

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best 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.

- 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.
- Additional comments / Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

Canadiana.org 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 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.

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTREAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des Sciences
accessoire.

VOL. V.

MONTREAL, JUIN 1891.

No 6.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Les salpingo ovarites au point de vue étiologique et anatomopathologique.

Par le Dr G. B. Faribault, Paris.

Les inflammations du petit bassin ont, dans l'immense majorité des cas, pour point de départ l'utérus ou ses annexes et sans craintes d'erreur, nous pouvons aujourd'hui ajouter que toutes ont alors pour cause l'infection. Nous allons donc suivre cette infection ; et partant de l'utérus étudier la marche ascendente des produits septiques vers la trompe et l'ovaire, les lésions consécutives du péritoine pelvien. M'appuyant d'une part sur quelques observations que j'ai pu consulter au service de la maternité de Paris, d'autre part sur le témoignage et l'autorité d'éminents maîtres, je puis affirmer que la blennorrhagie, la fausse couche, mais surtout l'accouchement sont, dans l'immense majorité des cas, le point de départ direct ou indirect des inflammations périutérines.

Il n'est dans ce fait rien de surprenant : l'ouverture des vaisseaux sanguins et lymphatiques, l'état sanieux de l'organe au moment de l'expulsion du fœtus créant une porte d'entrée à l'infection.

De même que la blennorrhagie développe chez l'homme l'épididymite par continuité de tissu des muqueuses inflammées, de même chez la femme une infection quelconque, qu'elle soit due à la septicémie principale ou à une autre cause, une fois qu'elle aura pris possession de la

muqueuse du col utérin, s'étendra de proche en proche, gagnera toute la muqueuse du corps pour pénétrer par l'orifice utérin des trompes et déterminer dans ces organes des phénomènes inflammatoires. Ceux-ci se propageront peu à peu à l'ostium péritonéal et consécutivement au péritoine et à l'ovaire.

Mais, si l'infection peut en quelque sorte se généraliser, elle peut aussi se limiter, rester utérine, devenir péri utérine. Et dans ce cas, quelle marche suivra-t-elle ? Nous devons distinguer deux cas. Dans le premier, les accidents sont immédiatement consécutifs aux couches, dans le second la marche est lenté ; des années se passent, il faut remonter toute une histoire clinique de la malade pour arriver à un point de départ si lointain qu'il pourrait être méconnu.

Les lésions immédiatement consécutives, relèvent à proprement parler de l'état puerpéral. Je rappellerai que l'utérus ne doit pas être distrait de la pathologie des autres organes et que là comme ailleurs la lymphangite existe. Suivant l'intensité de la septicémie, selon qu'elle est diffuse ou limitée, elle donne naissance à un phlegmon variable, lui aussi en étendue et en gravité et dont le siège correspond à la disposition du tissu cellulaire situé soit autour de l'utérus, soit dans le ligament large, soit dans la fosse iliaque. Il reconnaît toujours comme cause première, d'après Widal, le passage du *streptococcus aureus* à travers la muqueuse utérine.

Il existe en second lieu des cas à évolution plus lente, grâce à la virulence moindre du poison, où il se passe quelquefois plusieurs années avant que les lésions gagnent de muqueuse à muqueuse l'orifice utérin de la trompe et développent enfin une salpingo ovarite.

Je crois qu'il faut bien nettement distinguer dans ces inflammations l'utérus au moment même où il est infecté et la virulence des éléments infectieux qu'il reçoit. Si on interroge les malades, la plupart font remonter à un accouchement les accidents qu'elles éprouvent. Est-ce à dire que l'accouchement en soit toujours la cause ? Certainement non ; l'accouchement prépare le terrain, mais l'élément infectieux peut lui être complètement étranger et bénéficier seulement de l'état dans lequel se trouve momentanément l'utérus.

On sait, en effet, que de nombreux micro organismes se trouvent à l'état normal dans le vagin, mais ne remontent jamais dans l'utérus. Il me semble tout naturel d'admettre que, si l'involution utérine ne se fait pas normalement, si les suites des couches ne sont pas surveillées avec un soin suffisant, ces micro organismes atteindront la muqueuse utérine et pourront alors s'y développer.

D'un autre côté, la blennorrhagie aiguë ou chronique peut déterminer l'inflammation septique de l'utérus et consécutivement des annexes.

Enfin, l'importance de l'état puerpéral pour le développement de la muqueuse utérine comme terrain de culture peut s'appliquer jusqu'à un certain point aux congestions de toutes sortes de l'utérus. Ainsi s'explique l'apparition d'inflammations péri utérines à la suite d'arrêt brusque des règles, à la suite de phénomènes d'ananisme..... etc..... Mais dans tous les cas, il ne faut pas oublier que toujours la vraie cause est un phénomène septique.

M. Trelat a eu à la Société de Chirurgie une très heureuse expression en réunissant, sous une même dénomination toutes les lésions qui nous occupent et en leur donnant le nom de *méthro-salpingo-ovaro-péritonite*.

La métrite est donc le premier stade de l'infection, je n'ai pas l'intention de la décrire ici, aussi je passe d'emblée aux lésions de la trompe et aux lésions de l'ovaire.

A Lésions de la trompe. Les lésions de la trompe, on le sait, sont très variables en intensité et nous avons tous les intermédiaires depuis la simple inflammation catarrhale de la muqueuse jusqu'à un épaissement considérable des parois et la formation d'une poche pouvant contenir jusqu'à 1,000 et 1,100 gr. de liquide purulent.

1^o Orifice tubo-utérin. Le point par où débute l'inflammation de la trompe est l'orifice tubo-utérin de cet organe, Cet orifice qui, normalement, est fort petit, va se trouver fermé sous l'influence de l'inflammation de la muqueuse ; consécutivement, des phénomènes de sclérose se développent dans la paroi de la trompe tout comme au niveau du rétrécissement blennorrhagique de l'urèthre, se développe un épaissement de sa paroi.

2^o Lésions du corps. L'orifice tubo utérin étant altéré dans sa structure qui va devenir le corps même de la trompe ? La muqueuse d'abord rouge, se boursouffle, puis surviennent la prolifération des replis, les anfractuosités qui en résultent, l'épaississement des parois de la trompe, la dissection pour ainsi dire du tissu musculaire par l'élément fibreux, la production de couches d'éléments embryonnaires sous épithéliaux ; bref, les lésions désorganisatrices qui constituent la salpingite interstitielle et qui atteignent une importance majeure pour le chirurgien, car c'est à partir de ce moment que la régression n'est plus susceptible de se faire, et la salpingite, jusqu'alors justifiable d'un traitement médical va tomber dans le domaine du traitement chirurgical. La trompe devient rigide tout en offrant des flexuosités, puis, comme légions plus avancées, on constate sur la paroi même de la trompe de petites masses blanchâtres offrant l'aspect caséeux et on trouve, dans certains points, du pus renfermé dans de petites anfractuosités, enfin la formation de petites poches communiquant les unes

avec les autres et qui doivent leur développement à une prolifération de la muqueuse ou, comme type plus simple, d'une poche unique de la grosseur d'un œuf environ. Le pus qu'elles renferment est en général bien lié, comme le pus du plégmon, parfois plus séreux, offrant les caractères du muco-pus quand le processus de la salpingite catarrhale se joint à celui de la pyosalpingite.

3° *Orifice abdominal.* L'orifice péritoneal offre une disposition toute particulièrement favorable au développement d'une collection. Les franges du pavillon sont extrêmement vasculaires et le voisinage du péritoine qui s'enflamme en même temps qu'elles, explique la formation très rapide des adhérences des fausses membranes et consécutivement l'adhérence de l'ovaire qui ne tarde pas dans l'immense majorité des cas à faire partie de la masse des annexes enflammées. Aussi aussitôt que la salpingite dite catarrhale devient purulente, ce pavillon devient malade très rapidement et par les adhérences qu'il présente, forme une sorte de cavité qui ne demande qu'à être remplie et à se laisser distendre par le liquide. Peu à peu, se forment ainsi les volumineuses poches sur les parois desquelles on ne trouve plus trace de pavillon tellement il est transformé, et qui sont en somme développées au dépens de la portion péritonéale de la trompe, de son pavillon, des adhérences nombreuses péritonéales qui les tapissent et également de l'ovaire.

B Lésions de l'ovaire. Le voisinage immédiat de l'ovaire, ses rapports physiologiques avec le pavillon sont la cause de sa participation à l'affection. Pour cette étude de l'ovaire, on doit distinguer deux cas : la tumeur de la trompe est trop petite—la tumeur est volumineuse.

Dans le premier cas, on retrouve l'ovaire quelquefois isolé complètement d'une trompe peu malade et alors il n'a pas encore été atteint ; beaucoup plus souvent, enveloppé dans des adhérences, il se trouve fixé soit au pavillon, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent, soit en un point voisin. Son fonctionnement et sa nutrition s'étant trouvés modifiés, il présente de petits kystes sanguins dûs peut-être à des hémorrhagies folliculaires. Quelquefois cet ovaire est entièrement kystique et rempli de sang.

Dans d'autres cas, c'est l'élément infectieux lui-même qui a atteint l'ovaire, il y a ovarite soit que le pus ne soit contenu que dans de petites cavités isolées les unes des autres, soit que l'organe soit converti en une poche unique.

Si la collection de la trompe est volumineuse, l'ovaire est, le plus souvent aplati en forme de galette et ce n'est qu'en faisant des coupes

successives de ses parois qu'on retrouve un épaissement, un peu de tissu sclérosé qui n'est autre chose que l'ovaire.

Dans quelques cas, la désorganisation de l'ovaire est aussi complète mais par un processus différent, il est lui-même converti en une poche purulente formant un large diverticule de la poche salpingienne.

Telles sont les lésions salpingo ovariennes dont je viens d'ébaucher l'étude ; j'ai dû dire déjà quelques mots de la production des fausses membranes péritonéales consécutives à ces lésions, mais le péritoine est trop intéressé dans la marche progressive de ces accidents pour que je ne sois pas forcé d'y revenir. On peut résumer en quelques mots ces lésions du péritoine pelvien : position anormale des annexes, adhérence de ces annexes, bride péritonéale formant un réseau plus ou moins épais et plus ou moins résistant où il est généralement fort difficile, si les lésions sont anciennes, de se reconnaître. Ajoutons que dans certaines observations de vieilles salpingites, l'aspect du petit bassin se trouve encore modifié. Ce ne sont plus seulement des annexes remplies de pus, mais des foyers péri salpingiens dans l'épaisseur du ligament large et de très vastes collections purulentes dans le cul de sac de Douglas emprisonnés dans les adhérences de la pelvi péritonite.

Dr G. B. FARIBAUT.

Paris, 27 avril 1891.

Du Purpura.

Par M. le Dr M. E. de Laval.

Hughes définit cette affection, connue sous le nom de purpura, en ces termes :

Le purpura est une affection cutanée, aigue, caractérisée par une éruption accompagnée d'une décoloration de la peau de couleur pourpre, résultat d'hémorrhagies locales dans les couches supérieures de la peau (en dessous de l'épiderme).

Cette affection est très fréquente sous certaines conditions hygiéniques, elle est observée dans toutes les parties du monde, mais tout porte à croire qu'elle est plus fréquente dans les contrées froides et humides, particulièrement dans celles exposées aux changements subits de la température.

Dans nos climats on observe cette affection particulièrement durant les saisons du printemps, de l'hiver et vers l'automne, très rarement en été.

Peut-on par là croire que certaines influences météorologiques comme facteurs dans l'étiologie de cette affection ; nous n'en

avons aucunes preuves ou données certaines, au moins jusqu'aujourd'hui.

Comme nous venons de le voir, le purpura est caractérisé par une éruption ordinairement soudaine de pétéchies, ou macules (siège d'une hémorrhagie) de couleur pourpre, soit d'un rouge foncé, même dans certains cas d'un rouge clair.

Cette éruption est ordinairement précédée ou accompagnée de certains troubles constitutionnels ordinairement sans aucune gravité, mais qui, dans certains cas, sont d'une gravité extrême.

Les plaques hémorrhagiques pétéchiales du purpura sont de formes et de grandeurs différentes et ont, en commun avec les hémorrhagies qui se font à travers la peau, cette particularité caractéristique de ne pas disparaître à la pression digitale ; il en est de même des ecchymoses observées après une contusion.

Les ecchymoses dues à un choc ou à une pression quelconque sont ordinairement bien plus étendues que les macules du purpura et elles ont une toute autre origine.

DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS DE PURPURA.

Les observateurs dermatologistes qui ont décrit cette affection l'ont divisée en un grand nombre de variétés, ce qui rend l'étude et le traitement de cette affection difficile et est aussi une cause constante d'erreurs.

Shoemaker divise cette affection en 3 variétés principales :

Purpura simple, purpura hémorrhagique, purpura rhumatismal.

Hughes en reconnaît une 4^{me} qu'il nomme purpura urticans. Grisolles, citant Williams, reconnaît aussi le purpura senile et le purpura contagieux.

M. Rayan en avait fait deux variétés : purpura fébrile et purpura apyretique. Cazenave aussi le divisait en deux classes, suivant que le purpura était accompagné ou non d'hémorrhagies par quelques muqueuses.

Grisolle nous dit que cette variété de purpura, connue sous le nom de purpura contagieux, n'est rien de plus que l'éruption pétéchiale observée durant le typhus, la fièvre typhoïde, la peste, etc.

Chacune de ces variétés d'une même affection diffère des autres, soit par l'intensité des symptômes constitutionnels, le caractère et la durée de l'éruption pétéchiale ou maculaire et aussi suivant les régions du corps affectées de purpura.

Pour bien étudier cette affection dans toutes ses phases, il faut étudier chacune de ces variétés par elles-mêmes.

Les causes du purpura sont encore inconnues et ont été jusqu'à nos jours peu étudiées, et cette raison est cause que plusieurs dermatologistes ont divisé cette affection en un grand nombre de variétés.

Il est certain que bien souvent on a pris pour une variété nouvelle de purpura certains cas de purpura simple où l'affection primaire était compliquée d'une autre affection cutanée.

Nous ne voulons pas nier ici l'existence de certaines variétés de purpura, mais nous voulons seulement nous opposer aux distinctions inutiles et trop nombreuses qui sont cause de graves erreurs, et font souvent négliger l'affection principale.

