

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- 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.

TRAVAUX ORIGINAUX

Monstruosité par défaut ;

par L. J. O. SIROIS, M.D., Saint-Ferdinand d'Halifax.

Le 4 juillet dernier, je fus appelé auprès d'une femme accouchée, avant terme, que la sage-femme n'avait pu délivrer.

L'accouchement avait eu lieu vers huit heures du matin et j'arrivai chez la malade à une heure après-midi. La bonne grand-mère, qui avait fait l'office de sage-femme, s'empressa de me dire qu'elle n'avait pu avoir le placenta (reste) parce que l'enfant n'avait *ni ventre, ni cordon*, et que la femme perdait trop.

La pauvre accouchée était pâle, exsangue, avec un poulx filiforme, dépressible, à 140, et un utérus mou, flasque, remontant presque jusqu'à l'épigastre. Deux ou trois syncopes providentielles l'avaient certainement arrachée à la mort par hémorragie. Une piqûre d'éther et une bonne dose de whiskey ayant relevé quelque peu le poulx et ramené l'énergie vitale défaillante, je décidai de faire l'extraction du placenta. J'introduisis la main dans l'utérus et constatai que le gâteau placentaire, inséré sur les zones moyenne et inférieure de la matrice, n'était libre que par le bord qui touchait le col—ce qui avait permis l'hémorragie—il y avait adhérence dans tout le reste de son étendue. Je procédai au décollement avec le plus grand soin possible pour ne pas blesser les parois utérines. Ce fut une tâche longue, difficile et laborieuse. J'eus enfin la satisfaction de pouvoir tout enlever. Une injection antiseptique, chaude, amena promptement une ferme contraction de l'utérus — l'hémorragie était sous contrôle—et le poulx prenait plus d'ampleur.

Le placenta, extrêmement volumineux, remplit un vase de nuit, et le cordon mesurait à peine trois pouces de longueur.

On me montre alors l'enfant. C'est un fœtus d'environ sept mois, de grosseur ordinaire, dont la tête, le cou, les membres supérieurs et inférieurs sont normalement conformés. Mais la partie antérieure du thorax et de l'abdomen, du manche du sternum au pubis, n'est recouverte que d'une membrane mince, transparente, qui semble n'être que le prolongement de la couverture amniotique du cordon ombilical, se rattachant en arrière aux aponévroses dorsales et lombaires. La cage thoracique, qui n'a pas plus de la moitié de la hauteur ordinaire, ne laisse percevoir que six côtes. Entièrement en dehors du thorax et formant comme une couverture à la face supérieure du foie, le cœur et les poumons semblent n'avoir d'autre point d'attache que l'aorte.

Pas de trace de diaphragme.

Le foie, d'un volume énorme, présente deux lobes presque égaux : le droit s'étendant jusqu'à la fosse iliaque, le gauche couvrant l'estomac entièrement. L'estomac, les intestins et les reins paraissent normaux. Impossible de découvrir aucune trace de vessie; l'ouraque s'étend cependant encore de l'ombilic au petit bassin pour s'y perdre dans un cul-de-sac.

Pas d'organes génitaux et pas d'anus! aucune fossette, aucune dépression qui en fasse soupçonner l'existence à l'état rudimentaire! L'espace s'étendant du pubis au sacrum est recouvert d'une peau aussi ferme et résistante que celle des cuisses. Pour me servir de l'expression originale d'un témoin: "*On ne lui voit pas plus de parties génitales et d'anus que si l'enfant avait une paire de culottes.*"

Vu la brièveté du cordon, la fragile membrane fermant les cavités thoracique et abdominale se déchira pendant l'accouchement. L'enfant vécut toutefois une dizaine de minutes et les assistants purent voir le cœur se contracter et les poumons se dilater tout à leur aise!

Il va sans dire que l'examen de l'enfant fut fait d'une manière superficielle, les parents s'opposant à toute dissection.

En faisant l'histoire de la mère, j'ai appris que c'était son troisième enfant né avant terme. Le premier était hydrocéphale, le second avait un hydro-rachis et pied-bot.

St-Ferdinand d'Halifax, 4 août 1894.

Il faut déjà du mérite pour en reconnaître aux autres.

L'oisiveté ressemble à la rouille, elle use beaucoup plus que le travail.

Le principal défaut de bien des personnes est de croire qu'elles n'en n'ont pas.

Rien n'est propre à nous guérir des femmes, comme de voir qui réussit auprès d'elles.

Tout n'est qu'apparence chez les hommes; le masque tombe à la plus petite occasion.

Nous nous privons, chaque jour, d'autant de bonheurs que nous omettons de bonnes actions.

Quand celui qui souffre conserve encore une étincelle d'espoir, que ce soit croyance ou superstition, ne soufflons pas sur cette chétive lueur, qui épargne au moins l'horreur des ténèbres. Ce serait de l'impiété inutile.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE

Diagnostic différentiel de la syphilis et de la tuberculose pulmonaire.—Clinique de M. le Dr RENDU à l'Hôpital Necker.— Je veux vous parler aujourd'hui d'une malade extrêmement complexe, qui offre ce problème de savoir si elle a une maladie unique ou si elle est atteinte de deux affections distinctes. C'est une vieille femme dans un état de misère et de saleté effrayant, qui est entrée le 25 novembre dernier dans le service. Les troubles fonctionnels dont elle se plaignait étaient très mal définis. Elle souffrait de douleur, courbature générale, et, bien qu'elle respirât facilement, se plaignait d'être oppressée quand elle faisait un effort. Enfin, elle toussait depuis quelque temps.

