

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL NOTRE-DAME, MONTRÉAL. — M. LAMARCHE.

De l'hydrocèle.

Messieurs,

Depuis à peu près deux mois nos salles d'hommes et la consultation nous ont fourni dix ou douze cas d'hydrocèle parmi lesquels il s'est rencontré plusieurs variétés assez intéressantes. Nous allons récapituler sommairement cette petite série pour bien graver dans notre mémoire ce qu'elle a pu nous apprendre. Le sujet, si simple et si bien connu qu'il soit, n'en présente pas moins certaines difficultés comme le prouve l'histoire de quelques uns de nos malades.

L'hydrocèle est constitué par une accumulation de liquide dans la tunique vaginale, autour du testicule ou dans les parois du cordon spermatique.

Ce liquide est de couleur jaunâtre, transparent, pèse 1024, est alcalin, et albumineux au point de se solidifier en entier par la chaleur et l'acide nitrique. Mais, comme vous avez pu le constater à la consultation d'avant-hier, le liquide peut être mêlé de sang et plus ou moins fortement coloré en rouge; encore, il peut être brun verdâtre et chargé de cholestérine au point qu'on en voit scintiller les cristaux, ou blanc pâle comme du lait étendu d'eau, couleur due à la présence d'une grande quantité de matières grasses.

La quantité du liquide varie considérablement; la moyenne est de huit à dix onces, mais vous trouverez peu de traités de chirurgie dans lesquels on ne cite le cas de l'historien Gibbon à qui Cline enleva six pintes de liquide disent les uns, sept disent d'autres, en somme, il en est de l'hydrocèle, sous ce rapport, comme de l'ascite, de la pleurésie etc., quantité très variable pouvant varier de quelques gouttes à plusieurs litres.

Les causes de cet épanchement séreux sont nombreuses: traumatismes accidentels, corps flottants, orchite chronique, (hydro-sarcocèle) varicocèle, filiaire de Bancroft, cancer, syphilis, efforts violents etc. etc., toutes causes plus ou moins actives et plus ou

moins problématiques, et en dépit desquelles l'étiologie de l'affection est le plus souvent obscure comme vous avez pu vous en convaincre vous-mêmes de la bouche même des malades que nous avons interrogés. La cause de cette obscurité réside dans le fait que l'hydrocèle idiopathique succède, dans la grande majorité des cas, à une inflammation chronique d'emblée, qu'il est indolore et se développe graduellement, en sorte que l'attention du malade n'est éveillée qu'alors que le testicule a déjà pris un développement notable et que le début de l'affection date déjà de plusieurs semaines. Aussi, à la question posée au malade : " comment cela est-il arrivé ? " obtenez-vous très souvent la réponse : " je n'en sais rien." L'hydrocèle ne saurait être assimilée aux hydropisies, car, comme l'ont fait remarquer Follin et Duplay, lorsqu'elles ne reconnaissent pas pour origine une cause générale dyscrasique, les hydropisies sont presque toujours le résultat d'une irritation locale sub-inflammatoire quoique sans altération profonde de la membrane séreuse. Pour la vaginale, l'influence générale dyscrasique paraît nulle, car il est remarquable de voir souvent, avec une anasarque plus ou moins généralisée et en particulier avec un œdème considérable du scrotum, l'absence d'épanchement dans la tunique testiculaire.

Le malade que je viens d'examiner avec vous et à qui j'ai élevé dix onces de liquide citrin, présentait tous les symptômes caractéristiques de l'hydrocèle vaginale ordinaire.

Théod. C., âgé de 38 ans, journalier, tempérament nerveux sanguin. L'histoire du cas ne révèle aucun traumatisme ni aucune cause pathologique appréciable, aucune affection antérieure ni concomitante des organes génito-urinaires. Il y a quatre mois il se présenta à la consultation pour une hydrocèle dont il disait être affecté depuis quatre ou cinq mois; le liquide fut évacué par la ponction au trocart, le malade refusant de se soumettre au traitement curatif à cause de la perte de temps. Il nous revient aujourd'hui dans le même état où il était il y a quatre mois. La bourse gauche (la plus souvent affectée disent les auteurs présente à peu près le volume des deux poings. La peau est tendue, mais normale du reste, sans apparence de congestion; la tumeur est lisse, pyriforme à base inférieure presque arrondie. Elle est indolore à la pression, excepté au niveau du testicule, rénitente, fluctuante et mate. En mettant le malade dans le décubitus dorsal et en relâchant les muscles de l'abdomen, on constate que la tumeur est irréductible; elle est transparente, ne présentant dans toute son étendue qu'une zone opaque occupée par le testicule, *en bas, en dedans et en arrière*. Le diagnostic est évident : hydrocèle simple de la vaginale, sans épaissement des parois ni mélange de sang. Nous venons d'évacuer par le trocart près de dix onces de liquide citrin, transparent que l'acide nitrique solidifie en coagulant l'albumine qui y est contenue. Le malade, toujours revêtu à

l'injection d'iode nous reviendra d'ici à quatre ou six mois. Voilà bien un cas typique, heureusement ce sont les plus nombreux.

Reprenons à nouveau ces symptômes et voyons-en les variantes :

La tumeur présente à peu près le volume des deux poings. — Malgré la tunique fibreuse qui double en dehors la vaginale et la supporte, celle-ci est susceptible d'une distension énorme puisqu'il n'est pas rare d'y voir s'accumuler plusieurs livres de liquide. Dans ces cas la peau du scrotum ne pouvant suffire à la distension celle de la verge est mise en réquisition, " en sorte que le pénis disparaît et est pour ainsi dire englobé dans la tumeur. L'orifice du prépuce se montre alors sous l'apparence d'une dépression plus ou moins enfoncée de la peau du scrotum qui rappelle la cicatrice ombilicale. " (1)

Elle est lisse — Dans certains cas, assez rares du reste, la vaginale, sous la poussée de son contenu, peut faire hernie à travers la fibreuse qui s'éraïlle, et donner à la tumeur une apparence bosselée qui heureusement ne gêne en rien le diagnostic qu'éclaircit toujours la rénitence, la fluctuation et la transparence.

Elle est pyriforme, ovoïde, presque arrondie; elle s'effile en haut sur le cordon spermatique, mais elle peut être bilobée ou en bissac. La bilobée est due à une distension inégale de la fibreuse qui donne quelquefois à la tumeur la forme d'un sablier. Il ne faut pas confondre cette variété avec l'hydrocèle *en bissac*, qui au lieu de se limiter dans la bourse au dessous de l'anneau inguinal externe, se prolonge dans le canal inguinal et quelquefois jusque dans la fosse iliaque en refoulant le péritoine, formant une tumeur allongée et étranglée par l'anneau inguinal externe; la fluctuation se transmet d'une cavité à l'autre. Dans la station verticale, la tumeur scrotale grossit aux dépens de l'inguinale, tandis que dans le décubitus dorsal c'est le contraire qui a lieu.

Elle est rénitente, fluctuante et mate. — La rénitence et la fluctuation peuvent dans certains cas être obscurcies par la grande quantité du liquide qui donne à la tumeur une dureté considérable, mais un doigt exercé s'y laissera bien rarement tromper. Quant à la matité, elle ne varie jamais.

Elle est irréductible, caractère qui, associé à la matité, est d'un précieux secours pour la distinguer de la hernie; toutefois, il faudra tenir en mémoire qu'elle est réductible *partiellement* par la position et la compression dans l'hydrocèle *en bissac*, et complètement dans la congénitale, mais dans ces deux cas la réduction s'opère *sans gargouillement*.

Elle est transparente. — Pour constater cette transparence on se sert de différents moyens. On place le malade dans une chambre

obscure. D'une main on comprime la peau en arrière et en haut, de façon à la tendre, l'autre main fait abat-jour par son bord ulnaire et le petit doigt sur la face antérieure et l'extrémité inférieure de la tumeur pour masquer la lumière que l'on place de façon à éclairer la face postéro-inférieure et le dos de la main; en regardant le côté opposé à la lumière, on constate une transparence rougeâtre tout à fait analogue à celle qu'on observe dans les espaces inter-digitaux en plaçant la main devant la lumière d'une lampe ou d'un bec de gaz. Ce procédé n'étant pas toujours bien commode, on se contente le plus souvent d'un tube opaque en bois ou en papier, d'un pouce ou deux de diamètre, voire même d'un stéthoscope dont une extrémité est placée sur une des faces de la tumeur, la lumière venant de la face opposée, tandis que le chirurgien regarde par l'autre extrémité.

La transparence fera défaut si le liquide est mêlé de sang (hydro-hématocèle), s'il est chargé de cholestérine, si l'affection étant chronique la vaginale est épaissie et le tissu sous-séreux hypertrophié. Dans les cas de ce genre, il peut même se former des plaques cartilagineuses crétacées, osseuses. Si cette induration se localise, il peut se former des corps étrangers qui, d'abord sous-séreux, se pédiculisent peu à peu et finissent par se détacher et tomber dans le liquide.

Par contre cette transparence peut quelquefois induire en erreur. Le matelot russe du lit no 12 que vous avez examiné avec moi il y a une quinzaine de jours nous en fournit un exemple. Malgré que, faute d'interprète, nous n'ayons pu connaître un seul mot de l'histoire du cas, l'examen nous a suffisamment renseigné pour les besoins du traitement. Le malade, âgé d'une quarantaine d'années, de tempérament lymphatique, mais très fortement constitué, présentait un œdème énorme des bourses sans trace d'aucune lésion organique ni anasarque. Or le cylindre appliqué méthodiquement donnait une transparence rougeâtre analogue à celle de l'hydrocèle, mais pour éviter l'erreur nous n'avons eu qu'à constater l'empatement très marqué des tissus en tout point semblable à celui des membres inférieurs dans l'anasarque. Après avoir pratiqué deux ponctions avec un trocart filiforme, nous avons laissé en place les canules auxquelles nous avons adapté un petit tube en caoutchouc; le lendemain l'œdème avait presque entièrement disparu. Nous avons alors retiré les canules, appliqué une solution de muriate d'ammoniaque et pratiqué une compression douce sur les bourses; six jours après le malade laissait l'hôpital parfaitement guéri.

Ce ne sont pas là toutes les complications de l'hydrocèle, tant s'en faut. Une clinique ne comportant pas tout l'exposé didactique du sujet, je me contenterai de vous rappeler la classification de Carling pour vous permettre de distinguer les différents cas qui nous ont passé sous les yeux.

Hydrocèle	du testicule	{	Vaginale	{	Ordinaire
					Inguinale
					Congénitale
	Du cordon spermatique	{	Enkystée	{	de l'épididyme
					de la tunique albuginée.
Complications de l'	{			{	Hydrocèle vaginale compliqué d'hydrocèle enkystée du testicule.
					Hydrocèle vaginale compliquée d'hydrocèle enkystée du cordon.
					Hydrocèle vaginale compliquée d'hydrocèle diffuse du cordon.
					Oschéohydrocèle
					Hydrocèle enkystée du cordon compliquée de hernie inguinale.
du sac herniaire	{	vraie			
		fausse			

Nous avons eu dernièrement deux cas d'hydrocèle congénitale de la tunique vaginale. Le premier chez un enfant âgé de six semaines, le second de deux mois. Vous savez que ce genre d'hydrocèle est constitué par la persistance du canal péritonéo-vaginal qui ordinairement s'oblitère après la descente du testicule et avant la naissance; en effet vous avez vu que chez nos petits malades nous pouvions, dans le décubitus dorsal, faire refluer le liquide dans la cavité abdominale; du reste, nous avons observé dans ces cas les mêmes symptômes que dans l'hydrocèle ordinaire, sauf la forme qui est moins bien limitée à la partie supérieure. Le testicule peut occuper diverses positions, tantôt il a terminé sa migration et se trouve au fond des bourses, *en bas, en dedans et en arrière*, tantôt, il est dans l'abdomen, tantôt enfin il est arrêté dans le canal inguinal; chez nos deux petits malades il avait atteint sa destination.

Il est de règle dans les cas de ce genre de s'abstenir de toute intervention chirurgicale. Dans notre premier cas nous avons d'abord essayé des applications de muriate d'ammoniaque en solution, mais la tumeur continuant à augmenter, nous avons cru devoir évacuer le liquide par la ponction, après quoi nous avons

établi une compression au niveau du canal inguinal et repris les applications résolutive qui promettent devoir réussir. Au cas de récidive nous devons, après avoir évacué le liquide de nouveau, injecter avec beaucoup de précaution et de douceur une drachme de teinture d'iode étendue de deux parties d'eau, en ayant soin de faire comprimer par un aide toute la longueur du trajet inguinal pour empêcher l'injection de pénétrer dans l'abdomen.

Dans le deuxième cas nous avons prescrit la compression et les applications résolutive, mais malheureusement nous avons perdu le malade de vue.

Le malade couché au no. 12 de la salle Saint-Joseph nous offre un cas d'un diagnostic plus difficile. N. B., âgé de 36 ans, célibataire, d'une constitution robuste, est entré à l'hôpital il y a quinze jours. Le début de sa maladie remonte à deux mois, époque à laquelle il a contracté une gonorrhée, malgré qu'il ne l'avoue qu'à demi, puis le testicule est devenu douloureux et gonflé du triple de son volume ordinaire. C'est alors qu'il a requis les services du médecin. Sous l'influence du traitement, le gonflement a diminué considérablement mais il restait toujours une petite tumeur arrondie sur le trajet du cordon, entre le testicule et l'anneau externe, ce que voyant, le médecin fit à quelques jours d'intervalle deux ponctions avec un trocart sans autre résultat, dit le malade, que de lui causer une douleur atroce. A l'entrée du malade à l'hôpital, nous trouvons le testicule légèrement gonflé, douloureux, et nous constatons une tumeur arrondie, de la grosseur d'une noix douce, sur le trajet du cordon qui offre une grosseur normale au-dessus et au dessous de la tumeur. Celle-ci est rénitente, légèrement fluctuante et parfaitement transparente, non réductible, indolore et bien distincte du testicule et de l'épididyme. Diagnostic probable : hydrocele enkystée du cordon spermatique compliquée d'orchite. Nous prescrivons : repos au lit, applications onguent gris recouvert d'un cataplasme de graine de lin, les bourses étant relevées et supportées par un carton. Huit jours de ce traitement font disparaître l'orchite. Mais dès que le malade essaie de marcher il se plaint de douleurs et de tiraillements dans les bourses, bien qu'il porte un suspensoir bien appliqué. Nous proposons la ponction que les deux succès précédents ne lui rendent pas très acceptable et à laquelle il ne se résigne qu'après une argumentation assez prolongée. Séance tenante nous extrayons cinq ou six drachmes d'un liquide ambré bien caractéristique que nous faisons suivre d'une injection d'iode, et notre malade, réconcilié avec la médecine, est en voie de guérison.

A quel endroit et comment doit se faire la ponction dans l'hydrocele vaginal ordinaire ? La ponction a pour but d'introduire la canule du trocart dans le centre de la collection liquide sans blesser le testicule. Or ce dernier, à cause de sa disposition anatomique se trouve dans la plupart des cas *en bas, en dedans et en*

arrière mais il peut occuper tout autre endroit de la tumeur, il peut s'être formé des adhérences qui le déplacent, il peut y avoir inversion; si le liquide est transparent la zone obscure l'aura bientôt localisé, si la transparence fait défaut à cause de l'épaississement de la séreuse, de la présence de sang ou de cholestérine, il reste encore la palpation qui, par la douleur caractéristique que produit la compression du testicule, est le plus souvent suffisante pour le localiser. Alors, supposons que la transparence ou le palper ont bien localisé le testicule dans sa position normale, en bas, en dedans et en arrière: d'une main passée on arrière de la tumeur vous comprimez la peau de façon à ce que la face antérieure soit bien tendue, de l'autre vous plongez d'un coup sec, le trocart au milieu de la face antérieure de la tumeur, en ayant soin de diriger la pointe de l'instrument obliquement de bas en haut, de façon à éviter plus sûrement l'extrémité supérieure du testicule. Nous avons l'habitude, autrefois, après avoir retiré la canule, d'obturer soigneusement la plaie avec du diachylon pour empêcher l'entrée de l'air, nous nous dispensons aujourd'hui de cette précaution que nous croyons pour le moins inutile et de nature à permettre l'infiltration du tissu cellulaire du scrotum.

C'est du reste la manière d'agir qu'à préféré et mis en pratique ce colon des Cantons de l'Est qui nous a égayé dernièrement par son diagnostic et son traitement *par intuition*. Il se présente à l'hôpital porteur d'une hydrocèle assez considérable et nous dit qu'il y a de cela 3 ou 4 mois, voyant bien que c'était de l'eau qu'il avait là dedans, il prit son couteau de poche et se fit la ponction sans plus de cérémonie, trois mois après, le liquide s'étant reproduit; et encouragé par un premier succès, il répéta l'opération sans accidents ni suites fâcheuses; mais cette fois, convaincu qu'il manquait quelque chose à son bagage médical et que le génie ne saurait dispenser de l'étude, il est venu se confier à nos soins.

Le liquide de l'hydrocèle, une fois évacué, a une grande tendance à se reproduire, surtout chez l'adulte et le vieillard; aussi la ponction ne constitue-t-elle qu'un traitement palliatif dans la grande majorité des cas. Comme traitement curatif plusieurs méthodes autrefois fort en vogue sont tombées en désuétude ou sont réservées pour des cas spéciaux, je ne les citerai que pour mémoire: telles sont l'excision, les caustiques, les tentes et sétons. L'injection, tout en étant moins dangereuse et moins douloureuse, a donné des résultats plus satisfaisants, de fait elle échoue rarement quand elle est pratiquée avec méthode et précaution. Il y a quelques années, Monod a préconisé les injections d'alcool. Il soustrait par la ponction à peu près une cuillerée à soupe de liquide et injectait quelques gouttes d'alcool pur, mais ce procédé n'a pas soutenu l'épreuve clinique et a déterminé, dans plus d'un cas des accidents assez graves. On se sert communément de la tein-

ture d'iode, mais les procédés varient : Sir Ranald Martin se sert de teinture d'iode pure étendue de trois parties d'eau, et après avoir évacué le liquide de l'hydrocèle, injecte une pleine petite seringue (une once) de cette solution dans la vaginale et l'y laisse. D'après une statistique du *Lancet* ce procédé n'aurait échoué qu'une fois sur cent dans une série de 2393 cas. Curling se sert de la solution suivante : Iode ʒii , Iodure de Potassium, ʒss ; Alcool rectifié, ʒi . Il injecte de ʒi à ʒii de ce liquide. Chez les jeunes sujets il diminue de moitié la force de la solution. Un autre procédé consiste à remplir sans la distendre la cavité de la vaginale préalablement débarrassée de son liquide, de teinture d'iode pure (ʒx à ʒxii pour les plus grosses hydrocèle) qu'on y laisse séjourner pendant cinq minutes, après quoi on la laisse écouler par la canule.