De plus si l'on considère comme tenable l'idée émise par Stephen MacKensie, on voit qu'un bon nombre de cas de purpura peuvent être considérés plutôt comme symptôme d'une autre affection, et non pas comme une affection *per se*.

Il est incontestable que, dans un grand nombre de cas, le purpura est associé à d'autres affections, c'est l'opinion soutenue par Edwards. (*University Medical Magazine*, 89.)

La cause facteur du purpura considéré comme affection *per se* n'est pas bien connue et nous n'avons, dans les conditions actuelles de la science médicale, que des données très incertaines sur ce sujet.

Les opinions des dermatologistes diffèrent beaucoup entre elles. Je rapporterai ici les opinions de plusieurs médecins éminents qui montrent que nous ne pouvons pas nous rendre compte d'une manière certaine ou du moins satisfaisante de la cause facteur de cette affection.

Le Prof. Morrow est d'opinion que le purpura est dû à la stase sanguine.

Des observations très récentes portent à croire que sous certaines conditions la thrombose des veines capillaires ordinairement suivie d'une diapedèse des éléments du sang peut causer le purpura.

Nous verrons plus loin, en étudiant les différentes variétés de purpura, les théories énoncées par les auteurs qui se sont occupés de cette question, eu égard aux causes plus ou moins certaines de cette affection, et, avant d'aller plus loin, je rapporterai l'idée émise par le Prof. OSLER, de l'université de JOHN HOPKINS, autrefois professeur à l'université McGill de Montréal, Canada. Quoique l'opinion émise par Osler ne satisfasse pas complètement — car elle n'explique pas complètement la cause du purpura — elle a l'avantage du moins d'expliquer pourquoi il existe autant de similitude entre le purpura et

certaines affections cutanées avec lesquelles il est très souvent confondu ou associé, et en même temps permet de se rendre compte comment cette affection peut être divisée en plusieurs variétés, suivant les symptômes observés.

Osler nous dit :

« Peut être que la ressemblance qui existe entre l'érythème noueux, la sclérome et le purpura urticans peut porter à croire que ces différentes affections ont une origine commune dont la cause serait due à la formation d'un poison, peut être d'un alcaloïde qui se développerait à la suite d'un métabolisme chylopoëtique imparfait, accident qui, chez certains sujets dans certaines conditions, et chez certaines constitutions, causerait chez l'un l'urticaire, chez un autre l'érythème, et chez d'autres des cas fatals de purpura, etc.

Makenzie divise le purpura en autant de variétés qu'il existe de causes et reconnaît comme variétés du purpura, les purpuras vasculaires toxiques, mécaniques et neurotiques.

Pour Piffard le purpura est une affection cutanée due à certaines effusions ou hémorragies locales et pénétrant les différentes couches de la peau.

Louis Lewis ne reconnaît que deux variétés de purpura : le purpura hémorragique et le purpura simple.

Comme on le voit la cause première, ou la cause morbide n'est pas connue, ou du moins l'est imparfaitement et cette question du purpura, ses causes, sont encore sub judice.

Il n'y a pas lieu de s'étonner de cet état de chose, car il en est de même pour beaucoup d'autres affections cutanées dont les causes facteurs sont encore ignorées.

Nous avons dit plus haut que cherchant à trop distinguer, et en créant trop de variétés d'une même affection, on avait par là rendu plus difficile l'étude de cette affection, et multiplié les chances d'erreurs ; malgré cela on ne peut nier l'existence de cette affection, au moins sous deux formes ou variétés, le purpura hémorragica et le purpura simplex.

Ces deux variétés diffèrent de beaucoup entre elles par leur intensité et la gravité des troubles constitutionnels qui les précèdent ou les accompagnent, et de plus, il est bien prouvé qu'elles peuvent exister indépendamment de toute autre affection cutanée ou bien apparaître comme complication durant le cours d'une affection comme l'anémie, certaines affections nerveuses et plusieurs affections cutanées comme l'érythème, etc.

A part de ces deux variétés principales nous étudierons aussi deux autres formes de purpura. Le purpura rhumatics et le purpura-

articans ; ces dernières sont tour à tour reconnues et niées par certains dermatologistes.

Nous commencerons par l'étude de la forme la plus communément observée en pratique, celle dite purpura simple.

Cette variété fait son apparition sans prodromes et l'éruption a ordinairement lieu soudainement.

Cette éruption a lieu ordinairement la nuit et si elle est accompagnée de quelques symptômes ils ne sont au fond que de la lassitude, une légère élévation de la température, et quelques douleurs ressenties dans les membres inférieurs ; chez quelques sujets on observe un peu de constipation, embarras gastrique et perte de l'appétit.

Je me rappelle avoir observé un cas de purpura simple accompagné de symptômes nerveux très graves chez un enfant âgé de 6 mois ; chez cet enfant on observa les pétechies du purpura sur les membres inférieurs de très bonne heure le matin, l'éruption fut précédée de convulsions qui se continuèrent jusque vers dix heures du matin, époque où l'enfant mourut.

L'éruption maculaire dans ce cas était très discrète sur les membres inférieurs et occupait les jambes, les cuisses et on observait une seule macule sur la poitrine.

Chez une jeune fille âgée de 15 ans, l'éruption pétechiale du purpura fut suivie de convulsions, mais qui ne furent pas suivies de mort comme dans l'autre cas ; chez cette jeune fille l'éruption était confluente et ne fut pas suivie de récurrence.

L'éruption du purpura a lieu ordinairement subitement et atteint son apogée après quelques heures, elle a lieu ordinairement la nuit, mais dans certains cas, elle se fait lentement et graduellement.

L'éruption n'a lieu ordinairement qu'une seule fois durant le cours de l'affection.

Mais dans certains cas, elle récidive à différents intervalles plus ou moins rapprochés.

Chez certaines personnes, l'éruption pétechiale apparaît à des époques déterminées. J'ai observé cette particularité chez un vieillard de 55 ans, chez qui l'éruption pétechiale avait lieu tous les printemps vers la mi-avril, occupait les membres inférieurs très confluente, mais n'était pas accompagnée d'aucun symptôme constitutionnel.

Je ferai ici remarquer, que chez les hommes employés au flotage des billots sur les rivières au Michigan, cette affection est souvent observée. De plus les gens affectés prétendent que c'est dans les rivières dont les eaux sont chaudes que l'on est plus sujet à contracter l'affection.

Les pétéchies ou macules du purpura sont ordinairement d'une couleur pourpre rouge foncé quelquefois, mais rarement d'une couleur claire ; elles sont de formes et de grandeurs différentes, variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois.

La réunion de plusieurs pétéchies ou macules, peut être une cause dernière et simuler, soit une autre affection, ou bien faire croire si l'on considère seulement l'étendue de ces plaques hémorrhagiques à l'existence du purpura hémorrhagica. Mais si l'on tient compte de l'absence des hémorrhagies rénales, vésicales ou autres, qui caractérisent cette affection toute cause dernière se trouve par là écartée, car ces complications ne sont jamais observées durant le cours d'une éruption de purpura simple.

Les pétéchies ou macules du purpura sont observées ordinairement sur les membres inférieurs, cette éruption est tantôt confluyente, ou discrète, et est souvent distribuée irrégulièrement sur toute la surface du corps, mais même dans ces cas où l'affection occupe toute la surface du corps, elle est toujours plus abondante sur les membres inférieurs, les jambes et les cuisses.

Les pétéchies du purpura ne sont pas éminentes, mais semblent plutôt pénétrer dans les couches inférieures de la peau, et possèdent jusqu'à un certain point plusieurs traits caractéristiques des ecchymoses observées après une contusion.

L'éruption pétéchiale n'est jamais accompagnée de prurit à moins qu'elle soit compliquée ou associée à l'urticaire.

Cette dernière affection accompagne souvent le purpura.

Plusieurs dermatologistes prétendent que l'invasion du purpura simple n'est jamais précédée de douleurs, (ressenties ordinairement dans les membres inférieurs,) et sont d'opinion que ce n'est que dans la forme de purpura dite purpura rhumatisans, que l'on observe ce symptôme.

Il est bien de considérer la difficulté de faire ici le diagnostic différentiel, car ordinairement l'acuité et la douleur nous font reconnaître à quelle variété de purpura nous avons affaire.

Toujours est-il que nous sommes certains que dans quelques cas rares, il est vrai, le purpura simple peut être précédé de quelques douleurs. Je n'ai rencontré qu'un seul cas où l'éruption était accompagnée de douleurs aiguës, dont le siège principal occupait les membres inférieurs et le dos.

Peut être ces douleurs étaient-elles dues à une névralgie, mais cette douleur n'offrait pas les caractères de la névralgie ni ceux du rhumatisme.

Le purpura simple a une durée de une à trois semaines, mais chez

certaines sujets il réapparaît, à différents intervalles ou périodes plus ou moins éloignées.

La forme dite purpura simple atteint ordinairement les jeunes filles anémiques mal réglées, chez qui la nutrition se fait imparfaitement. Cette affection est observée rarement chez les enfants.

Les petits enfants survivent rarement à une attaque de purpura, car ordinairement elle est suivie de mort, particulièrement si l'enfant est au dessous d'un an.

Les adultes ne souffrent que très rarement de cette affection, tandis qu'elle est très commune chez les vieillards. Les deux sexes sont également susceptibles d'être atteints de purpura.

Certains cas de purpura sont causés par l'action toxique de certains remèdes et c'est surtout durant l'emploi de la quinine et de l'acide salicylique que l'on observe une éruption de purpura : L'acide salicylique obtenu de l'huile de *Gaultheria* ne cause pas cette affection, tandis que l'acide salicylique obtenue par synthèse cause souvent cette affection.

Cette opinion peut être niée, mais je possède des faits cliniques à l'appui de cet énoncé.

Durant une affection rhumatismale une malade traitée à l'acide salicylique fut atteinte de purpura, et cette éruption ne prit fin que lorsque l'on eut enlevé l'acide salicylique synthétique pour celui naturel et après ce retrait de l'acide synthétique l'éruption disparut complètement, quoique l'on continua l'acide pur.

Iodure de potassium. L'iode cause une variété de purpura, que Fournier a appelé purpura iodina. Formen parlant de cette forme, ou variété de purpura dit que "dans les cas de purpura causé par l'iode l'éruption a lieu ordinairement dès que l'économie est sous l'influence du remède, et que dans certains cas l'éruption a lieu dès les premières doses, que dans d'autres elle réapparaît dès qu'il est nécessaire d'administrer ce remède, ou bien d'en augmenter les doses."

Chez certaines femmes, on observe une éruption de purpura à l'époque des règles, et souvent cette éruption peut être considéré comme menstrues supplémentaires.

J'en ai observé moi-même un cas et, fait digne de remarque, l'éruption pétéchiale était très discrète.

Une question non encore résolue, est de savoir si cet état morbide connue sous le nom d'*anémie*, est une véritable cause de purpura.

Cet état morbide devrait être du moins dans certains cas, une cause facteur, car dans cette affection les propriétés coagulantes du sang sont de beaucoup diminuées, ou presque entièrement disparues.

On rencontre souvent durant le cours d'une éruption de purpura,

certaines affections cutanées, comme l'érythème simple ou noueux et d'après le professeur Morrow, bon nombre de cas de purpura, ne sont ni plus ni moins que de véritables cas d'érythème multiforme ou noueux, compliqués de purpura.

Cette association de l'érythème au purpura est une cause connue d'erreurs en diagnostic, et c'est particulièrement lorsque le scorbut est associé au purpura, que le diagnostic différentiel peut devenir difficile à faire.

D'après Piffard, le diagnostic différentiel entre le purpura et le scorbut peut être très difficile, mais il ne faut pas oublier que le scorbut présente certains symptômes qui lui sont particuliers, comme l'état caractéristique des gencives qui sont tuméfiées et ulcérées, les membres inférieurs sont affectés d'œdème particulier qui présente une dureté caractéristique, état qui n'est jamais obtenu même dans les cas où l'œdème des membres inférieurs est un symptôme constant, de plus, les plaques hémorragiques ou une plus grande étendue que celles du purpura.

Comme dit Piffard, on observe très souvent le purpura dans des conditions telles qu'il est totalement impossible de se rendre compte de la cause première, tandis que pour le scorbut cette difficulté n'existe pas, car, l'histoire du cas nous montre que les personnes affectées de scorbut, ont été soumises à de grandes privations, sur la mer ordinairement ou dans les prisons, et ont suivi un régime de viandes salées, ou de mauvaise qualité, pendant très longtemps, et ont été privées entièrement de végétaux, ou placées dans des conditions hygiéniques, causant le scorbut, mais jamais l'affection du purpura.

Comme nous l'avons vu au commencement de ce travail certains auteurs soutiennent d'opinion que le purpura est une affection *per se* et d'autres dermatologistes nient ce fait, car ils considèrent cette affection plutôt comme symptôme d'une autre affection, que toute autre chose. Dans certains cas de purpura, il faut se rendre à l'évidence et considérer cette affection, comme une affection indépendante de toutes autres causes, que celle, que l'on peut appeler la cause facteur.

Si l'on croit que le purpura peut exister indépendamment de toute autres affections, on ne peut pas nier non plus qu'elle peut être souvent associée à d'autres affections, ou accompagner d'autres affections que les affections cutanées, et ce sans cesser dans une autre occasion d'être considérée une maladie *per se*.

Pour moi cette affection est régie comme toutes les autres affections, par les lois connues qui permettent l'association ou la complication, d'une affection par d'autres, sans perdre par là son individualité propre.

A mon point de vue, une cause très fréquente du purpura, est l'ané-

me. Si l'on considère que l'on observe presque toujours cette affection chez les personnes faibles et anémiques, très souvent chez les chlorotiques, et que les sujets ordinairement affectés de purpura, sont généralement ceux qui sont exposés à des causes débilitantes de tous genres, il serait bien de ranger parmi les causes plus ou moins éloignées du purpura, l'anémie.

Cette manière de voir, ne sera peut être pas partagée par d'autres, mais les faits cliniques sont là pour démontrer l'exactitude de cette théorie.

Peut-être aussi que l'état du système nerveux qui complique ou accompagne l'anémie, peut être aussi souvent considérée comme cause, mais il faudra alors trancher la question en disant, que cet état de faiblesse nerveux est causé plutôt par l'anémie qu'autre chose, et cette objection n'affecte que très peu la question principale.