Cette toux n'était pas accompagnée d'expectoration ; c'était une toux sèche, quinteuse.

L'amaigrissement de cette femme est déjà ancien. Elle est cachetisée par la misère, mais non par la fièvre, car elle est tout à fait apyrétique. De plus, elle se tient sur ses jambes, n'a pas de fourmillement ni d'engourdissement des membres inférieurs.

Ces troubles fonctionnels n'ont absolument rien de caractéristique. Il nous faut donc procéder à un examen minutieux pour voir si on trouve des lésions. J'ai commencé par la poitrine. A l'examen du poumon, quand on percute la poitrine en avant, la sonorité et la respiration sont normales. Mais en arrière, le sommet droit donne de la submatité et de l'absence d'élasticité du poumon. Le reste du poumon est sonore. A l'auscultation, à ce niveau, la respiration est faible et l'expiration est rude, soufflante et prolongée ; le poumon n'est donc pas normal, il y a une induration pulmonaire. D'où difficulté pour l'air de pénétrer les alvéoles, et respiration rude. Il n'y a pas de bruits surajoutés ; il ne se fait donc pas de sécrétions dans les bronches qui donnent lieu à des râles dans les maladies de poitrine. Nous verrons plus tard comment il faut interpréter cette induration.

A l'examen du cœur, on ne le trouve pas hypertrophié ; sa longueur atteint 11 centimètres, sa largeur est entre 8 et 9 ; il n'y a donc pas de matité exagérée, la pointe bat d'une façon normale.

Mais à l'auscultation nous trouvons deux souffles, l'un systolique, l'autre méso-systolique qui succède à la systole ventriculaire, tous les deux à la pointe.

Le premier est fort, en jet de vapeur, le second est superficiel. Celui-ci est manifestement extra-cardiaque et inorganique. L'autre est, au contraire, manifestement lié à une lésion vulvaire, à une insuffisance mitrale. La malade n'a pas une forte lésion, car elle n'en souffre pas beaucoup et n'est pas arrêtée dans sa vie habituelle par les troubles de cet organe. Les artères sont normales, il n'y a pas d'athérome ni de flexuosité.

Passons en revue les divers organes. Le foie est normal. Les reins paraissent sains; les urines ne sont pas albumineuses, constatation intéressante, car la malade avait à son entrée de la bouffissure de la face; mais nous nous sommes aperçus, en faisant cette constatation, que cette femme offrait des éruptions sur le corps. Tout d'abord, la peau est très pigmentée; il y a une mélanodermie diffuse. On peut supposer qu'il s'agit simplement là de saleté et de parasites, mais, de plus, il existe des petites taches jaunes, café au lait, dispersés sur l'abdomen.

Vous savez que la mélanodermie parasitaire simule souvent la maladie bronzée d'Addison, c'est ce que les Allemands appellent la maladie des vagabonds.

✓ Mais, de plus, cette peau nous indique par ses taches, consécutives probablement à d'anciennes affections papuleuses, qu'il y a eu syphilis. De plus, il existe des cicatrices au tronc, aux jambes et à la face. C'est aux jambes qu'elles sont le plus manifestes, étalées depuis la rotule jusqu'au cou-de-pied.

Elles ont l'apparence suivante: le centre de la cicatrice est gaufré, luisant, elles sont creusées par rapport à la surface de l'épiderme environnant. La peau est très atrophiée et très peu vasculaire. La cicatrice a peu de vitalité; il y a des excoriations nombreuses. Cette cicatrice n'est pas uniforme; il y a une série de cicatrices superposées; elles ne se sont donc pas produites uniformément dans le même temps. Il y a eu des poussées successives sous l'influence de la syphilis. Ajoutons que la périphérie de la cicatrice est colorée en noir. C'est un caractère extrêmement important, car il ne se rencontre guère qu'à la suite de cette maladie.

La pigmentation est moindre sur le tronc. A la nuque les cicatrices ressemblent tout à fait à celles d'un anthrax. Aux lombes existe une cicatrice énorme, de la grosseur de la paume de la main; elle est formée par des cicatrices juxtaposées.

Cette cicatrice est absolument indicatrice de la syphilis. Elle ne ressemble ni à une cicatrice de brûlure irrégulière avec chéloïde, ni à une cicatrice de lupus qui laisse la peau moins atrophiée et plus vasculaire. Enfin, les bords ne sont pas surélevés et surtout ne sont pas pigmentés.

Je n'insiste pas sur ces caractères qui sont absolument classiques. J'ai hâte d'arriver à la face. Indépendamment des cicatrices le nez est tuméfié, assez douloureux. Il y a comme une espèce de périostose chronique.