Quelque soit le procédé adopté vous aurez soin de malaxer doucement le scrotum de façon à mettre tous les points de la tumeur en contact avec le liquide injecté. Au bout de vingt quatre heures on voit survenir un gonflement plus ou moins considérable dû à la sécrétion de la vaginale enflammée, épanchement qui se résorbe à peu et disparaît du quinzième au vingtième jour. Si le gonflement est bien considérable, vous garderez le malade au lit et ferez des applications résolatives et dans tous les cas les bourses devront être supportées et relevées sur l'abdomen. Ayre conseille même de faire une compression avec du diachylon quelques heures après l'injection. Comme vous l'avez remarqué, l'injection d'iode cause toujours une douleur assez vive. On a essayé d'y remédier de la manière suivante : Après avoir évacué le liquide, injectez : Eau distillée ʒi , chlorhydrate de cocaïne grs vi , acide borique pur, grs xviii . Établissez bien le contact avec les parois en malaxant le sac, au bout de huit minutes laissez écouler la solution au dehors et injectez immédiatement après : Eau ʒiii , teinture d'iode ʒiii , iodure de potassium grs xxii , que vous laissez a demeure ; nous ferons l'expérience de ce procédé à la prochaine occasion.

Traitement du hoquet.—Extrait fluide d'ergot, une drachme; chloroforme à l'intérieur; nitroglycérine, une goutte de la solution au 1/100 toutes les trois heures; pilocarpine, $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ grain hypodermiquement; strychnine; infusion de feuilles de jaborandi; morphine hypodermiquement; bromures et chloral à pleines doses;—réfrigération du lobule de l'oreille; compression des côtés avec les deux mains; suspendre la respiration; ventouses sèches à l'épigastre; susciter l'éternement; en même temps que le patient avale une bonne gorgée d'eau, on lui fait fermer, aussi hermétiquement que possible, les deux méats auditifs avec la pulpe des doigts, ayant soin de faire tenir le menton élevé.

NOTES CLINIQUES,

PAR M. T. BRENNAN, M. D.

médecin interne de l'hôpital Notre-Dame, (Montréal).

Il s'agit en premier lieu d'une affection, peut-être bien ordinaire, mais que je n'ai vu décrite nulle part et qui n'est pas sans intérêt, ce me semble.

Le patient est pris, subitement, d'une douleur aiguë dans la région sus-hyoidienne, et aussitôt, il se forme à cet endroit une "bosse dure," quelque chose qui *descend* disent invariablement les malades, au-dessous de la mâchoire. Cette douleur est ordinairement accompagnée d'une sensation pénible de crainte, presque de l'angoisse parfois; parfois aussi il y a sensation de constriction à la gorge; le malade *touffe* pour une seconde, et se sent instinctivement porté à baisser la tête, position qui semble cependant augmenter la gêne. L'accès dure de deux à six minutes, puis cesse pour se répéter souvent encore au bout de quelques minutes, quelquefois le lendemain seulement ou même plus tard. Il n'y a ni vertige ni trouble circulatoire.

Ce désordre nerveux et musculaire serait une contraction spasmodique (crampe), d'un des muscles de la région sus-hyoidienne, généralement unilatérale et survenant quelquefois au moment du babillement ou du rire, mais la plupart du temps sans cause appréciable et sans être attendue. L'un des patients était un vieillard de 76 ans, rhumatisant, alcoolique, et souffrant de cette affection depuis plusieurs années; un autre, jeune homme anémique, accusait aussi de la spermatorrhée, un troisième, une jeune fille tuberculeuse. Sur six patients, deux seulement étaient sujets à des crampes dans les jambes; un avait des dents cariées, et un autre beaucoup de tartre aux dents. A l'exception des trois mentionnés plus haut, tous jouissaient, en apparence, d'une bonne santé; ils n'étaient ni alcooliques ni hystériques, et on ne trouvait dans le voisinage de la partie malade aucune cause d'irritation réflexe.

Le traitement qui m'a bien réussi consistait à faire porter subitement et fortement le menton en haut aussitôt que la crampe était ressentie, et à faire des frictions à l'onguent de belladone.

A quoi se rattache ce désordre? vaut-il la peine de s'en occuper? Je ne le sais.

En second lieu, je désire attirer ici l'attention des médecins,—surtout de ceux qui sont fréquemment en contact avec des cas de coma alcoolique, etc., comme par exemple les médecins d'ambulance, et ceux qui desservent nos stations de police—sur un moyen de ressusciter les ivrognes et les paresseux qui veulent se faire

héberger en simulant le coma. Ce moyen a été signalé par Wedekind, de New-York, il y a déjà longtemps, dans le *Medical Record*. Aussitôt que j'en eus pris connaissance, je l'ai mis à l'essai, et dois dire que l'ayant employé dans un très grand nombre de cas, je puis le conseiller, sinon comme merveilleux parfois, au moins comme très commode toujours. Ce moyen consiste à faire, avec les deux pouces, dans le trou ou fossette sus-orbitaire, les doigts appuyés sur le frontal, une pression graduellement augmentée pendant deux ou cinq minutes. Il faut peser bien exactement dans la fossette pour avoir chance de réussir. Chez un ivrogne ou un simulateur l'effet est électrique: Le sujet se réveille "subito" en vous bénissant de l'avoir si cruellement dérangé; aux yeux des spectateurs, lorsqu'on a soin de cacher un peu sa manière de faire, le résultat paraît merveilleux, ils sont tout stupéfaits de voir s'agiter de la sorte un homme qui, il n'y a qu'un instant, paraissait être à la dernière extrémité; ils vous prennent pour un sorcier du vieux temps ou un exorciste doué de pouvoirs surnaturels. Je tiens à signaler ce moyen si simple de contrôler des cas de ce genre, car il est très utile sous bien des rapports. Dans tous les cas où je l'ai employé et où il n'a pas réussi, il y avait une lésion plus grave qui demandait un traitement attentif: urémie, fracture de la base du crâne, hémorrhagie cérébrale.

Dans l'épilepsie et l'hystérie, le moyen ne réussit pas toujours. J'ai commencé une série d'expériences dans le but d'éprouver son efficacité dans les cas de chloroformisation, mais je ne puis en dire beaucoup pour le moment, le réactif étant encore à l'essai.

En signalant ce procédé, j'ai voulu rendre service aux médecins et aux officiers des postes de police, service qui, par ricochet, atteindra aussi les pauvres médecins d'ambulance et leur sauver un ou deux voyages nocturnes, faits au grandissime galop, quelquefois au clair de la lune, mais souvent par les éclairs et la tempête, pour ne ramener, hélas! qu'un vourche qu'on réveille dix minutes après et que l'on envoie se promener.

Que l'on veuille bien essayer du procédé, il en vaut la peine.

Falsification du champagne.—Un joli exemple de contre-façon donné par une circulaire assez curieuse d'un fabricant de vin en Allemagne: "En raison de votre grand commerce de vins de Champagne, nous vous recommandons notre qualité de champagne à bon marché: 15 fr. 60 la douzaine de bouteilles, emballage compris, expédition par Rotterdam et Anvers. Nous vous ferons observer que nous pouvons vous fournir *toutes les formes que vous voudrez*, et nous vous prions d'en faire l'essai."

Le choix de la marque laissé à l'acheteur, n'est-ce pas un comble!—*Revue internationale des falsifications des denrées alimentaires.*

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE

Chlorose, saturnisme et tuberculose.—Néphrite intersti-tielle.—Pneumonie bilieuse.—Clinique de M. le professeur PETER à l'hôpital Necker.—I. Une jeune fille entra il y a quelques jours dans le service pour des coliques. De quelle nature sont ces coliques? On est d'abord frappé de sa pâleur; elle est chlorotique. En effet, elle est mal réglée: elle reste quelquefois deux mois sans avoir aucun écoulement sanguin. On perçoit chez elle des souffles vasculaires très prononcés, elle a des palpitations, des essoufflements. Son teint est celui des chlorotiques.

Cette jeune fille est imagiste, et dans l'exercice de ce métier, elle fait usage de couleurs à base de plomb. Comme on peut avoir des doutes sur les soins de propreté qu'elle observe, elle peut absorber du plomb en mangeant, de même que, par l'air, elle s'imprègne de particules plombiques. Les gencives présentent un liséré bien net.

Nous nous trouvons donc en présence d'une chlorotique et d'une saturnine. Les coliques dont elle se plaint sont des coliques de plomb.

Mais est-ce bien là seulement ce dont est atteinte notre malade?

On est frappé de l'état de maigreur générale du corps. Cette situation doit d'autant plus éveiller notre attention que d'ordinaire les chlorotiques ne sont pas maigres.

Quand on percute les espaces intercostaux supérieurs droits, on trouve de la matité. Si la percussion est faite avec le plessigraphe on remarque que cette matité forme des îlots séparés. Cette matité est rendue bien nette par comparaison avec le côté gauche.

À l'auscultation on entend de la sécheresse, du murmure vésiculaire et la respiration saecadée.

La malade fait donc manifestement de la tuberculose. L'on conçoit facilement l'importance qu'a le diagnostic de la tuberculose au début pour prévenir la famille d'un malade de l'évolution ultérieure d'une maladie que l'on connaît bien.

Autrefois (Beau) on a prétendu que le saturnisme mettait à l'abri de la tuberculose, et l'on a été jusqu'à proposer une médication par le plomb!

II. Au n° 1 de la salle des hommes est couché un homme entré dans le service pour des douleurs vagues d'apparence rhumatoïde.

A l'auscultation de son cœur on entend un bruit de galop. Cet homme est un alcoolique, ses artères sont athéromateuses, le ventricule gauche est hypertrophié. Les urines ayant été examinées et ne présentant pas d'albumine on pouvait mettre ce bruit de galop sur le compte de cet état artériel. Depuis quelques jours le malade s'est mis à pisser souvent, il a de la pollaki-urie, à pisser beaucoup, il a de la polyurie; maintenant il pisso plus de cinq litres par vingt-quatre heures, d'une urine claire, transparente. Hier il y avait de l'albumine, aujourd'hui il n'y en a pas.

Or, la néphrite interstitielle a pour caractère de présenter très peu d'albumine dans l'urine. C'est là le cas de notre malade. Chez lui la néphrite dont il est atteint n'est qu'une conséquence de l'artério-sclérose généralisée s'étendant au rein. Il fait de la sclérose reinale.

III. Au n° 18 de la même salle est couché un jeune garçon âgé de 21 ans, d'une bonne santé habituelle.

Lundi dernier, comme il faisait très chaud, il n'a rien trouvé de mieux que d'aller, à onze heures du matin, prendre un bain froid, et il reste dans l'eau pendant une heure, et ceci sans remuer, sans nager, sans se donner aucun mouvement. Dans ces conditions là il est facile de comprendre que le corps perd très vite de son calorique. Cet intelligent malade, en sortant de son bain froid, n'a rien inventé de mieux pour se réchauffer que d'absorber une grande quantité de bière glacée. Il s'est trouvé par suite très mal en train; il n'a pas dîné, s'est couché avec une violente douleur à la base thoracique droite et s'est mis à rejeter des crachats colorés.

Le cas est donc bien net, cet homme a contracté une maladie *a frigore*, une pneumonie. C'est une véritable expérience physiologique.

De plus le malade est jaune, il a du subictère, tout le tégument cutané et les conjonctives sont jaunes ainsi que les crachats.

Il était excessivement intéressant de savoir quelle était la nature de cette pneumonie.

Si l'on interroge le malade, on apprend qu'il n'a eu ni vomissements, ni nausées, ni diarrhée. Son foie est légèrement augmenté de volume; il a de l'hyperhémie du foie.

Le pouls bat 112 pulsations, et 118 si on le fait légèrement remuer. La peau est très sèche, très chaude. Hier soir il avait 40°,4 dans l'aisselle, et 39°.4 ce matin. La chaleur corporelle est donc très élevée.

À la percussion on trouve une matité considérable dans l'étendue du poumon droit. À l'auscultation on entend un souffle tubaire intense dans un espace grand comme la main et tout autour des bulles crépitanes; dans le tiers inférieur du poumon, le silence le plus complet.

Il y a de la bronchophonie légèrement égophone. En même temps que de la pneumonie, il y a un peu d'épanchement pleurétique.

Sur la lèvre inférieure, au niveau de la commissure gauche, il y a une petite vésicule d'herpès.

Pourquoi cet homme a-t-il une pneumonie bilieuse ?

Il a irrité fortement son foie et son estomac par l'ingestion d'une certaine quantité de boissons alcooliques, il les a fortement hyperhémisés.

Et ici il semble que l'étiologie est bien nette, et on ne peut invoquer d'autre cause que le bain froid prolongé qu'il s'est administré lundi dernier.—*Praticien*

De l'infection tuberculeuse par la voie génitale.—La question de la transmission de la tuberculose par la voie génitale est récente et n'existe que depuis le jour où la nature infectieuse de cette maladie a été démontrée.

Conheim écrit le premier que la contagion pendant le coit avec une femme tuberculeuse est possible. Verchère vient après. En 1883 Fernet rapporte trois observations de contagion probable par rapports sexuels.

Finne, de Christiana, Hegar, Spaeth, Reclus, Debove apportent des faits semblables. Enfin, notre confrère et ami Derville vient de recueillir une série d'observations qui ont fait l'objet d'une monographie qui prendra rang dans la science.

On doit se servir de la méthode d'Erlieh et du procédé lent, vingt quatre heures de coloration ; et pour éviter la présence du bacille du *Smegma præputialis*, il faut décolorer la lamelle avec l'alcool absolu. Babès, Schuchard, Kraus, Kock ont trouvé le bacille dans le liquide du vagin chez la femme, et Nocard dans l'écoulement vaginal chez les bêtes à cornes.

Le parasite est en nombre très restreint, vu la dilution. Si on a du liquide provenant directement de l'utérus, les bacilles sont en quantité. Sa recherche est de la plus haute importance pour le diagnostic et c'est sa présence qui, dans les cas que nous examinerons, a décidé du diagnostic de tuberculose primitive.

Comment ce bacille peut-il être amené :

1^o Les organes génitaux peuvent se prendre durant l'évolution de la tuberculose pulmonaire ou abdominale.

2^o Mosler, Wiedow, Hegar admettent le contact : canule, sonde, curette, parcelles de matières tuberculeuses, voire le doigt du médecin ou de la sage-femme.

3^o Par le sperme. Ou le sujet présente la tuberculose génitale ou des lésions pulmonaires sans localisation à l'appareil sexuel.

Dans le premier cas, Cornil, Babès, Verchère, Debove ont trouvé des bacilles dans le liquide urétral ou la vessie.

4^o Dans le deuxième cas, on en est toujours aux expériences de Landouzy et Martin qui sont déjà bien concluantes.

Le nombre des bacilles contenu dans le sperme peut-être assez restreint pour échapper à un examen microscopique et suffisant

pour être virulent, il peut contenir des spores qui donnent naissance au bacille quand le terrain est propice.

On a même trouvé, chez des phthisiques qui avaient en les organes génitaux sains jus-qu'au moment de leur mort, des bacilles dans les vésicules séminales, dans les testicules, dessus ou dessous les épithéliums.

Le sperme peut donc contenir des bacilles chez les hommes atteints de tuberculose. Enfin on a constaté la tuberculose primitive des organes génitaux chez la femme.

Voyons d'abord les cas de Fernet.

Deux femmes avec des antécédents suspects ont des rapports sexuels avec des gens tuberculeux et dans le pus d'une adénite interne et dans le liquide leucorrhéique on trouve des bacilles. Ces femmes étaient bien portantes avant leurs relations avec ces hommes, et leur métrite est le point de départ de l'infection.

Le troisième cas, dû à Fernet et à Derville, est plus positif.

Une fille de 20 ans, indemne de tout antécédent héréditaire, cohabitant avec un homme tuberculeux et bien portante jus-qu'à-lors, est prise d'un écoulement leucorrhéique utéro-vaginal abondant et accompagné de quelques troubles que l'on rencontre au début de la tuberculose pulmonaire.

L'examen de la poitrine révèle que le poumon est pris, et les préparations faites avec les liquides du vagin et de l'utérus montrent le bacille.

Une seule chose manque à ce fait pour démontrer d'une façon probante l'inoculation par la voie génitale : c'est la confrontation.

Dans les cas suivants nous allons trouver des observations décisives, vu que l'on a pu faire la *confrontation*.

1^{er} cas : Un homme épouse une femme saine ; il a avant et depuis son mariage un écoulement urethral avec deux noyaux à la queue de l'épididyme, de nature tuberculeuse. Ce n'est qu'après six ans de ménage qu'une ulcération se forme sur le col utérin de la femme et quelques mois après qu'apparaissent les lésions pulmonaires.

Les liquides et les crachats contiennent des bacilles.

2^e cas : Une fille de 18 ans, ayant son père et sa mère, quitte sa famille et pendant trois ans est seule et subvient à ses besoins. A 16 ans elle a une pneumonie, peu de temps après elle prend un amant et fait une fausse couche de deux mois ; elle se soigne mal il est vrai et reprend au bout de deux à trois jours ses occupations. Deux mois après elle constate que l'écoulement blanc, qui n'avait pas cessé depuis son accident, est légèrement coloré.