Parmi les causes facteurs, nous auront à considérer les opinions de plusieurs médecins qui donnaient plusieurs théories toutes différentes les unes des autres.

Canty croit que la cause première du purpura est la congestion hépatique. Bateman croit qu'elle est causée par l'hypertrophie de la rate. Fush croit que la débilité générale et celle du système nerveux peut être considérée comme cause certaine.

Cazeneuve, nous dit que souvent la suppression des règles ou bien l'obstruction intestinale sont des causes primaires du purpura.

Si l'on rapproche ces différentes opinions de celle exprimée par moi, on voit que cette idée n'est pas loin d'être vraie, car plusieurs de ces affections compliquent souvent l'anémie, ou en sont les conséquences directes.

Comme nous dit Piffard, nous ignorons totalement la cause morbide du purpura, mais nous ne devons pas oublier que cette affection est observée surtout chez les malades affaiblis par une cause quelconque et presque jamais chez les personnes fortes, à moins que le purpura ne soit observé comme complication, durant le cours d'une affection ou causé par l'action de certains remèdes.

Quelques récentes observations portent à croire que dans certaines conditions la thrombose des veines capillaires ordinairement suivie d'une diapedèse des éléments du sang à travers les tuniques des vaisseaux sanguins peut causer le purpura.

Cette théorie explique très bien et nous donne le mécanisme de l'affection, mais sans nous faire découvrir la cause directe, car cette osmose n'a pas lieu sans une cause et ne peut avoir lieu *per se*.

On a observé, dit Watson-Cheyene, dans un cas de purpura la présence de streptococci dans les capillaires et qui obstruaient le calibre ;

mais, on n'a pas pu connaître si la présence de ces streptococci étaient une cause. Il en est de même des bacilles dont la présence est souvent observée dans cette affection, mais ces bacilles ou streptococci sont-ils la cause du purpura, ou leur présence est-elle accidentelle.

On remarque que les macules pétéchiales du purpura sont toujours formées par une extravasation du sang qui a lieu à travers les diverses couches de la peau, particulièrement dans le chorion et le tissu cellulaire sous cutané.

Des que l'extravasation sanguine a lieu à travers les tissus, on observe la formation des macules, et la couleur caractéristique de celles-ci, est due aux matières colorantes du sang.

L'épanchement sanguin qui a lieu à travers les tissus, cause chez certaines personnes, une sensibilité locale, qui est plus ou moins prononcée.

Cette sensibilité si elle existe est perçue dès qu'il y a contact ou choc, et elle a beaucoup d'analogie avec celle ressentie après une contusion, mais elle n'en a pas l'acuité.

L'extravasation sanguine pour disparaître, doit être absorbée : les éléments fluides le sont les premiers, la matière colorante ne disparaît qu'en dernier et la macule présente durant les diverses phases de la réabsorption, les mêmes phénomènes, que ceux observés après une contusion, accompagnée d'ecchymoses.

Ces macules passent aussi du pourpre au bleu-verdâtre ou jaunâtre avant de disparaître, on observe souvent chez un patient des macules offrant à l'examen les diverses phases de l'absorption depuis l'extravasation sanguine récente jusqu'à la presque disparition de la macule.

TRAITEMENT

Le traitement du purpura simple n'offre aucune difficulté et ne sera considéré que lorsque nous parlerons du traitement du purpura en général.

PURPURA HEMORRHAGICA

Cette variété de l'affection doit être accompagnée de symptômes autrement graves que ceux que nous observons dans le purpura simple.

Cette affection est ordinairement précédée de certains symptômes dont quelques-uns sont observés dans le purpura simple, et qui ne diffèrent que par leur intensité.

Les principaux symptômes du purpura hémorrhagique sont lassitude, mélancolie ; le malade est morose, abattu, triste ; perte complète de l'appétit, constipation opiniâtre, (A ce sujet j'ai observée que chez certaines personnes atteintes de purpura, cette constipation se continuait même après la guérison complète), les malades accusent cer-

taines douleurs, qui font souvent croire à l'existence du rhumatisme ; ces douleurs ont leur siège principal dans le voisinage des articulations.

Observation I.—Chez une jeune fille de 18 ans mal réglée, et devenue anémique à la suite d'un séjour dans les manufactures de l'Est, j'ai observé les symptômes suivants : faiblesse générale, pouls 100. *Respiration normale*. Température 99.275 f. douleurs aiguës ressenties dans les muscles des cuisses, des jambes accompagnées d'une contracture extrême des muscles affectés, ces douleurs étaient aggravées par la pression et beaucoup plus si l'on percutait localement les *muscles affectés*.

Comme on voit par cette observation il peut arriver qu'il y ait en même temps que la douleur dans le voisinage des articulations une myalgie avec contracture des muscles affectés.

Dans cette variété on voit apparaître l'éruption pétéchiale ordinairement deux semaines après l'apparition des symptômes constitutionnels ou locaux ; dans quelques cas cette éruption a lieu *subito*. Elle diffère de celle observée dans le purpura simple car elle a lieu ordinairement sur toute la surface du corps, et elle est presque toujours confluyente, particulièrement sur l'abdomen et les membres inférieurs et discrète partout ailleurs.

Les pétéchies ont ordinairement une forme aux contours bien définis quelque fois elles sont proéminentes, mais presque toujours elles sont de niveau avec l'épiderme et dans certains cas on observe une sensibilité excessive de la peau non affectée par l'extravasation sanguine.

Les douleurs disparaissent ordinairement dès que l'éruption a lieu mais presque toujours elles se font sentir durant la durée de l'affection ou précèdent chaque récursive ; récidives toujours suivies d'une nouvelle éruption pétéchiale.

La durée de cette variété de purpura est très incertaine car cette affection peut exister pendant 4 ou 6 semaines, sans récidives ; ordinairement cette variété est accompagnée d'hémorragies locales ou de certains viscères, comme celles des reins, des intestins, et quelque fois celles de l'utérus.

Cette variété de purpura est très souvent compliquée d'érythème. Les hémorragies sont souvent accompagnées de pyrexie, et de collapse souvent fatal. Morrow nous dit que cette affection est observée dans le cours de plusieurs affections telles que la vérole, le typhus, le scorbut, la leucémie, l'anémie idiopathique les affections du foie et des reins, ou peut-être causée par certaines substances, poisons, minéraux ou végétaux.

L'albumine est souvent présente dans les urines.

Dans certains cas il est très difficile de faire une distinction entre le purpura hémorragique idiopathique et celui que l'on considère comme

symptomatique d'une autre affection et c'est là une des raisons pour lesquelles beaucoup de dermatologistes considèrent cette affection plutôt comme symptomatique que comme une affection *per se*.

Ordinairement après que l'éruption a fait son apparition les hémorragies visérales ou locales ont lieu et sont souvent observées non-seulement sur la peau, mais aussi sur les différentes muqueuses tapisant certains organes comme la cavité buccale, nasale, intestinale, sur les gencives. Dans les cas où l'hémorrhagie est très profuse et se répète très souvent le pronostic est peu favorable.

Lorsque la guérison a lieu elle se fait graduellement mais comme cette affection est sujette à plusieurs récives on doit être toujours sur ses gardes et craindre toujours le collapse resultat des hémorrhagies. Au sujet de la présence de l'albumine dans les urines, Hutchison est d'opinion qu'elle est souvent l'indice d'une affection renale.

PURPURA RHUMATICANS

Cette variété de purpura est très rare et est très souvent confondue avec l'érythème multiforme avec lequel le purpura rhumatics est ordinairement associé: cette affection est observée chez les personnes des deux sexes, mais particulièrement chez les femmes et les jeunes filles.

Les causes du Purpura Rhumatics sont encore inconnues.

Shoemaker rapporte qu'il a observé cette variété chez certains patients affectés de faiblesse nerveuse, et surtout chez ceux épuisés à la suite d'excès vénériens.

Grisolle nous enseigne que les variétés de purpura comme celles dites purpura sénile, contagieux, ne sont pas des variétés proprement dites de cette affection et ne doivent pas être considérées comme telles, mais plutôt comme certaines formes de purpura ou certains états morbides prédominant tout en ne changeant rien de l'affection. C'est là du moins l'opinion de plusieurs autres écrivains.

La forme dite Purpura Urticans d'après Grisolle se rapproche beaucoup de la variété dite Purpura Simple mais elle diffère par son éruption, qui offre à l'œil de petites taches lenticulaires dont l'apparition est accompagnée ou suivie d'une légère sensation de cuisson, comme on l'observe dans l'urticaire: cette forme de purpura est niée par Shoemaker qui prétend qu'elle n'est ni plus ni moins que le purpura simple compliquée d'urticaire.

Je n'ai jamais eu l'occasion d'observer cette variété et de l'étudier.

TRAITEMENT DES DIVERSES VARIÉTÉS DE PURPURA

On a institué un grand nombre de traitements dans cette affection et avec plus ou moins de succès.

Le traitement du purpura simple est très simple et doit tendre à faire disparaître la cause.

Diète généreuse, repos complet et si l'affection est causée par l'emploi de certains remèdes les suspendre de suite, ou diminuer la dose. Les agents souvent employés sont : L'ergot, le Sulfate de Quinine, La mixture de fer muniatée, etc.,

Certains cas de purpura sont sensiblement affectés par l'emploi de l'huile d'eugéron, l'extrait-fluide d'hamamélis virginica à la dose de 30 à 60 gouttes : la thérebentine, l'acétate de plomb.

Dans certains cas il est bien de faire des applications astringentes sur les surfaces affectées, mais ce moyen ne donne pas toujours de bons résultats, l'acide gallique ou bien l'acide tannique ont une bonne action, mais je crois que l'acide gallique agit mieux que l'acide tannique.

Les applications d'acide acétique dilué de vinaigre ont dans certains cas une bonne action.

La diète comme nous l'avons dit plus haut doit être très-riche et contenir beaucoup d'azote. Le beurre frais, la crème doivent être ordonnés.

Les toniques minéraux et végétaux doivent être employés. Le fer la manganèse dans les cas d'anémie l'huile de foie de morue, l'extrait de malt. La strychnie, l'arsenic ont dans certaines formes de purpura une excellente action.

Les hémorrhagies viscérales doivent recevoir le traitement approprié et dans quelques cas d'hémorrhagies utérines il faut appliquer le tampon vaginal aseptique, ou ce qui mieux tamponner l'utérus si possible avec de la gaz iodoformée.

L'ergot m'a donné dans le traitement du purpura simple d'excellents résultats, mais le traitement qui offre au médecin les meilleurs résultats est celui de Poulet. (Bulletin Thérapeutique 1888.

Ce traitement consiste dans l'emploi à l'intérieur du nitrate d'argent à la dose de 1/10 de gr. et à mon point de vue c'est le seul remède qui ait une action curative sur cette affection. Poulet donne le nitrate depuis 1/10 à 1/6 de grain 2 à 3 fois par jour.

Dans deux cas de purpura hémorrhagique et deux autres avec complication d'érythème j'ai obtenu après l'usage de tous les autres remèdes employés sans succès en employant le nitrate d'argent des résultats inattendus. Dans un de ces cas, l'hémorrhagie était nasale et après avoir employé quelques pulvérisations de persulfate de fer dilué et dans l'autre le tamponnement intra utérin à la gaze iodoformée, joint à l'usage du nitrate d'argent j'ai obtenu l'arrêt de ces hémorra-

gies sans aucun retour et ce après avoir fait usage du nitrate d'argent seulement pendant trois jours.

Je ne veux pas dire par là que le traitement de Poulet soit une panacée ou le seul qui soit curatif. Mais comme l'étiologie du purpura est très obscure le traitement est bien difficile. Ce traitement d'après les résultats obtenus jusqu'à aujourd'hui, nous permet de croire que dans les cas où cette affection serait ou cause, ou lié à une affection nerveuse le nitrate d'argent doit être employé sans crainte.

Poulet classe cette affection en deux classes : sthénique et asthénique, et préconise comme on vient de le voir le nitrate d'argent dans la plupart des cas.

Taylor préconise l'emploi de la créosote, 2 gouttes, thérébentine, 5 gouttes, trois fois par jour. Aussi le peroxide d'Hydrogène, le jus de citron, et le Dr Waugh l'usage de la cocaïne extérieurement.

M. E. DE LAVAL, M. D. V.,

Membre de la Société Médicale M. R. du Michigan,
Membre Honoraire de la Société Médicale Canadienne-
Française de la Nouvelle-Angleterre Médecin de
de Santé.

MEDECINE

Un traitement nouveau de l'ulcère de l'estomac.

Le traitement de l'ulcère de l'estomac offre toujours de grandes difficultés. Le traitement classique par le régime lacté exclusif se montre bien souvent infidèle. Le traitement par le bicarbonate de soude à hautes doses, imaginé par M. Debove, quoique plus efficace, n'est pas lui-même à l'abri des insuccès. Donkin, médecin de l'hôpital de Westminster, vient d'avoir l'idée de traiter l'ulcère de l'estomac en amenant le repos complet de l'organe par plusieurs jours de diète absolue. L'alimentation pendant cette période de diète est faite uniquement par la voie rectale, au moyen de lavements alimentaires. Ses observations sont assez nombreuses pour qu'il y ait quelque intérêt à exposer cette méthode au moins originale, et à discuter ses indications, non seulement dans l'ulcère, mais dans quelques autres affections de l'estomac.

I. La diète, dans les observations de Donkin, a ordinairement été maintenue pendant une période de dix à vingt jours. Cette diète est absolue ; tout au plus permet on aux malades de sucer quelques frag-

ments de glace pour calmer leur soif. Exceptionnellement, Donkin emploie un traitement mixte, permettant l'ingestion d'une petite quantité de lait, en même temps qu'il emploie les lavements alimentaires. En général, ceux-ci constituent le seul mode d'alimentation.

La composition de ces lavements a été très variable. Les lavements de lait additionné ou non de peptores, de cognac ; les lavements de bouillon additionnés parfois de jaunes d'œuf, ont été tour à tour employés. Ces lavements, pour être tolérés, doivent être donnés très lentement : la quantité de liquide ne doit pas dépasser 60 à 100 grammes. Leur administration est répétée toutes les trois à quatre heures. Il est parfois utile, pour les faire même supporter, de les additionner d'un peu de laudanum. Au fond, Donkin se demande si l'absorption ne se borne pas presque entièrement, quelle que soit la composition du lavement, à l'eau et à quelques sels ; l'absorption des albuminoïdes et des hydrocarbures semblant très limitée. De fait, il est fréquent d'observer malgré les lavements alimentaires un amaigrissement considérable. Mais la perte de poids est vite regagnée quand on revient à l'alimentation ordinaire ; elle ne constitue donc pas une contre-indication absolue.