Le diagnostic, vous le voyez, commence à s'affirmer. Cherchons les autres stigmates de la syphilis. Ils sont peu nombreux ; les muqueuses sont saines, mais les yeux sont malades depuis deux ans. Cette femme a été soignée par M. Panas pour une affection qui n'est autre que l'iritis, qu'on reconnaît aujourd'hui aux synéchies pupillaires. Enfin, on constate des douleurs ostéocopes nocturnes du côté des tibias. Cependant ces os ne sont pas tuméfiés, n'ont pas d'hyperostoses localisées. De même, quoiqu'elle ait des douleurs de tête, on n'observe pas d'hyperostose du crâne.

Maintenant, faut-il considérer les lésions du poumon et du cœur comme dues à la syphilis ou sont-ce des choses différentes ? Pour discuter ce diagnostic, il faudrait avoir des renseignements complets ; or, nous n'en avons que d'incomplets et d'écourtés. Néanmoins, il semble que cette femme est née d'une famille non tuberculeuse. Elle a été peu malade, n'ayant eu que la rougeole dans son enfance, maladie qui touche peu le cœur. Par contre, cette femme était sujette aux bronchites tenaces ; dans son enfance elle a eu un rhume qui a duré plusieurs mois, mais s'est heureusement passé. Relativement à l'origine de la syphilis, elle nous a donné des renseignements moins nets. Ce qu'il y a de sûr, c'est qu'en 1865, vers l'âge de trente ans, elle a eu un chancre à la bouche. L'année suivante elle a eu des accidents de syphilis grave, précoce : pustules ecthymateuses donnant des croûtes tenaces et amenant des cicatrices. Dès cette époque, elle fut si gravement malade qu'elle dut s'installer à la campagne, où elle ne guérit qu'en 1870. Jusqu'en 1874, elle sembla guérie. A cette date, nouvelle pous-ée aux jambes, avec gonflement, ulcération, hémorrhagie. A partir de ce moment sa syphilis dura avec une ténacité déplorable. Elle a été soignée à plusieurs reprises pour ces ulcérations syphilitiques. On la traita au sirop de Gibert et à l'emplâtre de Vigo. Il y a trois ans éclatèrent les accidents oculaires.

En résumé, nous retrouvons toute une histoire de syphilis ancienne. Entre temps se place un accident sérieux. En 1874, elle eut une bronchite tenace avec des hémoptysies ; on craignit pour sa poitrine.

Il y a peu de doutes actuellement relativement à sa périostose nasale. Elle prétend avoir eu une fracture ; mais la forme, l'écrasement, l'épaississement du nez semblent bien en rapport avec la syphilis. Le seul point qui puisse inspirer le doute est le manque de jetage.

Nous devons maintenant discuter la nature de son endocardite. Elle est ancienne. Quelles en sont les causes ? Souvent la lésion survient à la suite de l'artério sclérose. Or, les artères sont ici remarquablement souples. De même l'auscultation de l'aorte est absolument normale.

Ces lésions ne me paraissent pas davantage ressortir du rhumatisme. Restent les maladies infectieuses aiguës. Or, elle n'a eu que la rougeole, qui ne donne guère à l'endocardite.

On trouve dans les auteurs des faits de myocardite interstitielle syphilitique aboutissant à la sclérose de l'endocardite. M. Lancereaux en cite un cas dans son "Traité de la syphilis". Cette cause est donc possible, d'autant que la localisation de la syphilis occupe alors presque toujours exclusivement le cœur gauche, ce qui concorde bien avec l'état de notre malade.

Je ne trouve nulle part ailleurs que dans la syphilis la cause qui peut justifier cette endocardite. Cette cause est d'autant plus probable que l'affection cardiaque est tout à fait silencieuse : or, notre malade ne souffre de son cœur que lorsqu'elle marche un peu vite ou monte un escalier.

Reste à discuter la lésion pulmonaire. Je me trouve en face des mêmes incertitudes. Est-ce une sclérose consécutive à une pneumonie ? S'agit-il d'une tuberculose ou d'une infiltration syphilitique ?

Nous allons discuter successivement ces trois hypothèses. La première n'est pas satisfaisante, car la malade n'a jamais eu de pneumonie. En faveur de la tuberculose, nous trouvons la localisation du sommet. N'est-ce pas une affection à la fois tuberculeuse et syphilitique ? Le fait est fréquent. Cette femme a longtemps vécu dans les hôpitaux et a pu y contracter la tuberculose comme il arrive si souvent.

Mais on peut faire des objections sérieuses à cette manière de voir. D'abord, la longue durée de l'affection. Il est bien rare, en effet, que la tuberculose évolue si lentement. Enfin, cette affection pulmonaire a des allures singulières : il n'y a pas d'expectoration, pas de râles, presque pas de troubles fonctionnels non plus. Or, il est exceptionnel que la tuberculose chronique ne s'accompagne pas de sécrétion bronchique. Cela ne s'observe que dans la granulie aiguë ; sitôt que la tuberculose prend une allure subaiguë, la sécrétion devient abondante, et on y observe de nombreux bacilles.

