détroit supérieur. D'une manière générale on peut dire que plus la tête est élevée, éloignée de l'orifice de sortie, plus l'application de forceps est difficile et plus elle a besoin d'être faite conformément à ces principes —Dr G. LEPAGE in *Concours médical*.

PÆDIATRIE.

Hystérie infantile à forme convulsive, par Paul SOLLIER.— Il n'y a guère qu'une dizaine d'années que l'hystérie ait été étudiée d'une façon spéciale chez les enfants, et qu'on ait reconnu que ses caractères sont tout à fait comparables, sauf de légères différences de détails, à ceux de l'hystérie des adultes. A part Briquet qui avait affirmé son existence chez l'enfant, on ne commence guère à en trouver des exemples probants que dans les thèses de MM. Paris et Guiraud en 1880; de Casaubon en 1880, de Peugniez en 1885. M. Bourneville en a cité plusieurs cas, ainsi que MM. Legrand du Saulle et Charcot. A l'étranger Schmidt (1880), Seeligmuller, Henoch, Schäfer, Emminghaus, Jacobi en ont cité également des exemples. M. Clopatt, dans un intéressant mémoire (1888) a réuni presque tous les cas connus auxquels il en a ajouté seize nouveaux. Toutes ces observations forment un total de 272 cas, sur lesquels on n'en trouve que 8 où l'hystérie ait débuté avant six ans.

Ces faits de début précoce sont donc encore rares et c'est ce qui nous a engagé à publier l'observation suivante, intéressante d'ailleurs à d'autres points de vue.

Comme *antécédents héréditaires*, on note: père tuberculeux, faible d'intelligence. Mère, débilité mentale. Tante paternelle, hystérique à grandes attaques. Deux sœurs sont mortes, une de méningite, une autre de mal de Pott.

Comme *antécédents personnels*, on n'en peut relever aucun. Pas de convulsions dans l'enfance. Aucune maladie jusqu'à ce jour. A noter seulement le surmenage physique de la mère pendant sa grossesse.

Actuellement, c'est une petite fille de cinq ans et demi, bien constituée physiquement et très intelligente pour son âge. Le *début* de sa maladie a eu lieu en décembre 1889. Elle aurait eu peur d'une grosse souris qui avait traversé la chambre, et qui détermina chez elle un tremblement généralisé qui dura plus d'une heure. Le lendemain, elle présentait un ictère émotif généralisé assez intense qui dura trois jours.

A partir de ce moment, le sommeil qui était très bon jusqu'alors devint agité. L'enfant se réveillait en sursaut, et était prise de terreurs nocturnes. L'appétit diminuait, mais il n'y avait pas de modifications du caractère.

Le 15 avril 1890, elle présenta sa première attaque; et depuis cette époque jusqu'en juin où je la vois, les attaques se renouvellent

en augmentant de fréquence et de durée. Presque tous les jours deux ou trois fois il survient des attaques qui durent deux heures à deux heures et demie.

Elles se reproduisent à heure fixe, particulièrement le soir à 7 heures et l'après-midi à deux heures. L'enfant sent la crise venir et avertit. Elle a une sensation de boule qui part du côté droit du ventre, remonte au cou et arrivée là redescend et remonte. Elle jette alors des cris perçants, répétant les mêmes mots pendant toute la crise. Les quatre membres et le cou se raidissent de temps en temps, puis elle retombe dans la résolution, fait l'arc de cercle. Elle n'a ni grands mouvements cloniques, ni attitudes passionnelles. Elle agit sa tête à droite et à gauche et la rejette en arrière. Elle n'a pas de morsure à la langue, pas de miction involontaire, pas d'oubli consécutif, ni hébétude ni sommeil après l'attaque.

La sensibilité au tact et à la douleur ont diminué sur toute la surface du corps; mais manifestement plus à gauche. Légère anesthésie pharyngée. Elle représente le stigmatisme irien de Féréz (iris droit plus foncé que le gauche)

Vu le jeune âge de la malade, il est bien difficile d'apprécier le degré d'acuité auditive et l'étendue du champ visuel.

Elle est sujette à des maux de tête fréquents. Elle présente en outre des points douloureux, presque capables de déterminer l'attaque, d'une part entre les deux épaules, et d'autre part dans la région ovarienne droite dont la pression détermine une légère suffocation.

Les réflexes rotuliens sont exagérés; les réflexes plantaires presque abolis, surtout à gauche.

On l'a successivement traitée pour une méningite à cause de ses cris pendant ses attaques, pour un mal de Pott et un rhumatisme à cause de son point interscapulaire. Inutile de dire que, placée dans une famille peu intelligente qui, par les préoccupations qu'elle laissait paraître à l'enfant à l'heure ordinaire de ses crises les lui suggérerait positivement, et par l'exagération des soins qu'elle lui prodiguait pendant l'attaque la lui entretenait, la petite malade avait de plus en plus de crises.

Après examen de l'enfant, je conseiliai la seule chose qu'on ne veut jamais faire dans les familles: l'isolement absolu de l'enfant qui était devenue une manière de petit phénomène dans sa famille et le voisinage et le comprenait parfaitement. Malgré mon conseil, on attendit encore. Mais les crises se renouvelant d'une part, l'état général de l'enfant prouvant d'autre part aux parents qu'on n'était pas en présence d'une affection cérébrale grave et même mortelle, comme on le leur avait dit, on s'y décida enfin et l'enfant fut envoyée à l'hôpital Rothschild, à Berck. Au bout de quinze jours, les crises avaient disparu et un mois plus tard j'appris que l'enfant était revenue chez elle guérie.

Comme on voit, les caractères ordinaires de la grande hystérie étaient parfaitement nets. On sait aussi que les enfants et particulièrement les petites filles présentent beaucoup plus fréquemment la forme convulsive que les formes non convulsives de l'hystérie. Notre petite malade vient confirmer cette assertion. Parmi les phénomènes autres que l'attaque qu'elle présentait il est intéressant de noter l'ovaralgie à un âge où l'ovaire est si peu développé, où il ne fonctionne pas encore. Cette ovarite siégeait du côté opposé à l'hémianesthésie, à droite, ce qui est conforme à ce qu'on a dit (Pougniez) qu'elle n'affectait pas la même prédilection pour le côté de l'hémianesthésie que chez les adultes.

Je tiens à faire remarquer aussi combien des cas de ce genre peuvent dérouter un observateur non prévenu. Les douleurs de tête, les crises convulsives avaient fait porter d'abord le diagnostic de méningite. Puis à cause des points hystérogènes on avait traité l'enfant tantôt pour un mal de Pott, tantôt pour du rhumatisme. Dans ces différents cas on avait naturellement porté un pronostic très grave. Aussi, la famille ne se décida-t-elle à se séparer de l'enfant, comme je le lui conseillais, que devant la persistance des accidents et le bon état général de la petite malade dans leur intervalle qui éloignait l'idée d'une affection grave. Le traitement du reste vint confirmer rapidement le diagnostic et le pronostic formulés. M. Charcot est le premier qui ait montré l'influence véritablement surprenante de l'isolement dans le traitement de l'hystérie et particulièrement chez les enfants. Plus tôt il est appliqué, plus rapidement les accidents cessent. Le cas présent en est un nouvel exemple, après bien d'autres d'ailleurs, et montre qu'au lieu d'attendre, comme on le fait malheureusement trop souvent, que l'hystérie s'enracine chez l'enfant, il faut au contraire traiter le plus tôt possible le petit malade loin de sa famille, qui constitue pour lui le plus mauvais milieu pour le soigner et le guérir.—
France médicale.