Ce retour à l'alimentation normale exige quelques précautions. Pendant dix à quinze jours, il est bon de donner exclusivement des aliments liquides, lait ou bouillon. Ce n'est qu'un peu plus tard qu'on peut permettre les aliments solides. L'usage du fer et de l'arsenic offrirait alors une certaine utilité.

II. Le résultat thérapeutique de cette médication a été, dans neuf cas d'ulcères de l'estomac, fort satisfaisant. La disparition des douleurs est presque immédiate, les vomissements et les hématomèses s'arrêtent rapidement. L'amélioration ainsi obtenue est la plupart du temps durable. Mais cette méthode a le grand inconvénient d'être pénible et d'entraîner un affaiblissement assez marqué. Elle doit donc être réservée pour les ulcères rebelles aux autres modes de traitement. Parmi les indications qui pourront plus particulièrement la faire adopter, il faut citer les douleurs qu'entraîne parfois la moindre ingestion d'aliments et surtout les hémorragies répétées, qui accompagnent certains cas d'ulcères. On n'oubliera pas que ces hémorragies peuvent se produire sous deux formes différentes : l'une qui, tout effrayante qu'elle soit, n'est peut-être ni la plus fréquente, ni la plus grave ; l'hématémèse, l'autre plus insidieuse, souvent méconnue et constituant néanmoins, dans bien des cas, la cause principale d'affaiblissement, le *melæna*. C'est dans ces variétés graves d'ulcères que le traitement rigoureux de Donkin pourra être, à juste titre, essayé.

Ce traitement ne peut-il, avec des atténuations de durée et de

rigueur, trouver sa place dans certaines formes de dyspepsies chroniques? On pourrait être d'autant plus tenté de le faire qu'on sait l'amélioration que l'on obtient souvent en réduisant la quantité d'aliments pris à son minimum. Quand le diagnostic, comme cela arrive assez souvent en clinique, reste hésitant entre un ulcère simple de l'estomac et une chloro-anémie avec troubles gastriques, la situation est encore plus embarrassante. On peut, en effet, redouter beaucoup, pour la chloro-anémie, l'action débilitante de l'inanition. Donkin n'en conseille pas moins, quand les autres moyens ont échoué, d'essayer sa méthode à titre de traitement d'épreuve. L'amélioration rapide de tous les symptômes, s'il s'agit vraiment d'un ulcère, leur aggravation brusque, s'il s'agit de chlorose, tranchent bien vite le diagnostic. Il est, dès lors, possible d'instituer un traitement énergique de la chlorose.

(The Lancet.)

Fer en grande quantité dans l'anémie.

Dans un cas d'anémie très accusée chez une jeune fille de dix-neuf ans, M. H. Taylor, après s'être assuré de l'état satisfaisant des fonctions digestives, lui prescrivit de boire une solution diluée de perchlorure de fer (V-XXV gouttes pour 30 grammes d'eau). Il lui fit comprendre que plus elle en prendrait jour et nuit, mieux ça vaudrait pour elle et plutôt surviendrait son rétablissement. Elle entra complètement dans ses desseins et absorba en vingt-sept jours jusqu'à 900 grammes de teinture de perchlorure de fer (d'après la pharmacopée britannique.) au lieu de 100 grammes, dose maxima de la plupart des médecins. Pas de phénomènes fâcheux du côté des voies digestives; pour maintenir régulières les garde-robes, on se contenta de lui administrer tous les jours une pilule à l'aloès et à la noix vomique. Guérison complète après quatre semaines de traitement. L'auteur recommande ce mode d'administration, qui permet de prendre une grande quantité de fer sans nuire nullement à la santé du malade: dès que le fer commencera à manifester ses effets défavorables (constipation, etc.), le sujet en traitement cessera de son autorité propre le médicament qui ne lui convient plus.

Le Courrier Médical.

L'hydrastis canadensis dans la phthisie

(Revue de thérapeutique, 1891)

Jusqu'à présent on ne connaissait guère d'applications de ce médicament en dehors de certaines hémorrhagies et principalement des métrorrhagies. Or, voici qu'un médecin américain, Judson Palmer, déclare l'avoir employé depuis trente ans sur les surfaces muqueuses

enflammées et principalement dans les états inflammatoires du pharynx. Il a trouvé de même l'hydrastis efficace dans le traitement de la bronchite s'il est possible de l'appliquer directement sur la muqueuse enflammée. En conséquence, depuis environ quatre ans, il a administré l'hydrastis en inhalations sous forme de vapeurs. Les résultats ont été très satisfaisants. L'auteur a alors employé l'hydrastis dans un cas de bronchite compliquée d'hépatisation chronique et fut surpris de trouver que non seulement la bronchite, mais aussi la lésion pulmonaire avait disparu. Plus de trois ans, il l'a employé dans les différents degrés de la phthisie et son expérience lui a, démontré, dit-il, sa remarquable efficacité quand il est employé à propos et avec persévérance. Le premier mois de traitement les sueurs nocturnes disparaissent ordinairement, la toux, l'expectoration sont diminuées beaucoup ; le patient a un meilleur appétit et gagne des forces.

Des résultats encore meilleurs sont obtenus en combinant l'hydrastis avec le chlorure de sodium, dans la proportion d'une partie de l'extrait fluide d'hydrastis à trois parties d'une solution de sel.

(L'Union Médicale.)

CHIRURGIE.

Transplantation de muscle.

Il y a quelque temps Gluck annonçait que des portions considérables de muscle pouvaient être transplantés d'un animal sur l'autre sans perdre sa vitalité. On éleva des doutes sur les résultats de ces expériences lorsque tout récemment Magnus procéda à leur vérification. Il résulte de ces expériences que si la plaie reste parfaitement aseptique, la portion transplantée conserve toutes les propriétés et qu'elle peut remplir ses fonctions dans sa nouvelle situation. Sur un animal qui fut sacrifié deux mois après la transplantation d'un fragment musculaire étranger dans un de ses muscles, on ne put découvrir aucune différence dans les réactions ni dans la structure entre la partie transplantée et le muscle de l'animal. Cependant l'examen de ces portions faite à plusieurs intervalles dans les deux mois qui suivent la transplantation, a permis d'établir que celle-ci est plus apparente que réelle. En effet, le tissu transplanté est voué à la dégénérescence et se trouve envahi par le tissu musculaire voisin indigène, qui prolifère et en occupe la place. Dans quelques cas où il resta une petite portion du muscle, cette faculté de régénération n'a pas été réveillée et au bout d'un certain temps il se forme un cordon fibreux qui remplace le muscle.

(Révue de thérap.)

Du traitement des contusions de l'abdomen par coup de cheval, par W. B. Coley.

L'auteur termine son important travail par les conclusions suivantes : 1^o dans le tiers des cas, les contusions abdominales par coup de pied de cheval s'accompagnent de lésions intestinales graves ; 2^o le diagnostic des perforations est impossible ; 3^o le meilleur moyen de traiter ces plaies intestinales est la réunion directe par suture. Existe-t il une péritonite ? On peut encore pratiquer la suture intestinale et la laparotomie ; 4^o cependant une laparotomie exploratrice n'est point indiquée, et, dans le doute, on doit s'en tenir au traitement médical ; 5^o quant au pronostic, il convient de le réserver pendant un mois environ, car il peut exister des complications ultérieures, résultant des contusions latentes de la muqueuse.

La clinique.

Kyste hydatique de la rate, traité et guéri par la laparotomie, par P. Braine.

Il s'agit d'un homme de 34 ans, grand amateur de chiens, qui portait depuis trois ans une tumeur de l'hypochondre gauche, avec voussure des côtes correspondantes. Cette tumeur facilement appréciable par l'abdomen, remontait derrière les côtes jusqu'au mamelon gauche. La ponction aspiratrice fut faite, et retira 3 litres et 100 grammes d'un liquide clair, eau de roche, sans vésicules. Le liquide s'étant rapidement reproduit, l'auteur jugea la laparotomie nécessaire. Cette opération fit voir que le kyste englobait la rate et que son fond était adhérent au diaphragme. On fit une large résection de la paroi du kyste et on sutura à la plaie pariétale les bords de la poche avec des fils de soie. Dès lors, des ravages quotidiens furent pratiqués. Quinze jours après l'opération, la poche ne contenait plus que 90 grammes de liquide. La rétraction se fit très rapidement et bientôt il s'établit une période fistuleuse qui ne dura que cinq mois. A cette époque, le malade était tout à fait guéri. La guérison s'est maintenue complète et absolue par la suite.

(Annales de la polyclinique de Paris)

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE.

Injections sous-cutanées de pilocarpine contre l'éclampsie post-parturiente.

Il y a déjà plusieurs années, *M. Strisover* rapporta 6 cas d'éclampsie post parturiente traités avec succès par des injections sous-cutanées de pilocarpine. Le même (*Med. Obozr.*, XXXV, 1891, n° 1, p. 26 et 27) a traités avec succès 4 nouveaux cas d'éclampsie. Il se sert de la solution suivante :

Chlorydrate de pilocarpine.....	ogr,06
Eau distillée.....	30 grammes.

M. S.—A injecter une seringue de Pravaz à chaque accès d'éclampsie jusqu'à disparition du myosis : tout le temps que persiste le rétrécissement des pupilles, on ne peut se croire à l'abri d'un nouvel accès. L'affaiblissement de l'énergie cardiaque ne contre-indique pas l'emploi de la pilocarpine.

(*Les Nouveaux Remèdes*).

Traitement médical des salpingites.

Dr SICARD

Dans une précédente clinique, nous avons étudié rapidement les principaux faits qui se rattachent aux salpingites et qui peuvent les faire reconnaître. Aujourd'hui, nous allons passer en revue les moyens thérapeutiques qu'on peut leur imposer.

Un premier fait clinique très important au point de vue du traitement, est que les salpingites présentent de grandes différences non seulement au point de vue de leurs causes, mais encore au point de vue de la marche et de l'intensité des symptômes. Il y a des cas bénins, il y a des cas très graves qui nécessitent parfois l'intervention chirurgicale ; il ne peut donc s'agir d'un mode de traitement univoque, et ceci, comme cela arrive presque toujours en clinique, on s'inspire de l'état du malade.

Les causes de salpingite doivent d'abord nous guider sur la prophylaxie de la maladie. Au premier rang, comme fréquence et comme gravité, nous trouvons les infections de quelque nature qu'elles soient. Celles qui se produisent pendant la période puerpérale sont les plus communes. De là l'importance capitale des soins antiseptiques pendant et surtout après l'accouchement. On peut dire que partout où l'on réussit à empêcher le développement de la métrite puerpérale, on évite du même coup l'éventualité d'une salpingite, puisque celle-ci procède

de l'endométrite par la propagation des lésions de proche en proche. Les mêmes soins antiseptiques doivent, bien entendu, être aussi rigoureux à la suite des fausses couches, qui comportent à leur suite les mêmes indications thérapeutiques, que les suites de couches ordinaires. Ces règles, nous n'avons pas à les formuler ici, il suffit de rappeler qu'on ne doit rien introduire dans le vagin, mains, instruments, pièces de pansement, liquide, qui ne soit parfaitement aseptique. Quant aux lavages, on se contente, dans l'état ordinaire, de faire pénétrer le liquide dans le vagin ; si, au contraire, la température s'élève, si les lochies deviennent fétides, il faut, pratiquer d'abondantes injections intra-utérines avec une solution de sublimé au 1/2000. On se rappellera que si l'on veut éviter l'irritation de la peau à la suite de ces lavages, on doit faire dissoudre le sublimé dans l'eau sans addition d'alcool.

Si ce traitement ne suffit pas, il faut détruire le foyer antiseptique qui s'est installé dans la cavité utérine, on y arrive par le curage. C'est le seul moyen d'empêcher que l'infection remonte de la cavité utérine dans la trompe.

En ce qui concerne les autres endométrites, il y a intérêt à les soigner dès qu'on les a reconnues, parce qu'elles peuvent, à un moment donné, acquérir assez d'acuité pour progresser vers les trompes. Leur traitement propre consiste dans les moyens d'action qui agissent sur la muqueuse de l'utérus et en particulier dans le curage tel que Doleris et d'autres l'ont remis en honneur chez nous. Enfin il ne faut pas oublier que certaines métrites se développent à la suite de maladies infectieuses et notamment à la suite des fièvres éruptives ; il suffit donc d'être prévenu et d'exercer de ce côté une surveillance afin d'agir s'il y a lieu.

Une fois que la salpingite est constituée, on peut encore espérer combattre efficacement l'inflammation des trompes en agissant sur l'utérus lui-même. Dans cette action indirecte on met à profit les connexions qui existent entre les trompes et l'utérus. D'un autre côté on met en œuvre tous les moyens propres à combattre les inflammations du petit bassin pour amener la résolution des produits inflammatoires.

La première indication qui surgit est d'ouvrir une voie aux liquides accumulés dans les trompes distendues ; elle est remplie par les procédés de dilatation qui permettent le libre écoulement des liquides morbides sécrétés par la matrice et qui permet aux orifices utérins des trompes de se dilater et de rétablir ainsi la perméabilité.

La dilatation doit être lente, progressive ; si on veut l'obtenir brusquement par un instrument comme lorsqu'on procède au curage, on risque de voir se produire les récidives. Il faut en effet, pour que cette

dilatation soit efficace, que la perméabilité ou la béance des orifices tubaires soient maintenues pendant un certain temps.