Dernier argument : cette malade paraît avoir très peu maigri du fait de sa lésion pulmonaire. Elle n'a jamais de fièvre, ce qui est encore rare chez les tuberculeux.

Au contraire, tous ces caractères négatifs se retrouvent dans l'affection pulmonaire syphilitique. Cette forme d'infiltration pulmonaire est absolument silencieuse, nous dit M. Lancereaux. Elle se signale uniquement par de l'obscurité du son et de la submatité. Il se produit là une évolution silencieuse et torpide de la syphilis pulmonaire, qui correspond bien à l'enseignement de la clinique.

On peut objecter que la lésion syphilitique siège ordinairement à la base. Il existe pourtant trois observations de Lancereaux, Gubler, Leudet où elle se trouvait au sommet.

D'ailleurs, on rencontre souvent l'association de la syphilis et de la tuberculose. Je me souviens avoir eu une malade de ce genre. C'était une tuberculeuse avérée, mais en même temps syphilitique qui éprouva une amélioration considérable par le sirop de Gibert et quitta l'hôpital se croyant guérie. Six mois après elle revint avec des cavernes, et, à l'examen bactériologique, on trouva des bacilles. A l'autopsie les poumons offraient à la fois des gommages caséuses et des foyers tuberculeux caractéristiques.

Nous avons donc le droit de dire ici : les lésions qu'offre cette malade sont syphilitiques. Peut-être sont elles en même temps tuberculeuses. On ne peut aller plus loin.

Je tenais simplement à vous indiquer ici combien les lésions peuvent être complexes chez les malades et il est souvent difficile d'assigner à chacune leur nature et leur lieu.

Le pronostic est relativement bon, car la malade a conservé un bon estomac et de bons reins. Elle se nourrit bien, digère bien, et par suite peut absorber de hautes doses de médicaments qui sont ainsi bien supportés.

Il n'y a qu'un traitement à instituer, l'antisiphilitique. On donnera le sirop de Gibert à la dose de deux cuillerées à bouche par jour et peut-être quelques frictions mercurielles si les choses ne marchent pas assez vite. Tous les deux jours un bain sulfureux pour activer les fonctions de la peau. C'est ainsi que nous sommes emportés et déjà il me semble ressortir quelque amélioration de ce traitement, le nez est certainement moins empâté ; les douleurs de la tête et des jambes sont moins vives, la malade est moins absorbée que les premiers jours.

On note d'ordinaire assez vite le bénéfice du traitement spécifique. A l'hôpital Tenon nous eûmes une malade qui avait une caverne ; mais son siège à la base éveilla l'idée de syphilis pulmonaire. Le sirop de Gibert et l'iodure de potassium séchèrent la caverne en trois semaines. Plus tard la syphilis s'attaqua aux tibias et la malade perdit un doigt de pied, mais la lésion pulmonaire ne reparut pas ; elle avait été définitivement guérie.

Nous sommes donc en droit d'espérer, dans le cas actuel, une amélioration rapide.—*Bulletin médical.*

Un cas de tachycardie essentielle paroxystique, par le Dr PHÉLISSE, de Charmes (Vosges).—On désigne sous le nom de : *Tachycardie*, l'accélération anormale des battements du cœur ; elle diffère des palpitations en ce que celles-ci sont surtout caractérisées par la sensation pénible ou douloureuse des battements cardiaques, augmentés de fréquence.

La tachycardie est un symptôme que l'on observe dans des conditions multiples : affections cardiaques, pulmonaires, nerveuses (lésions bulbaires, compression ou névrite du pneumogastrique) dans les névroses (épilepsie, neurasthénie, chorée, goître exoph-

thalmique), dans les intoxications (alcool, tabac, digitale à doses accumulées ou prolongées), etc.

Elle peut encore constituer toute la maladie, comme dans l'affection décrite depuis quelques années sous le nom de : *Tachycardie essentielle paroxystique*, et encore appelée : *maladie de Bouveret*, du nom de l'auteur qui l'a décrite le premier comme entité morbide.

Comme son nom l'indique, elle consiste surtout en une accélération extrême des battements cardiaques, survenant par crises, indépendamment de toute lésion du cœur, du poumon, du système nerveux et de toute autre névrose.

Chaque accès survient brusquement, sans cause apparente; il peut être précédé de quelques prodromes : constriction cervicale ou épigastrique, vertiges, et comprend des phénomènes essentiels constants et des symptômes accessoires.

Parmi les premiers, il faut citer tout d'abord la précipitation des battements du cœur (jusque 200, 250 et même 300 par minute) qui conservent d'ailleurs toute leur régularité. Le palper perçoit une vibration ondulatoire intense et la percussion constate une augmentation de la matité précordiale. Les bruits cardiaques sont nettement frappés; le grand silence, diminuant de durée, égale le petit silence, de telle sorte que le rythme cardiaque prend le caractère du rythme fœtal. On peut noter des dédoublements, des souffles, qui disparaissent constamment avec l'accès. Le pouls traduit la fréquence des révolutions cardiaques, mais, fait essentiel, et très important à noter, il est en complet désaccord avec l'énergie des contractions cardiaques constatée par le palper : le pouls est faible, fuyant, traduisant ainsi l'hypotension artérielle. Cette faiblesse du pouls n'est pas constante pendant toute la durée de l'accès; le pouls peut se relever momentanément.