Du tremblement hystérique chez les enfants.—M. PERRET publie un cas de tremblement hystérique survenu chez une fillette de onze ans.

L'étude du tremblement hystérique a été négligée jusque dans ces dernières années; c'est ainsi que les auteurs de la première moitié du siècle se bornent à en faire une simple mention, témoin Briquet dans son *Traité* bien connu de l'hystérie.

Rendu, le premier, comme le fait observer Charcot, chercha à classer et à catégoriser les diverses variétés de tremblement hystérique dans une des séances de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1839. Il distingue surtout deux variétés principales: la forme de paralysie agitante et la forme de sclérose en plaques.

Pitres publie en 1839 une série de leçons sur le tremblement hystérique dont il distingue trois classes principales: (A) trem-

blements trépidatoires; (B) tremblements vibratoires; (C) tremblements intentionnels.

Charcot, de son côté, revient sur la question dans ses leçons de la Salpêtrière publiées cette année; il adopte une nouvelle classification dont il serait trop long de donner ici l'énumération.

En réalité, les exemples en sont peu nombreux, et en particulier chez les enfants, point de vue spécialement visé par M. Perret, on ne trouve aucune mention de cet épiphénomène de l'hystérie.

Les thèses récentes sur l'hystérie infantile de Cloppats (1884), de Peugnier (1885), quoique fort complètes, n'y font aucune allusion, et les ouvrages classiques de Picot et d'Espine, d'Henoch, de Baginski, sont muets sur la question. C'est ce qui a engagé l'auteur à communiquer l'observation dont il a été témoin et qui a été recueillie à la clinique des maladies des enfants.

Il s'agit d'une fillette de 11 ans, la nommée Marie C..., entrée à la salle Saint Ferdinand dans le courant d'août 1890. Pas d'antécédents héréditaires névropathiques bien déterminés. Elle a eu en décembre 1889 une grippe de moyenne intensité, et c'est peu de temps après, à la suite d'une vive frayeur (l'enfant faillit recevoir un sac de charbon sur la tête) qu'on vit apparaître un tremblement assez marqué pour empêcher la petite malade de se servir de ses mains.

À son entrée dans le service, on trouve dans sa physionomie, dans sa façon de s'exprimer, dans sa manière d'être, le cachet habituel de l'hystérie. Il existe chez elle des modifications très appréciables de la sensibilité générale, de l'ovarite, des zones hystérogènes, au niveau de la tête, des seins, des clavicules, de la colonne vertébrale. Du côté de la sensibilité spéciale, l'examen de la vision montre un rétrécissement concentrique du champ visuel et de la polyopie.

Il existe aussi des modifications de la motilité, caractérisées par de l'exagération des réflexes tendineux, un certain degré de contracture des membres supérieurs. Enfin, on constate chez elle un tremblement des plus nets, tremblement qui prédomine aux membres supérieurs, mais se rencontre aussi dans une certaine mesure aux membres inférieurs. Il s'observe au repos, s'accuse quand on fait placer les bras dans la position horizontale et l'extension, et enfin s'exagère notablement dans le mouvement intentionnel que fait la malade pour porter un verre jusqu'à ses lèvres. Les oscillations sont de faible amplitude au repos ou dans l'extension des bras, rappelant un peu le tremblement alcoolique ou celui de la maladie de Graves; mais cette amplitude augmente nettement dans l'acte intentionnel précité au fur et à mesure que Marie C... s'approche du but qu'elle se propose.

Pendant son séjour à l'hôpital, on vit encore survenir chez elle de petits mouvements involontaires dans les membres du côté gauche, rappelant la chorée rythmique. Après deux mois et demi

d'observation à la salle Saint-Ferdinand, le tremblement céda à la médication antispasmodique : valériane, bromure, hydrothérapie.

M. Perret discute la nature du phénomène en question et montre qu'il s'agit d'un tremblement hystérique, non point parce qu'il présente tel ou tel caractère particulier, puisque, comme le dit Charcot, chaque type de tremblement non hystérique à son Sosie en hystérie, mais en s'appuyant sur les considérations suivantes : (a) Il s'est développé ici d'une façon brusque sous l'influence d'une émotion morale, or, c'est le mode habituel du tremblement hystérique ; (b) il existe chez la malade des stigmates incontestables d'hystérie, l'observation le prouve ; c'est d'ordinaire la règle en pareil cas ; (c) enfin, il a disparu au bout d'un certain temps et grâce à la médication antispasmodique, nouvel argument à l'appui de sa nature hystérique.

M. Perret se demande en dernier lieu dans quelle catégorie il faut ranger cet épiphénomène observé chez M. C... S'agit-il, pour s'en tenir à la classification de Pitres, d'un tremblement trépidatoire, vibratoire ou intentionnel ? Il s'agit en réalité ici d'un tremblement mixte, à la fois vibratoire, en raison du peu d'amplitude des oscillations, et intentionnel en outre, puisque tout en existant au repos, il s'accuse notablement à l'occasion d'un mouvement volontaire, tel par exemple que celui de porter un verre à la bouche. — *Tijon médical.*

Tétanie de l'enfance.—M. ESCHERRICH (de Gratz) a observé une véritable épidémie bénigne de tétanie, qui avait cela de particulier qu'elle frappait exclusivement des enfants du premier âge, et l'on sait que certains pédiatres ont nié l'existence de la tétanie chez les très-jeunes enfants.

Dans l'épidémie en question, l'âge des malades variait de 8 à 24 mois. Les enfants n'avaient ni troubles digestifs, ni rachitisme, ni autre affection dont la tétanie put être considérée comme étant symptomatique.

Pendant la période d'état on pouvait constater l'existence du signe de Trouseau, le phénomène facial, l'exagération de l'excitabilité mécanique des muscles, voire, dans deux cas, l'exagération de l'excitabilité électrique des nerfs. Dans une moitié des cas seulement, on constatait, dès le début de la maladie, les contractions caractéristiques des membres. Par contre, dans les trois quarts des cas, les malades ont présenté des accès de spasme laryngé; deux enfants ont succombé à ces accidents de laryngospasme.

Chez les autres, la guérison est survenue au bout de dix à dix-neuf jours; d'abord il y avait cessation des contractions spontanées puis disparition du signe de Trouseau, des crises laryngospasmiques et du signe du facial; enfin retour à l'état normal de l'excitabilité mécanique.

En fait de traitement, on a eu recours à l'administration de l'huile de foie de morue phosphorée, qui n'a eu que très peu d'action. Les bromures ont produit des effets sédatifs. Dans les cas d'asphyxie imminente par laryngospasme, il faut procéder à la trachéotomie ou au tubage.—*Paris médical.*

Traitement de l'eczéma infantile des narines et de la lèvre supérieure. — Ces croûtes eczémateuses sont fréquentes dans les cas de coryza chronique, surtout chez des enfants; M. R. BESNIER les combat par des moyens internes et externes :

[a] *Moyens internes*: Prescrire l'huile de foie de morue à l'intérieur.

[b] *Moyens externes*: 1o. Badigeonner les narines avec l'huile de foie de morue.

2o. Tamponnement des narines avec boulettes d'ouate hydrophile.