On examine les organes génitaux. Le col est mou, gros, une ulcération existe, et avec le liquide de l'ulcération on fait des préparations et on recherche le bacille selon la méthode d'Ehrlich, on le trouve. Un mois après la constatation les poumons se prennent. Sur la demande du Dr Derville l'amant de cette fille

vient le trouver, et il constate que cet homme de 28 ans a des noyaux tuberculeux dans l'épididyme et un léger écoulement urétral accompagné de cuisson pendant la miction. Cet homme a des antécédents douteux dans sa famille.

Questionné sur le genre de vie de sa maîtresse, il déclare qu'il l'a eue sage et depuis elle ne l'a point quitté.

Ce fait est décisif, cet homme a bien infecté sa maîtresse.

Depuis on a constaté la généralisation de la tuberculose.

3^e cas : Une femme saine, sans aucun antécédent héréditaire tuberculeux, a depuis trois ans des rapports sexuels avec un homme atteint de tuberculose épididymaire et pulmonaire.

Dix-huit mois après le début de ces relations la femme éprouve des troubles menstruels.

Un an après ces troubles génitaux elle est prise d'accidents pulmonaires et d'hémoptysie.

Les bacilles recherchés ont été trouvés dans les crachats et dans le liquide leucorrhéique.

4^e cas : C'est une femme mariée qui depuis six mois a des troubles utérins (ses antécédents sont excellents). Elle a maigri et commence à tussier, elle souffre de leucorrhée de nature tuberculeuse ; on fait la confrontation comme dans les cas précédents et on trouve le mari avec des testicules tuberculeux avec généralisation sur le poumon.

Le 5^e cas est identique au précédent, sauf que les lésions pulmonaires ont marché avec une vitesse telle que l'amélioration que l'on constata toujours dès que les malades se soumettent au traitement n'a pas existé et que cette femme est morte très rapidement.

Dans les cas que nous venons d'exposer on voit, d'un côté, un homme dont les organes sexuels sont manifestement tuberculeux ; de l'autre, une femme dont la première localisation de la maladie siège dans les organes génitaux.

Nous croyons donc qu'il y a un rapport entre ces faits et que l'infection s'est faite par les organes génitaux comme dans toute maladie, si la contagion n'a pas été immédiate c'est qu'il a fallu plus ou moins de temps pour que le terrain soit propice au développement de la maladie. Comme à la suite de fatigue, d'accouchement ou d'affaiblissement par suite d'affection pulmonaire.

Du reste, si de l'espèce humaine on porte les recherches sur les mammifères on voit qu'un taureau tuberculeux peut contaminer les vaches et leur produit, que ces bêtes ne tardent pas à avoir une métrite, que l'infection peut se propager aux autres bêtes et que la maladie ne cesse que par l'abattage de tous les animaux contaminés.

Les statistiques faites sur les tuberculeux confirment les observations que nous venons de signaler.

Reclus a reconnu 20,0 des malades ayant une tuberculose génitale apparente.

Jullien admet une proportion analogue et ces statistiques sont antérieures aux travaux de Landouzy.

De tous ces faits on peut tirer les déductions suivantes :

Les instruments servant à des phthisiques doivent être antiseptisés pour servir à nouveau.

Le mariage des sujets phthisiques devrait pouvoir être défendu.

Un mari atteint de tuberculose génitale expose à la contagion la femme encore saine. Les rapports sexuels doivent être prohibés et le médecin doit prévenir du danger.

Enfin la suppression du foyer primitif dès qu'il sera reconnu diminue les chances d'infection.

C'est la présence du bacille qui est le seul élément de diagnostic certain de la tuberculose génitale primitive.

Derville, en appelant l'attention des médecins sur ce point spécial, a élucidé un point scientifique peu connu.

Nous espérons que ces conclusions seront appréciées de tous et que l'interdiction formelle du mariage, d'après l'avis du médecin de la famille, portera ses fruits en diminuant la mortalité de la tuberculose.

Si l'on veut être fixé sur les désastres de cette maladie on n'a qu'à additionner les différents chapitres de la statistique.

Méningite, phthisie, maladie chronique des os, tumeurs blanches et mal de Pott, bronchite chronique, on voit que, rien qu'à Paris, le total constitue la moitié de la mortalité chaque semaine.—*Paris médical*.

Traitement de la stomatite mercurielle par le mercure.—

Il y a quelque chose de paradoxal dans ce titre, c'est cependant bien là le traitement préconisé par le Dr. De Renzi, dans la *Revista clinica e Terapeutica*, et il rapporte deux observations à l'appui de ses assertions. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 30 ans, admis à l'hôpital pour le traitement d'accidents tertiaires de la syphilis. Il fut mis au traitement mixte par l'iodure de potassium et le bichlorure de mercure, ce dernier était donné en injections sous-cutanées. Il avait en même temps un gargarisme au chlorate de potasse. Après la septième injection, il fut pris de stomatite. On remplaça alors le gargarisme par un autre, consistant en une solution de sublimé, et au bout de 4 jours la gingivite avait disparu, bien qu'on continua les injections mercurielles. Le second cas ressemble beaucoup au premier, mais la stomatite était plus grave; il y avait des ulcérations sur les lèvres et à la face interne des joues, et l'haleine était fétide. On cessa le traitement spécifique, on prescrivit un gargarisme au bichlorure de mercure, et, en 4 jours, l'odeur fétide de l'haleine avait disparu et les ulcérations étaient presque guéries.

Le Dr. De Renzi explique les bons effets obtenus dans ces cas, en disant que la stomatite mercurielle ne diffère nullement des

autres formes de stomatite, si ce n'est dans sa cause prédisposante. Il pense que le traitement mercuriel ne cause pas directement la stomatite, mais seulement, en modifiant la nutrition de la muqueuse buccale, de façon que les micro-organismes qui sont les causes directes de l'inflammation, trouvent là facilement à se loger et rencontrent un sol bien préparé pour leur croissance et leur multiplication. Les gargarismes au sublimé détruisent ces microbes et guérissent ainsi la maladie. Le titre de la solution employée est de 3 grains (20 centigrammes) pour 200 à 1000 d'eau, dont on emploie un 1/2 litre chaque jour, pour rincer la bouche et baigner les gencives enflammées.—*J. des sciences médicales de Lille.*

L'infarctus de la rate.—L'infarctus de la rate est une lésion d'une grande fréquence, et pourtant on ne s'est pas, jusqu'ici, préoccupé beaucoup de tracer d'une façon précise le tableau clinique qui correspond à ce genre de lésions. M. MULLER s'est donné pour tâche de combler de son mieux cette lacune, à l'occasion de quelques cas d'infarctus de la rate, qu'il a été à même d'étudier dans les salles de l'hôpital de la Charité, de Berlin. Il indique, en fait de caractères cliniques propres à mettre sur la voie du diagnostic de l'infarctus de la rate: l'apparition d'une douleur subite dans la région splénique, avec irradiation vers l'épaule gauche et le bras gauche; l'exacerbation de cette douleur dans le décubitus latéral sur le côté gauche, et sous l'influence des inspirations profondes; les douleurs provoquées par la pression de l'organe; la constatation des frottements périspéliques; un accroissement d'étendue de la zone de matité splénique, survenant peu après la douleur et atteignant son maximum en l'espace de quelques jours; enfin, un mouvement de fièvre qui débute le plus souvent par du frisson et qui ne dure que peu de temps.—*Gazette médicale de Paris.*

Traitement de la pneumonie, par DR MOULIN.—L'auteur considère que la gravité et le danger existent dans l'intensité de la fièvre du début, dans l'étendue de l'inflammation, d'où la circulation et la respiration profondément atteintes. Le cœur droit s'épuise à lutter contre l'obstacle pulmonaire, tandis que l'acide carbonique, par suite de la respiration insuffisante, s'accumule dans le sang. Du Moulin admet, comme l'indication principale, celle d'aider le cœur dans sa lutte. Il faut qu'il puisse "chasser vigoureusement le sang à travers les vaisseaux pulmonaires restés perméables, à permettre ainsi à la circulation de se maintenir jusqu'après terminaison de révolution du processus pneumonique."

M. du Moulin soutient le cœur, au début avec une dose modérée de digitale; le pouls ralenti, il remplace la digitale par l'alcool sous la forme de vin de Porto.

Contre l'hyperthermie, hautes doses de quinine (1 gramme en général) et larges vésicatoires. La fièvre serait donc bien loin de contre-indiquer les vésicants; tout au contraire, ils sont également utiles contre la douleur de côté, la dyspnée intense, l'œdème pulmonaire au début.

Dans l'œdème pulmonaire confirmé, l'auteur ajoute aux larges vésicatoires, répétés dans la journée, le vin, le camphre, et, si la diarrhée n'existe pas, le calomel et le jalap à doses fractionnées soit : calomel, 0,10 cent gr.; jalap, 1 gr. en dix paquets, un paquet toutes les heures.

Les symptômes nerveux et l'adynamie sont traités par les injections hypodermiques d'huile camphrée (10 cent. de camphre par injection), et pour peu qu'il y ait soupçon d'alcoolisme, par le chloral à dose hypnotique, mais très modérée, donnée le soir vers neuf heures.

La défervescence obtenue, l'état général assuré contre la syncope, la résolution est favorisée par de petites doses de préparations ou boissons alcalines.—*Lyon médical.*

CHIRURGIE

Epithélioma sébacé.—Clinique de M. le professeur RICHET à l'Hôtel-Dieu.—Dans la salle des femmes se trouve une malade âgée de soixante dix-huit ans. Cette vieille femme, entrée à l'hôpital il y a quelques jours, présente une tumeur du front excessivement rare. Cette tumeur indolente s'est étendue peu à peu, et actuellement elle gagne la paupière supérieure gauche qui tombe et ferme presque complètement l'œil. Elle a environ le volume et la forme d'une mandarine coupée en deux. Elle se sépare nettement de la peau environnante par sa coloration rosée, couleur lie de vin. Cette tumeur est ulcérée et couverte d'une légère croûte épithéliale qui tombe et se reforme ensuite pour tomber à nouveau. Lorsqu'on enlève une de ces plaques épithéliales, on voit une multitude de petits points; leur tissu a l'aspect maroquiné, et si on le presse, on fait sourdre une matière blanc jaunâtre, crémeuse, tout à fait semblable à de la matière sébacée. Elle en a, en effet, tous les caractères, et notamment cette odeur spéciale rappelant celle du fromage avancé!

La tumeur est pâteuse, molle, peu douloureuse. Elle n'est nullement adhérente aux parties sous-jacentes. La peau se mobilise facilement sur l'os; la tumeur n'a pas dépassé l'aponévrose.

Qu'est-ce que c'est donc que cette tumeur? C'est d'abord évidemment une tumeur sébacée. Mais qui dit tumeur sébacée, dit ordinairement tumeur bénigne. Ici, cependant, il faut écarter

toute idée de bénignité. Nous sommes en présence d'une affection de nature très maligne, d'une affection rare et peu connue, du reste, d'un épithélioma sébacé. Ces épithéliomas sébacés se rencontrent surtout chez les personnes âgées.

M. le professeur Richet enlève un jour à un homme, dans son service de l'hôpital de la Pitié, quelques ganglions qui s'étaient anormalement développés. La cicatrisation se fait bien, le malade sort, mais il rentre au bout de quelque temps avec une tumeur fluctuante et pâteuse située sur la mâchoire. On fait l'incision, et au lieu de pus on voit s'écouler une sorte de matière sébacée. Le professeur Charles Robin, qui l'examina au microscope, reconnut que c'était du sébum.

Il examina aussi les parois des ganglions, et il trouva que leurs parois étaient infiltrées de cellules épithéliales. On était en présence d'un épithélioma des parois ganglionnaires.

Après six ou huit mois, son abrégé ayant parfaitement guéri, le malade revient pour la troisième fois à la Pitié, sous le coup de phénomènes généraux intenses, et meurt rapidement. A la nécropsie on trouva son poumon farci de tumeurs sébacées.

Ce fait isolé avait beaucoup frappé M. le professeur Richet. Plus tard, à l'Hôtel-Dieu, on lui amène une femme de quarante-cinq à quarante six ans, opérée d'une loupe qui a récidivé. En pressant la tumeur, on fait sourdre de la matière sébacée. Les parois épaisses sont examinées par M. Robin, qui reconnaît encore un épithélioma. Cette femme succombe bientôt à une généralisation de tumeurs sébacées.

Depuis cette époque M. Richet a rencontré plusieurs cas semblables. De même qu'il y a des épithéliomas superficiels, papillaires, glandulaires, il y a des épithéliomas sébacés.

Chez notre vieille femme, nous nous trouvons tout à fait en face d'un cas analogue. Il y a un substratum, une base indurée sur laquelle siège l'épithélioma sébacé. Les parois de la tumeur sont manifestement épithéliomateuses, et au centre il y a du sébum.

Pourquoi ces épithéliomas sont-ils liés à la sécrétion sébacée? Comment la production de la matière sébacée s'étend-elle ainsi jusqu'aux organes splanchniques? C'est là une variété nosographique à étudier tout spécialement. Elle n'est pas encore connue; on n'a rien écrit sur elle.

Le ganglion préauriculaire n'est pas pris; il n'y en a pas non plus sous la mâchoire; donc il n'y a pas de généralisation.

Malgré la limitation apparente de la lésion, l'infection a pu déjà prendre la voie des lymphatiques. Et quoique aucun ganglion ne soit pris, le pronostic n'en reste pas moins très grave.

Il faut évidemment enlever cette tumeur, qui s'étend, gagne de jour en jour du terrain, envahit déjà l'œil gauche. On songe tout d'abord à employer les caustiques, mais on n'en est pas absolu-

ment maître, on ne limite pas toujours leurs effets. Il vaut donc mieux se servir du thermo-cautère. D'abord il y a là une vascularisation considérable; la malade pourrait perdre beaucoup de sang avec l'instrument tranchant, et vu son âge, il importe au point de vue de la réussite de lui en enlever le moins possible.—*Praticien.*

Conséquences thérapeutiques de l'opération du phimosis.—

M. le professeur Auguste REVERDIN (de Genève) publie, dans la *Revue médicale de la Suisse Romande*, un article dans lequel il signale les conséquences curieuses au point de vue thérapeutique de l'opération du phimosis. Un auteur américain, Adams, a récemment écrit sur ce sujet un travail dans lequel il conclut que la circoncision est recommandable dans les cas où les enfants persistent à pisser au lit et qu'elle peut guérir certains sujets qui se plaignent de douleurs simulant la coxalgie. Or, M. Reverdin a observé un cas rentrant tout à fait dans cet ordre de faits. Un enfant de neuf ans atteint depuis plusieurs semaines de boiterie et de douleur de la hanche, présentait un certain nombre de symptômes pouvant faire admettre une coxalgie. Il fut traité comme tel pendant cinq mois par le repos au lit et l'extension. Au bout de ce temps cet état ne s'était pas modifié. A ce moment, remarquant la longueur et l'étroitesse du prépuce, bien qu'il n'y eût de ce côté aucun phénomène inflammatoire, se rappelant certains faits curieux de guérison inattendue après la circoncision, M. Reverdin pratiqua cette opération sur cet enfant. La guérison eut lieu en trois jours, et, à partir de ce moment, tous les symptômes inquiétants disparurent comme par enchantement pour ne plus revenir. Ce résultat est obtenu depuis un an et les douleurs n'ont plus reparu.

Il est difficile d'expliquer les faits de ce genre. M. Reverdin en rappelle quelques autres présentant avec ceux-là une certaine connexion. C'est par exemple la grande tendance qu'ont les jeunes enfants à uriner lorsqu'on examine leur jointure coxo-fémorale; puis certains faits authentiques de guérison d'incontinence d'urine par la circoncision. Il y a donc une certaine dépendance entre ces divers organes, vessie, prépuce, articulation coxo-fémorale, puisqu'en agissant sur l'un les autres réagissent.

M. Reverdin a vu aussi la circoncision produire une amélioration notable dans l'état psychique d'un jeune homme hypochondriaque et qui avait fait une tentative de suicide. D'ailleurs, la circoncision a guéri incontestablement certains cas d'épilepsie.

On signale également des cas de paralysie, de danse de Saint-Guy, de troubles nerveux de tous genres déterminés par le phimosis. Si on ajoute à ces différentes affections les lésions locales qui peuvent être le fait du phimosis, on peut conclure qu'il serait à désirer que la pratique de la circoncision fût plus répandue

qu'elle ne l'est actuellement. Avec les procédés antiseptiques, le seul danger qu'elle peut présenter est l'hémorrhagie due à l'hémophilie. On a publié un certain nombre de cas de mort survenue dans ces conditions. La possibilité de cet accident était du reste connue des anciens juifs, car il en est fait mention dans les livres talmuques. Il y était spécifié que lorsque, dans une famille, deux fils avaient successivement succombé à la suite de la circoncision, s'il en naissait un troisième, celui-ci pouvait être soustrait à la pratique de la circoncision, dérogation exceptionnelle au précepte religieux.—*Abeille médicale.*

Traitement des ulcères de jambe.—La *Revue médicale de l'Est* indique, d'après le *British Medical Journal*, un mode de traitement des ulcères de jambe qui paraît donner de bons résultats.

Ce traitement se compose d'un pansement dont voici la description : sur la jambe soigneusement nettoyée et rasée, on applique au pinceau une couche modérément épaisse de zinc-gélatine chaude d'après la formule ci après, et cela jusqu'aux limites de l'ulcère qu'on recouvre d'iodoforme en poudre ou de tout autre antiseptique pulvérisé : par exemple, sous-nitrate de bismuth, acide borique ou naphthaline, cette dernière particulièrement utile pour diminuer l'odeur de quelques ulcères. On ajoute un petit tampon de ouate pour couvrir la plaie, puis on fixe solidement le tout avec une bande de gaze en prenant soin que la pression s'exerce vers le centre de l'ulcère. On s'arrête quand la gélatine ne pénètre plus à travers les mailles de la gaze ; le pansement sèche bientôt et le patient peut être renvoyé sans autres précautions.