Voici comment on obtient la dilatation de la cavité utérine : On commence par faire une large irrigation vaginale avec un liquide antiseptique (sublimé 1/2000 par exemple), puis on tamponne le vagin avec de la gaz iodoformée si l'on ne procède pas immédiatement à l'introduction des tiges de laminaire, mais il est mieux de faire ces lavages plusieurs jours de suite afin de s'assurer de la parfaite désinfection du vagin. On pousse alors une tige de laminaire de faible calibre dans le col utérin, après quoi on forme la cavité vaginale avec un tampon de gaz iodoformée. Le lendemain on enlève le tampon, on fait une irrigation, puis on introduit une tige de laminaire de volume supérieur. On procède ainsi avec des tiges de calibre progressivement croissant. On aura soin d'employer des tiges de laminaire désinfectées. En opérant de cette manière on peut arriver à dilater assez la cavité utérine pour que le doigt puisse y pénétrer facilement. En général cette première partie de l'opération est bien supportée. Cependant on peut voir survenir des douleurs dans le bas-ventre, des irradiations douloureuses dans le petit bassin. Cet état se calme facilement par le repos et des injections vaginales chaudes. L'intervention ne doit être continuée que si les douleurs se sont complètement arrêtées. Il est d'ailleurs des malades chez lesquelles on provoque assez facilement des douleurs abdominales toutes les fois qu'on agit sur le col pour le dilater. Mais si les règles de l'antilepsie ont été scrupuleusement observées, on a toutes chances pour éviter les manifestations douloureuses tenant à une inflammation péritonéale.

Une fois que la dilatation utérine est assez large pour admettre le doigt, on est obligé d'avoir recours aux éponges préparées et désinfectées si l'on veut passer plus loin l'opération et maintenir la cavité utérine distendue. On peut de la sorte obtenir presque un effacement de la cavité, qui permet de se rendre bien mieux compte de la muqueuse et de décider d'après les lésions de la conduite à tenir.

La dilatation complète étant opérée, il ne reste plus que deux choses à tenter : d'abord le curage, qui est indiqué s'il existe des fongosités utérines saignantes, s'il existe un écoulement purulent. L'opération est faite suivant les règles et les précautions ordinaires. Comme le curage a ici pour but de faciliter l'écoulement dans l'utérus des liquides accumulés dans les trompes, on doit gratter méticuleusement les angles tubaires au niveau des orifices internes afin de les désobstruer. Très souvent, en effet, ce sont des productions fongueuses de la muqueuse au niveau des orifices des trompes, qui empêchent le libre écoulement des sécrétions des trompes. Une fois que la cavité utérine est bien nettoyée

de ses fongosités, on pratique une injection intra utérine avec un liquide antiseptique très chaud afin d'arrêter l'écoulement du sang. Comme pour le curage ordinaire, on badigeonne la muqueuse utérine avec un tampon enduit de glycérine créosotée (deux parties de glycérine pour une partie de créosote).

La troisième partie de l'opération est le drainage des trompes, que l'on affectue à l'aide d'un pansement approprié. Il suffit à cet effet de tamponner la cavité intra-utérine avec de la gaze iodoformée enduite de glycérine boriquée, en ayant soin de fixer le col utérin avec une pince à griffe et de l'attirer vers la vulve. Toutefois il faut être prudent des tractions sur l'utérus et de son abaissement dans une affection qui est souvent compliquée d'exsudats inflammatoires autour de la trompe, des ovaires ou de de l'utérus. Des tractions opérées sans ménagement sur utérus immobilisé par des exsudats pelviens auraient pour conséquence de réveiller les douleurs, en détruisant trop brusquement des adhérences, de produire des hémorragies et de réveiller la phlegmasie. Quoi qu'il en soit, on bourrera la cavité utérine avec autant de gaze qu'elle pourra en contenir afin de maintenir l'organe distendu pendant quelque temps, ce qui est le meilleur moyen d'agir sous les orifices des trompes.

On renouvelle les pansements d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, puis de plus en plus rarement, et, comme chaque fois on introduit une quantité de gaze plus petite, l'utérus revient peu à peu sur lui-même. On ne diminuera la quantité de gaze iodoformée que lorsque la palpation aura fait reconnaître une diminution de la tumeur et l'apaisement des douleurs. Les pansements antiseptiques intra-utérins doivent être continués. Dans ce cas on se sert avantageusement de crayons à l'iodoforme ainsi formulés : iodoforme, 10 grammes ; gomme adragante, 70 centigr. ; glycérine et eau distillée, quantité suffisante pour dix crayons. On introduit ces crayons dans la cavité utérine, que l'on a soigneusement nettoyée avec de l'ouate imbibée de sublimé au millième. Le repos au lit est nécessaire pendant toute la durée du traitement ; la malade évitera de même les mouvements brusques.

La dilatation prolongée de l'utérus exerce une action favorable de plusieurs manières ; elle permet le nettoyage de la cavité, elle détruit les flexions antérieures existantes, mais surtout elle dilate la portion intra-utérine des trompes, car en même temps que la cavité utérine se distend sa paroi s'amincit. Il n'est pas inadmissible non plus que les objets de pansement placés dans la cavité utérine absorbent les produits qui s'écoulent par les trompes.

Par mesure de prudence on fera bien de prescrire le repos au lit pendant la première période menstruelle qui suivra l'opération. Il n'est

pas rare à ce moment que les malades soient exposées à une fluxion exagérée, douloureuse des ovaires, qui peut retentir sur les trompes. Le repos est un excellent moyen de modérer cette fluxion. Enfin pendant un certain temps après l'opération, les malades doivent faire des injections antiseptiques vaginales suivies de l'occlusion avec un tampon d'ouate imprégnée de glycérine iodoformée.

Le traitement contre l'inflammation pelvienne consistera en outre dans des irrigations vaginales d'eau bouillie ramenée par simples refroidissement à 40° ou encore d'eau boriquée ; ces injections de 1 à 2 litres sont répétées deux ou trois fois par jour. Des applications révulsives seront faites sur le bas-ventres et consisteront soit dans l'application répétée de vésicatoires volants, soit dans l'application de nombreuses pointes de feu avec les cas aigus ou subaigus, des bains sulfureux dans les cas torpides seront avantageusement prescrits.

Tel est le traitement qui souvent conduira à la guérison et qui donnera presque toujours une amélioration dès le début. On est autorisé à avoir recours à la laparotomie que lorsque ce traitement conservateur a été patiemment exécuté sans succès. L'intervention radicale n'est justifiée que si l'on est en présence d'une salpingite suppurée rapide donnant lieu à une collection énorme capable de s'épancher dans le péritoine, elle peut l'être encore si un traitement médical de plusieurs mois n'a pu améliorer la situation. C'est avec raison que les gynécologues de profession ont protesté contre la castration, que l'on a pratiqué avec trop de prodigalité pour des affections qui ne menaçaient pas toujours l'existence de la femme.

Formulaire Mensuel.

PÆDIATRIE.

Sur l'action et le dosage des principaux nouveaux antipyrétiques dans la thérapeutique infantile.

Demme (27 *med. Bericht uber d. Thatigkeit d. Jenner'schen Kinderspitais in Bern*) conseille de s'abstenir de toute médication antipyrétique dans le cas d'élévation de température modérée (38°, 5-39°,5 C.) et passagère : ce qu'il faut prescrire alors, ce sont des bains à 23°-28° C., de 5 à 10 minutes de durée (1 ou 2 par jour) contre l'insomnie et l'excitation nerveuse et des enveloppements froids contre tous les autres phénomènes fébriles.

Ce n'est que dans le cas de fièvre intense (40° C. et au-dessus) et

prolongée que les antipyrétiques sont indiqués chez les enfants. Leur influence bienfaisante s'exerce surtout dans la fièvre typhoïde, le rhumatisme polyarticulaire aigu et les bronchopneumonies. Il vaut mieux ne pas les employer dans la diphtérie, les exanthèmes aigus et la pneumonie fibreuse. Contre les symptômes comateux (surtout quand la face présente une coloration rouge intense ou légèrement cyanotique), ce sont les bains tièdes avec ablutions froides sur la tête et la nuque qui donnent les meilleurs résultats.

Dans le *rhumatisme articulaire aigu*, l'auteur prescrit le *salicylate de soude* dans le cas de tolérance du tractus gastro-intestinal, et le *salol* quand les malades ne peuvent pas supporter le goût du salicylate ou dans les cas d'envie de vomir ou de diarrhée.

Dosage du *salicylate de soude* (en 24 heures) :

Enfants de 2-4 ans.....	ogr,5-1 gramme
— de 5-10 —	1-2 grammes.
— de 11-15 —	2gr,5-3 —

Le *salol* se prescrit en cachets :

Pour des enfants de 2-4 ans.....	ogr,25-ogr,35
— 5-10 —	ogr,50-ogr,75
— 11-15 —	ogr,75-1gr "

S.—A prendre 3 à 4 cachets par jour.

Le *sulfate de thalline* donne de bons résultats dans la *fièvre typhoïde*. Administrez toutes les 2 heures :

Enfants de 3-4 ans.....	ogr,01
— de 5-10 —	ogr,02
— de 11-15 —	ogr,03-ogr,05.

L'*antipyrine* est indiquée dans la première période des *bronchopneumonies* à marche lente, à fièvre intense et à rechutes fréquentes. On la donne dissoute dans l'eau, avec un peu de sucre et quelques gouttes de cognac. Le mieux est de l'administrer en 2-3 doses, à 1 heure d'intervalle, soit :

Pour les enfants de 2-4 ans.....	ogr,2-ogr,4.
— de 5-10 —	ogr,5-ogr,75.
— de 11-15 —	ogr,8-1gr.

S'agit-il de la période à fièvre hectique, avec exacerbation vespérale très accusée et rémission matinale très considérable, on échoue alors ordinairement avec l'antipyrine et les autres antipyrétiques nouveaux. C'est à la *quinine* à la dose de :

ogr,2-ogr,4 pour les enfants de 2-4 ans	
ogr,5 — 5-10 —	
ogr,75-1 gramme " — 11-15 —	

qu'il faut recourir dans ces cas.

L'auteur confirme aussi l'action éminemment antifièvre de l'*acétaniline* (*antifièvre*). Elle est supérieure à tous les autres antipyrétiques dans le cas de *phthisie pulmonaire* avec fièvre intense : son action persiste parfois 2-3 jours après la cessation du médicament. Il donne 1-2 fois en 24 heures :

Aux enfants de 2-4 ans.....	ogr,05-ogr,075.
— 5-10 —	ogr,1-ogr,2.
— 11-15 —	ogr,5.

Les exanthèmes post-antifiévriques sont beaucoup plus rares qu'après l'administration de l'antipyrine. *Demme* n'a observé que deux exanthèmes rubéoliques post-antifiévriques en tout comparables à ceux de l'antipyrine.

La *phénacétine* (*acétphénélidine*) s'est montrée aussi bon antipyrétique, mais elle n'a aucune influence sur le processus morbide lui-même. Une dose unique et massive agit mieux que lorsqu'on l'administre à doses fractionnées. Dosage (1 fois en 24 heures) :

Pour les enfants de 2-4 ans.....	ogr,1-ogr,2
— 5-11 —	ogr,2-ogr,5
— 12-15 —	ogr,5.

Comme phénomènes secondaires fâcheux, on a noté parfois de la sueur, un exanthème rubéolique et la coloration cyanotique des joues et des muqueuses (comme après l'administration de l'antifièvre).

(*Ther. Mntsh*, févr. 1891, p. 160.)

Sur le traitement de l'incontinence d'urine.

Th. Eibe (*Wien. med. Bl.*) a traité en tout 100 enfants affectés d'incontinence d'urine (69 garçons et 31 filles) âgés de 3-15 ans. Les meilleurs résultats obtenus furent ceux que donna l'atropine : sur 87 enfants traités, il y avait guérisons 64,8 0/0, 23 0/0 d'améliorations et 12,2 0/0 d'échecs. Les filles donnèrent une plus grande proportion de guérisons (87 0/0) que les garçons (55 0/0) ; les cas d'incontinence nocturne seule cèdent plus efficacement au traitement (80 0/0 de guérisons) que ceux où l'incontinence est nocturne et diurne (52,9 0/0). Les échecs se rapportent à des cas avec prédominance de l'incontinence diurne. Plus l'âge des enfants est élevé, plus aussi sont favorables les résultats obtenus (55 0/0 de guérisons entre 3-6 ans, 69 0/0 à l'âge de 6-9 ans, 74 0/0 entre 9-12 et 100 0/0 entre 12 et 15 ans).— Dosage : 0gr00025 0gr0005 à des enfants de 3 à 4 ans, jusqu'à 0gr0015 entre 7-8 ans, au-dessus de 8 ans il ne faut jamais dépasser 0gr002 par 24 heures. En moyenne les malades ont reçu 0gr045 en 65 jours.— Comme phénomène secondaire fâcheux on n'a observé que de la

diarrhée. Pas de mydriase. Mode d'administration : en une seule fois, le soir avant de se coucher (incontinence nocturne seule) ou par moitié le matin et le soir (incontinence nocturne et diurne). Le traitement doit être continué un mois après la disparition de l'incontinence. De cette manière on se met sûrement à l'abri de toute récurrence.

Les autres médicaments n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire.

On a donné le bromure de potassium (1 gramme à des enfants au-dessous de 6 ans et jusqu'à 2 grammes en 24 heures au-dessus) à 13 enfants. Durée du traitement : 1-2 mois. Résultats : 3 guérisons, 4 améliorations, 7 échecs.

Les douches froides furent prescrites dans 10 cas ; durée de la séance : 5-6 minutes. Le traitement était continué pendant 1-2 mois. On n'a obtenu que 4 améliorations.

Dans 7 cas d'urine très acide, on a eu recours au bicarbonate de soude, à la dose de 1/2-1 cuillerée à café le soir, répétée pendant 10-12 jours : 4 guérisons ; dans les 3 cas restants, influence insignifiante ou même échec complet.

(*Corr.—Bl. f. Schweiz. Ärzte, 1891, n° 6, p. 192.*)

Sulfonal dans un cas de trismus des nouveau-nés.

Il s'agit d'un enfant, âgé de huit jours, chez lequel les manifestations morbides survinrent dès le cinquième jour. En cinq heures l'enfant a eu cinq accès. J. Berényi prescrivit le sulfonal en lavement (à 0 gr. 2) et à l'intérieur. Les accès diminuèrent d'intensité et de fréquence immédiatement après l'institution du traitement. Guérison après six jours. L'enfant a reçu en tout jusqu'à 10 grammes de sulfonal, sans que l'on ait noté de somnolence ou de phénomènes secondaires fâcheux quelconques.

(*Le Courrier Médical.*)

De l'administration du mercure aux enfants syphilitiques

La syphilis acquise de l'enfant, différente de la syphilis héréditaire, résulte de l'infection au moment de l'accouchement, la mère ayant contracté la syphilis à la fin de la grossesse, ou bien de l'infection de l'enfant par la nourrice ou une autre personne.