3o. Recouvrir la lèvre supérieure d'une feuille de caoutchouc maintenue de chaque côté par deux lacs embrassant l'oreille.—*Revue de clinique et de thérapeutique.*

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

Le simulo contre l'ovaro-salpingite aiguë ou subaiguë— Le *simulo* est le fruit d'un *capparis* de l'Amérique Méridionale (Bolivie, Pérou), dont l'espèce n'a pas encore été déterminée. Ce fruit, en forme de baie de la grosseur d'une olive, renferme une pulpe encore un peu molle et des semences en assez grand nombre. On peut, en le broyant, le transformer en pilules presque sans addition d'aucun excipient; au besoin, on ajoute un peu de miel. Le Dr Poulet, de Plancher-les-Mines, qui publie un travail sur l'emploi de ce médicament, a surtout fait usage de la teinture alcoolique anglaise, au huitième.

En Angleterre, plusieurs praticiens l'ont administré contre l'épilepsie, l'hystérie et d'autres affections nerveuses. Le Dr Poulet en a obtenu de bons effets dans l'ovaro-salpingite qui se manifeste assez fréquemment chez les hystériques, après les époques menstruelles. Il recommande d'en faire usage aussitôt que possible et de l'administrer à la dose de 3 à 4 gr. de teinture par jour.

Ce médicament calme très rapidement la douleur intolérable de la partie tuméfiée et la résolution s'opère en quelques jours. Ces conclusions sont tirées de trois observations favorables.

Pilules de simulo :

Fruits de simulo..... 10 gr.
Excipient..... q. s.

Faites 50 pilules de 20 centigrammes. 6 par jour.

—*Gazette de gynécologie.*

La révulsion.—Clinique de M. le professeur PETER, à l'hôpital Necker. — Je veux vous parler aujourd'hui d'une médication surannée, actuellement quelque peu dédaignée en France et complètement rejetée en Allemagne, la médication révulsive.

Je n'ai cependant pas l'intention de remonter jusqu'à Hippocrate, qui distinguait la révulsion faite au lieu et celle appliquée au voisinage des parties malades. Je n'insisterai pas sur son aphorisme: *Duobus laborant simul abortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum.*

Ce que je veux vous dire, c'est que la révulsion et la dérivation constituent les deux termes d'une médication, qu'avec le professeur Grasset j'appellerai la médication contro-fluxionnaire.

Dans la thérapeutique des maladies aiguës, nous n'avons pas à combattre la lésion, celle-ci est le passé; nous avons à lutter contre l'acte qui est "devenir", et, d'instant en instant, est le présent; si nous n'intervenons pas, l'acte morbide entraînera plus tard une lésion.

Nous ne pouvons rien, contre l'athérome, la sclérose, la dégénérescence graisseuse. Nous pouvons agir contre la fluxion, contre ce qui est le résultat d'une irritation. Toute irritation, tout appel à la sensibilité déterminent un mouvement; c'est ainsi qu'un enfant pincé pousse un cri, mouvement de son larynx. Si je pose un irritant, la farine de moutarde, par exemple, sur l'épiderme, j'ai une sensation de brûlure, et avec cette sensation parallèlement à elle, proportionnellement à elle, apparaît une rougeur. Qu'est-ce que cette rougeur? C'est un mouvement des vaso-dilatateurs qui correspond à la sensation transformée.

La sympathie est la loi de notre organisme; une sensation provoquée par un pincement donne naissance à un cri; c'est là un acte qui a eu lieu par un arc diastaltique et qui est de l'ordre des actes réflexes.

Quand il y a hyperémie à une extrémité de cet arc, il y a anémie à l'autre extrémité; telle est la base scientifique de la médication scientifique, de la médication révulsive. Pour caractériser la fluxion, on ne peut mieux faire que citer l'aphorisme antique, *ubi stimulus, ibi fluxus*; là où il y a un stimulant ou un irritant, se produit un flux ou une fluxion. Cette dernière est l'afflux du sang dans l'organe irrité. Elle entraîne à sa suite une congestion fugitive ou permanente, et l'hyperémie finit par aboutir à l'hyperplasie, à l'inflammation et à la phlogose.

Ce sur quoi nous pouvons agir, c'est sur la fluxion et ses conséquences, c'est-à-dire sur ce qui est le devenir.

Il est probable que c'est la contre-fluxion spontanée qui a donné à des médecins intelligents l'idée de faire une contre-fluxion artificielle. L'érysipèle spontané nous fournit un bon exemple de contre-fluxion naturelle, en ce sens qu'il peut faire disparaître des accidents redoutables. Cette année, à la fin de l'épidémie d'influenza, un homme entra dans nos salles au dernier degré d'une affection cardiaque; la diurèse était très abaissée, les reins ne répondaient plus à la digitale et nous considérions sa situation comme désespérée. A ce moment, il prit un érysipèle de la face avec fièvre et phénomènes généraux, qui s'étendit de proche en proche sur le cuir chevelu et une partie du tronc. Nous regardâmes la mort comme encore plus inévitable et cependant le malade guérit. La diurèse reparut sans digitale, l'ascite disparut, l'œdème diminua et ne fut plus entretenu que par des varices. Le malade guérit donc contre toute attente sans que nous y fussions pour rien. Qu'a donc fait l'érysipèle en ce cas, si ce n'est d'agir comme un révulsif spontané?

Des médecins à l'esprit inductif ont dû vouloir imiter de tels actes, d'où l'idée du vésicatoire qui produit presque un érysipèle, car il provoque une sécrétion séreuse, qui, plus tard, devient facilement purulente. C'est ainsi que l'on a songé à faire la révulsion. Quand on fait cette révulsion par le vésicatoire, il faudrait changer l'aphorisme hippocratique, et dire non pas *vehementior obscurat alterum* mais *debilior minuit alterum*, car on amoindrit l'acte morbide primitif.

Je vous ai dit, messieurs, que quand on fait de la révulsion et de la dérivation, on fait appel aux actes réflexes; il est facile de démontrer par les faits que c'est ainsi que se passent les choses.

Il y a tout le long du rachis un chapelet de ganglions qui appartiennent au grand sympathique. De ces ganglions, qui sont des centres de réflexes, partent des nerfs qui rampent sur les parois des vaisseaux, suivent le trajet de ces vaisseaux et vont jusqu'à leurs dernières extrémités à la périphérie de l'organisme, qui se trouve ainsi pourvue de nerfs sympathiques. Il en est de même pour les cavités crânienne, thoracique, abdominale, et pour les viscères qui y sont contenus. Les méninges, le cerveau, les poumons, le cœur et surtout les vaisseaux de ces organes reçoivent des nerfs qui viennent du sympathique, il en est de même des vaisseaux du rein, de l'utérus, etc. Enfin d'autres nerfs vont encore dans le canal rachidien sur la moelle. Il y a ainsi harmonie préétablie entre le contenant et le contenu.

Supposons une révulsion exercée sur la paroi thoracique; elle va se réfléchir sur le ganglion correspondant et ira ensuite aux poumons ou au cœur. Une action semblable se passera si on agit sur la paroi abdominale au niveau de l'estomac, et alors, en même

temps qu'il y aura hypérémie d'un côté, l'anémie se produira de l'autre.