Le pansement est changé au bout de 3 à 4 jours, mais peut, à la rigueur, durer une semaine, surtout dans la suite du traitement. Il s'enlève facilement avec des ciseaux à pointes mousses et, au besoin, un peu d'eau chaude ; la gaze imprégnée de gélatine s'enlève comme la peau d'une orange. Si la sécrétion pénètre le bandage avant la fin de la semaine, on applique de l'iodoforme sur la place mouillée, ou un morceau de toile propre qu'on renouvelle quand il est souillé.

Voici la manière de préparer le zinc-gélatine :

Oxyde de zinc	} à 5 parties en poids.	
Gélatine		
Eau distillée.....	6	—
cérine pure.....	8	—

La gélatine est d'abord dissoute dans l'eau à une température modérée, en remplaçant l'eau évaporée. Quand le tout est réduit en une masse uniforme, l'oxyde de zinc, finement pulvérisé et aggloméré avec de l'eau, est ajouté avec la quantité prescrite de glycérine ; on mêle et après évaporation de l'eau on coule ce gâteau sur un marbre. La préparation est de consistance de glu,

blanche et dépourvue de viscosité. Pour l'usage, on en place une quantité suffisante dans un petit pot maintenu dans l'eau bouillante; la consistance redevient celle du sirop. On peut au besoin ajouter un peu d'eau.

L'avantage principal de ce traitement est la possibilité de guérir le patient sans le mettre au lit et en lui permettant de travailler. Le traitement dure de trois à six semaines.

Rappelons, à ce propos, le mode de pansement préconisé par M. le Dr. Desplat, indiqué dans le *Journal des sciences médicales de Lille*. Il consiste à laver, avec soin, la plaie et toute la jambe avec une solution de sublimé, au millième, à combler ensuite la dépression formée par l'ulcère avec la pommade au salicylate de bismuth, à recouvrir, non seulement la partie malade, mais le pied et toute la jambe d'une épaisse couche de ouate et à rouler, par-dessus, une bande assez serrée. Pour l'empêcher de tomber, on recouvre le tout d'un bas. Le pansement n'est renouvelé que tous les 6 ou 7 jours.—*Nice médical*.

Des loupes du cuir chevelu.—Clinique de M. le Dr. Desprès à l'hôpital de la Charité.—On sait que les loupes du cuir chevelu sont des kystes sébacés ou lipomes, formés de matière grasse dans un follicule pileux ou sébacé dont l'orifice s'est oblitéré. Elles sont plus ou moins volumineuses et peuvent acquérir un volume assez considérable. Elles ont une membrane d'enveloppe qui n'est autre que la paroi du follicule pileux ou sébacé. Elles s'accroissent lentement, sans souffrance, parfois s'enflamment, se transforment en abcès qui se vide et peuvent ainsi guérir spontanément. Cela est rare. Habituellement elles grossissent, créent une difformité désagréable et il faut les enlever.

Pour ce'a on emploie les *caustiques* ou le *bistouri* avec pansements antiseptiques.

1^o *Application du caustique sur la peau.*—C'est la méthode la plus usitée dans l'emploi des caustiques. Si la tumeur est très petite, on promène à sa surface suivant un trajet linéaire, une petite tige de bois pointue dont l'extrémité a été trempée dans l'acide chlorhydrique pur.

Pour une tumeur un peu plus volumineuse, d'après le procédé *Marjolin*, on se sert de la pâte de Vienne préalablement ramollie par l'alcool; on l'applique à travers une fente pratiquée dans un morceau de diachylon qu'on colle sur la loupe en faisant coïncider l'ouverture avec le diamètre de celle-ci. On laisse le caustique en place pendant 12 à 15 minutes et, après l'avoir enlevé, on ne touche plus à la tumeur. L'eschare, d'une teinte ardoisée et qu'entoure un cercle rougeâtre, ne tarde pas à se dessécher et pendant quelques jours tout reste stationnaire. Mais, peu à peu, la peau mortifiée se détache de la peau saine, et, au bout d'un temps variable, la surface du kyste est mise à nu des deux côtés de cette

eschare, et se dessèche au contact de l'air. Cette dessiccation ne s'arrête pas là et s'étend même aux parties situées sous les téguments, de manière qu'à la fin le kyste a subi dans sa presque totalité une sorte de momification qui le rend désormais indépendant de la région qu'il occupait. Ces phénomènes ne se font généralement pas attendre plus d'une quinzaine de jours et se produisent souvent plus tôt, à la condition, bien entendu, que la tumeur ne dépasse pas un certain volume, celui d'une noisette par exemple. Ce délai expiré, on cueille, pour ainsi dire, la loupe desséchée et aplatie en comprimant sa base entre les ongles de deux pouces.

Il est même facile de hâter le dénouement et de ne pas attendre la fin de cette élimination : on peut intervenir au bout de quelques jours, en décollant doucement avec l'ongle ou à l'aide d'une spatule les parties de la tumeur non détachées, sans l'ouvrir. La plaie est tellement insignifiante, l'irritation a été si faible qu'il est inutile d'appliquer un pansement quelconque. On juxtapose les deux lèvres de la plaie et la cicatrisation s'opère sans entraves.

Quand le kyste s'est ouvert, il faut examiner si la paroi s'élimine avec le contenu ; l'abandonner dans la plaie serait s'exposer à une récidive presque certaine. Si donc elle demeure, on aura soin de la saisir avec une pince et de l'extraire en exerçant une légère traction.

En voici un exemple recueilli à la Charité par M. le Dr. Cédé dans le service de M. Després.

Mme. X.... Américaine, âgée de 35 ans, se présente le vendredi 27 mai 1887, à la consultation de M. Després (Charité).

Cette dame porte, au niveau de la région frontale antérieure, cachées au milieu d'une abondante chevelure noire, quatre tumeurs, indépendantes les unes des autres, dont le volume varie entre celui d'un gros pois et celui d'une petite noix. Leur forme est assez régulièrement sphérique, et la peau qui les recouvre est blanche et dépourvue de poils. Au toucher, on constate qu'elles sont dures sans la moindre trace de fluctuation et parfaitement mobiles sur les parties profondes.

Enfin Mme X.... déclare qu'elle n'en souffre aucunement et n'en a jamais souffert, mais que ses loupes ayant fait dernièrement des progrès assez rapides, elle désire en être débarrassée.

Le lendemain, M. Després, négligeant la plus petite des quatre tumeurs, applique sur chacune des trois autres une trainée de pâte de Vienne, au moyen d'une plaque de diachylon percée d'une fente de même diamètre que la tumeur.

Le caustique est laissé en place pendant douze minutes, puis enlevé, et la malade est renvoyée sans aucun pansement avec ordre de revenir douze jours après.

Au bout de ce temps, le jeudi 9 juin, on voit à la place de chacune des trois loupes une eschare noirâtre de petit volume relative-

vement à celui de la tumeur primitive. Cette eschare étant grattée avec l'ongle, on énuclée facilement le reste de la tumeur, en la comprimant à sa base entre les deux pouces, les mains placées en pronation, comme pour serrer le nœud d'une ligature d'artère au fond d'une plaie.

La malade, ravie d'un procédé à la fois si expéditif, si simple et si peu douloureux, demande qu'on lui enlève aussi la dernière loupe, plus petite et moins apparente que les trois autres. On accède immédiatement à son désir.

Etant donné le petit volume de ces tumeurs, aucun pansement n'a été appliqué après leur énucléation, ce qui n'a pas paru nuire à la cicatrisation parfaite et rapide des plaies."

Application du bistouri.—Si la tumeur est très volumineuse, il est douteux que l'action du caustique soit assez puissante, assez étendue pour provoquer l'élimination nécessaire. Ce travail ne sera que partiel ou exigera un temps fort long pour se compléter. D'autre part, il serait peut-être dangereux d'appliquer un caustique sur une peau altérée et plus sujette qu'une peau saine à une propagation de l'inflammation.

On considère actuellement comme plus utile d'inciser seulement la peau et d'enlever le kyste sans l'ouvrir. C'est ce qu'on désigne par le terme d'*extirpation* et la plaie est ensuite traitée par un pansement antiseptique ou bien on fait l'*ablation totale de la tumeur avec la peau qui la recouvre*. On la circonscrit par une incision circulaire ou deux incisions semi-lunaires se rejoignant par leur extrémités. On coupe la peau, non sur le cuir chevelu sain, mais sur la base de la tumeur à quelques millimètres au-dessus de ce qu'on pourrait appeler le pied de la tumeur. À ce niveau, la peau amincie est très peu sensible, ce qu'il faut attribuer à l'atrophie des terminaisons nerveuses par la compression prolongée. On épargne ainsi de la douleur au patient, et l'on conserve en outre une certaine quantité de peau pour remplir la perte de substance... Cela fait, on pratique la dissection du kyste avec les parties situées au-dessous de l'incision, et l'on enlève la loupe avec une extrême rapidité.

Après l'ablation totale de la tumeur avec perte de substance, on ne cherchera pas la réunion par première intention. Après avoir soigneusement appliqué sur les parties profondes le lambeau circulatoire flottant, on pansera à plat avec un gâteau de charpie imbibée d'alcool camphré. On pourrait aussi se servir de gaze phéniquée. Le point important est que le pansement soit rigoureusement immobile, bien appliqué, et préserve absolument la plaie de tout choc ou frottement ainsi que des variations de température. Ce sont là les véritables conditions d'un bon pansement et c'est souvent pour les avoir négligées que l'on voit apparaître des accidents à la suite de ces opérations. Voici un cas où l'opé-

ration a été ainsi faite et qui a été également recueilli par le Dr. Cedié.

Constance L... âgée de 57 ans, marchande des quatre saisons, entrée à l'hôpital, le 9 avril 1887, et couchée au lit n° 15, salle Sainte-Rose (Charité).

Cette femme qui a toujours joui d'une bonne santé générale, nous apprend que, vers l'âge de 37 ans, elle a remarqué pour la première fois la présence dans la région occipitale d'une tumeur dure, arrondie, du volume d'un gros pois. Ce qui a attiré son attention là-dessus, c'est une douleur assez vive ressentie au niveau de la tumeur toutes les fois que celle-ci était soumise à un choc ou à un frottement quelconque. En outre la peau qui la recouvrait, loin d'avoir sa coloration normale, était rouge, ce qui, joint aux douleurs, indique bien un état inflammatoire, et, sans pouvoir affirmer que cette coloration soit restée constamment la même, la malade déclare cependant que l'existence en a été constatée à plusieurs reprises par les personnes à qui elle a montré sa tumeur.

Presque en même temps, et dans une région voisine, apparaissait une autre tumeur du même genre, mais les douleurs beaucoup plus violentes et un accroissement rapide de cette dernière décidèrent notre malade à se faire opérer.

La première a grandi lentement, donnant lieu à des souffrances d'intensité très variable, mais assez bien protégée par sa situation juste sous le chignon, au niveau de la ligne courbe inférieure de l'occipital. Elle présente actuellement le volume d'un gros œuf de poule et empiète de quelques centimètres sur le cou; sa forme est assez exactement sphérique; la peau qui la recouvre est blanche et abondamment garnie de cheveux.

Cependant la tumeur est douloureuse au toucher, mobile sur les parties profondes, et la palpation permet de constater sous une peau amincie et *adhérente* une fluctuation manifeste.

Opération le 5 mai.—Après avoir rasé la région, on pratique sur la tumeur, très près de sa base, là où la peau présente encore une certaine épaisseur, une incision circulaire n'intéressant que les téguments. Cela fait, la paroi kystique non entamée et mise à nu, est séparée sans difficulté de la peau située au-dessous de l'incision et des parties profondes, sans qu'il soit à peine besoin d'avoir recours au bistouri. La loupe est ainsi cueillie en entier avec les téguments qui la recouvraient. L'opération a duré environ cinq minutes, et la malade déclare avoir eu plus de peur que de mal.

On applique ni drain, ni suture.

Pansement à plat, avec un gâteau de charpie trempée dans l'alcool camphré.

La température élevée de quelques dixièmes de degré pendant quarante huit heures redevient normale dès le troisième jour, et la guérison s'effectue sans que la santé générale soit altérée.

Le 9 juin, la plaie est entièrement cicatrisée et la malade sort de l'hôpital.

La loupe contenait un liquide jaunâtre mêlé de grumeaux parassant formés d'éléments épidermiques et sébacés agglutinés ensemble. Pas d'examen histologique.

En résumé, quand le volume d'une loupe ne dépasse pas celui d'une noix, si son contenu est encore solide, si la peau est saine et qu'il n'y ait aucune dégénérescence, on pourra, sans inconvénient, la traiter par le *caustique* de Vienne, appliqué comme il est dit dans la première observation.

Pour une tumeur plus volumineuse, on pourra employer l'*ablation totale de la tumeur avec la peau qui la recouvre*, après incision des téguments autour de la base et sans chercher de réunion par première intention. On fait ensuite un pansement avec charpie et alcool camphré, ou bien gaze phéniquée.

Les loupes enflammées et suppurées seront traitées comme des abcès. Si elles sont ulcérées, on pourra les cautériser énergiquement avec la potasse caustique, ou les flèches de Canquoin jusqu'à complète destruction; ou mieux, les enlever comme des kystes dégénérés.

Dans le cas d'une dégénérescence, on enlève la tumeur comme on ferait un sarcome, avec une bonne portion des parties saines.—*Paris médical.*

De l'intervention chirurgicale dans le mal de l'ott dorso-lombaire.—Dans une thèse récente, le Dr. FAUCILLON, d'après les observations de Buffet, Delorme, Polaillon, Bæckel, Dulong, etc., considère l'intervention chirurgicale avec la méthode antiseptique comme pouvant être employée utilement et, chaque fois qu'il existe dans la région lombaire une collection purulente, quand bien même il serait impossible d'en affirmer l'origine vétébrale, il ne faut pas hésiter à l'ouvrir largement. Une fois le pus évacué, l'on doit aller à la recherche du point osseux dénudé, source de la suppuration. Si on le trouve et s'il est abordable, on le rugine ou on l'enlève.

Lorsque l'on a affaire à un abcès de la fosse iliaque ou de la partie supérieure de la cuisse, si cet abcès est étendu, volumineux, profond, si surtout il est des signes qui le font supposer d'origine vétébrale, on a tout intérêt à l'évacuer par la région lombaire. Faite en cette région qui, dans la position couchée, correspond au point le plus déclive, l'incision assure l'écoulement des liquides et permet en même temps d'aller à la recherche de la ou des vertèbres malades.

Si, comme il doit arriver dans la majorité des cas, les corps vétébraux sont accessibles, si en outre les lésions qu'on y rencontre ne sont pas trop étendues, il ne faut pas craindre de porter sur ces os la rugine ou la curette.

Joint à la désinfection et au curage de la poche, ce raclage osseux doit faire cesser la suppuration et favoriser la guérison, tout aussi bien que lorsqu'on l'emploie contre la carie des os superficiels.

Cette méthode aventureuse et hardie a pu donner de bons résultats chez quelques malades. Les observations en font foi, mais les revers et les succès n'ont pas été publiés. Ce sont ces cas qu'il faudrait connaître et pour la carie vertébrale dorso-lombaire, l'immobilisation de la colonne vertébrale avec les corsets mécaniques, avec les cuirasses plâtrées ou silicatées, avec l'appareil de Sayre ou avec la gouttière de Bonnet sont les meilleurs moyens à employer.—*Abeille médicale.*

Chirurgie cérébrale : le traitement chirurgical des maladies du cerveau, par le professeur E. von BERGMANN.—L'auteur n'est pas un partisan des interventions trop hasardées sur le cerveau ; il ne les pratique qu'en cas d'indications bien nettes, qu'il s'efforce de préciser dans un long mémoire où il étudie successivement les abcès, les tumeurs, l'épilepsie. A propos des abcès, il montre nettement leurs tendances : il faut trépaner lorsque l'on a des notions précises sur l'existence et le siège de la poche. Or, pour cela, il ne faut pas compter par trop sur les phénomènes spéciaux, qui ne surviennent que lorsque l'abcès atteint la zone motrice. Mais l'étiologie fournit des renseignements précieux. A ce point de vue, deux grandes catégories : 1^o abcès par lésions traumatiques du crâne, toujours accompagnées de plaie, dit Bergmann. Alors, en l'absence de phénomènes spéciaux et en présence de phénomènes rationnels des abcès du cerveau, trépaner sur la cicatrice ; 2^o abcès par lésions essentielles de l'oreille moyenne ; alors trépaner au siège connu de ces abcès (lobe temporo-sphénoïdal ou cervelet, suivant les âges), car ici les phénomènes de localisation (hémiparésie, cécité verbale) sont exceptionnels. Si l'on n'a pas de guide étiologique, refuser de diagnostiquer un abcès et refuser d'opérer. Il s'agira souvent alors, en effet, d'une tumeur cérébrale. Or, dans ce cas, malgré quelques succès dus à Horsley, Bergmann ne se rallie pas franchement à l'intervention, car on ne peut guère savoir s'il y a une tumeur limitée et opérable ou diffuse. Pour l'épilepsie, il préconise l'opération lorsque l'aura part d'une zone déterminée au centre de mouvement de laquelle répond la lésion (Horsley). On aura alors des succès, surtout lorsqu'il s'agira d'une lésion consécutive à un traumatisme.—*J. des sciences médicales de Lille.*

VIN DE CHASSAING : Dyspepsie.

BROMURE FALIÈRES : Affections nerveuses.

PHOSPHATINE FALIÈRES : Alimentation des Enfants.

VOIR
aux
Annonces.

OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE

L'hypnotisme et la suggestion en obstétrique.—Depuis le 1er janvier 1888, M. AUVAR, accoucheur des hôpitaux, a repris la direction scientifique des *Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés*, journal fondé en 1874 par le professeur Depaul. Parmi les mémoires originaux inédits dans les trois premiers numéros (janvier, février, mars), nous trouvons un travail plein d'actualité, de M. AUVAR et de son interne SEYCHERON sur l'application de l'hypnotisme à l'obstétrique. C'est là un terrain solide d'observation pour le contrôle des faits liés à l'hypnotisme, car les douleurs de l'enfantement sont un critérium peu trompeur et il est difficile de dissimuler les douleurs, de paraître sommeiller en un moment souvent si cruel.