1° L'enfant est-il âgé de cinq ou six semaines? La liqueur de Van Swieten est préférable aux autres préparations, à la dose de quinze à vingt gouttes par jour. M. J. Simon la prescrit ainsi :

Liqueur de Van Swieten..... XX gouttes

A prendre, en trois ou quatre fois, dans du lait.

On peut y joindre l'usage des frictions mercurielles sous les aisselles.

On les formulera ainsi :

Onguent napolitain.....	2 grammes
Axonge.....	6 —

Mélez pour six doses. Chaque dose, à l'exemple de Widerhofer (de Vienne) doit être isolée et enveloppée dans un papier paraffiné.

Une dose chaque jour en frictions sous les aisselles.

Après deux à quatre jours, on administrera un bain tiède.

Widerhofer (de Vienne) emploie aussi les frictions sur les narines avec de la pommade suivante :

Précipité rouge.....	o gr. 10 centigr.
Axonge.....	10 grammes

On applique sur la narine la grosseur d'un pois de cette pommade par des frictions douces.

Ce mode d'application de mercure aurait, d'après les médecins viennois, l'avantage de diminuer le gonflement de la muqueuse nasale, quand il existe, et de permettre ainsi à l'enfant de prendre plus facilement le sein.

Les bains de sublimé sont utiles surtout dans les cas rebelles à ces moyens. Il faut les répéter tous les trois jours, et, pendant la durée de l'intermission dans l'eau éviter la déglutition par l'enfant de quelques gouttes du liquide toxique.

Voici la formule de la solution mercurielle dont on additionnera chaque bain :

Sublimé corrosif.....	o gr. 20 centigr.
Hydrochlorate d'ammoniaque.....	1 gr.
Eau distillée.....	120 gr.

2^e L'enfant est-il âgé de plus de six mois? S'il est élevé au biberon, on peut, avec M. J. Simon, additionner le lait de sirop de Gibert et formuler ainsi :

Un tiers de cuillerée à café de sirop Gibert, à prendre dans les vingt-quatre heures par doses fractionnées, et véhiculées dans l'eau.

M. J. Simon administre une potion dont chaque cuillerée à bouche contient 1 centigramme de sel mercuriel et un demi-gramme d'iodure de potassium ou de sodium; celui-ci est souvent mieux toléré que celui-là.

Voici une formule que l'on peut utilement employer :

Biodure de mercure.....	o gr. 10 centigr.
Iodure de sodium.....	} à à † grammes.
Eau distillée.....	
Sirop de fleurs de pensée sauvage....	210 grammes.

Pour la posologie de cette préparation, on peut prescrire suivant l'âge de l'enfant, une dose :

	d'une 1/2 cuillerée à café pour un enfant d'un an,
	de 1 cuillerée à café pour un enfant de 2 à 3 ans
— 2 — — —	3 à 5 —
— 3 — — —	5 à 8 —

Ou bien encore : prescrire le calomel par prises, à raison de 1 centigramme.

Calomel.....	0 gr. 01 centigr.
Sucre blanc.....	1 gr.

F. S. A. pour 1 paquet.

L'association du fer aux préparations mercurielles est utile chez les enfants après le sevrage. Dans ce but, on peut adopter la poudre composée suivante :

Calomel ou protoiodure d'hydrargyre.	0 gr. 01 centigr.
Saccharure de carbanate de fer.....	0 gr. 02 —
Sucre blanc.....	0 gr. 20 —

F. S. A. pour un paquet.

En faisant varier les doses, on proportionnera aisément à l'âge de l'enfant.

NEUROLOGIE.

Un cas de tachycardie traité avec succès par l'électricité et la belladone à hautes doses.

M. Thomas Oliver rapporte dans le *British medical Journal* un cas de tachycardie qu'il a traité avec succès par l'électricité et la belladone à hautes doses. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-huit ans, très nerveux et sujet à des palpitations très violentes depuis cinq ou six ans. Quand les accès le prenaient, le pouls battait 160 à 200 fois par minute ; quand le calme était revenu on comptait 90 pulsations et l'on entendait à la pointe du cœur un souffle systolique. Il n'y avait pas d'albuminurie, pas de distension des veines jugulaires, pas d'œdème des extrémités inférieures, mais la pupille gauche était plus petite que la droite et cela s'accroissait quand l'estomac était distendu par des gaz. Le malade était dyspeptique, sujet à de la constipation, et quand ces troubles gastro-intestinaux se manifestaient, les désordres s'accroissaient du côté du cœur.

Quand M. Oliver fut appelé auprès de ce malade, il le trouva amaigri, anxieux, légèrement cyanosé. Le pouls petit, rapide, battait 240 fois par minute. La pointe du cœur difficilement perceptible, battait à cinq centimètres en dehors du mamelon. On pouvait constater des pulsations épigastriques très violentes. On entendait à l'auscultation un double souffle systolique mitral et aortique. Il n'y avait pas d'albuminurie.

M. Oliver prescrivit trente gouttes de teinture de belladone avec une petite dose de liqueur de Fowler. En même temps il ordonna des pulvérisations d'éther le long du cou et fit appliquer un courant électrique interrompu sur le pneumogastrique. Au bout de quinze jours il y avait une amélioration manifeste. Les pulsations ne dépassaient pas 120 au moment des accès.

L'amélioration a été en augmentant dans la suite, et aujourd'hui la guérison est complète. (Le traitement a été commencé il y a sept mois.)

Cet homme autrefois si nerveux, si impressionnable, est devenu absolument calme. La tachycardie a complètement disparu.

L'absence de rhumatisme dans les antécédents de ce malade, les heureux résultats produits par l'électrisation du pneumogastrique font penser que la cause de la tachycardie est dans une modification quelconque du système nerveux central suspendant l'action inhibitoire du pneumogastrique sur le cœur ou augmentent l'activité des branches accélératrices du sympathique.

(Bulletin médical du 10 février.)

Diagnostic du bégayement.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du
14 février 1891

Par M. le docteur CHERVIN, directeur de l'Institut des bégues de Paris.

Il y a, tous les ans, mille conscrits environ qui sont exemptés du service militaire pour cause de bégayement. Ce qui permet d'évaluer à près de 150,000 le nombre des bégues des deux sexes et de tout âge existant en France.

Il semblerait donc, étant donnée sa fréquence, que le bégayement est une maladie bien connue, bien déterminée, dont le diagnostic est facile non seulement pour les médecins, mais encore pour les gens du monde.

Il n'en est rien. Je constate que chacun a une conception particulière du bégayement. Pour les uns, le bégayement est caractérisé par la répétition des syllabes ; pour d'autres, au contraire, il consiste

dans un arrêt plus ou moins marqué dans l'articulation. Pour la grande majorité, il est d'autant plus grave que la difficulté de parler est plus accentuée.

Bien plus, je reçois à chaque instant la visite de personnes qu'on m'annonce comme atteintes d'un trouble de la parole ayant quelque analogie avec le bégayement, mais on s'empresse de me dire que ce n'est qu'une ressemblance et qu'il ne s'agit nullement de bégayement.

Après examen du sujet, mon diagnostic est, au contraire, presque toujours : bégayement.

Cette erreur provient, d'une part, de ce que le bégayement n'a pas eu jusqu'ici, les honneurs d'une description dans les traités classiques de pathologie et de pédiatrie.

D'un autre côté, je crois que les acceptions diverses du mot *bégayement* dans notre langue contribuent à embrouiller un peu les idées sur ce qu'on doit entendre au juste par ce mot. En effet, ne désigne-t-on pas, sous le même nom de bégayement, toutes les hésitations quelconques de la parole, depuis les premiers essais de langage du bébé et la parole incertaine de ceux qui ne savent pas bien ce qu'ils veulent ou ce qu'ils doivent dire, jusqu'à la parole embarrassée des paralytiques généraux et le bégayement authentique et véritable lui-même? N'a-t-on pas décrit le bégayement dans d'autres organes que ceux de la parole?

Il n'est donc pas inutile d'indiquer, en quelques mots, mais d'une manière précise, à quels signes il faut reconnaître le bégayement considéré comme défaut de prononciation et susceptible comme tel de guérison par des exercices méthodiques et raisonnés de gymnastique des organes de la parole.

Je n'ai pas l'intention de faire ici un cours sur le bégayement ni de décrire tous les phénomènes qu'il présente, je désire seulement indiquer les signes caractéristiques qui permettent d'affirmer ou de nier l'existence du bégayement dans un cas donné.

Cette description me paraît d'autant plus nécessaire et opportune que deux médecins distingués, M. le docteur G. Ballet (de Paris) et M. le professeur A. Pitres (de Bordeaux), viennent, chacun de leur côté, de décrire une forme de bégayement à laquelle ils ont donné le nom de bégayement hystérique. Or, pour tout lecteur impartial, il est absolument évident que les cas de M. Ballet (1) n'ont aucune ressemblance avec le cas de M. Pitres (2). Et j'ai l'intime conviction que, dans tous les cas cités, il ne s'agit pas de bégayement hystérique.

(1) In *Archives de neurologie*, juillet 1890.

(2) *Revue de laryngologie*, 1er décembre 1890.

J'ai donc cru utile de réagir, de peur qu'à l'abri de la notoriété scientifique de nos éminents confrères, le bégayement hystérique ne fit un trop rapide chemin dans le monde médical.

Que faut-il donc entendre, à l'heure actuelle, par bégayement ?

“ Le bégayement—dit M. le docteur Moutard-Martin (1)—est un état choréique intermittent des appareils qui président à la phonation articulée, l'acte respiratoire y étant compris.”

A cette définition très simple et très exacte, j'ajouterai cependant quelques explications dans le but de permettre un diagnostic différentiel facile entre les cas de bégayement hystérique de MM. Ballet et Pères et le bégayement ordinaire.

Il importe, en effet, d'une part, de beaucoup insister sur le caractère intermittent présenté par le bégayement : c'est, en quelque sorte, un signe pathognomonique de cette affection. Tel, qui lira et parlera des heures entières sans begayer, ne pourra pas, tout d'un coup, à quelques minutes d'intervalle, articuler la moindre syllabe sans la plus grande difficulté. Il y a des sujets qui ne begayent qu'avec les membres de leur famille et jamais avec des étrangers ; pour d'autres, c'est l'inverse qui se produit. Mais, en règle générale, l'intermittence est notoire chez tous.

D'un autre côté, il existe toujours des troubles respiratoires plus ou moins importants, plus ou moins variés, plus ou moins marqués.

Le rythme respiratoire comprend trois temps parfaitement distincts : le repos, l'inspiration, l'expiration. Faute de respecter ce rythme dans toute sa régularité, la phonation est troublée. Or, certains bégues veulent parler pendant l'inspiration, à la manière des ventriloques. D'autres parlent pendant l'expiration, comme il convient ; mais tandis que ceux ci laissent échapper une partie du courant d'air expiré sans parler, et ne sont prêts pour la parole que lorsque leur provision d'air est épuisée ou à peu près, ceux là expirent une partie de l'air dans les fosses nasales, si bien qu'il n'en reste plus assez pour l'articulation normale par la bouche. D'autres enfin, parlent avec une telle précipitation qu'ils suppriment le temps si important du repos, de telle sorte que très rapidement ils sont placés dans les conditions d'un coureur inexpérimenté : ils sont haletants, fatigués, à bout d'haleine et dans l'impossibilité absolue de continuer à parler.

J'ajoute encore qu'il est essentiel de faire remarquer que le bégayement ordinaire débute presque toujours de 3 à 7 ans, rarement plus.

(1) Rapport à l'Académie de médecine sur la méthode Chervin pour le traitement du bégayement par M. Moutard-Martin, membre de l'Académie (In *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 25 août 1874).

tard, mais pour ainsi dire jamais après la puberté. Je me hâte de dire que, si le bredouillement suit habituellement cette loi, certaines formes particulières du bredouillement apparaissent dans l'âge adulte et dans certaines conditions toutes spéciales.

Quant aux causes du bégayement ordinaire, elles sont parfaitement connues : des convulsions, l'imitation volontaire ou involontaire, des chutes, des coups, des émotions violentes, etc. Le bégayement se développe le plus souvent peu à peu ; quelquefois, il apparaît subitement, notamment à la suite de commotions cérébrales vives.

Je signalerai encore un symptôme caractéristique dont l'importance est telle qu'il permet quelquefois—à lui tout seul—de confondre un simulateur : le bégayement le plus accentué dans la parole disparaît toujours complètement dans le chant.

Enfin, je terminerai en disant que le bégue n'est ni plus ni moins intelligent que les autres, et que le bégayement n'est lié à aucun trouble des organes sensitifs ou moteurs.

Donc, voici quels sont les signes principaux du bégayement ordinaire :

- 1° Début dans l'enfance ;
- 2° Troubles respiratoires plus ou moins marqués ;
- 3° Intermittence ;
- 4° Disparition totale dans le chant ;
- 5° Indépendance absolue avec des troubles quelconques des organes sensitivo-moteurs.

Donc, laissant de côté la difficulté même d'articulation, qui n'est en quelque sorte que le décor, pour ne m'occuper que du fond même du sujet, je dirai que, toutes les fois qu'on rencontre ces symptômes, on peut faire le diagnostic bégayement. D'un autre côté, j'affirme que, si ces symptômes manquent, on n'a pas affaire au bégayement, mais à un autre trouble de la parole.

Or, en ce qui me concerne, je n'ai jamais vu l'hystérie déterminer le bégayement. Que certains bégues soient hystériques, je n'y contredis point, mais que l'hystérie ait causé le bégayement tel que je l'ai décrit plus haut, c'est ce que je conteste formellement. jusqu'à preuve du contraire. Car j'avoue que les observations de M. Ballet ne m'ont nullement convaincu. Je n'hésite même pas à dire que, dans ma pensée, ses malades n'étaient pas atteints de bégayement.

Je puis encore moins accepter la théorie de M. Pitres, qui ne tend à rien moins qu'à faire du bégayement une manifestation symptomatique de l'hystérie.

Je crois—comme dit M. Grasset (de Montpellier)—qu'il y a quelque exagération à vouloir faire de l'hystérie “ une sorte de *caput mortuum*,

où on relègue et on introduit avec plus ou moins de peine tout ce que l'on ne peut pas faire rentrer ailleurs en nosologie.