Tout ceci est démontré par ce qui se passe en clinique. Dans une affection grave du cerveau, on obtient le plus souvent, sinon toujours, de bons effets en plaçant un séton à la nuque; ce qui revient à irriter la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Quel rapport y a-t-il donc entre la nuque et la cavité crânienne qui contient le cerveau malade? C'est que le cerveau est nourri par des divisions de la carotide interne et que ces divisions reçoivent les nerfs des ganglions cervicaux du sympathique placés près de la nuque. En agissant sur cette dernière, on détermine une modification dans les vaso-moteurs du cerveau.

La même chose se passe pour l'utérus atteint de métrite ou dans la typhlite. Quand on met des sangsues sur l'hypogastre, dans les métrite-péritonites puerpérales, l'acte réflexe se produit par l'intermédiaire du plexus hypogastrique, et l'effet est si rapide que des femmes qui souffraient beaucoup voient leurs douleurs disparaître presque aussitôt.

Ces exemples suffisent pour montrer que l'action révulsive exercée au voisinage des parties malades, est rapidement suivie d'un effet salutaire. Je peux, à ce propos, vous citer plusieurs observations qui ont été recueillies dans le service. Les femmes enceintes doivent actuellement nous préoccuper, puisque la dépopulation de la France est à l'ordre du jour. Il n'est, du reste, rien de plus intéressant que la grossesse pendant laquelle un état physiologique confine sans cesse à un état pathologique.

Dans le cours de juillet est entrée, dans le service, une femme qui était enceinte pour la troisième fois et dont la grossesse avait sept mois de date; depuis trente-six heures, elle était en proie à des attaques éclamptiques que le médecin appelé en ville n'avait pas jugé à propos de combattre par la saignée. La femme était cependant une paysanne robuste et forte qui, dans sa première grossesse, avait fait une fausse-couche de trois mois vraisemblablement due à de l'albuminurie sans éclampsie. A sa deuxième grossesse, elle avait eu de l'éclampsie suivie de guérison, parce que son médecin de campagne l'avait saigné. A Paris, le médecin, bien qu'il sût ces faits, refusa de recourir à l'émission sanguine, médication démodée, et se borna à employer sans succès, du reste, des inhalations de chloroforme. La malade étant toujours en proie à des convulsions terribles, on la porta à l'hôpital où l'interne de garde se borna à appliquer quatre sangsues sur le pubis. Dans le service, on la saigna et on retira 500 grammes de sang; au bout d'une heure et demie, bien que les attaques durassent depuis quarante-huit heures, la malade était devenue tranquille et commençait à recouvrer sa connaissance.

Il n'est pas douteux, messieurs, que la saignée, à la fois révulsive et déplétive, avait débarrassé le cerveau, car, s'il est possible

que les attaques épileptiformes s'accompagnent d'anémie au début, la congestion de la face indique certainement qu'il y a de l'hyperémie à la fin, car on ne comprendrait pas que la carotide primitive envoyât par la carotide externe beaucoup de sang au visage turgescant de la femme éclamptique, sans en envoyer autant au cerveau par la carotide interne. Une fois le danger immédiat conjuré, il nous restait à faire autre chose : la malade ne rendait par jour que 500 grammes d'urine contenant 8 grammes d'albumine par litre. Et, à ce propos, messieurs, permettez-moi une parenthèse. (Quand je vous ai dit tout à l'heure que la diurèse était revenue chez un cardiopathe à la suite de l'action d'un érysipèle, cela signifiait que ce cardiopathe était atteint de congestion rénale et que la fluxion érysipélateuse avait défluxionné le rein). La fluxion rénale existait aussi chez notre éclamptique ; aussi avons-nous cherché à la combattre. Pour cela, nous avons appliqué six ventouses scarifiées sur la région lombaire, afin d'agir par un acte réflexe sur le rein, qui laissait filtrer du sérum riche en albumine et pauvre en urée. Deux jours après, nous mîmes des pointes de feu et l'albuminurie diminua en même temps que l'urée augmentait. Nous alternâmes ces révulsifs avec les applications de teinture d'iode et l'administration de dix grammes d'eau-de-vie allemande tous les deux jours pendant une semaine, et la jeune femme, entrée si malade le 28 juillet, sortit guérie le 3 août, après avoir cependant avorté au milieu du mois. Il est intéressant, messieurs, de suivre sur les tableaux que nous avons recueillis, le parallélisme qui existe entre l'emploi des révulsifs, d'une part, la quantité et la composition de l'urine rendue, d'autre part. Le jour de l'entrée, il n'y avait 8 grammes d'albumine par litre ; presque immédiatement, cette quantité tomba à 7 grammes, puis à 6 et 5, 4 ; le 22, il n'y en avait plus que 3 gr. ; le 24, 1 gramme ; et enfin, quand la malade quitta l'hôpital, il n'était possible d'en déceler que des traces impondérables. En même temps que l'albuminurie diminuait le chiffre de l'urée s'élevait.

Si nous nous étions bornés à nous débarrasser de l'éclampsie à l'aide de la saignée, si nous n'avions pas pensé à l'état des reins, la malade aurait pu mourir quelques mois plus tard de néphrite albumineuse ; après la fluxion se serait produite de l'hyperémie congestive, puis de la phlogose et, enfin, de la phlogose destructive.—*Union médical.*—(A suivre).

La goutte ; comment Edison la traite, par M. le Dr G. VARIOT.
—Le célèbre électricien Edison vient de faire une incursion dans le domaine de la médecine ; puisse-t-il, en appliquant son prodigieux esprit d'invention aux difficultés de notre art, obtenir des résultats aussi extraordinaires que ceux par lesquels il s'est déjà illustré dans le monde entier.

Voici, d'après les journaux américains, comment Edison parvient à faire fondre les tophus sous-cutanés chez les gouteux.

Les dépôts tophacés sont essentiellement constitués par des amas d'urate de soude, et l'emploi de la lithine et des sels de lithine, dans la goutte, a surtout pour objet de faire passer l'urate de soude à l'état d'urate de lithine qui est plus soluble et plus facilement éliminé par les urines. Les sels de lithine sont administrés par les voies digestives.

Edison a imaginé de faire pénétrer ce médicament par la peau, à l'aide de *l'endosmose électrique*.

L'endosmose électrique est la propriété qu'ont les courants électriques, en traversant une membrane poreuse interposée entre deux solutions liquides, de transporter, d'un côté à l'autre, la substance dissoute.

Le courant électrique, en d'autres termes, augmente la diffusion osmotique qui a lieu normalement entre deux solutions séparées par une membrane poreuse, et la force de transport du courant se produit toujours dans le même sens, du pôle positif au pôle négatif.

Partant de ce principe, Edison vérifia ces faits sur l'homme en santé. En octobre 1889, il mit en expérience un jeune homme de 20 ans employé dans son laboratoire. Une des mains de cet homme était plongée jusqu'au poignet dans une solution de chlorure de lithium, l'autre main dans une solution de chlorure de sodium.

La solution de chlorure de sodium fut mise en communication avec le pôle négatif d'une batterie, tandis que le pôle positif était en connection avec la solution de lithium.

La force du courant était de quatre milliampères, c'est-à-dire le maximum de ce qui pouvait être supporté. Les séances furent renouvelées chaque jour pendant une semaine; chaque séance durait deux heures. La durée totale de l'expérience fut d'environ onze heures. Pendant ce temps, la sécrétion des reins fut recueillie et examinée avec le plus grand soin. La lithine dans les urines fut recherchée avec le spectroscope, puis dosée.

La quantité totale des urines contenait 55 centigr. de chlorure de lithine, suffisants pour rendre soluble 2 gr. 45 d'acide urique.