Parmi les symptômes accessoires, on peut citer : la pâleur de la face au début de l'accès, l'insomnie, le vertige, le délire. Pendant l'accès, il y a habituellement de l'oligurie, laquelle peut être remplacée à la fin du paroxysme par une sorte de crise urinaire, plus ou moins durable. On a noté dans l'urine différentes modifications chimiques : albuminurie, azoturie, glycosurie, hématurie. L'hyperthermie, quand elle existe, est de courte durée et indépendante de tout état phlegmasique. On a signalé encore la mydriase dans quelques cas, le myosis dans d'autres. Enfin, lorsque les accès se prolongent ou présentent une intensité excessive, on peut observer tous les signes de l'asystolie. Il s'y ajoute fréquemment de la dyspnée, et des vomissements ou de la gastralgie.

L'accès a une durée variable : quelques minutes à plusieurs semaines. Il cesse brusquement comme il avait commencé, et se reproduit à intervalles plus ou moins rapprochés.

En dehors des crises, la santé est parfaite.

Les symptômes de cette maladie rappellent ceux d'une paraly-

sie du nerf vague ; on observe, en effet, des troubles dans les trois branches de ce nerf : cardiaque, pulmonaire, stomacale. Néanmoins l'hypotension artérielle et l'hyperthermie permettent de comprendre que certains auteurs l'aient rattachée à une excitation du grand sympathique. La lésion, si tant est qu'elle existe, doit occuper la région bulbo-spinale ; les autopsies encore peu nombreuses qui ont été publiées ne donnent aucun éclaircissement à cet égard et, jusqu'à nouvel ordre, on doit concevoir la tachycardie essentielle paroxystique comme une *névrose bulbo-spinale*.

Le pronostic doit être très réservé, car la mort subite par syncope est très fréquente ; de plus, les accès prolongés peuvent amener la mort par asystolie ou par épuisement comme dans le cas que j'ai observé et dont voici l'observation :

Hortense G... est une robuste paysanne, célibataire, âgée de 58 ans ; elle n'est plus réglée depuis dix ans. Ses antécédents pathologiques héréditaires ou personnels sont nuls en dehors des troubles pour lesquels elle me fait venir le 10 février 1892. Elle n'a jamais eu notamment ni rhumatisme ni autre maladie aiguë.

Depuis dix jours, elle souffre de battements de cœur très violents ; elle est sujette à ces battements depuis vingt ans ; mais jamais ils n'ont été aussi forts.

Je trouve la malade couchée, l'air anxieux, la face et les lèvres légèrement cyaniques, la respiration fréquente, de 30 à 35 par minute. En cherchant le pouls je suis tout surpris de ne point le trouver ; il est absolument imperceptible.

A l'auscultation ce qui frappe c'est l'accélération extraordinaire du cœur qui bat plus de 260 fois par minute ; les battements sont nets et assez forts ; le choc de la pointe produit une ondulation rapide de la paroi thoracique. On ne perçoit aucun souffle ; les deux silences sont égaux et le rythme est celui de l'embryocardie. La respiration est fréquente et pénible ; l'auscultation n'indique aucune lésion du poumon ; la malade ne tousse pas.

L'appétit est nul, la soif assez vive, les selles régulières ; les urines sont rares et chargées, mais ne contiennent ni sucre ni albumine.

Les extrémités sont chaudes ; la peau est sèche.

Il n'y a pas de tendance à la syncope. La malade reste couchée ou assise sur une chaise mais aussi immobile que possible.

Elle éprouve une angoisse pectorale assez grande, un malaise général et un brisement de tous les membres.

Le sommeil est aboli ; elle s'efforce d'ailleurs de se tenir éveillée tant ses réveils sont pénibles.

La température varie de 36°5 à 37°5.

Les pupilles sont normales ; pas de goître, ni d'exophtalmie, ni de tremblement.

Il n'y a pas d'œdème ni d'ascite.

Hortense G... éprouve des accidents de ce genre depuis une

vingtaine d'années. Elle avait toujours été bien portante lorsqu'une nuit, après s'être couchée en bonne santé, et endormie, elle fut, sans cause, comme réveillée brusquement par des battements de cœur d'une violence inouïe accompagnée d'une angoisse extrême. Ils persistèrent malgré toutes les médications. Au bout de trois semaines, il se produisit un anasarque généralisé : la guérison ne survint qu'après un séjour de trois mois au lit.

Depuis lors elle eut des crises nombreuses mais durant seulement de quelques heures à vingt-quatre, rarement plusieurs jours.

Une seule fois, il y a une dizaine d'années, elle eut une crise analogue à la première, qui dura plusieurs mois et détermina aussi un anasarque généralisé. Mais en dehors de ces deux grandes crises, elle n'eut jamais d'hydropisie ; elle pouvait se livrer aux travaux les plus fatigants sans amener d'œdème des mal-léoles.