" L'hystérie est une maladie bien nette, bien séparée des autres, ayant des caractères scientifiquement établis."

Je viens de montrer que le bégayement a, lui aussi, une symptomatologie bien nette, et je ne vois nulle nécessité de faire appel à l'hystérie pour expliquer les phénomènes qu'il présente.

(L'union médicale).

ELECTROTHERAPIE.

Traitement électrolytique du Lupus

(Par A. WILBUR JACKSON, M. D. de New-York.)

Les bons résultats du traitement électrolytique du lupus ont déjà été signalés plusieurs fois. Le traitement par la lymphe de Koch de cette terrible affection devait lui donner nécessairement un regain d'actualité. Dans les observations de Wilbur Jackson, les applications ont été faites par galvano-puncture et les intensités élevées d'abord de 5 à 20 m. a. ont ensuite été portées jusqu'à 50 m. a. à l'aide d'injections de cocaïne. Les ponctions ont été faites à la périphérie du lupus avec le pôle négatif, et les séances ont duré de 5 à 10 minutes. Dès le premier mois les résultats furent manifestement satisfaisants, et au bout de deux mois la guérison était effectuée.

Sans prétendre que le succès soit invariablement la règle, Wilbur Jackson croit utile de signaler, à titre d'encouragement ces résultats à ses confrères.

H. R.

L'électrothérapie.

Des affections du tube digestif

LEUR ÉLECTROTHERAPIE

Les affections du tube digestif sont aussi nombreuses que variées, et, s'il me fallait traiter à fond une question aussi complexe, les limites dans lesquelles se renferme forcément un article de journal seraient loin d'être suffisantes. Mais tel n'est pas ici mon but. J'ai pensé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt, en raison même de la complexité du sujet et de la diversité des traitements mis en pratique, à faire une revue rapide parmi les maladies qui atteignent le tube digestif, le rectum, de celles qui sont justiciables d'un traitement électrothérapique. Cette vue d'ensemble, s'appliquant à une fonction bien définie de l'organisme,

permettra de se rendre compte combien sont variées, et, j'ajouterai, efficaces, les pratiques électriques judicieusement employées.

De la bouche nous n'en parlerons point. Les maladies qui ont pour siège la cavité buccale ne sont point désignées à l'électrothérapie, tout au plus noterai-je, en passant, qu'en Amérique des essais ont été faits par certains dentistes pour arriver à procurer une anesthésie locale au point de vue des opérations dentaires, par l'emploi d'une faradisation localisée énergique, et nous arrivons de suite aux affections de l'*œsophage*.

L'électrisation intervient utilement dans les troubles fonctionnels, d'origine nerveuse ou spasmes qui atteignent cet organe ; elle intervient aussi dans ses stenoses, qu'elles soient le fait d'un tissu cicatriciel ou d'un néoplasme. Ce n'est pas ici le lieu de s'étendre sur la pathogénie des spasmes. Le diagnostic doit toujours, bien entendu, être fait aussi précisément que possible ; mais, on peut dire que, quelle que soit leur cause, la majorité d'entre eux cèdent à la galvanisation ou à l'électrisation statique. Ces deux moyens peuvent être dissociés ; ils peuvent aussi, et je crois cette façon d'agir bien préférable, être employés simultanément. Le pôle positif, sous forme d'une large électrode, étant appliqué sur la région dorsale, un tampon négatif est promené (courant labile) sur le trajet des deux pneumogastriques avec des intensités de 6 à 10 milliamperes et pendant une durée de huit minutes environ. Puis un bain statique avec soufflé prolongé sur la région malade. Si ces moyens ne réussissent pas, il est facile de recourir à une action électrique plus directe, en introduisant dans l'œsophage une éponge montée qui agit comme électrode interne.

Quant aux stenoses de l'œsophage, c'est à l'action destructive du courant galvanique condensé autrement dit à l'électrolyse, que nous nous adressons pour les vaincre. Une lame mousse et d'un calibre approprié est introduite jusqu'au niveau du rétrécissement et mise en rapport par un conducteur *ad hoc* avec le pôle négatif de la batterie ; le positif est appliqué, soit en avant sur le sternum, soit en arrière sur la région dorsale, sous forme d'une plaque recouverte de peau et d'agaric ; plus cette électrode, dite indifférente, est large et mieux cela vaut ; tandis que pour l'électrode active, les termes de la proposition sont renversés : plus la partie de la lame, en contact direct avec les tissus est petite, plus elle agit vite.

J'ai fait construire, chez Mathieu, un œsophagotome destiné à l'électrolyse, qui ne diffère, du reste, des œsophagotomes classiques que par la lame qui est un simple fil de platine et par là même incapable d'agir à la façon de l'instrument tranchant et par le soin avec lequel tous les segments de l'appareil sont isolés, à l'exception du fil électrolyseur.

Mais un tel outillage est loin d'être indispensable et on peut parfaitement agir avec une simple tige métallique isolée par une sonde et terminée par une lame mousse. L'intensité du courant doit être de 18 à 30 milliampères. L'œsophage se révolte parfois contre l'intervention et, au bout de deux ou trois minutes, le patient demande souvent grâce, non point par suite d'une souffrance exagérée, mais par le fait des réflexes qui surviennent constamment. Il y a donc intérêt à agir vite et cependant sans aucune violence.

Les cas d'œsophagotomie par l'électrolyse ne sont pas encore assez nombreux ni surtout assez anciens pour pouvoir juger des avantages de la méthode au point de vue des suites éloignées. Quant aux résultats immédiats, ils semblent bien supérieurs à ceux de l'œsophagotomie par la lame tranchante, opération si défectueuse qu'elle est abandonnée par la plupart des chirurgiens.

Nous arrivons maintenant aux affections de l'estomac. Les recherches qui ont été faites depuis plusieurs années sur l'élaboration chimique de l'acte digestif, tant à l'étranger, et en particulier en Allemagne, qu'en France, sous l'impulsion des Bouchard, Hayem, Debove, Albert Robin, etc., ont certes grandement profité à la science et à la thérapeutique de ces maladies; mais peut-être n'a-t-on pas fait tout ce qu'il y avait à faire, en introduisant de l'acide chlorhydrique dans un estomac hypochlorhydrique et des alcalins dans un estomac hyperchlorhydrique. Remplacer artificiellement, dans un suc gastrique incomplet, l'élément qui lui fait défaut, est bien; ne vaudrait-il pas mieux faire opérer par l'organisme lui-même ce remplacement, régulariser en un mot la fonction de l'organe. L'électricité est une science toute neuve encore, mal connue, et c'est probablement pourquoi on ne s'est que bien peu adressé à elle. J'affirme néanmoins que, dans un grand nombre de dyspepsies, tant que les glandes gastriques ne sont pas altérées dans leur structure, la galvanisation peut agir énergiquement sur la quantité et la qualité de leurs sécrétions.

Tous les expérimentateurs sont d'accord pour établir que l'électrisation agit constamment sur les sécrétions glandulaires. Hiffelsheim, Mantegazza, Onimus ont constaté le fait sur des animaux pourvus de fistules stomacales, et les succès obtenus dans le traitement des dyspepsies par l'emploi du courant continu seul ou associé à la faradisation ne peuvent s'expliquer que par une modification des sécrétions gastriques en même temps que par une régularisation de l'état contractile de l'organe. Au moyen d'une ampoule introduite dans l'estomac d'un chien, Onimus a recherché les effets qu'amenaient dans les contractions stomacales les applications faradiques ou galvaniques sur le trajet du pneumogastrique. Leur influence est des plus nettes: la

faradisation amène la contraction de l'organe, et la galvanisation, au contraire, à intensité moyenne, amène une diminution de la contraction. Quand, au lieu d'électriser les pneumogastriques, on faradise ou on galvanise directement par une sonde œsophagienne la cavité stomacale, on obtient toujours des contractions dont on peut faire varier la valeur, pour ainsi dire, à volonté, excepté par le courant continu faible et prolongé, au moyen duquel on détermine comme précédemment une diminution de la contractilité.

Comment ne pas s'étonner qu'avec des moyens physiologiquement aussi puissants on n'use de l'électrisation que d'une façon tout à fait accidentelle et quand, à vrai dire, on ne sait plus quoi faire?

Nous croyons donc fermement que, dans un avenir rapproché, l'agent électrique entrera en ligne de compte dans le traitement habituel des dyspeptiques et des dilatés; quand aux vomissements, dits incoercibles, d'origine nerveuse, je crois qu'on peut presque toujours s'en rendre maître par des courants continus descendant du bulbe au pneumogastrique. J'ai eu, en particulier, sous la direction du professeur Peter, un cas de ce genre des plus remarquables, les vomissements reprenant dès que cessaient les séances d'électrisation, et s'arrêtant dès que ces dernières étaient reprises.

Le manuel opératoire pour l'électrisation stomacale varie suivant qu'on peut appliquer les électrodes extérieurement ou bien en faire pénétrer une dans la cavité de l'organe.

Une des règles qui président à l'application des courants continus, en général, est qu'ils doivent être, autant que possible, appliqués suivant le trajet des nerfs qui se distribuent à l'organe sur lequel on compte agir. En étendant cette règle à l'électrisation stomacale, on doit donc placer l'un des pôles sur le tronc du pneumogastrique, au cou, là où il est facilement accessible et rapproché du tégument, l'autre sur le creux épigastrique. Ces électrodes devront être de grande dimension, puisqu'il s'agit de faire pénétrer profondément une quantité notable d'électricité. Le courant sera faible et prolongé s'il s'agit d'arrêter des vomissements ou d'enrayer des crises de gastralgie; il sera, au contraire, énergique et interrompu à plusieurs reprises dans le cas où il s'agit de réveiller la tonicité des muscles ou de faire hypersécréter les glandes. Mais il faut avoir grand soin, pendant l'application des courants, de surveiller le pouls, car, comme nécessairement on agit en même temps sur le pneumogastrique cardiaque, on peut avoir, chez les nerveux ou les cardiaques, des menaces de syncope par arrêt du cœur, qui restent toujours à l'état de menace, si on a la précaution de débiter très progressivement le courant et de le diminuer de même, quand on électrise les malades dont je viens de parler.

Voilà pour le courant galvanique. En ce qui concerne la faradisation, il y a avantage à la faire d'avant en arrière au moyen d'une large plaque appliquée sur la région dorsale, et d'un tampon promené sur la région stomacale antérieure, et un peu aussi, pendant une minute ou deux, le long du pneumogastrique, en frictionnant doucement.

Enfin, on retirera parfois grand bénéfice de fortes étincelles statiques appliquées sur la région épigastrique.

Nous finissons cette rapide vue d'ensemble par les *maladies de l'intestin*. Deux d'entre elles sont éminemment favorables à l'électrisation : la constipation opiniâtre et l'occlusion intestinale.

La constipation reconnaît pour cause une diminution de sécrétion intestinale en même temps qu'une parésie de l'intestin. Par les considérations physiologiques énoncées plus haut, on voit, qu'au moyen du courant continu, nous pouvons agir sur les deux fonctions : la sécrétion et la contractilité ; c'est donc surtout à lui qu'il faudra avoir recours, néanmoins, chez certaines femmes nerveuses, la constipation cède avec une extraordinaire facilité à quelques séances d'électrisation statique avec fortes étincelles sur l'abdomen. Il s'agit évidemment, dans ces cas là, d'un simple trouble dynamique du système nerveux que l'excitation statique suffit à détruire.

Dans certains cas aussi, où la paroi abdominale est flasque et distendue, comme chez les femmes qui ont eu des grossesses répétées, la faradisation des muscles de l'abdomen, en rendant quelque énergie à la sangle abdominale, facilite singulièrement l'expulsion des matières fécales.

Il faut donc savoir user judicieusement de tous ces moyens, donnant la préférence à l'un d'eux, suivant les cas.

L'électrisation galvanique devra presque toujours être faite avec un pôle dans l'intestin. Le seul qui soit pratique, sans danger est, on le sait, une masse d'eau salée mise en communication avec la batterie par l'intermédiaire d'une sonde métallique, recouverte de gomme, de façon à isoler complètement le métal de la muqueuse intestinale. Des courants prolongés pendant douze à quinze minutes, avec une intensité de 10 à 15 milliampères, sont ainsi appliqués journellement ou de jours entre autre et, au bout de quelques séances, la constipation cède le plus souvent et l'intestin a repris, au moins pour un certain temps, une énergie nouvelle.

Quand nous nous trouvons en présence d'une occlusion intestinale, au contraire, le courant doit avoir plus d'intensité puisqu'il s'agit, par dessus tout, d'aller vite, l'intoxication stercorale étant toujours menaçante, on emploie dans ces cas, toujours avec le pôle intestinal d'eau

salée, mis en pratique par Boudet de Paris, des courants qui vont jusqu'à 50 milliampères avec des interruptions nombreuses.

La place me fait défaut pour m'étendre quelque peu sur les avantages de l'électrisation dans le traitement de l'occlusion intestinale, mais, on sait, que sur plusieurs centaines de cas, la proportion des réussites est, en moyenne, de 70%, ce qui est tout dire.

On voit, j'espère, malgré la brièveté et la sécheresse de l'analyse que je viens de faire, combien, sur une seule fonction, l'électricité peut avoir d'influence quand on s'adresse à ses divers effets : statiques, galvaniques, faradiques ou à l'électrolyse. Je compte montrer dans un prochain article que la fonction digestive n'est pas la seule qui mérite d'être étudiée au point de vue de l'électrothérapie, et qu'en s'adressant à d'autres organes, l'électrisation a encore un grand rôle à jouer.

(*Revue Internationale d'électrothérapie.*)

DR LARAT.

FORMULAIRE THERAPEUTIQUE

Le meilleur lavement nutritif.

D'après un confrère suisse, M. Huber, le meilleur lavement nutritif est celui qui est composé uniquement d'œufs crus battus avec du sel de cuisine.

Pour le composer, M. Huber prend deux ou trois œufs et les additionne de 2 grammes de sel de cuisine, soit 1 gramme par œuf. Après avoir administré un lavement d'eau tiède simple ou d'eau de mauves, il injecte lentement dans le rectum avec une grosse canule, aussi longue que possible, le lavement nutritif.

La quantité de lavements doit s'élever à trois ou quatre par vingt-quatre heures.