La seconde expérience fut faite directement sur un goutteux âgé de 73 ans, un sommelier.

Ce malade était atteint de la goutte depuis dix ans; à l'exception des genoux, toutes les articulations étaient déformées par de larges dépôts tophacés. Le petit doigt de la main gauche mesurait huit centimètres de circonférence; le petit doigt de la droite était encore plus tuméfié. La marche était difficile et la faiblesse grande.

Le traitement fut institué suivant la méthode ci-dessus décrite; la main gauche étant immergée dans une solution de chlorure de lithium du poids spécifique de 1,08, la main droite est plongée dans une solution de chlorure de sodium. Le patient supporta sans difficulté un courant de 20 milliampères. Les séances, d'une durée de quatre heures, furent continuées pendant dix jours consécutifs. Après ce temps, la circonférence des petits doigts ne mesurait plus que 6 centimètres 2.

A partir de ce traitement, les douleurs dans les jointures cessèrent. On fit seulement deux autres séances et néanmoins la tuméfaction des doigts continua de diminuer; on peut évaluer à trois centimètres cubes la quantité d'urate de soude enlevée par ce moyen. L'état général du malade est en outre amélioré.

Edison, d'après ces expériences, se croit autorisé à proposer l'*endosmose électrique* comme traitement de la goutte. Il signale que les solutions trop concentrées de sels de lithine, placées en contact avec la peau, produisent une irritation qui peut aller jusqu'à la vésication. C'est pour cette raison qu'il faut renoncer aux bains généraux de lithine; d'ailleurs le pouvoir absorbant de la peau, dans les conditions ordinaires, est très minime.

Ne peut-on pas espérer que cette méthode de pénétration des substances médicamenteuses, par l'*endosmose électrique*, pourra se généraliser? Tant de remèdes sont difficilement supportés et absorbés par les voies digestives!

Ce sont là des horizons vraiment nouveaux et qui élargissent le champ de l'électrothérapie. Quoi qu'il en soit, il faut savoir gré à Edison de nous avoir dévoilé tous les détails de ses remarquables expériences par ce temps où le mystère règne en maître dans la thérapeutique.—*Gazette médicale de Paris*.

Acide borique en solution concentrée.—L'acide borique n'est guère soluble que dans la proportion de 4 pour 100. La magnésie calcinée augmente la solubilité de l'acide borique, sans qu'il soit possible d'expliquer ce phénomène. On fait bouillir l'acide borique et la magnésie avec l'eau; la quantité de magnésie à ajouter est de 1 gr. 25 pour toute fraction de 10 grammes d'acide dépassant la quantité normale de 40 grammes par litre d'eau. On peut, par cet artifice, obtenir des solutions contenant 12 parties d'acide pour 100 d'eau, et ne cristallisant pas par le refroidissement. On pourrait préparer des solutions plus concentrées, encore, mais cristallisant par le froid.—*Revue des médicaments nouveaux*.

Injections sous-cutanées de caféine dans le traitement des hémorragies puerpérales.—Le Dr. MISRACHI recommande l'emploi des injections de caféine dans les cas d'hémorragie post-partum, lorsqu'il y a intérêt à agir rapidement, surtout lorsque le médecin arrive après que la patiente a déjà eu une hémorragie. Ce traitement peut avoir certains avantages à la campagne, s'il est à rivé au médecin par exemple d'avoir à soigner des cas de maladies infectieuses, ou érysipèle, et qu'il n'a pu procéder à une dé-infection complète de ses mains. Suivant l'auteur, la caféine agit plus rapidement que l'ergot et produit un meilleur résultat que l'éther, bien que ce dernier soit un stimulant plus rapide. La caféine est administrée en solution qui sert aux injections hypodermiques; chaque injection renferme 20 centi-

grammes de caféine et l'on fait trois ou quatre injections de suite, ce qui fait au total 80 centigrammes de caféine. Pour faciliter la dissolution, on emploie du benzoate de soude, les deux substances se dissolvent dans l'eau chaude. En résumé la caféine injectée arrête l'hémorrhagie et agit comme stimulant; en conséquence, l'auteur recommande de porter sur soi des paquets de benzoate de soude et de caféine.—*Paris médical.*

Action du salol sur les reins.—ROBERT a déjà signalé les dangers que présente l'absorption du salol à doses élevées, et il a attribué les accidents qui se produisent à l'acide phénique résultant du dédoublement du salol dans l'économie. Si l'on songe que le salol renferme 40 pour 100 d'acide phénique, on comprend que les reins puissent être défavorablement impressionnés quand la dose de salol ingéré est assez considérable. Avec 6 gr. de salol, par exemple, il se forme environ 2 gr. 40 d'acide phénique, quantité qui dépasse de beaucoup la dose maxima à laquelle cet acide peut être administré.

Hesselbach a confirmé cette opinion par des expériences pratiquées sur les animaux, auxquels il a administré de l'acide salicylique et de l'acide phénique; il a observé que les altérations rénales, qui se produisent dans les cas d'intoxication par le salol, étaient comparables à celles que provoque l'acide phénique; ce ne serait, d'après Hesselbach, qu'avec des doses très élevées de salol que la toxicité de l'acide salicylique entrerait en ligne de compte.

Il résulte de ces faits qu'il y a lieu de suivre le conseil de Robert, dans les cas où l'on prescrirait une dose de salol supérieure à 3 ou 4 gr.; celui-ci recommande d'administrer, concurremment avec le salol, du sulfate de soude, qui forme un sulfo-phénate de soude inoffensif.—*Lyon médical.*

Traitement de la colite glaireuse.—M. BOUVERET rapporte avoir vainement employé, dans le cas de colite glaireuse, les divers lavements préconisés, tels que lavements de bromures, de térébenthine, de nitrate d'argent. De tous les lavements médicamenteux, celui qui a le mieux réussi est un lavement de 400 à 500 grammes d'eau tiède contenant 4 à 6 grammes de chlorate de potasse. Ce lavement doit être pris, la patiente étant au lit, le matin après l'évacuation spontanée ou provoquée des matières assimilées dans le gros intestin; il est gardé le plus longtemps possible, une demi-heure à une heure au moins. On en répète l'usage par série de cinq ou six jours, particulièrement après les crises, quelquefois fébriles et douloureuses, au milieu desquelles sont éliminées les masses glaireuses. M. Bouveret a vu, dans un cas récent, ce traitement prolongé pendant plusieurs mois amener une guérison à peu près complète.—*Journal des sciences médicales de Lille.*

FORMULAIRE

Sciaticque.—*Vanderbilt Clinic.*

| | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| P.—Teinture de colchique..... | |
| “ cimicifuga | |
| “ d'aconit | |
| “ belladone | p. e. ââ $\frac{3}{4}$ minime. |

M.—Pour faire une tablette.

Céphalalgie.—*Vanderbilt Clinic.*

| | |
|-------------------------------------|------------------------|
| P.—Chlorure d'ammonium | $1\frac{1}{2}$ grain. |
| Acétate de morphine | $1\frac{1}{2}$ 10 “ |
| Citrate de caféïne..... | $1\frac{1}{2}$ 20 “ |
| Esprit d'ammoniaque aromatique..... | 1-3 minim. |
| Eau de menthe poivrée..... | $\frac{1}{2}$ drachme. |
| Elixir de guarana | 1 “ |

M. *Dose* : Une cuillerée à thé.

Haleine fétide.