Depuis un an les crises deviennent plus nombreuses. Il ne s'écoule pas 15 jours ou un mois sans qu'il s'en produise. Elles débutent souvent la nuit, au milieu du sommeil ; quelques battements violents la réveillent ; ils atteignent aussitôt la rapidité que j'ai constatée ; l'angoisse s'établit et un malaise général envahit ses membres ; souvent la malade se lève trouvant qu'elle supporte mieux son malaise debout. D'autres fois elle est prise dans la journée, toujours brusquement ou après un malaise de quelques secondes, par de gros "coups au cœur." Tant que dure la crise, elle éprouve de l'angoisse, de la dyspnée, une lourdeur des membres, un malaise et une faiblesse musculaire générale ; mais la malade y est tellement habituée qu'elle continue ses occupations.

La crise se termine aussi brusquement qu'elle a commencé et de la même manière par trois battements plus forts que la malade compare à des "coups de tampon."

La crise passée le malaise disparaît en quelques secondes.

Dans l'intervalle des crises, Hortense G. jouit d'une excellente santé, toutes ses fonctions s'exécutent normalement ; elle fait fréquemment une marche de huit kilomètres sans fatigue et sans essoufflement. Elle ne sent pas son cœur.

Elle a été traitée à diverses reprises, surtout par la digitale, sans aucun résultat. Ce qui lui a le mieux réussi pour couper ses accès, c'est de rester quelque instants la tête très basse. A chaque crise elle prend cette position pendant quelques instants et souvent dès la première tentative, quelquefois seulement à la deuxième ou à la troisième, la crise s'arrête par les trois coups de tampon qu'elle connaît bien. Depuis le commencement de cette crise, ce procédé ne lui a plus réussi.

Traitement : Repos, régime lacté et tisane diurétique, digitale.

25 février.—La crise actuelle, qui a débuté le 30 janvier et a,

dès le début, été plus intense que les autres, persista sans amélioration. La digitale, la digitaline, la trinitrine, l'antipyrine, etc., ont successivement échoué.

Depuis quelques jours H..... G... a eu des nausées et des vomissements que la glace a calmés; elle a aujourd'hui de violentes douleurs d'estomac. Les jambes sont œdématisées; les urines sont plus rares; la peau est couverte de sueurs; le nombre des battements oscille toujours entre 150 et 200; le pouls est toujours à peu près imperceptible et incomptable. La malade est affaissée et craint tout mouvement.

Traitement: tisane de stigmates de maïs.

Dix gouttes matin et soir de la mixture suivante:

Teinture de strophantus;)	} à parties égales.
Teinture de scille.	

Et 4 cuillerées à café par jour de la potion suivante:

) Sirop de codéine, 40 gr.

) Eau de laurier-cerise, 20 gr.

15 mars.—Vers le 5 mars son état s'était amélioré; les douleurs gastralgiques avaient diminué; les battements du cœur étaient moins fréquents, l'angoisse moins vive; elle avait pu dormir quelques heures chaque nuit; l'appétit était revenu et l'œdème avait disparue. Le 7 mars les battements avaient complètement cessé comme à la fin de ses crises et la malade se croyait guérie. Cette trêve ne dura que quelques heures. Les battements reprirent et ne cessèrent plus.

17 mars.—L'œdème a reparu et s'est généralisé, l'intolérance de l'estomac est devenue absolue; l'angoisse est extrême. Hier elle fut prise tout à coup d'une paralysie du bras gauche avec déviation de la bouche.

20 mars.—La malade, ne prenant plus aucune nourriture, s'est épuisée de jour en jour et vient de succomber. La paralysie du bras a persisté jusqu'à la mort.

J'ai pensé que cette observation était intéressante comme exemple d'une maladie encore peu connue, bien qu'elle ne donne lieu à aucune conclusion pratique au point de vue pathogénique ou thérapeutique. Je dois rappeler cependant que pendant longtemps la malade a pu arrêter rapidement ses accès en abaissant fortement la tête. Il faut rapprocher cette pratique de celle qu'ont préconisée Czermak et Quincke, qui conseillaient la compression de la région cervicale à la hauteur du cartilage thyroïde: cette compression serait assez promptement suivie de ralentissement des battements cardiaques; elle agirait en excitant mécaniquement le tronc du pneumogastrique. Peut-être aussi comprimait-elle légèrement les carotides, manœuvre qui a aussi été conseillée en pareil cas.

Les médicaments employés n'ont donné aucun résultat: la digi-

tale en particulier ne lui a jamais réussi. La codéine seule a procuré une légère amélioration. Dans un cas rapporté par M. Rendu, l'opium et ses dérivés s'étaient montrés aussi les seuls médicaments utiles.

Dans la discussion qui eut lieu en 1890 sur cette affection à la Société médicale des hôpitaux, M. le professeur Debove distinguait une forme légère avec petits accès compatible avec la vie et une forme grave avec accès violents et prolongés, qui peuvent amener une fin prématurée.

L'observation présente montre que dans les formes qu'on peut supposer légères, il peut se produire, sans cause apparente, des accès graves et mortels.