Les antithermiques appliqués aux maladies de l'enfance. (DENNIE)

L'auteur donne la préférence, dans le cas de rhumatisme articulaire aigu, au *salicylate de soude*, à condition toutefois que les organes digestifs la tolèrent, car, s'il existe de la répulsion pour ce médicament et une tendance à la diarrhée et aux vomissements, il le remplace par le *salol*.

Les doses journalières du salicylate de soude sont les suivantes :

Pour un enfant de.	2 à 4 ans	0 gr. 50 à 1 gr.
—	5 à 10 ans	1 gr. à 2 gr.
—	11 à 15 ans	2 gr. 50 à 3 gr.

Celles du salol sont les suivantes :

Pour un enfant de 2 à 4 ans, 3 à 4 fois par jour, un paquet de 25 à 35 centigrammes.

Pour un enfant de 5 à 10 ans, 3 à 4 fois par jour, un paquet de 50 à 75 centigr.

Pour un enfant de 11 à 15 ans, 3 à 4 fois par jour, un paquet de 75 centigr. à 1 gramme.

Dans la fièvre typhoïde, la thalline, sous forme de sulfate de thalline, aurait rendu à Demme les plus précieux services. Il en administre un paquet toutes les deux heures à la dose de :

Pour un enfant de	3 à 4 ans.....	1 centigr.
—	5 à 10 ans.....	2 —
—	11 à 15 ans.....	3 à 5 cent.

—Suivant nous, la thalline doit être laissée de côté parce qu'elle détermine quelquefois de la cyanose et du collapsus.

Dans les broncho-pneumonies à haute température, sujettes à des rechutes et d'une longue durée, Demme préconise à la première période les doses répétées d'*antipyrine*. Il l'administre en solution dans de l'eau à laquelle il ajoute un peu de sucre et quelques gouttes de cognac. Grâce à cette préparation, il n'a eu qu'exceptionnellement à constater des troubles de l'appétit ou des vomissements. C'est toujours à elle qu'il a eu recours, et cela avec succès, quand il s'agissait d'abaisser les températures d'une élévation exagérée dans les broncho-pneumonies, au cours d'exanthèmes aigus ou d'une diphtérie grave. C'est donc l'antipyrine qu'il préfère à tous les antipyrétiques. Il la prescrit à la dose de 2 à 3 gr. par fractions qui sont administrées d'heure en heure

Pour les enfants de	2 à 4 ans	20 à 40 centigr.
—	5 à 10 ans	50 à 75 —
—	11 à 15 ans	80 centigr. à 1 gr.

Ces doses sont absolument suffisantes pour remplir leur but et Demme ne s'explique pas que certains médecins préconisent des doses bien plus considérables qui ont l'inconvénient d'amener des vomissements et des températures de collapsus.

Quand il s'agit, dans le cours d'une broncho-pneumonie, d'abaisser la courbe de la fièvre hectique, l'antipyrine ou l'un quelconque des nouveaux antipyrétiques appartenant à la série aromatique, ne produisent que peu d'effets. Par contre, le *sulfate de quinine* donne les résultats les plus remarquables, on peut grâce à lui, non seulement hâter la terminaison de la maladie, mais même la juguler,

Les doses sont :

Pour des enfants de	2 à 4 ans	20 à 40 centigr.
—	5 à 10 ans	50 centigr.
—	11 à 15 ans	75 centigr. à 1 gr.

BULLETIN

Nos médicaments et nos drogues.

Sur neuf échantillons d'éther nitreux, pris dans différentes pharmacies de Montréal, l'analyste officiel du gouvernement, à Ottawa, a trouvé que *trois* seulement contenaient la proportion de nitrite d'amyle, requise par la pharmacopée anglaise, 2 %. Les autres en contenaient une quantité moindre ; même un échantillon n'en contenait pas du tout.

Tous contenaient de l'aldéhyde ; mais trois en contenaient une quantité excessive.

Deux échantillons étaient falsifiés par l'addition d'une certaine quantité d'eau ; cette addition d'eau, dit l'analyste, est condamnable, non seulement elle dilue l'éther, mais encore elle en favorise la détérioration rapide.

Dans le même rapport, nous constatons que sur neuf échantillons d'acide cyanhydrique médicinal qu'il a examinés, M. Harrison, l'analyste officiel, en a trouvé trois qui étaient préparés selon les données de la pharmacopée, quatre qui n'avaient pas la force requise et enfin deux qui étaient falsifiés avec de l'acide muriatique.

S'il en est ainsi d'autres médicaments—ce qui est bien possible et même probable—nous nous expliquons facilement bien des cas d'insuccès avec des médicaments que nos confrères français—plus favorisés que nous sous le rapport de la pureté des drogues—disent ne leur avoir donné que d'excellents résultats.

Nous pourrions peut-être aussi trouver dans ces falsifications la raison de certains accidents mis sur le compte d'une idiosyncrasie de a part du malade.

VARIÉTÉS.

Le sport vélocipédique.

Il se passe guère de semaine sans que le médecin ne soit consulté dans le but de savoir si l'usage de la bicyclette ou du bicycle n'est pas contraire à la santé. Cela se conçoit aisément, car le nombre d'engins de ce genre que l'on voit sillonner nos avenues et nos boulevards prouve combien ce mode de sport est en faveur aujourd'hui.

Que répondre aux questions posées et qui généralement se présentent dans l'ordre suivant : Le vélocipède (bicycle) est-il dangereux ? La bicyclette est-elle dangereuse ? Ces engins sont-ils utiles ou nuisibles ?

Le vélocipède (*bicycle*) est-il dangereux ? Malgré les perfectionnements apportés à sa fabrication, malgré la simplicité de son mécanisme, le bicycle est un instrument instable qui n'est pas à la portée de tous. Son centre de gravité placé sous celui qui le monte, rend les chutes faciles et plus la rapidité est grande, plus la chute est violente et plus le danger est considérable. On peut donc conclure que le bicycle est dangereux.

La bicyclette est-elle dangereuse ? La bicyclette, lorsqu'elle est bien construite, bien réglée, constitue le moyen de locomotion le plus commode et le plus inoffensif. Le plus commode parce que les dimensions lui permettent de passer partout, sur les sentiers les plus étroits, sur les passerelles les plus exigües. Le plus inoffensif, pour plusieurs raisons qui méritent d'être signalées. Le centre de gravité se trouve en arrière du siège du bicyclettiste ; le poids du corps correspond à la roue de derrière et la roue antérieure a surtout une action directrice. La stabilité du bicyclettiste est bien autrement sûre que celle du bicycliste.

Un immense avantage de la bicyclette résulte du peu d'élévation de ses roues. En effet, les bons constructeurs, parmi lesquels il faut citer en première ligne la *Société parisienne*, sont arrivés à n'adopter que des roues de 0^m70 à 0^m75 de diamètre. Ce peu d'élévation permet donc, en cas de chute, de porter les pieds immédiatement sur le sol et préserve de ces sauts en profondeur qui sont assez fréquents avec le bicycle.

La bicyclette est-elle utile ou nuisible ? Dans les commencements de la vélocipédie toutes sortes de conséquences fâcheuses furent prédites. On prétendait notamment que l'usage de ces engins déterminait la voussure de la colonne vertébrale. L'expérience a démontré que

ces appréhensions étaient sans fondement. Avec une bonne bicyclette et de bonnes notions, il n'est pas à redouter de voir le thorax se voûter. La mauvaise attitude de certains bicyclettistes disparaîtrait si tous avaient de bonnes machines construites par une maison qui s'est donnée la peine d'étudier sérieusement la question. Sans doute, les jeunes gens en croissance et les hommes faibles et déséquilibrés peuvent aller au delà de leurs forces et se prédisposer ainsi à des affections sérieuses, mais rien n'est plus injuste que d'arguer contre un exercice d'après les faits isolés d'excès imprudents et condamner une chose à cause de la bêtise de quelques-uns. L'exercice de la bicyclette n'est dangereux que par suite des accidents inhérents à ce genre de locomotion et on ne peut logiquement lui attribuer des maladies spéciales engendrées par son usage ou son abus.

Il n'est point nuisible. L'usage de la bicyclette est tout indiqué dans le traitement de certaines affections, entre autre dans le rhumatisme, la goutte, l'obésité et leurs congénères, l'asthme et le diabète et son emploi donne les meilleurs résultats dans le traitement des maladies nerveuses.

La bicyclette peut également être utilisée comme moyen de thérapeutique dans l'atrophie consécutive à la paralysie infantile. Dans cette affection donner le plus d'activité possible aux muscles atrophiés est, en effet, l'idéal du traitement et on peut, chez les sujets qui ont une suffisante mobilité, obtenir par l'usage de la bicyclette les plus heureux effets. Sur les données des médecins, la *Société parisienne* construit des bicyclettes et des tricycles dans lesquels la pédale correspond au membre atrophié s'articule avec un bras de levier plus court. Après la guérison, les pédales peuvent être égalisées.

En résumé, l'usage de la bicyclette est excellent et vaut mieux, sous beaucoup de rapports, que d'autres exercices, car il se fait toujours en plein air ; il est exempt de dangers et n'exerce sur l'organisme que des effets heureux. Les médecins s'adonnent de plus en plus à ce genre de sport : pour beaucoup, c'est une simple distraction ; pour le médecin de campagne, la bicyclette est devenue un instrument de travail dont l'emploi lui permet de réaliser de notables économies. Nous connaissons beaucoup de confrères de province qui se sont décidés à délaisser chevaux et voitures, qui leur coûtaient très cher d'entretien, pour ne se servir que de la bicyclette, cheval de fer, selon l'expression moderne, toujours sellé et prêt à être monté.

Parmi les constructeurs de bicyclettes, nous devons une mention toute spéciale à la *Société parisienne* à qui l'on doit de nombreux perfectionnements, notamment ceux qui consistent dans l'emploi de jantes demi-croisées à rayons tangents directs brevets. Cette disposition des

rayons rend les cassures très rares et évite ces accidents fréquents qui surtout désagréables lorsqu'ils surviennent en pleine campagne loin de tout centre où l'on puisse faire réparer sa machine. Cette disposition des rayons est telle qu'ils ne cassent jamais dans le moyen, ce qui rend leur remplacement très facile.

Nous avons cru utile de consacrer quelques lignes à la *rélocipédie* en raison des avantages que peuvent retirer les médecins de campagne qui se livreront à ce genre de sport.

DR MAISTRI.

Infirmières aristocratiques.

Pour prouver combien soigner les malades devient un acte *fashionable* le *British medical journal* annonce que la princesse Hélène Cusa accorde ses soins à des malades de l'Hôpital des Enfants ; la comtesse Asta Blücher a soigné les invalides du capitaine Wissman à Zanzibar ; Mlle Godolphin Osborne, nièce du duc de Leeds, est surveillante de l'Hôpital d'incurables de M. Leamington ; Mme Leveson Gower donne ses soins à l'hôpital central ; Mme Amberly et la baronne Ebba Boston ont fait, il y a quelques années, un stage à l'Hôpital de Sainte-Marie, à Paddington.

(*Mercredi médical.*)

Les femmes pharmaciennes en Russie.

Le conseil de l'Empire vient d'être saisi d'un projet aux termes duquel les femmes seront admises à exercer la profession de pharmaciennes. Des cours seront ouverts dans chacune des Universités russes, où les jeunes filles et les femmes, âgées de 16 ans au moins et de 40 ans au plus, seront admises à étudier la pharmacie et pourront, après trois années d'études, subir les examens en vue d'obtenir le diplôme.

(*Bull. Méd.*)

La crémation à Liverpool.

La résolution suivante a été votée à une grande majorité à la dernière réunion de la Société médicale de Liverpool : Cette Société a reconnu que la crémation des corps présente les plus grands avantages et elle pense que l'établissement d'un four crématoire à Liverpool, d'après des règles convenables, ne soulèverait aucune objection. Il est établi qu'il y a maintenant environ 42 fours crématoires fonctionnant dans le monde entier et que le premier des temps modernes a été érigé à Milan, en Italie, en 1889. On voit par là que la crémation a eu une rapide extension. (*The Journ. of the American Medical Association*, 21 mars.)

NOUVELLES MÉDICALES.

Dispensaire de la Providence.

Maladies des enfants—service de M. le Dr Asselin—mai 1891.

Ordonnances.....	52
Visites.....	10
Total.....	62

Naissance.

A Maisonneuve, le 12 juin 1891, l'épouse de M. le Docteur P. Lussier, a donné naissance à une fille, Marie Jeanne Sara.

Mariage.

A Montréal, dans la chapelle du Sacré Cœur, mardi le 9 juin 1891, M. le Dr Paul Philippe, de la faculté de Paris, conduisait à l'autel, Mademoiselle Berthe Cosme, de Pau, Basses-Pyrénées, France.

La bénédiction nuptiale a été donnée par le Révérend M. Guilhot, qui dans une touchante allocution a exprimé aux nouveaux époux ses meilleurs souhaits.

La rédaction de LA GAZETTE MÉDICALE offre à Madame Philippe et à M. le Docteur Philippe, l'un de ses collaborateurs les plus distingués, ses vœux les plus sincères.

BIBLIOGRAPHIE

L'ART DE SOIGNER LES ENFANTS MALADES, par M. le Docteur E. Périer, membre de la Société Française d'Hygiène, etc., etc., à Paris, chez J. B. Baillière & Fils. Prix, 2 francs.

Le médecin est généralement bien aise de trouver dans les parents d'un petit malade, des gardes-malades habiles et éclairés. Mais cet art ne s'apprend pas sans guide et le médecin n'a pas toujours le temps ni les dispositions de donner un cours complet sur la manière de donner tous les petits soins dont les enfants se trouvent si bien. De là l'utilité pour un médecin de conseiller aux mères intelligentes certains manuels sur l'art de soigner les enfants malades.

Le livre de M. le Dr Périer est très pratique et très bien fait. Il traite les sujets suivants :

Du rôle des mères et de leurs auxiliaires dans les maladies des enfants.—De l'installation d'un enfant malade.—La pharmacie des familles.—Des signes qui indiquent la santé, l'indisposition et la maladie.—Des soins à donner aux enfants malades.—Du régime des enfants malades.—Direction de la convalescence.—Préservation des maladies.

Nous croyons que cet ouvrage mérite une recommandation spéciale.