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| P.—Bicarbonate de soude | |
| Saccharine..... | |
| Acide salicylique..... | p. é. ââ 1 drachme. |
| Alcool..... | 6 onces. |

M. *Dose* : Une cuillerée à thé dans un verre d'eau pour rincer la bouche.—*St. Louis Medical and Surgical Journal.*

Tympanite.

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| P.—Naphthol..... | |
| Carbonate de magnésie..... | |
| Charbon de bois pulvérisé..... | p. e. ââ 75 grains. |
| Huile de menthe poivrée..... | 10 gouttes. |

M.—Divisez en 12 poudres ; une au besoin.—*Medical News.*

Laxatif pour les enfants.—*Ferraud.*

| | |
|----------------|-------------------------------|
| P.—Manne..... | 6 drachmes. |
| Magnésie | |
| Soufre..... | ââ p. e. $1\frac{1}{2}$ once. |
| Miel..... | 6 drachmes. |

M.—*Dose* : Une à deux cuillerées à dessert dans une tasse de lait chaud ou de thé faible.—*Revue générale de thérapeutique.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef: Dr H. E. DESROSIERS.

Secrétaire de la Rédaction: - - - Dr M. T. BRENNAN.

MONTREAL, FEVRIER 1891.

BULLETIN.

Le remède de Koch.

Comme nous le disions en terminant notre *Bulletin* de janvier, M. Koch s'est décidé à livrer, en partie du moins, le secret de sa lymphe. (1) Celle-ci est un extrait des cultures pures de tuberculose par la glycérine, ou, si on le préfère, un extrait glycéro-cultures pures et stérilisées de bacilles tuberculeux. C'est exactement, si l'on s'en souvient, ce qu'avait annoncé, le 23 novembre, un collaborateur du *Bulletin médical*, mais à l'exemple de ce même collaborateur, nous pouvons bien dire que, depuis la révélation du mystère, nous ne sommes guère plus avancés qu'avant. En effet, Koch nous laisse ignorer dans quelle proportion exacte la glycérine doit être employée, dans quelle proportion le dissolvant doit être utilisé pour une proportion de culture, quel âge doivent avoir les cultures, c'est-à-dire quelle proportion de toxines elles doivent renfermer, dans quel état doit être la culture avant de faire agir la glycérine, si elle doit être concentrée ou évaporée, à chaud ou à froid, si la glycérine agit sur un résidu ou sur la culture en bloc, etc., etc. Tout cela on ne le dit pas. Même silence relativement aux conditions exactes de la précipitation par l'alcool et à la durée des diverses opérations dont nous venons de parler. De là, grande déception par tout le monde médical, et nombreuses expressions d'un très légitime désappointement.

Voici en quels termes, notre confrère F. de RANSE, de la *Gazette médicale de Paris*, se fait l'écho de ces sentiments :

“ M. Koch vient de finir par où il aurait dû commencer, il s'est enfin décidé à faire connaître l'origine et le mode de préparation

(1) Communication au *Deutsche Medizinische Wochenschrift* du 15 janvier 1891.

de sa lymphe. Quand nous disons *faire connaître*, nous forçons légèrement la note, car les indications que donne le médecin de Berlin paraîtront assez vagues à la plupart des bactériologistes. En tout cas, il n'y avait certainement pas à craindre, avec de semblables indications, ainsi que l'ont avancé M. Koch et le ministre de l'Instruction publique d'Allemagne, pour justifier le secret gardé sur la composition du remède, il n'y avait pas à craindre, disons-nous, que la fabrication de ce remède se fit sur une grande échelle et par des mains plus ou moins inhabiles ou incompetentes. Elle ne pouvait, en effet, et ne peut encore que se circonscrire dans l'intérieur de laboratoires suffisamment pourvus quant au personnel et au matériel, et ces laboratoires, en définitive, ne sont déjà pas si nombreux. Par contre, si la divulgation du remède eût été faite en temps opportun, elle eût épargné à M. Koch une tache dans sa carrière de savant, à l'Allemagne une défaite scientifique dont elle aura quelque peine à se relever, enfin, ce qui importe plus, à bon nombre de malheureux phtisiques une aggravation de leur état ou même une mort anticipée.

“ Ce n'est pas par une conception géniale et par conséquent nouvelle que M. Koch est arrivé à la découverte de la lymphe et de ses applications ; il n'a fait que s'inspirer des idées et suivre les errements de tous les bactériologistes qui, depuis l'impulsion donnée par M. Pasteur et l'École française, poursuivent les recherches relatives à la prophylaxie et à la cure des maladies infectieuses. La préparation de son *extrait glycéro-galactique de cultures pures de bacille* est certes fort intéressante, mais elle constitue un simple procédé, parmi tant d'autres dont s'enrichit chaque jour la technique bactériologique. Sans doute que si cette préparation eût été connue plus tôt, elle ne fût devenue l'objet d'études de contrôle et de perfectionnement. A l'heure actuelle, M. Koch ignore encore la *constitution* de la substance active de sa lymphe ; il ne sait pas davantage la quantité de cette substance active que celle-ci contient. Avec les difficultés et les incertitudes de préparation qu'elle présente, elle ne saurait donc offrir une composition constante ni, par conséquent, le même degré d'activité. Or, cette inégalité de composition et d'activité, pour une substance aussi énergique, en accroît considérablement les dangers dans ses applications à la thérapeutique humaine. A ce point de vue, M. Koch a encouru une grande responsabilité en cédant à la pression du gouvernement prussien, et en portant sur le terrain clinique les produits d'une préparation incertaine et les résultats d'une expérimentation insuffisamment étendue et contrôlée.

“ M. Koch se délivre à lui-même, avec une facilité qui nous surprend un peu, un satisfecit à propos des résultats obtenus jusqu'ici de l'emploi de son remède. “ Des voix isolées seulement, “ dit-il, ont prétendu, non seulement que l'emploi du remède peut “ devenir dangereux dans des cas trop avancés, ce que l'on peut

“ concéder à la rigueur, mais encore qu'il provoque l'éclosion du processus tuberculeux, que, par conséquent, le remède est dangereux de par sa nature. Depuis un mois et demi, à l'hôpital Moabit, chez environ 150 malades affectés des formes les plus variées de la tuberculose, j'ai eu personnellement l'occasion de recueillir de plus amples données qui confirment l'action curative et l'utilisation diagnostique du remède. Je puis dire seulement que tout ce que j'ai vu dans ces derniers temps est en harmonie avec mes précédentes observations, et que je n'ai rien à changer à ce dont j'ai rendu compte antérieurement.” On ne saurait mettre en doute la bonne foi du savant allemand, mais il est permis de penser, si l'on compare les résultats dont il parle à ceux qui ont été constatés en Allemagne, comme dans les autres pays, par les divers observateurs qui ont expérimenté sa méthode, ou qu'une sélection préalable a été faite pour les malades admis à l'hôpital Moabit, ou que M. Koch est tombé dans une série heureuse, comme cela se rencontre parfois en clinique. La communication de M. Virchow fait un vigoureux contre-poids à l'optimisme de son collègue. (1)

“ Sur la foi en l'autorité scientifique de M. Koch, tout en faisant les plus grandes réserves sur la valeur thérapeutique de son remède et sur les résultats déjà annoncés, nous avons été des premiers à en conseiller l'essai avec toute la prudence qu'exige l'emploi d'un médicament inconnu. Aujourd'hui, après la démonstration éclatante des dangers auxquels on peut exposer les malades, et en présence des *desiderata* que, pour M. Koch lui-même, présente la préparation de son remède, nous sommes d'avis qu'il y a lieu de surseoir à toute nouvelle expérimentation clinique sur l'homme. Tant qu'on n'aura pas pu isoler la substance active de ce remède, tant qu'on ne pourra pas tirer rigoureusement les solutions, extraits ou préparations quelconques qui la renferment, tant qu'on ne l'aura pas largement expérimentée, non seulement sur des cobayes, mais sur différentes espèces animales jouissant, soit de la réceptivité, soit de l'immunité à l'égard de la tuberculose, tant que la lumière, en un mot, n'aura pas été faite sur un si grand nombre de points qui restent obscurs, l'essai de l'*extrait glycérimé de cultures pures de bacilles* devra être circonscrit dans l'enceinte des laboratoires, d'où il n'aurait pas dû encore sortir.