M. M. Auvar et Seycheron rapportent en détail leurs observations personnelles sur ce sujet et celles publiées avant eux par Ladame, Féré et Budin, Priztl, Dumontpallier, Porak, Auvar et Varnier, Mesnet, Fontan et Segard, Thomas; ils concluent de ces documents que l'hypnotisme est susceptible d'être provoqué pendant l'accouchement, mais d'habitude avec plus de difficulté qu'à l'état normal. Pendant le travail, l'hypnotisme peut vraisemblablement exister sous toutes ses formes: catalepsie, léthargie, somnambulisme; toutefois il n'y a pas d'observation de catalepsie nettement signalée. L'avantage de l'hypnotisation pendant l'accouchement est d'amener l'anesthésie. La suppression de la douleur pourra être obtenue soit par simple léthargie, soit par le somnambulisme avec ou sans suggestion.

L'insensibilité est loin d'être le résultat constant de l'hypnose provoquée pendant la parturition. Les succès sont dus soit à ce que la suggestion est mal ou incomplètement acceptée, soit à ce que la douleur utérine fait passer de l'état léthargique ou de l'état somnambulique à l'état de veille. En d'autres termes, la contraction utérine douloureuse est une cause continuelle de réveil, contre laquelle ne peuvent efficacement lutter les moyens qu'on emploie d'habitude pour provoquer l'hypnotisme.

L'hypnotisme ne paraît pas avoir d'influence nette sur la marche du travail, si ce n'est peut être un certain ralentissement dans les contractions utérines. Ce n'est qu'un anesthésique inconstant, généralement incomplet; on ne doit en conseiller l'emploi dans la pratique obstétricale qu'à titre tout à fait exceptionnel, d'autant qu'on possède dans le chloroforme, le chloral, des moyens bien plus sûrs.

On peut cependant, sans grand inconvénient, provoquer le somnambulisme ou même la léthargie pendant la dilatation du

col; mais pendant la période d'expulsion on laissera l'hypnotisme de côté : la parturiente, ramenée à son état normal, sera soumise, s'il y a lieu, aux anesthésiques ordinaires, au chloroforme, par exemple, donné à dose obstétricale.

A côté de l'hypnotisme véritable, il y a la suggestion à l'état de veille, l'emploi du pseudo-chloroforme, ou autres moyens semblables, qui, chez les esprits facilement impressionnables, pourront atténuer les douleurs. L'emploi de ces moyens est à conseiller; en leurs inconvénients sont nuls et leurs avantages souvent réels.—*Concours médical.*

Traitement prophylactique des déchirures du périnée.—C'est là une question toujours nouvelle, au sujet de laquelle le Dr ARYARD se livre à quelques considérations intéressantes; il insiste sur la manière de soutenir le périnée pendant la sortie de la tête fœtale, en se basant sur la manière dont se fait l'expulsion normale de la tête.

Le sommet en occipito-pubienne apparaît à la vulve à chaque contraction, puis recule dans l'intervalle des contractions. Il avance davantage : la tête se place sous la symphyse pubienne, de telle sorte que la symphyse correspond exactement à l'union de la tête et du cou : puis, par un mouvement de deflexion, la tête s'échappe des organes génitaux. Il se fait à ce moment un mouvement de charnière dont le centre est à l'union de la symphyse et de la partie fœtale en contact direct avec elle. Ce mouvement amène le dégagement successif de tous les diamètres sous-occipitaux et de toutes les circonférences qui correspondent à ces diamètres.

Il faut veiller, lorsqu'on pratique le dégagement de la tête, à ne pas soutenir trop énergiquement le périnée, sous peine de défilchir trop tôt la tête et d'exposer la vulve aux déchirures. Si la main périnéale exerce une trop forte pression sur la tête, celle-ci, arrêtée également par l'autre main qui est appliquée directement sur elle, commence sa deflexion avant le temps voulu : le mouvement de charnière s'accomplit alors autour d'un point répondant à l'occiput même, ce qui augmente d'autant la distension des parties maternelles.

Aussi doit-on chercher, avant tout, à favoriser le dégagement de l'occiput sous la symphyse pubienne; on abaisse au besoin la tête avec deux doigts placés au voisinage du lambda; on n'aide le mouvement de deflexion que quand l'occiput a complètement franchi la symphyse pubienne, de telle sorte que le mouvement de charnière s'accomplisse au niveau de la partie du cou la plus voisine de la tête. En outre, il faut veiller à ce que la symphyse pubienne et la partie supérieure de l'anneau vulvaire se trouvent exactement, pendant le mouvement de deflexion, au niveau de la partie supérieure du cou fœtal. La direction imprimée à la tête est alors aussi bonne que possible.—*Concours médical.*

Vomissements non gravidiques et d'origine génitale.— M. Jules BATUAUD, interne de M. J. Chéron à St-Lazare, divise, dans un excellent travail, les troubles gastriques d'origine génitale chez la femme, en dehors de la grossesse. Il reconnaît d'abord, des troubles gastriques en rapport avec les fonctions physiologiques (puberté, menstruation, copulation, ménopause). Il décrit d'après Lombe-Atthill, un vomissement nocturne lié à "cette triste habitude, malheureusement trop fréquente, qui, tout en détruisant la santé, finit, si elle est prolongée, par altérer les facultés mentales, et qui, presque toujours, est accompagnée de leucorrhée : je veux parler de la masturbation" (Lombe-Atthill.) D'après cet auteur, une pupille dilatée, une apparence morne, une excitation inexplicable causée par l'examen vaginal doivent mettre sur la voie ; il faut y ajouter une forte douleur lancinante immédiatement au-dessus du pubis. "Dans plusieurs cas, dit-il, j'ai observé le vomissement la nuit comme symptôme très important."

Parmi les troubles gastriques qui sont en rapport avec les lésions génitales, il distingue les lésions ovariennes aiguës et chroniques et les lésions utérines, notamment les métrites, l'inversion et la rétroversion.

Dans les déviations et spécialement dans l'inversion et la rétroflexion, qui s'accompagnent souvent de vomissements, la pathogénie est des plus complexes : il y a lieu, en effet, de tenir compte des déplacements des ovaires, cause bien connue de vomissements et de nausées réflexes, des compressions du rectum qui peuvent par l'intermédiaire de la constipation, retentir sur l'estomac ; enfin des lésions inflammatoires qui s'unissent presque toujours aux changements de position de l'utérus.

L'influence de l'endométrite est diversement appréciée par les auteurs ; les uns accusent surtout les déperditions incessantes de liquides nutritifs représentés par la leucorrhée (endométrite catarrhale) ou incriminent les anémies qui succèdent aux hémorragies répétées (endométrite hémorrhagique.) Ces vues sont exactes ; mais, dans certains cas, les pertes leucorrhéiques ou sanguines ne sont pas en proportion avec l'intensité des troubles gastriques. Il faut alors chercher une autre explication. M. Chéron fait intervenir comme cause principale les irritations de la muqueuse du canal cervical, qui représente la *zone réflexogène* par excellence de l'utérus.

Au point de vue symptomatologique, continue M. J. Batuaud, est-il nécessaire de rappeler ici les trois degrés de dyspepsie utérine décrit par Courty dans son traité des maladies de l'utérus ? Pour cet auteur, une diminution légère de l'appétit, la lenteur des digestions, un gonflement de l'estomac assez marqué pour obliger souvent les malades à ôter leur corset après les repas, un peu de sensibilité épigastrique et des éructations gazeuses inodores

caractérisent la forme bénigne. La dyspepsie est-elle plus ancienne? La gastralgie s'accroît, il y a souvent des maux de tête pendant la période de digestion stomacale, les renvois deviennent acides (pyrosis). L'appétit se montre capricieux et, bien que les malades mangent peu, elles ont constamment la sensation d'un poids sur l'estomac. Ce qui prouve, néanmoins, que toute idée de gastrite doit être écartée, c'est que la langue n'est nullement blanche et chargée, dans la grande majorité des cas. Enfin, dans un troisième degré, l'anorexie augmente encore, des nausées surviennent souvent accompagnées de vomissements glaireux, alimentaires ou bilieux.

On doit accepter aujourd'hui la fréquence de ces trois formes de vomissements et l'on ne croit plus, malgré l'autorité d'Aran, que les vomissements utérins sont toujours bilieux et reconnaissent toujours pour cause un trouble des fonctions biliaires. Les vomissements les plus pénibles, ainsi qu'on l'a souvent remarqué, sont ceux dans lesquels les éructations gazeuses prédominent et où il y a rejet d'une très-petite quantité de matières; c'est ce que Hodge appelle les vomissements secs ou *dry vomitings*. Enfin, disons que les nausées et les vomissements utérins, à quelque variété qu'ils appartiennent, peuvent survenir tous les matins, avec une régularité désespérante, et être pris à tort pour des troubles symptomatiques de la grossesse (Hodge). Il suffit de connaître ce fait pour éviter une erreur qui serait regrettable à bien des points de vue.—*Revue de thérapeutique.*

Traitement des métrites.—Nous allons le résumer, d'après le cours fait à l'Université de Louvain par le professeur Eug. HUBERT.

Dans les métrites aiguës :

Repos au lit, diète, antiphlogistiques plus ou moins énergiques selon l'acuité du mal et l'état du sujet. Onguent mercuriel belladonné et cataplasme sur le ventre; laxatifs pour combattre la constipation et faciliter les circulations abdominales de retour.

Après l'état aigu, pour empêcher la chronicité de s'établir et favoriser les résorptions: régime, vésicatoires, douches vaginales chaudes, compresses de Preissnitz.

Dans la métrite parenchymateuse :

Lorsqu'on n'a pas pu prévenir l'affection par l'hygiène générale et surtout par l'hygiène des couches, il faut, avant tout, sortir la malade des conditions qui ont amené le mal ou qui l'entretiennent, et ce traitement général diététique, hygiénique, est aussi important que le traitement local.

Lorsqu'il reste ou qu'il se reproduit un peu d'acuité: repos, régime doux, petites déplétions sanguines: 3 ou 4 sangsues sur le col tous les huit ou dix jours (Scanzoni) ou mieux quelques scarifications du col, pratiquées au moyen d'un lancette.

Lorsque l'état est chronique ou torpide, il faut être très ménager des émissions sanguines et ne les employer qu'à titre de résolutif.

Ecarter les causes de congestion pelvienne : fatigues, voyages, coït, vêtements serrés, constipation (eau de Sedlitz, d'Hunyadi Janos).

Traitement général.—Traiter les dyspepsies, l'anémie, le nervosisme par les alcalins, les toniques, les amers, les ferrugineux. La plupart des grandes fonctions, circulation, digestion, hématoïse, viennent se parfaire à la peau : de là l'importance de faire porter de la flanelle et l'efficacité de l'hydrothérapie. Les douches générales ne sont guère praticables à domicile et les séjours dans un établissements thermal sont dispendieux. Voici un excellent moyen qui ne coûte rien : frictions au drap mouillé après une promenade qui a rendu la peau sudorale—ou après une sudation.

Les bains de mer ne doivent être conseillés que si l'on indique la manière de les bien prendre.

Les eaux de Vichy conviennent surtout aux femmes qui souffrent du foie et de l'estomac—les eaux de Marienbad, de Kissingen, aux femmes grasses—les eaux de Kreuznach, aux scrofuleuses—les eaux sulfureuse et arsenicales, Aix la Chapelle, Mont-d'Or, Court St-Etienne, aux herpétiques—les eaux de Spa Schwalbach, Pyrmont aux anémiques et aux cholérétiques.

Traitement local.—Pour agir sur les processus utérins, on a conseillé : 1o. les médicaments dits *fondants* : l'iodure de potassium—les mercuriaux : nous comprendrions mieux l'action de l'ergotine et de l'électricité sur la nutrition de l'utérus. Le massage de la matrice a été récemment vanté : le massage est un moyen puissant d'agir sur les échanges nutritifs interstitiels, mais nous ne pensons pas qu'il soit applicable à la matrice—2o Les révulsifs ou les dérivatifs : huile de coton, térébenthine, teinture d'iode, rubéfiants sur l'hypogastre.

Nous préférons les compresses de Preissnitz, qui n'abîment pas la peau, et les douches vaginales à 40° ou 45° C. La cautérisation du col et l'ignipuncture peuvent agir sur l'inflammation du fond de l'utérus, comme le vésicatoire à la peau sur certaines affections de la plèvre et du poumon.

Dans l'endométrite catarrhale :

L'état aigu réclame le repos, la diète, parfois les antiphlogistiques et les opiacés—et, si la cause est infectieuse, les antiseptiques. Il faut éviter avec soin le passage à la forme chronique, l'hygiène, les décongestifs jusqu'à la résolution complète. Les indications générales sont les mêmes que pour la métrite parenchymateuse (voir plus haut) ; le traitement *local* seul varie, la muqueuse étant directement accessible aux moyens thérapeutiques. Il s'agit de la modifier—ou de la détruire pour en obtenir une nouvelle d'un meilleur fonctionnement.

Pour atteindre la cavité utérine, il convient d'élargir le canal cervical. On a introduit des crayons médicamenteux contenant du tannin, du nitrate d'argent, de l'iodoforme. On a fait aussi des injections intra-utérines de liquides modificateurs, astringents ou caustiques: il est prudent de tâter au préalable la susceptibilité de l'organe avec de l'eau distillée. Ces moyens atteignent difficilement le fond des cryptes glandulaires où s'abritent les microbes pathogènes.

Schröder, au moyen de la sonde de Frisch, fait des irrigations avec un litre d'eau contenant 30 grammes d'acide phénique ou 1 gramme de sublimé corrosif.—Lorsque ces injections ne suffisent pas, il procède sous le chloroforme au raclage, en promenant la curette, sans exercer une trop grande violence, sur la face antérieure puis sur la postérieure et les bords latéraux de la cavité utérine. En courbant un peu la cuiller et en exerçant une pression sur la paroi abdominale en sens inverse, on atteint aisément le fond de l'utérus et ses angles.

Injections anti-septiques immédiatement avant et après l'opération. Repos au lit pendant quatre jours; le cinquième jour, il reprend les injections phéniquées pour influencer la muqueuse de néoformation. Dans les cas rebelles, tous les deux jours, il fait une injection de 3 grammes de teinture d'iode.

"Exécuté avec les précautions minutieuses d'antisepsie, ce procédé est sans danger," dit Schröder: il a fait le raclage et l'injection de milliers de fois et n'a perdu qu'une seule malade... avant l'introduction des procédés antiseptiques.

Le traitement du catarrhe du col est le même que pour l'endométrite catarrhale du fond, mais d'une application plus facile. Les érosions du museau de tanche guérissent assez bien par les douches vaginales de 38° à 45° C., qu'on peut rendre médicamenteuses: tannin, pagliari, une cuillerée à café d'acide salicylique dissous dans une cuillerée à soupe d'alcool pour un litre d'eau (Frisch)—et par quelques cautérisations à la teinture d'iode, au crayon de nitrate d'argent. Schröder vante surtout l'acide pyrolineux rectifié, additionné de 3 à 4 0/0 d'acide phénique. Il découvre le col avec un spéculum de Fergusson, dans lequel il verse un peu du liquide et qu'il laisse quelques minutes en contact avec la muqueuse. Ce procédé ne peut atteindre les lésions intracervicales.

Les *fungosités* réclament un traitement plus énergique: il faut agir plus profondément et il reste à choisir entre les scarifications, qui dégorgent les tissus, vident les kystes—et la destruction des glandes par les acides forts, la curette ou le thermocautère.

Après la destruction des tissus pathologiques, il y a des soins à prendre pour que les tissus de nouvelle formation aboutissent au type normal et se revêtent d'épithélium pavimenteux.

Enfin, on peut se trouver dans l'obligation d'exciser cette

muqueuse qui se conduit mal et même d'amputer le col.—*Revue thérapeutique.*

Du traitement moderne du cancer utérin, par le Dr. Reeves JACKSON, de Chicago. — Des connaissances pathologiques exactes et un diagnostic assuré forment les seules bases rationnelles dans le traitement de cette maladie. Le traitement moderne est appuyée sur l'origine locale du cancer et la possibilité de son extirpation radicale. La théorie est-elle vraie, alors tout manque de guéri-on dépend de l'inefficacité intrinsèque ou tardive du moyen employé. Toute thérapeutique qui n'enlève pas complètement les tissus malades reste sans résultat. Le traitement est soit palliatif ou radical, selon la situation et l'étendue de la lésion et l'état général de la patiente. Les moyens palliatifs peuvent toujours être employés, tandis que la cure radicale n'a pas toujours son application inoffensive. Les médicaments internes tout en étant indiqués comme palliatifs, sont sans action sur la maladie.

Conclusions : 1° Toute opération pour cancer qui n'enlève pas complètement la maladie sera suivie de récurrence.

2° La limite de l'envahissement cancéreux utérin ne peut être exactement reconnue pendant la vie; donc aucun procédé opératoire ne peut garantir une extirpation complète.

3° D'où, encore, aucune opération qui met en grand péril la vie de la malade n'est justifiable si l'on peut trouver d'autres procédés moins dangereux.

4° L'hystérectomie vaginale est plus dangereuse dans un sens, que la maladie qu'elle est appelée à combattre; car un nombre, donné de patientes cancéreuses vivront plus longtemps sans l'opération que lorsque celle-ci est pratiquée.

5° D'autres procédés, n'entraînant que le sixième ou le quart de la mortalité de l'hystérectomie vaginale, sont aussi efficaces tant pour l'amélioration que pour la récurrence. On devra donc les préférer.

6° L'hystérectomie vaginale n'évite ni ne diminue la souffrance; elle détruit et ne sauve pas la vie. Elle est donc non seulement une opération inefficace, mais dangereuse et par conséquent non justifiable d'être employée.—*American Lancet.*

Les acides des conserves alimentaires forment, dit T. P. WHITE, avec l'étain, des sels qui ingérés, ne produisent aucune action toxique. Les accidents rapportés seraient dus à des impuretés de la soudure: arsenic, cuivre, ou plomb. Ces inconvénients pourraient être évités en n'employant que des soudures à l'étain pur (1).—*Medical and Surgical Reporter.*

(1) Des expériences faites plus récemment ont démontré, cependant, la toxicité des sels ainsi formés.