Enfin, notre malade eut, vers la fin de sa vie, une complication : paralysie de la face et du bras gauche, que nous n'avons trouvée signalée dans aucun des ouvrages à notre disposition. Il nous semble que la pathogénie en est aisée à concevoir. Depuis six semaines, la crise durait, s'accompagnant de phénomènes de dilatation du cœur et d'asystolie. Sous l'influence de cette dilatation aiguë du cœur, il a pu se produire des coagulations sanguines dans les cavités ventriculaires ou mieux auriculaires. Survient alors une amélioration, le cœur reprend ses battements réguliers et son volume normal, un fragment de caillot est entraîné par le courant sanguin et va former embolie dans une des branches de l'artère sylvienne.

Nous le répétons, cet accident se conçoit aisément; il est surprenant néanmoins qu'il n'ait pas été signalé jusqu'ici chez les malades atteints de tachycardie paroxystique essentielle à crises prolongées. — *Journal des Sciences médicales de Lille.*

Qui ouvre son cœur à l'ambition le ferme au repos.

Un des inconvénients de la colère, c'est que, dès qu'elle se met de la partie, on a tort... même quand on a raison.

Dans le monde on apprend à connaître les autres; — dans la solitude on apprend à se connaître soi-même, — et on fait souvent une triste connaissance.

Deux individus sont parfaitement heureux, l'ignorant, parce qu'il croit tout savoir, et le savant parce qu'il sent qu'il aura toujours quelque chose à apprendre.

Les habiles font des bêtises, en disent aussi, le savent et ne recommencent pas deux fois la même. Les malhabiles n'en font pas moins, en disent davantage, les ignorent et recommencent. — C'est toute la différence.....

Je ne recommencerai plus!

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Des applications de forceps au détroit supérieur dans les bassins viciés par rachitisme.—Nous empruntons au *Progrès médical* le compte-rendu suivant d'une clinique de BUDIX sur ce sujet.

Dans les bassins aplatis, rétrécis suivant leur diamètre antéro-postérieur, sous l'influence des contractions utérines :

- 1^o La tête se place transversalement ;
- 2^o Elle se défléchit ;
- 3^o Elle s'incline habituellement sur son pariétal postérieur ;
- 4^o Elle exécute un mouvement de bascule autour de l'angle sacro-vertébral, elle double le promontoire ;
- 5^o Elle exécute sa rotation dans l'excavation ;
- 6^o Elle se dégage sous les pubis suivant ses diamètres sous-occipitaux.

Tel est le mécanisme ordinaire de l'accouchement, le mécanisme normal, si je puis dire, dans ces bassins anormaux.

Mais si l'accouchement ne se termine pas, deux choses peuvent se produire : ou la tête reste mobile au détroit supérieur, ou elle se fixe sur ce détroit à travers lequel elle tend à s'engager.

Si elle reste mobile, l'application de forceps est difficile et les médecins les plus habiles ne parviennent pas toujours à la saisir comme ils le voudraient ; aussi beaucoup d'accoucheurs préfèrent ils alors introduire la main dans l'utérus et pratiquer la version.

Si elle tend à s'engager à travers le détroit supérieur, mais si les contractions sont impuissantes à déterminer son passage, on a conseillé de recourir au forceps. L'application de cet instrument peut être : 1^o directe ou transversale ; 2^o antéro-postérieure ; 3^o oblique.

L'application *directe* est correcte relativement au bassin ; de plus, elle permet d'exécuter des tractions dans l'axe du détroit supérieur. Relativement au fœtus, elle est défectueuse, car la tête se trouvant saisie du front à l'occiput, les diamètres transversaux sont augmentés et ils deviennent irréductibles.

Dans l'application *antéro-postérieure*, on ne tient aucun compte de la forme de cuillers destinées à s'adapter à la courbure pelvienne : de plus, on ne peut tirer dans l'axe du détroit supérieur. Quant à la tête fœtale, on doit s'efforcer, il est vrai, de la saisir correctement ; mais quand elle a été soulevée et fléchie, au lieu du diamètre bi-temporal le plus petit et le plus réductible des diamètres transverses du crâne, c'est le diamètre bi-pariétal plus

grand et à peine réductible qu'on cherche à faire passer à travers le rétrécissement. On s'éloigne donc absolument du mécanisme naturel de l'accouchement dans les bassins vicieux et aplatis.

Ajoutons qu'en déplaçant le crâne on a perdu le bénéfice des déformations plastiques qu'il avait déjà subies, que l'application de l'instrument sur la tête élevée et mobile est souvent difficile et enfin que la pression des cuillers sur le promontoire et la face postérieure des pubis n'est pas toujours inoffensive.

Les applications *obliques* faites au détroit supérieur sont analogues à celles pratiquées souvent dans l'excavation pelvienne. Relativement au bassin, elle ne sont point parfaites; les tractions ne sont pas non plus exercées absolument dans l'axe, mais l'application et les tractions se rapprochent cependant de la perfection. Quant à la tête, si elle n'est pas saisie par le diamètre bi-pariétal, elle est prise suivant un diamètre oblique qui s'en rapproche et elle est tenue solidement. Le crâne tend à passer suivant son diamètre bi-temporal, le plus petit et le plus réductible des diamètres transverses. Comme il n'a pas été déplacé, on profite des déformations, des réductions déjà produites pendant le travail. C'est simplement une nouvelle force qui s'ajoute aux contractions utérines, sans rien changer aux conditions existantes; elle suffit en général pour terminer l'accouchement.