“ En attendant, une leçon ou, si l'on aime mieux, une morale se dégage des faits auxquels nous assistons : c'est que, lorsqu'un remède nouveau et secret est proposé, de quelque autorité que jouisse l'inventeur, sous quelque haut et puissant patronage qu'il

(1) Le nombre des cas de mort consécutive aux injections de la lymphe de Koch augmente chaque jour. La *Semaine médicale* publie, dans son dernier numéro, une observation très probante prise dans le service de M. Grasset à Montpellier, et dans laquelle on a vu, par l'influence d'une injection d'un milligramme de lymphe, une tuberculose limitée et apyrétique se transformer en phtisie galopante et se terminer par des hémoptysies ioudroyantes.

s'abrite, on ne doit l'accueillir, en thérapeutique humaine, que lorsque le secret a été dévoilé et que la composition et l'action du remède ont reçu la sanction de la critique expérimentale."

Nous n'avons rien à ajouter à cette éloquente oraison funèbre de la *Kochine*, si ce n'est quelques détails au sujet de la communication de Virchow à laquelle M. de Ranso fait allusion. Dans une note lue à la Société de médecine de Berlin, sur l'action de la *lymphe de Koch* sur les organes internes chez les tuberculeux, Virchow déclare que depuis le début des injections de *lymphe de Koch*, il a pratiqué l'autopsie et examiné les organes de vingt-huit tuberculeux traités par cette méthode.

"Les résultats anatomo-pathologiques obtenus par M. Virchow, dit le *Progrès Médical*, ne diffèrent pas essentiellement de ceux que la clinique avait fournis. Le phénomène le plus marqué est l'hyperhémie aiguë. On retrouve cette congestion au niveau des granulations tuberculeuses du poumon, et la paroi des cavernes présente assez souvent des petits foyers hémorragiques. Cette hyperhémie était excessivement marquée dans un cas de méningite tuberculeuse, provenant de la clinique de M. Hénoc'h. Chez un tuberculeux de trente ans, porteur d'une fistule rectale, la mort fut causée par une hémoptysie provenant d'une ancienne caverne. Des sept injections qu'on avait pratiquées, la dernière avait provoqué la première hémoptysie.

"Il ne s'agit sûrement pas là d'hyperhémie transitoire, mais bien d'un processus inflammatoire avec prolifération active des tissus. Il est facile de s'en assurer par l'examen des bords des ulcérations et des ganglions mésentériques et trachéo-bronchiques. Les ganglions présentent une tuméfaction qui caractérise les inflammations aiguës, et qui est due à la prolifération rapide des cellules de la substance médullaire du ganglion.

"Ces tuméfactions rapides peuvent présenter parfois un caractère de gravité tout spécial, notamment dans la tuberculose laryngée. Dans certains cas, le gonflement peut même prendre l'apparence d'un phlegmon laryngien ou rétro-pharyngien. Peut-on accuser les injections d'être la cause de ce phénomène? Il n'existe, au point de vue anatomo-pathologique, aucun signe différentiel permettant de les distinguer de ce qui se montre parfois spontanément au cours de la tuberculose.

"Parmi les cas de tuberculose pulmonaire dont l'autopsie a été pratiquée, le plus grand nombre présentaient des lésions récentes pulmonaires ou pleurales; on a observé souvent des pleurésies hémorragiques, des épanchements bilatéraux. Quant aux lésions pulmonaires proprement dites, dans cinq cas sur seize on a constaté une hépatisation caséuse récente plus ou moins étendue. Dans un cas, en particulier, où l'on avait suspendu les injections par suite de la constatation clinique du développement d'une pneumonie caséuse, l'hépatisation constatée à l'autopsie était telle que Virchow ne se souvient pas d'avoir vu jamais rien d'analogue.

“ Dans les autres cas, on constate des lésions pneumoniques un peu spéciales, provoquées par les injections. Cette infiltration des alvéoles pulmonaires est aqueuse, trouble; elle rappelle les inflammations plegmoneuses, ce qui la distingue des pneumonies catarrhales que l'on observe chez les tuberculeux non traités par la méthode de Koch. Virchow a constaté aussi sur les sérouses, et en particulier la plèvre, le péricarde et le péritoine, *une éruption de tubercules sous-miliaires dans des conditions qui ne permettent pas d'admettre que ces tubercules soient antérieurs aux injections*. Tous ces tubercules étaient absolument intacts et leur substance n'était nullement mortifiée. Ces éruptions de tubercules récents ont été d'ailleurs constatées cliniquement sur le larynx.

“ D'une manière générale, ces données confirment le fait avancé par Koch, c'est-à-dire la destruction des lésions tuberculeuses; mais cette mortification n'est pas constante. On ne l'observe pas dans les tubercules sous-miliaires, souvent aussi de gros tubercules n'ont pas présenté l'apparence trouble, jaunâtre, qui caractérise les tubercules mortifiés.

“ Les ulcérations avec perforation de l'intestin et des organes respiratoires sont des faits connus, mais assez rares; or, en deux mois, Virchow a observé deux cas d'ulcération avec sphacèle à marche très rapide. Il est certain que le sphacèle peut se produire au niveau de la muqueuse intestinale comme à la surface de la peau, dans le lupus, à la suite des injections de la lymphé de Koch.”

En face des nombreux succès de la méthode dans les cas relativement bénins de tuberculose cutanée ou chirurgicale, en face des accidents multiples et trop souvent mortels développés à la suite de son emploi chez les phthisiques, et même chez les luepeux, nous nous demandons aussi nous s'il y a lieu de continuer à expérimenter de la sorte avec un remède aussi incertain et aussi dangereux. Le nombre de cas où la mort a dû être mise sur le compte des injections est déjà assez élevé, et nous estimons qu'il serait inhumain et cruel d'aller au-delà. Nous admettons l'essai pur et simple, à titre d'expérimentation, de médicaments nouveaux et de nouvelles méthodes de traitement, mais dans des limites strictement convenables et en autant que la vie du malade n'est ni directement, ni indirectement menacée par le remède. Hors de là il n'y a plus de différence entre les pauvres tuberculeux qui encombre les hôpitaux et les cobayes que l'on sacrifie par milliers dans les amphithéâtres et les laboratoires.