PÉDIATRIE

Des paralysies chez les nouveau-nés.—Les nouveau nés présentent assez fréquemment des paralysies consécutives à l'accouchement et qui sont l'hémiplégie faciale, la paralysie d'un bras, l'hémiplégie ou la paraplegie.

Ces paralysies sont en général le résultat d'une compression des nerfs par les manœuvres obstétricales du forceps et de la version ou le résultat d'une compression du cerveau par le passage de la tête dans un bassin rétréci. En voici un exemple pris par M. le Dr Roulland dans le service de M. BOUILLY :

Accouchement normal chez une secondipare.—*Bassin légèrement aplati.*—*Paralysie faciale périphérique gauche de l'enfant.*—*Guérison rapide.*—Le 20 avril, la femme M... se présente au pavillon Velpau (Maternité de Cochin), service de M. Bouilly.

Elle est en travail depuis six heures du matin.

A son arrivée (cinq heures du soir), on trouve la tête bien engagée, mais encore un peu haut. La flexion n'est pas complète. La position est une G A.

Le travail continue régulièrement et l'accouchement spontané a lieu à minuit quarante-cinq.

Durée totale du travail : près de quinze heures.

Agée de 21 ans, la parturiente n'avait jamais eu de maladies.

Une première grossesse, il y a deux ans, s'était terminée par la venue à terme d'une fille morte probablement pendant le travail, qui avait été assez long mais n'avait nécessité aucune intervention.

Pas de traces de syphilis.

Les cuisses sont un peu arquées ; pas d'autre signe extérieur de rachitisme.

L'exploration du bassin montre qu'il est un peu aplati ; le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 cent. 7.

Le nouveau-né est un garçon pesant 3,040 grammes, bien conformé.

Aussitôt après l'accouchement, l'enfant une fois nettoyé, on remarque une déviation de son visage très nette quand il crie. On peut constater une paralysie faciale complète du côté gauche. L'œil gauche reste ouvert et les traits sont tirés à droite.

Pas de déviation apparente de la langue et de la luette.

La sensibilité paraît conservée.

Légère déformation de la tête ; bosse pariétale droite repoussée en arrière ; bosse séro-sanguine un peu étendue.

A gauche, petite traînée rougeâtre sur la peau de la tempe et dirigée de haut en bas et un peu d'arrière en avant.

Les diamètres de la tête sont :

Diamètre maximum	13.8
— occipito-mentonnier.....	13.3
— occipito-frontal	11.5
— occipito-bregmatique....	9.5
— bipariétal.....	9.2
— bitemporal.....	8

La succion n'est que peu gênée. Cependant il s'écoule un peu de lait par la commissure gauche.

Le second jour, la paralysie paraît accentuée.

Le troisième, l'œil est un peu moins ouvert.

A partir du cinquième jour la paralysie diminue assez rapidement pour que le dixième l'enfant puisse partir avec sa mère sans présenter rien d'anormal dans sa physionomie.

Les paralysies chez les nouveau-nés produites dans les mêmes conditions s'observent également dans les membres supérieurs, et, dans un travail très bien fait, le Dr Roulland en rapporte un grand nombre d'observations. Quant aux paralysies des membres inférieurs ou aux hémiplegies, elles sont de nature essentiellement différente. Ce ne sont plus des paralysies périphériques, car elles dépendent de lésions centrales de la moelle ou du cerveau, et souvent d'une hémorrhagie cérébrale.

On peut donc dire avec M. Roulland, pour résumer la question, que tout nouveau-né, en arrivant au monde, est susceptible d'être atteint d'une paralysie qui reconnaît pour cause les phénomènes mécaniques de l'accouchement, d'où le nom d'*obstétricale* imposé à cette paralysie. Celle-ci est spontanée ou provoquée. Ces deux mots se comprennent d'eux-mêmes; dans le premier cas l'accouchement s'est fait sans le secours de l'art; dans le second l'accoucheur a dû intervenir soit pour appliquer le forceps, soit pour hâter la venue du fœtus par des tractions, soit pour parer à des complications telles que le redressement des bras au dessus de la tête.

Quoi qu'il en soit, après intervention ou sans intervention (et l'accoucheur le plus expérimenté peut, malgré toute sa prudence et ses précautions, produire cet accident, possible à plus forte raison quand il y a eu action aveugle et intempestive), on peut dire que la paralysie obstétricale est due ou à une lésion de nerfs périphériques ou à une lésion des centres nerveux.

La *paralysie périphérique* est de beaucoup la plus fréquente. Elle atteint essentiellement la face et les membres supérieurs.

Au *visage*, la paralysie du nerf facial est ordinairement produite par l'application du forceps; c'est l'*accident obstétrical* le plus commun. Mais la paralysie dite spontanée existe aussi, tout en étant assez rare. Elle est amenée par la compression du nerf sur l'angle sacro-vertébral (compression favorisée par le rétrécissement du bassin ou par l'inclinaison de la position), sur les

ischions, sur le pubis; on a aussi incriminé les tumeurs du bassin. Dans certains cas la paralysie est *partielle* et porte isolément sur la branche temporale ou cervicale du facial.

Ces accidents arrivent quand le fœtus se présente par le sommet, par la face ou par le siège.

La paralysie de la troisième paire, amenant le ptosis, est possible dans les mêmes conditions.

Au membre supérieur, l'inertie musculaire se présente dans des conditions très variables.

Elle est spontanée, quand il y a un diamètre bisacromial exagéré, sans que toutefois il soit utile d'aider à l'accouchement.

Elle est provoquée :

1° Dans la présentation céphalique.

a) Lorsque, en appliquant le forceps, une des cuillers, poussée trop loin, vient comprimer la partie latérale de la base du cou;

b) Lorsque, les épaules tardent à s'engager, on tire sur l'aisselle postérieure avec un crochet ou le doigt recourbé en crochet;

c) Nous y avons joint un cas exceptionnel de paralysie produite par la compression de circulaires du cordon ombilical autour du cou.

2° Dans la présentation pelvienne.

a) Lorsque, pour extraire la tête dernière, on pose sur les épaules, ou qu'on prend un point d'appui sur elles en mettant les doigts en fourche sur la nuque;

b) Lorsque, les bras étant relevés au-dessus de la tête, on cherche à les rabaisser.

3° Dans la présentation de l'épaule, lorsqu'on fait des tractions sur un bras proéminent.

En tous cas, la paralysie du bras est une *paralysie radiculaire* du plexus brachial, affectant presque toujours le type Duchenne-Erb; elle est plus rarement radiculaire totale.

La paralysie provoquée n'est jamais fusciculaire; la paralysie spontanée l'est très rarement.

La paralysie d'origine centrale par compression du cerveau peut donner lieu à l'hémiplégie faciale avec intégrité de l'orbiculaire palpébral.

Il n'est pas impossible que le même phénomène se passe pour le membre supérieur; mais on ne connaît pas d'observation bien nette de paralysie cérébrale du bras méritant d'une façon certaine le nom d'obstétricale.

Il n'en est plus de même pour les membres inférieurs, et l'on peut avancer que toute paraplégie obstétricale est d'origine centrale. Une lésion de la moelle en est le point de départ; celle-ci peut être produite soit par un arrachement, une rupture, une compression par des vertèbres brisées ou des épanchements de sang intra-rachidiens; ou bien enfin il s'agit d'hémorragies spinales.

Quant aux formes beaucoup plus rares d'hémiplégie vulgaire, d'hémiplégie alterne, elles sont dues certainement à des hémorragies cérébrales s'effectuant au moment de l'accouchement et paraissant dépendre le plus souvent de la compression du cordon.

Lorsqu'on est en présence d'une paralysie obstétricale, il faut autant que possible en faire l'inventaire électrique. On peut porter un pronostic plus assuré d'après la façon dont réagissent les muscles. En cela il n'est question que de la paralysie périphérique, la plus fréquente, la plus clinique.

Dans tous les cas, il est prudent d'instituer dès le début un traitement par l'électrisation faradique afin de ramener les mouvements et d'éviter les troubles trophiques qui peuvent résulter de la paralysie.—*Paris médical.*

Asphyxie des nouveau-nés.—Dans une communication faite à la Société Obstétricale de Philadelphie, le Dr. GOODELL fait remarquer que le danger des moyens de rappel à la vie se trouve dans leur brusquerie; ces tentatives sont plus aptes à éteindre l'étincelle de vie qui reste qu'à la rallumer; ainsi les fessées violentes et autres procédés semblables tuent souvent l'enfant.

Lorsque celui-ci respire encore il lui souffle sur la poitrine ou lui frictionne légèrement le dos afin de susciter des respirations plus fréquentes et plus profondes; une fois cet effet obtenu, il l'enveloppe chaudement et le laisse dans la tranquillité. Si l'enfant ne respire pas mais que le cœur batte encore, alors on est justifiable de recourir aux moyens plus énergiques. L'auteur a l'habitude de placer l'enfant en travers sur son genou, la tête et les bras pendants d'un côté, les membres inférieurs, de l'autre; il imprime un mouvement d'ascension brusque à son genou, qui souève l'enfant, et quand celui-ci descend il lui rapproche fortement la tête et les genoux. Ces deux mouvements d'extension et de rapprochement favorisent l'entrée et la sortie de l'air dans les poumons. Aussitôt que l'enfant a respiré, il cesse tout mouvement brusque et le laisse à lui-même.

Dans un cas où le docteur avait été appelé en consultation, tous les moyens ayant échoué, l'enfant fut déposé comme mort; quelques minutes plus tard on entendit ses vagissements et aujourd'hui l'enfant vit. Dans une autre circonstance, l'enfant—on le croyait mort—fut placé sur le toit, au froid, et lorsqu'on le reprit pour l'ensevelir, il était vivant.—*American Journal of Obstetrics.*

Traitement de la néphrite aiguë chez l'enfant. par le Dr. E. KNOCK, in *Charity Annalen.*—Le traitement des diverses variétés de néphrites aiguës est sensiblement le même. L'auteur appuie sur le fait, lorsque l'on vient à considérer la valeur des résultats thérapeutiques des médicaments employés, que la néphrite aiguë, quelle qu'en soit la cause, a une tendance toute naturelle à guérir

spontanément. Il ne nous est pas possible, dit-il, de mettre un frein au progrès de la maladie, mais nous pouvons aider effectivement sa tendance naturelle à la guérison, et cela 1^o par le repos absolu au lit dès l'apparition de l'albumine dans l'urine jusqu'au moment où celle-ci en est complètement exempte; 2^o par une diète lactée rigoureusement observée. Le lait, et les substances farineuses préparées avec celui-ci, constitueront toute la nourriture; on permettra l'usage de soupes ou de consommés en petite quantité; on exclura la viande. Le vin ne trouve son emploi que lorsqu'il y a menace de collapsus. Il est bon de permettre au malade de boire chaque jour trois ou quatre verres-à-vin d'eau minérale de Bilinear ou de Wildunger; un laxatif est à propos. Soumises à ce traitement simple, un grand nombre de néphrites aiguës guérissent dans l'espace de huit jours à quelques semaines. Un léger œdème des paupières et des malléoles n'est pas une raison suffisante pour faire abandonner ce traitement; seulement, si ces symptômes s'aggravaient il faudrait avoir recours à une thérapeutique plus active. On doit se méfier des diurétiques stimulants prescrits dans le but d'augmenter la quantité d'urine, toujours diminuée dans ces maladies. D'un autre côté, les purgatifs, les bains chauds et les sudorifiques sont recommandés. Les bons effets de ce traitement dépendent d'une abondante transpiration; si elle ne se produit pas, les bains ne sont d'aucune utilité. Il vaut mieux commencer le bain. L'eau étant à 95° F. puis élever graduellement la température à 97° ou 99° F. en ajoutant de l'eau chaude. Au sortir du bain, qui devra durer de dix à quinze minutes, le patient est enveloppé chaudement dans des couvertes de laine jusqu'à ce que la transpiration survienne. Le bain est pris une fois par jour, et dans quelques circonstances on y aura recours pendant quelques semaines. Ce traitement n'entraîne aucun danger sérieux; parfois, seulement, la quantité de sang dans l'urine est augmentée; il faut alors discontinuer les bains pour ne recourir qu'aux boissons chaudes.

Les affections pulmonaires ou cardiaques compliquant la néphrite ne contreindiquent pas l'emploi des bains. Les autres sudorifiques, tels que le drap mouillé, et la pilocarpine, n'agissent pas, en général, aussi bien chez les enfants.

Il est rare que la pilocarpine produise plus de transpiration que les bains; elle peut cependant être employée avec prudence. La saignée locale, les astringents, etc., ne font aucun bien.

Dans l'urémie, non seulement la pilocarpine ne fait aucun bien mais elle peut même devenir dangereuse, en provoquant le collapsus. D'un autre côté, un traitement antiphlogistique énergique produit un effet prompt et incontestable; mais lorsque l'énergie cardiaque menace de faire défaut il lui faut substituer un traitement stimulant.—*Medical and Surgical Reporter.*

Traitement des dents chez les enfants, par CRAVENS. — Les enfants au-dessous de 3 ans ne sont pas amenés au dentiste, on les conduit au médecin de la famille.

Quand le dentiste est appelé à dire son avis, son devoir est de rappeler l'importance de conserver les dents caduques aussi longtemps que possible.

Il y a plusieurs raisons pour conserver ces organes jusqu'à ce que les dents de remplacement soient prêtes à faire leur éruption.

Les premières, toujours régulières dans leur disposition, sortent par groupes, et la présence de plusieurs groupes fournit une indication qui permet de déterminer l'âge approximatif du sujet, la période du développement de certains organes cachés, l'estomac en particulier, et d'en conclure quel est le régime nécessaire au développement ultérieur de l'organisme. Cette indication est assez claire pour que tout dentiste intelligent et observateur en puisse tirer profit.

Chez l'adulte, les masséters sont les muscles les plus puissants; ils sont capables de soutenir les poids du corps suspendu et souvent plus; mais dans l'enfance, les masséters ne possèdent pas une puissance proportionnelle, de sorte que, souvent, la mastication d'aliments solides ou fibreux serait extrêmement difficile, sinon impossible, n'était la présence de tubercules particuliers aigus qui arment les dents et qui servent à broyer vite et facilement des substances qui, autrement, descendraient forcément en masse dans l'estomac et sans avoir été insalivées.

Cette facilité qu'ont les dents de lait à découper les aliments, a comme corollaire un estomac de capacité digestive très limitée. Sous ce rapport, les dents caduques, dont l'éruption est récente, présentent quelque analogie avec la troisième période de l'abrasion mécanique si fréquente chez les vieillards, et que l'on a comparée à une seconde enfance, parce que les bords tranchants des dents usées permettent aux gens âgés de diviser leurs aliments.

Les épines que présentent le bord tranchant des incisives, nouvellement sorties, d'un enfant, possèdent un pouvoir étonnant de pénétration; mais à mesure que l'âge augmente, les masséters deviennent plus forts et les épines disparaissent bientôt, en laissant un bord uni qui est mieux adapté à l'état du sujet en voie de développement.

Les dents adultes sont de 1/3 à 1/2 plus grosses que les dents de lait, et exigent pour se loger une arcade alvéolaire de dimensions environ deux fois plus grandes.

Ce développement de l'arcade commence d'ordinaire vers la sixième année, et exige environ six ans pour se terminer. Quelquefois, on trouve des sujets de six ans chez qui les centrales permanentes du bas franchissent la gencive en arrière des incisives caduques et gênent les mouvements de la langue. Six mois plus tard, les latérales inférieures sortent sur le même plan que les

centrales et paraissent incapables de pouvoir jamais reprendre leur position normale dans la mâchoire.

Une erreur fréquente à cette période consiste dans l'extraction prématurée des incisives caduques, tant qu'elles restent saines, il faut espérer que l'arcade se dilatera au degré voulu pour loger les organes de remplacement. Il n'y a donc qu'à attendre. Les couronnes et les racines des dents de lait semblent servir de leviers, de coins pour aider la mâchoire à se dilater au point désiré. La langue a aussi peut-être un rôle actif en agissant sur les dents. Il importe encore de conserver les dents caduques, tant qu'on a besoin d'espace, parce que la résorption de leurs racines s'accompagne d'un travail inflammatoire et d'une vascularisation qui augmente la nutrition du maxillaire et par suite favorise l'agrandissement de l'arcade. On doit donc, autant que possible, obturer toutes les cavités des dents de lait, afin d'éviter une extension de la carie qui pourrait en nécessiter l'extraction. Celles mêmes qui sont privées de pulpe doivent être conservées, tant que la résorption de leurs racines ne sera pas entravée, puisque ce travail facilite la dilatation de l'arcade alvéolaire.

Il y a aussi de bonnes raisons mécaniques pour conserver les molaires caduques. Elles empêchent les molaires de six ans, surtout celles du bas, de s'incliner en avant, et retiennent ainsi l'espace voulu pour les bicuspides de remplacement. Enfin, leur présence est nécessaire pour conserver des surfaces articulaires pour la bonne mastication des aliments, qui est aussi essentielle chez l'enfant que chez l'adulte.—*Paris médical.*

TABLEAU MÉTRIQUE.

Le système métrique étant assez souvent mis en usage dans les colonnes de ce journal, le tableau suivant pourra être de quelque utilité à ceux de nos lecteurs qui ne sont pas encore tout-à-fait au courant des détails de ce système.