“ Il y a au moins vingt-cinq ans, disait tout dernièrement M. le professeur VERNEUIL, que je tonne sans relâche, dans mes cours et dans mon enseignement, contre les *explorations dangereuses ou inutiles en chirurgie*. Or, jamais mieux qu'aujourd'hui l'anathème n'aura été justifié, car je n'hésite pas à proclamer dange-

reuses et inutiles les réactions produites par la kochine. Ces réactions, comme on le sait, sont, l'une locale, l'autre générale. La première est caractérisée anatomiquement par une aggravation notable de l'affection tuberculeuse primitive, avec adjonction de processus morbides nouveaux, et par une extension plus ou moins considérable démontrée péremptoirement par le professeur Virchow. Elle répond cliniquement à ce qu'on désigne par les termes de coup de fouet, éveil, réveil ou propagation de la diathèse, auto-inoculation, généralisation, etc. La seconde n'est autre chose que la création préméditée chez l'homme d'une maladie infectieuse grave, que la moindre imprudence du praticien ou le mauvais état des organes du malade peut facilement rendre mortelle. Or, qui donc, de gaieté de cœur, pourrait se résoudre, sauf en des cas extrêmement rares, à accroître et à étendre une lésion locale, à faire passer une maladie générale de l'état latent à l'état patent? Qui voudrait, par curiosité, réveiller la syphilis, la malaria, l'érysipèle, l'ostéite microbienne? Qui oserait surtout greffer sur la tuberculose, maladie infectieuse à marche lente, à trêves souvent très prolongées, à guérison fort possible, une autre maladie infectieuse à évolution rapide, qui peut tuer en quelques heures (cas de M. le professeur Ziemssen), en quelques jours (cas de mort d'une lupique observé à Stultgard), des sujets ayant devant eux, suivant toute probabilité, de longs jours, sinon même de longues années d'existence?"

A New-York, on a parlé de mettre un frein à la *Kochinomanie* de certains chirurgiens en demandant une *enquête du coroner* dans chaque cas de mort survenue à la suite des injections de lymphé. Dans les cas où la cause de la mort aurait été évidemment due au remède, un verdict d'homicide volontaire serait rendu par le jury. Voilà, à notre avis, un moyen restrictif qui en vaut bien d'autres, et qui, au point de vue humanitaire, fait honneur au sens pratique des fils de l'oncle Sam.

L'action révélatrice de la Kochine.

Etant admis que la lymphé de Koch ne peut rien, pratiquement, comme moyen curatif de la tuberculose, on s'est, en certains lieux, consolé de cette déception thérapeutique en disant que la *kochine* serait au moins très utile comme moyen de diagnostic par son action révélatrice, laquelle s'exerce en provoquant, chez les sujets tuberculeux, une réaction qui, dit Koch, ne se manifeste pas chez les sujets sains. C'est là une suprême illusion à laquelle il faut renoncer aussi, la réaction ne se produisant pas chez tous les tuberculeux, et se manifestant, en revanche, chez des sujets absolument indemnes. En outre, est survenu, comme

nous l'avons dit, nombre d'accidents mortels à la suite des injections.

Dans une leçon clinique de M. le professeur VERNEUIL, à l'Hotel-Dieu de Paris, nous trouvons, ainsi résumées, les conclusions auxquelles en est venu l'illustre chirurgien :

1. L'action révélatrice de la kochine, incertaine, irrégulière, n'a qu'une valeur diagnostique très relative ;

2. Quand elle s'exerce, c'est en aggravant les lésions locales pré-existantes à la manière de diverses maladies infectieuses agissant sur les lieux de moindre résistance ;

3. Cette aggravation, dont l'intensité ne saurait être prévue à l'avance, peut avoir des conséquences funestes et aller jusqu'à la mort inclusivement ;

4. L'action révélatrice, considérée comme moyen d'exploration, ne saurait, en raison des dangers qu'elle entraîne, être conservée quo si elle était indispensable, ce qui n'est point ;

5. Dans l'immense majorité des cas, elle est tout-à-fait inutile pour le diagnostic, qu'on porterait aisément avec les ressources actuelles de l'examen clinique aidé des études bactériologiques ;

6. Dans les cas rares où ces agents d'information étant impuissants, l'action révélatrice pourrait éclairer le diagnostic, il vaudrait mieux s'abstenir, le péril et l'incertitude n'étant pas contrebalancés par les avantages ;

7. Un diagnostic incomplet, en pareille occurrence, vaut mieux pour le malade qu'un diagnostic précis, qui ne fournit à la thérapeutique ni indication nette, ni secours efficace.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

ABBÉ.—Paraneurysms, by Robert ABBÉ, M.D., New-York.
 ABBÉ.—A case of hemiplegic Epilepsy, probably diabetic, simulating Cerebral abscess, by Robert ABBÉ, M.D., New-York.

Transactions of the Medical Society of the State of West Virginia, 23rd Annual Session held at Wheeling, V.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Dans les premiers jours de janvier, les hôtels de Berlin ne renfermaient pas moins de 163,499 phtisiques, *sans compter les femmes et les enfants*, comme disait Rabelais.

M. le Dr. LE SOURD, ancien chirurgien de la marine française, directeur de la *Gazette des hôpitaux*, vient d'être nommé Chevalier de la Légion d'Honneur. Nos très sincères félicitations.

Les *Archives of Gynæcology, Obstetrics and Pediatrics* sont actuellement sous la direction de M. le Dr. Augustin H. Goelet, de New-York, et seront à l'avenir publiées par J. B. Flint & Co., successeurs de Leonard & Co. Nos meilleurs souhaits de succès.

Madame Fogg, veuve d'un riche marchand américain, vient de mourir, laissant par son testament, les legs suivants : \$20,000 au *New-York Hospital*, \$10,000 au *Metropolitan Hospital*, \$55,000 à la *Children's Aid Society*. Un legs important est également fait à l'École des Infirmières de l'hôpital Bellevue. Enfin une somme de \$200,000 est léguée à l'Université Harvard, de Boston, pour la création d'un musée artistique.

Notre excellent confrère, le *Maritime Medical News*, vient de passer à l'état de publication mensuelle, et a, pour l'occasion, revêtu toilette neuve et tout à fait avenante. Rédigé avec autant d'habileté que de talent par les Drs Campbell et Morrow, de Halifax, Daniel et McLaren, de St. Jean, N. B., McLeod, de Charlottetown, et Stewart, de Pictou, le *Maritime Medical News* ne peut que prospérer, et c'est très cordialement que nous lui souhaitons : *Ad multos annos !*

Le conseil municipal de Paris vient d'accorder une subvention de 1.500 francs à la Polyclinique de Paris, une autre de 500 francs à la Société civile de l'École et de l'hôpital dentaires libres de Paris, et enfin une somme de 5,000 francs pour les ambulances urbaines.

Quand le conseil municipal de la ville de Montréal songera-t-il à faire quelque chose pour les hôpitaux qui hébergent, d'un bout de l'année à l'autre, les indigents, les épileptiques et les alcooliques que les agents de la sûreté ramassent tous les jours sur les quais ou dans le ruisseau ? Nos intelligents échevins trouvent sans doute que c'est déjà faire aux hôpitaux une grande charité que de ne les point grever d'impôts. Heureuse innocence !

Necrologie. — A Montpellier, M. le Dr. G. PÉCHOLIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, et bien connu par ses travaux de thérapeutique. — A Paris, M. le Dr. J. G. F. BAILLARGER, médecin-honoraire de la Salpêtrière, ancien président de l'Académie de médecine. — A Bruxelles, M. le Dr WARLOMONT, ancien président de l'Académie de médecine de Belgique, rédacteur-en-chef des *Annales d'oculistique*.