MESURES DE LONGUEUR.		POIDS.	
1 Millimètre	0.001 = 0.39 pouces	1 Milligramme.	0.001 = $\frac{1}{1000}$ grains
1 Centimètre	0.01 = .393 "	1 Centigramme.	0.01 = $\frac{1}{100}$ "
1 Décimètre	0.1 = 3.937 "	1 Décigramme..	0.1 = $\frac{1}{10}$ "
1 Mètre	1. = 39.330 "	1 Gramme	1. = 15.432 grains
1 Kilomètre	1000. = .62 milles	1 Kilogr....	1000. = 2.7 livres
EQUIVALENTS APPROXIMATIFS.		TEMPÉRATURE.	
1 m ou 1 grain	= .06 gram	37° Centigr. = 98°.6 Fhr.
1 fl drach. ou 1 drach.	= 4. "	88° " = 100°.4 "
1 fl oz.	= 30. "	39° " = 102°.2 "
1 oz.	= 31. "	40° " = 104°. "
1 fl oz. glycérine. . . .	= 37. "	41° " = 105°.8 "
1 fl oz sirop	= 40. "	1° Cent. = 1° 8 Fahr.—Pour convertir les Cent. en Fahr., multipliez par 1.8 et ajoutez 32. Exemple : 40° Centigr. (40 x 1.8, plus 32) = 104° Fahr.	

DERMATOLOGIE

Note sur quelques causes et sur le traitement de l'eczéma aigu de la face, par le Dr. Raoul Bri non, de Rouen.—De tous les accidents eczémateux, l'eczéma de la face est peut-être celui qui, par sa tenacité, ménage les plus grands ennuis au malade et au médecin. De plus, l'eczéma localisé à la face peut revêtir une forme particulière, que Bazin a fait connaître et qui est caractérisé par le cantonnement de l'éruption autour des orifices et en particulier autour des yeux: "L'eczéma orbiculaire" de ce dernier autour se présente, grâce à son mode d'apparition subit, grâce à son siège, à sa marche par poussées successives, grâce enfin à son extrême tenacité, avec une physionomie tout à fait particulière.

Causes.—Le début *subit* a presque toujours pour cause occasionnelle une émotion très vive et déprimante — ou une fatigue extrême, physique ou morale—ou encore le passage brusque et sans transition du chaud au froid très vif. Mais dans tous les cas il faut chez le malade atteint une prédisposition aux maladies cutanées et à l'eczéma en particulier.

Dans le cas qui nous occupe, on entend par individus prédisposés, tous ceux qui appartiennent à cette catégorie qu'on est convenu d'appeler les arthritiques.

Chez les arthritiques de toute nuance, la fatigue excessive est toujours un accident qu'il faut craindre, et en présence d'un eczéma de la face, on devra immédiatement penser à un surmenage cérébral très probable.

Et ce surmenage pourra se rattacher à une foule de circonstances qu'on devra analyser en interrogeant le malade. Bien souvent on aura affaire à une personne qu'une grande émotion aura subitement déprimée, ou bien que des émotions ou des chagrins prolongés auront affaibli graduellement. De même le travail cérébral excessif, les veilles prolongées ou encore les excès de toutes sortes pourraient être incriminés. Mais c'est surtout le surmenage intellectuel qu'on aura à observer: les observations d'eczéma de la face, avec les caractères que nous allons lui voir, se rencontrent souvent chez les jeunes gens et les jeunes filles préparant des examens et écrasés sous les programmes qu'il est en ce moment de mode d'imposer à la jeunesse.

Le changement brusque de température joue aussi un rôle très certainement. L'eczéma débute ordinairement au commencement du printemps ou au commencement de l'automne.

Le mode d'alimentation doit aussi être interrogé, l'usage de

certaines substances comme le poisson de mer, les coquillages, certains fruits peuvent être la cause déterminante d'une éruption d'eczéma.

Le sexe ne paraît pas devoir être mis en ligne de compte. Mais il en est tout autrement de l'âge. L'eczéma orbiculaire est rare chez les vieillards et chez les enfants, rare aussi chez l'adulte, on l'observe plutôt pendant l'adolescence.

À propos des professions et des situations sociales, il faut remarquer que, chez les manouvriers, c'est accident de l'arthritisme est l'exception; le plus souvent c'est l'homme cultivé et sédentaire qui est atteint.

Siège.—Ce qui frappe tout d'abord dans l'eczéma orbiculaire c'est sa prédilection pour la région péri-orbitaire. Les paupières sont atteintes, surtout les paupières supérieures, et les plaques s'avancent sur le front, sur les tempes, sur la région malaïro. Ces plaques peuvent être symétriques ou plus étendues d'un côté que de l'autre, mais il est rare qu'on ne trouve pas une symétrie plus ou moins imparfaite.

En même temps que les plaques ou même avant elles, il survient une conjonctivité qui peut être suraiguë et une blépharite avec sécrétion abondante quelquefois.

L'ensemble de ces accidents donne au malade un aspect tout à fait étrange, comparable à celui d'une personne qui aurait pleuré pendant longtemps.

Du côté de l'orifice buccal, on trouve une même zone rouge entourant la bouche, envahissant toute la surface recouverte de poils, envahissant le menton et les joues et se cantonnant le plus souvent sur les points où l'on rencontre de la barbe. Aux commissures labiales comme aux commissures palpébrales, on trouve un état fendillé qui s'explique par la disposition anatomique, par le mouvement continu de ces petits départements, et occasionnant des douleurs et un prurit douloureux et même quelquefois atroce.

En présence d'un malade qui présenterait cet ensemble symptomatique, il faudrait rechercher si des accidents semblables n'existent pas du côté de l'anus et du côté de la vulve.

Il arrivera, en effet, que le malade ne donnera pas spontanément d'indications sur ces derniers faits, d'autant plus que pour lui l'eczéma le plus inquiétant est celui *qui se voit*. Ceci est de l'observation journalière, tous les maux *qui se voient* ont une influence extrême et excessive sur le moral du malade et dans le cas particulier qui nous occupe, cette influence sur le moral doit être minutieusement étudiée *et traitée* par le médecin, car le malheureux malade tourne dans un cercle vicieux: il est déprimé parce qu'il a de l'eczéma et peut être a-t-il de l'eczéma parce qu'il est déprimé.

De là, pour le médecin, des indications à remplir, qui sont d'une grande délicatesse.

Tout le monde sait que, dans un cas d'eczéma, l'état général est toujours mauvais. Toujours il y a des troubles du côté des voies digestives, souvent on trouvera une dilatation manifeste de l'estomac et de la constipation : le malade est dyspeptique.

En étudiant le système nerveux on trouvera un caractère irritable depuis longtemps et dans un état d'hyperexcitabilité depuis un temps variable ; alternatives de vives inquiétudes et de découragement tout à fait hors de proportion avec la maladie apparente. Il y a de la faiblesse générale, un état de lassitude, le malade a maigri, il est pâle, ses traits sont tirés, etc.

Marche.—Tout concourt dans l'eczéma de la face à rendre la situation douloureuse pour la personne qui en est affligée. C'est une maladie qui se plaît à réserver au malade les plus grandes déceptions. En effet, sa marche habituelle se fait par saccades, par poussées successives. Une poussée est survenue, elle est en décroissance et, comme on espère toujours, le malade espère que ce sera la dernière ; d'autant plus que la dessiccation se fait ; il y a pendant un jour ou deux guérison apparente. Tout à coup sous l'influence du froid, du chaud, par suite d'un léger écart de régime ou même sans cause appréciable, une nouvelle crise survient et pour 6 ou 8 jours le malade retombe de nouveau dans son état antérieur.

Les poussées peuvent se succéder ainsi pendant longtemps, des mois, ou toute une année : dans la grande majorité des cas, l'eczéma orbiculaire est d'une ténacité décourageante.

Ce n'est pas trop dire, puisque ce traitement reste quelquefois inefficace pendant longtemps.

Le traitement des maladies cutanées est toujours très difficile à diriger, il demande une patience et une délicatesse très grandes ; c'est une affaire de nuances difficiles à saisir.

Le traitement de l'eczéma de la face présente encore plus de difficultés probablement parce que il intervient un état moral particulier. Étant donné la grande difficulté de ce traitement, on devra se garder d'une médication banale.

Et tout d'abord on devra étudier les antécédents du malade, les causes occasionnelles déjà citées pour essayer de les atténuer.

Dans ce but, on conseillera un repos absolu et s'il est possible un déplacement. "Mettre le malade au vert," c'est une expression banale, mais consacrée, qui désigne un mode de traitement des plus énergiques : le séjour à la campagne, la vie au grand air, les exercices physiques, l'entraînement *gradué*, l'hydrothérapie, etc., pourront rendre des services énormes et faire disparaître en une semaine des accidents durant depuis des mois.

A propos du régime, bien des indications ont été données déjà ; on a conseillé le régime lacté, le régime végétarien des Chartreux, la suppression radicale du vin, du café, du thé, du tabac et de tous

les excitants, l'abstention complète de poisson, de coquillages, de choux, de fraises, d'asperges, de fromage salé, etc., etc. D'autres médecins préconisaient l'huile de foie de morue à haute dose, la liqueur de Fowler, l'usage des purgatifs répétés.

Il serait peut-être dangereux de se renfermer hermétiquement dans une de ces prescriptions ; il peut être très utile de prendre un peu de toutes : par tâtonnement on arrivera à un *modus vivendi* rationnel.

Mais dans tous les cas, *le vrai dépuratif* c'est l'abstinence des substances déjà citées : sur ce point il n'y a pas de doute possible.

Le traitement local mérite lui aussi la plus grande attention ; souvent on s'adresse tout d'abord à lui, quelquefois sans des précautions suffisantes, à tel point qu'il peut être dangereux.

Chez certains nerveux, le moindre contact de la région malade, le contact de l'éponge de toilette, du jet de vapeur du vaporisateur, le moindre froid, à plus forte raison la pommade la plus anodine peuvent amener une nouvelle poussée. Dans ce cas, on évitera tout traitement local pendant quelque temps, le malade ne devra même pas se mouiller la figure, on ne permettra qu'une application très légère et très douce de vaseline ou de cold-cream.

Pour qu'il soit efficace, il faut se rappeler que pendant la période d'acuité il doit être simplement prophylactique : pas d'applications médicamenteuses, simplement repos absolu de l'individu et de l'organe.—À la période de dessiccation, on pourra essayer, timidement d'abord, des applications de vaseline, d'oxyde de zinc, d'amidon, de bismuth, d'huile d'amande douce, d'huile de foie de morue, de cold-cream.

Les formules sont innombrables, ce qu'il importe de remarquer c'est la grande réserve qu'il faut apporter à l'usage des topiques : tout le traitement s'adresse à l'état général pour ainsi dire.

Ce serait seulement dans les cas d'eczéma ancien torpide que l'on pourrait employer des topiques plus énergiques ou des savons spéciaux. Mais ces cas sortent de notre programme.—*Normandie médicale.*

Traitement de l'acné. 10. par le docteur GRELLEY (de Vichy).

—L'acné qui siège exclusivement à la tête, lorsqu'elle est sèche, peut être traitée par des pommades de 1 à 5 p. 100, selon la tolérance, comprenant l'une des substances suivantes : soufre, resorcin, salicylate de soude, naphthol.

Si la tête n'est pas irritable, frictions avec de l'alcoolat de romarin, alternativement.

Si la séborrhée est huileuse, on saupoudre, le soir, avec :

Salicylate de bismuth 5 à 10 grammes.

Poudre d'amidon 100 grammes.

Lavage, le lendemain matin, avec de l'eau tiède.

Les cheveux, chez les hommes, seront coupés aussi courts que possible, de façon à faciliter ces applications et à arrêter l'alopecie.

L'acné du nez et de la face, lorsqu'elle a atteint un certain développement, avec induration, peut nécessiter l'emploi des éscarifications. Nombre de femmes qui, par obligations professionnelles sont tenues à avoir un visage irréprochable, comme les actrices, les dames de comptoir, etc., les acceptent volontiers. Il y a peu à attendre, en pareil cas, de l'administration interne de l'ergotine et de l'hamamelis virginica.

Beaucoup d'acnéiques étant des nerveux, c'est à la série valérianique qu'il faut demander des calmants et non au bromure de potassium, par crainte de bromisme cutané. L'iodure de potassium offre les mêmes inconvénients et est aussi contre-indiqué.

Les frictions savonneuses de la tête, pour la débarrasser des dépôts sébacés, sont quelquefois irritantes et mal supportées. On peut les remplacer par des agents moins énergiques, comme la décoction de racines de saponaire d'Orient, ou même de saponaire ordinaire, ou encore mieux avec la décoction d'écorce ou de poudre d'écorce de quillaya (bois de Panama).

Les cheveux qui ont perdu leur adhérence ou n'étaient plus retenus que par les croûtes, sont entraînés en grand nombre; mais la réparation se fait assez promptement.—*Rev. de thérap. méd. chir.*

2^o par le Dr. P. G. UNNA.—Le traitement doit remplir deux indications: relâcher la couche cornée et détruire les microbes. On arrive à la première par le soufre et la résorcine et on combat l'hyperhémie consécutive avec l'oxide de zinc. La résorcine est préférable au soufre parce qu'elle peut se mélanger au sublimé corrosif, le meilleur microbicide; l'acide carbolique va mieux avec le soufre. Le patient doit se laver souvent avec un savonnage très chaud; deux ou trois fois par semaine toute la surface malade doit être grattée légèrement et les pustules vidées. Se servir durant le jour de la lotion suivante:

P.—Sublimé corrosif.....	0.1 partie.
Glycérine.....	1.0 "
Eau de fleurs d'oranger.....	20.0 "
Alcool.....	80.0 "

Le soir appliquer la pommade suivante:

P.—Onguent de benzoate de zinc.....	86. parties
Resorcine.....	10. "
Kaolin.....	8. "
M.—.....	

FORMULAIRE.

Migraine.—*Little.*

P.—Arséniate de soude.....	$\frac{1}{2}$ grain
Extrait de chanvre indien.....	$\frac{1}{6}$ “
“ “ belladone.....	$\frac{2}{3}$ “
Valérianate de zinc.....	$\frac{2}{2}$ “

M.—Pour faire une pilule à prendre après déjeuner et après le dîner.—*Medical and Surgical Reporter.*

Céphalalgie anémique.

1 ^o P.—Valérianate de caféine.....	15 grains
Croton chloral.....	30 “

A diviser en quatre doses ; deux à prendre par jour.

2 ^o P.—Nitrite de sodium.....	2 grains
Eau de fleurs d'oranger.....	$1\frac{1}{2}$ once
Sirop	$\frac{1}{2}$ “

M.—A prendre en deux fois.—*World's Medical Review.*

Néuralgie.—*Richardson.*

P.—Croton chloral.....	2 grains
Quinine.....	2 “
Glycérine.....	q. s.

Pour une pilule, à prendre toutes les deux heures à effet.—*Asclepiad.*

Douleurs vagues.—*Atkinson.*

P.—Acide salicylique.....	2 drachmes
Teinture fer muriaté	2 “
Acide acétique	10 gouttes
Eau	4 onces.

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé quatre fois par jour.—*Peoria Monthly.*

Péritonite.—*Shearer.*

P.—Nitrate de pilocarpine.....	1 grain
Eau	1 once

Dose : Une cuillerée à thé toutes les 4 heures.—*Medical and Surgical Reporter.*

Tœnia.

P.—Huile étlérée de fougère mâle	45 gouttes
Teinture de vanille.....	45 “
Sirop	40 “
Poudre d'acacia.....	30 grains
Eau distillée.....	40 gouttes

M.—A prendre dans une quantité égale de lait. Huile de ricin deux heures après.—*Union médicale.*

Dysenterie aiguë — Bartholow.

P.—Sulfate de magnésie.....	1 once
Acide sulfurique dilué	1 drachme
Eau	4 onces

M.—*Dose*: Une cuillerée à soupe toutes les trois heures jusqu'à production d'une évacuation convenable, puis énéma d'amidon et de laudanum. Diète liquide.—*St. Louis Medical Journal*

Métrorrhagie.—Montgomery.

P.—Extrait de chanvre indien.....	8 grains
“ fluide d'ergot.....	1 drachme
“ “ d'hamamélis.....	$\frac{1}{2}$ once
“ de cannelle.....	$\frac{1}{2}$ “

M.—*Dose*: Une cuillerée à thé trois fois par jour.—*Medical Times.*

Masque de la grossesse.

P.—Beurre de cacao.....	
Huile de ricin.....	ââ 2 $\frac{1}{2}$ onces
Oxide de zinc.....	5 grains
Précipité blanc	2 “
Essence de rose.....	2 à 10 gouttes

Appliquer matin et soir.—*Jour. of Cutan. and Gen.-Urin. Diseases.*

Prurit vulvaire.—

P.—Acide carbolique.....	7 $\frac{1}{2}$ grains
Acétate de morphine	6 “
Acide muriatique dilué	45 minimes
Glycérine	150 “
Eau distillée.....	3 drachmes

M.—Appliquer avec une éponge.—*World's Medical Review.*

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, SEPTEMBRE 1888.

Décisions judiciaires concernant les Journaux.

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

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

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

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

Traitement de la diphtérie.

Dans une communication faite le 23 mai dernier à la Société médicale du comté de Philadelphie, M. le professeur JACOBI, de New-York, a exposé d'une façon magistrale l'état actuel de nos connaissances au sujet du traitement de la diphtérie. Il y a ajouté les observations de sa propre expérience, expérience si considérable qu'elle serait à elle seule, pour nous, une raison suffisante d'en exposer les résultats à nos lecteurs. Ceux-ci, croyons-nous, s'intéresseront à suivre l'éminent spécialiste dans l'exposé qu'il fait des moyens thérapeutiques propres à combattre une maladie qui, d'un bout de l'année à l'autre, on peut le dire sans exagération, exerce ses ravages au milieu de nous.

M. Jacobi commence par établir la contagiosité de la diphtérie. Nous ne croyons pas qu'il puisse y avoir sur ce point deux

opinions. Cependant on est très souvent loin, en pratique, de prendre toutes les mesures propres à combattre la contagion, principalement dans les cas bénins. On ne saurait oublier pourtant que les formes les plus légères de la maladie peuvent transmettre les formes les plus graves.

Que le cas soit grave ou léger, *il faut* isoler le malade, et cela ressort nécessairement du fait même de la contagion. Une foule d'autres mesures hygiéniques sont recommandées par M. Jacobi, en vue d'empêcher la propagation de la maladie, et nous aurons peut-être occasion d'y revenir plus tard. Elles se résument, pour lui, à dire que la diphthérie est contagieuse à l'égal de la variole, et que l'on doit se garder de la première comme l'on se garde de la seconde.

Comme mesures prophylactiques individuelles, il recommande le traitement immédiat, en cas d'épidémie, de toutes les affections de la gorge : amygdalite et pharyngite simples, aiguës ou chroniques, hypertrophie des amygdales, cataracte nasal, rhinite, etc. La raison en est que la diphthérie affecte de préférence les surfaces malades et plus particulièrement les muqueuses.

Dans la pharyngite et l'amygdalite diphthéritiques de nature bénigne, le chlorate de potasse passe assez généralement pour être le médicament approprié. La dose quotidienne, suivant M. Jacobi, n'en doit pas excéder 15 grains pour un enfant d'un an, ni 20 ou 30 grains pour un enfant de trois à cinq ans. Un adulte n'en doit pas prendre plus d'une drachme et demie par jour. Ces doses doivent être très fractionnées et administrées à de courts intervalles. Ici, l'auteur s'élève, avec raison, contre l'emploi des doses massives de chlorate de potasse, doses qui peuvent rapidement amener l'empoisonnement.

Il est impossible, d'après M. Jacobi, d'instituer un traitement systématique des diphthéritiques basé sur la nature et l'étiologie de la maladie même. Celle-ci est parfois toute locale, parfois aussi d'origine évidemment infectieuse. Au reste, au moment où nous sommes généralement appelés, l'affection est à la fois locale et constitutionnelle.

Il n'y a *pas de spécifique* contre la diphthérie, et cela se prouve par le fait que tous les médicaments de la pharmacopée ont été mis en réquisition contre cette maladie, et sans succès. Chaque cas doit être traité d'après les principes généraux de la thérapeutique, sauf modification pour les caractères particuliers que peuvent présenter les malades. Si, au début, la température est très élevée, on peut tenter de la réduire au moyen d'affusions froides, de bains froids, de l'antipyrine, de l'antifébrine, etc. Les convulsions demandent un traitement énergique : chloroforme, chloral, etc. Si le pouls est rapide en même temps que faible, il faut avoir recours à de fortes doses d'un stimulant cardiaque quelconque : digitale, strophanthus, sulfate de spartéine, etc.

Contre les complications rénales, si fréquentes et se montrant si à bonne heure, mais qui, dans la majorité des cas, se terminent favorablement, l'auteur recommande une diète lactée ou amyglacée, les eaux de Bethesda, Seltzer, Apollinaris ou Vichy, ou même l'eau pure, en grande quantité, les bains chauds, le calomel, l'opium et la nitro-glycérine.

Dans les cas de diphthérie cutanée ou muco-cutanée, M. Jacobi s'est bien trouvé d'application locale d'iodol, d'iodoforme pulvérisé ou mêlé à la vaseline (1 partie pour 8 ou 10).

La conjonctivite diphthérique ne réclame elle aussi que des applications topiques : compresses glacées, instillation d'une solution concentrée d'acide borique avec ou sans atropine.

Le traitement local de la diphthérie du pharynx est de la plus haute importance. Malheureusement, les endroits où ces lésions sont le plus dangereuses sont précisément ceux que nous pouvons plus difficilement atteindre. Tant que les plaques diphthériques n'insistent que les amygdales, et y restent limitées, le cas n'est nullement grave, et la plupart des médications sont efficaces. Dans tous les cas, quoique l'on fasse, on doit le faire avec douceur. Les injections nasales, en lavant la paroi postérieure du pharynx et des amygdales, rendent inutiles les nombreuses applications locales faites directement sur le pharynx lui-même. En outre, elles se font plus facilement et n'épuisent pas le malade comme le fait l'ouverture de la bouche. Si cependant les applications locales peuvent se faire sans difficulté, M. Jacobi donne la préférence à la teinture d'iode et à l'acide phénique (1 goutte ou deux d'acide plus ou moins concentré). Il estime peu les poudres sèches, qui sont aptes à provoquer des efforts de toux, doivent être proscrites en général, sauf une seule, la poudre de calomel. Celles qui ont une saveur amère ou désagréable : quinine, iodoforme, soufre, doivent être absolument rejetées.

Dans le but de dissoudre les fausses membranes, on peut employer la papaine ou papayotino, extraite du *carica papaya*, sous forme de badigeonnages, d'injection, de vaporisateur, etc.

Les insufflations de vapeur d'eau sont très utiles dans les maux de gorge simples et plus particulièrement encore dans la diphthérie, surtout quand la trachée et les bronches sont intéressées. La vapeur d'eau augmente la sécrétion des muqueuses et la rend plus fluide, facilitant ainsi le détachement des fausses membranes. Les vaporisations à l'eau froide n'ont absolument aucune valeur.

La vapeur administrée en inhalations peut être simple ou médicamenteuse. On peut, par exemple, tenir constamment sur un réchaud ou au-dessus d'une lampe à alcool un vase contenant de l'eau dont les vapeurs se répandent dans la pièce occupée par le malade. On peut, à cette eau, ajouter, toutes les heures, une cuillerée à thé d'essence de térébenthine ou d'acide phénique.

L'eau prise à l'intérieur en grande quantité, et absorbée, a

aussi pour effet d'augmenter les sécrétions muqueuses. On doit donc recommander aux malades l'ingestion de grandes doses d'eau chaude et alcoolisée.

C'est également dans le but de stimuler la sécrétion muqueuse du pharynx, des amygdales, etc., que Guttman a considéré, à l'égal d'une panacée, l'emploi de la pilocarpine dans la diphthérie. Mais ce médicament, en même temps qu'il favorise la sécrétion muqueuse et, par conséquent, le détachement des fausses membranes, affaiblit aussi le cœur, ce qui peut devenir dangereux pour les malades. Les accidents diphthéritiques de la muqueuse nasale peuvent facilement devenir mortels si on ne les traite pas énergiquement. Le traitement se résume à pratiquer l'antisepsie de la muqueuse; celle-ci absorbe rapidement, de là l'indication d'établir la désinfection aussitôt que possible, et de pratiquer les injections toutes les heures. Dans un certain nombre de cas, les injections ne donnent pas de succès. C'est quand les cavités nasales sont tellement obstruées par la présence de fausses membranes que l'injection devient impraticable. On peut la remplacer alors par l'introduction d'un stylet qu'on aura préalablement trempé dans l'acide phénique. Les liquides d'injection doivent être chauds et peu concentrés, solutions de sel marin ($\frac{2}{3}$ p. 100), d'acide borique (saturées), de sublimé et de sel marin (1 partie du premier et 35 parties du second, pour 5000 parties d'eau) eau de chaux, solutions de papaine et d'acide phénique.

Quant aux seringues à employer, l'embout doit être gros, obtus et mou. M. Jacobi emploie actuellement une grosse seringue en verre dont l'embout est en caoutchouc. Chez l'enfant surtout, quand il lui est impossible de se lever, le meilleur instrument est le vaporisateur de Davidson employé toutes les heures. Les injections doivent se faire toutes les heures pendant une journée ou deux, même pendant le sommeil qu'on ne devra pas hésiter à interrompre.

Le médecin doit voir par lui-même à ce que les injections, vaporisations, etc., soient faites avec tout le soin désirable. Le maniement des seringues, vaporisateurs, etc., n'est pas toujours aussi facile qu'on serait tenté de le croire.

Dans notre livraison d'octobre nous terminerons l'analyse de cette étude du Professeur Jacobi.

Le Congrès pour l'étude de la tuberculose.

Le manque d'espace nous force de remettre à une subséquente livraison le résumé analytique des travaux de la première session du Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux, session tenue à Paris, du 25 au 31 juillet 1888, sous la présidence de M. le professeur Chauveau.

L'exposé de ces travaux sera nécessairement de nature à intéresser tous nos lecteurs. Dans un pays comme le nôtre, en effet, où la tuberculose fait de si profonds ravages et semble s'étendre de plus en plus, l'intérêt s'impose de lui-même à cette question dont l'intime solution devra se résumer, non dans un formule thérapeutique, ce qui serait ridicule, qu'on nous passe le mot, mais dans un ensemble de moyens, tant prophylactiques que curatifs, destinés à nous mettre à l'abri des atteintes de l'élément tuberculeux, de quelque nature qu'il puisse être.

La théorie bacillaire est, à l'heure où nous écrivons, universellement admise pour la tuberculose, et l'on cherche à combattre le microbe avant tout par les nombreux agents de la médication anti-bacillaire. On y réussit peu, il faut l'avouer, et l'on comprend que le traitement doit être surtout préventif. Il ressort des conclusions adoptées par le Congrès que la principale source d'infection est constituée par l'ingestion d'aliments tuberculisés et que pour se préserver de la tuberculose, il suffirait le plus souvent de faire bien cuire la viande et de toujours faire bouillir le lait.

Nous mettons aujourd'hui ces conclusions sous les yeux de nos lecteurs en attendant que nous puissions analyser avec eux les importantes questions qui ont fait l'objet des délibérations du Congrès.

I.—Il y a lieu d'attribuer aux Conseils d'hygiène des attributions plus étendues, de leur conférer la surveillance des comités des épizooties, et par conséquent d'introduire dans ces attributions les maladies des animaux, et de leur soumettre toutes les questions relatives aux affections contagieuses des animaux domestiques, y compris celles qui, jusqu'alors n'ont pas paru transmissibles à l'homme.

II.—Le Congrès constate avec reconnaissance l'inscription, parmi les affections contagieuses, de la tuberculose des vaches, de par le décret qui vient d'être signé par M. le Président de la République.

III.—Il y a lieu d'insister sur la nécessité de poursuivre, par tous les moyens possibles, l'application générale du principe de la saisie et de la totale destruction des viandes provenant d'animaux tuberculeux, qu'elle qu'en soit la provenance et quel que soit l'aspect de ces animaux.

IV.—L'ensemble de ces délibérations est applicable en tous les pays du monde, parce qu'en ces pays, comme en France, la question de la tuberculose comporte les mêmes problèmes.

V.—Il convient de répandre dans le public, principalement dans les campagnes, des instructions simples, propres à préserver les populations, par des moyens aisés à exécuter, des dangers qu'il y a à ingérer les viandes et le lait d'animaux qui peuvent être dithisiques, et des procédés aptes à désinfecter les objets et excréta issus des tuberculeux en traitement dans leurs familles, à détruire en un mot les germes virulents.

VI.—Il faut soumettre à une surveillance spéciale les vacheries destinées à la production industrielle du lait, afin de s'assurer que les vaches ne sont pas atteintes de maladies contagieuses susceptibles de se communiquer à l'homme, et que cette surveillance doit comprendre les établissements quelconques de pareille nature.

Tous les confrères savent combien il est difficile de décider un enfant malade à montrer sa langue. Cette inspection, fort heureusement, va passer de mode et devenir inutile si nous en croyons le *Texas Medical Journal*, qui dit : " Voulez-vous apprécier l'état de santé d'un enfant ? Palpez les fesses ! si elles sont fermes et élastiques, l'enfant est fort et se porte bien ; si elles sont molles, donnant la sensation que peut donner un navet bouilli renfermé dans un sac, l'enfant dépérit et a besoin de soins."

C'est ce qu'on peut appeler un *right about face* !

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

REEVES JACKSON.—*Conservatism in Gynecology*, by a Reeves Jackson, A. M., M. D.

ESHNER.—*Exophthalmic Goitre*, by A. A. Eshner, A. M., M. D. —Prize essay, Jefferson Medical College, 1888.

LABERGE.—*Rapport sur l'état sanitaire de la cité de Montréal*, et sur les opérations de sa commission d'hygiène, ainsi que la statistique mortuaire, pour l'année 1887, par le docteur Louis Laberge, médecin de la cité.—Montréal, 1888.

MAURIN.—*Formulaire de l'herboristerie*, par le docteur S. E. MAURIN.

Le Dr. MAURIN, l'auteur apprécié du *Formulaire pour les maladies des Enfants* et du *Dictionnaire du Foyer et d'Infirmerie*, vient de publier un nouveau livre qui sera non moins utile, aussi bien aux médecins qu'aux pharmaciens, aux herboristes, et à tous ceux qui s'occupent des malades.

C'est le *Formulaire de l'herboristerie*, dans lequel il rend aux simples la place qui leur est due dans la thérapeutique.

Laissant de côté la botanique pure, M. Maurin détermine : 1^o les principes actifs ; 2^o les préparations pharmaceutiques ; 3^o les formules magistrales les plus avantageuses ; 4^o les effets physiologiques et thérapeutiques de chaque plante. Cette étude est précédée de notes sur la récolte et la conservation des végétaux et de leurs produits, et enfin l'ouvrage se termine par une table analytique et un memorandum clinique qui est un véritable répertoire thérapeutique. (1 vol. in-18, 4 fr. Paris, 1888, Félix Alcan, éditeur.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On doit, dans le cours de l'hiver 1889-90, fêter le sixième centenaire de la fondation de l'université de Montpellier.

Comme nous l'avons annoncé dans un précédent numéro, un service d'ambulances urbaines, dû à l'initiative privée, a été inauguré à Paris, le 1er juin dernier. Il a pour but d'assurer des secours immédiats aux malades et aux blessés, et leur transport soit chez eux, soit à l'hôpital.

Le siège des ambulances urbaines est à l'hôpital Saint-Louis, où se trouvent remisées trois voitures dont une, toujours attelée, est prête à marcher à toute heure du jour et de nuit.

Un réseau téléphonique relie le siège des ambulances à vingt-huit pharmacies ou postes de police.

Ce service fonctionne ainsi qu'il suit :

Lorsqu'un malade ou un blessé est amené dans un de ces postes ou dans une de ces pharmacies, que son état est reconnu assez grave pour nécessiter son transport soit chez lui, soit à l'hôpital, le chef de poste ou le pharmacien demande, par téléphone, la voiture remise à Saint-Louis. Cette voiture, dans laquelle prend place un interne de l'hôpital, vient immédiatement chercher le malade.

Nécrologie.—A Paris, M. le docteur FIEUZAL, médecin en chef de l'hospice des Quinze-Vingts et de la clinique ophtalmologique nationale.

Composition chimique de l'homme.—D'après le journal anglais *l'Iron*, on trouve dans le corps humain 13 éléments, dont 5 gaz et 8 solides. Un homme de 76 kilogr. représente : 14 kilogr. d'oxygène, 7 kil. d'hydrogène, 1 kil. 72 d'azote, 600 gr. de chlore, 100 gr. de fluor ;—22 kil. de charbon. 300 gr. de phosphore, 100 gr. de soufre. 1750 gr. de calcium, 80 gr. de potassium, 50 gr. de magnésium, 50 gr. de fer ;—nul métal précieux.

Montreal College of Pharmacy.—M. C. A. PFISTER, et M. le docteur H. E. DESROSIERS ont de nouveau été élus professeurs de chimie et de matière médicale (cours français) au *Montreal College of Pharmacy* pour l'année 1888-1889.

Les cours s'ouvriront lundi, le 1er octobre prochain, à 8h. 30m. p. m dans les salles du Collège, rue McGill 223, et se donneront dans l'ordre suivant :

Matière médicale et toxicologie : professeurs T. D. REED et H. E. DESROSIERS.—8.30 p. m. mardi et jeudi.

Botanique : professeur J. BEMROSE.—8.30 p. m. lundi.

Chimie : professeurs J. BEMROSE et C. A. PFISTER.—8.30 p. m. mercredi et vendredi.

Congrès internationaux en 1889.—A l'occasion de l'Exposition universelle de Paris auront lieu les congrès internationaux ci-dessous énumérés dont les comités d'organisation viennent d'être nommés par M. le ministre du commerce et de l'industrie :

- 1^o Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie.
- 2^o Congrès international des électriciens.
- 3^o Congrès international d'hydrologie et de climatologie.
- 4^o Congrès international d'hygiène.
- 5^o Congrès international de photographie.
- 6^o Congrès international de physiologie.
- 7^o Congrès international de thérapeutique.
- 8^o Congrès international de zoologie.

Université Laval, Montréal.—FACULTÉ DE MÉDECINE.—Les cours de la Faculté s'ouvriront mercredi le 3 octobre prochain, et, durant le premier terme, se donneront dans l'ordre suivant :

Prof. BRODEUR.—*Clinique de gynécologie* (Maternité).—8 h. a. m. lundi, mercredi, vendredi.

Prof. DEVAL.—*Physiologie*.—8 h. a. m. tous les jours.

Prof. FAFARD.—*Chimie*.—9 h. a. m. tous les jours.

Prof. FOLCHER.—*Ophthalmologie et Otologie*.—9 h. a. m., mardi, jeudi, samedi.

Prof. LAMARCHE.—*Anatomie descriptive*.—10 h. a. m. tous les jours.

Prof. BROUSSEAU.—*Clinique externe* (hôpital Notre-Dame).—11 h. a. m., lundi, mercredi, vendredi.

Prof. LARAMÉE.—*Clinique interne* (hôpital Notre-Dame).—11 h. a. m., lundi, mercredi, vendredi.

Prof. BERTHELOT.—*Anatomie pratique*.—2 h. p. m. tous les jours.

Prof. ROTTOT.—*Pathologie interne*.—3 h. p. m. tous les jours.

Prof. DESROSIERS.—*Toxicologie*.—4 h. p. m. tous les jours.

Prof. BROUSSEAU.—*Pathologie externe*.—5 h. p. m. tous les jours.

Prof. DAGENAIS.—*Clinique de toxicologie* (Maternité) sur avis spécial.

Nous nous étonnons à tort du peu de reconnaissance de malades que nous croyons avoir sauvés. Pour une grande partie du public, le médecin, par métier, vend de la santé au détail comme l'épicier des prunes ou de la chandelle. Notre denrée servie au meilleur compte possible et la facture acquittée le client se tient quitte envers nous.

MARIAGE.

MOSSEL-PELLETIER.—Le 2 du courant, à l'Eglise Notre-Dame, M. le Dr C. T. Micrel de la Durantaye, de Ste-Elisabeth, à Mademoiselle Eugénie Pelletier.