Ce sont donc les applications obliques que les résultats cliniques et les recherches expérimentales nous font préférer. Elles ont été couronnées de succès dans les deux opérations qui ont été faites sous vos yeux, elles vous rendront service dans les cas analogues.

De la provocation de l'accouchement dans l'albuminurie gravidique.—M. Puech communique une observation d'albuminurie gravidique qui lui paraît propre à justifier la conduite préconisée par quelques accoucheurs dans certains cas, et qui consiste dans la provocation de l'accouchement prématuré.

Il rappelle tout d'abord combien la question est controversée. Tandis que, en effet, les uns repoussent toute intervention obstétricale, d'autres admettent que dans certaines circonstances il est parfaitement légitime d'interrompre le cours de la grossesse.

L'albuminurie ne doit pas être envisagée au seul point de vue de ses rapports avec l'éclampsie. Il faut encore songer aux autres conséquences qu'elle peut entraîner et pour la mère et pour l'enfant. Pour la mère, c'est dans l'avenir, la menace d'une néphrite, par suite de la durée et de la persistance du fonctionnement irrégulier du rein.—Pour l'enfant, l'albuminurie est bien souvent la cause de la faiblesse congénitale et de la mort dans la cavité utérine, par suite de la production dans le tissu placentaire d'hémorragies interstitielles, d'apoplexies, qui en détruisent les villosités et, partant, mettent entrave au rôle dévolu au placenta, ou bien encore elle détermine la formation entre l'utérus et le

placenta d'épanchements sanguins, qui provoquent le réveil des contractions utérines; d'où accouchement avant terme et même avortement.

Dans l'observation que M. Puech communique, il s'agit d'une jeune primipare, arrivée au commencement du huitième mois d'une grossesse, qui jusque-là avait évolué normalement. Il y a deux ou trois jours seulement que des vomissements se sont produits après le repas, en même temps que des maux de tête. La malade avait observé que le matin au réveil elle avait le visage et les paupières bouffis; dans ces derniers temps aussi, la lecture avait dû être interrompue par suite du passage devant les yeux d'un nuage obscurcissant la vue. L'histoire du passé pathologique apprend en outre un détail important: dans le jeune âge, Mme X... a eu une scarlatine, à la suite de laquelle elle a été soignée pendant quelque temps pour une albuminurie.

L'exploration obstétricale montra que l'abdomen était occupé par un utérus gravide ayant les dimensions ordinaires d'un utérus au huitième mois de grossesse. L'enfant, bien vivant, présentait le sommet en G. A.

L'examen des urines, qui doit être pratiqué chez toute femme enceinte, s'imposait plus particulièrement encore dans le cas présent. Comme on devait s'y attendre, après les renseignements fournis par l'interrogatoire, il apprit que les urines renfermaient de l'albumine en notable quantité (7 gram. par litre).

Dès cette constatation (6 novembre), la malade fut soumise au régime lacté absolu. On prescrivit, en outre, du benzonaphtol, à la dose de 1 gr. 50. Des frictions sèches furent faites sur tout le corps, sauf sur l'abdomen. Petites promenades quotidiennes au bon du jour.

Sous l'influence de ce traitement, une réelle amélioration des phénomènes subjectifs sembla se produire: le lait, pris aux doses de trois litres et demi environ, est bien toléré, les céphalées et les troubles de la vue ont disparu.

Mais cette amélioration ne persiste pas: le 12 novembre, vers les deux heures de l'après-midi, se déclare brusquement une douleur très vive du côté gauche de l'abdomen, avec irradiations dans les lombes; la malade se plaint en outre de nausées et de maux de tête. L'exploration de l'abdomen montra que l'utérus était dur, comme tétanisé; à gauche, en un point situé près du fond de l'utérus la palpation réveille de la douleur. Il n'y a aucune modification du côté du col, qui conserve toute sa longueur. Les bruits du cœur sont toujours perçus à gauche, quoique plus obscurs que lors du premier examen. Céphalées, vomissements étaient l'indice d'une petite poussée urémique; les phénomènes notés du côté de l'utérus furent rapportés à une hémorragie intra-utéro-placentaire.—Repos au lit; 4 gram. de chloral.

Quoiqu'on put s'attendre à un accouchement prématuré, la nuit

se passa sans incident. Le lendemain, la douleur utérine persistait mais moins vive; il y avait un peu de détente dans l'état général. A la médication prescrite plus haut, on ajoute 4 gram. de lactate de strontium et 60 centigr. de calomel. Les urines examinées ce jour là étaient plus fortement albumineuses que lors du premier examen : la surface du dépôt atteignait le trait U du tube d'Esbach.

Sous l'influence du repos au lit, les phénomènes qui s'étaient produits du côté de l'utérus disparurent complètement. Le lait est pris à la dose de 4 litres par jour. La miction est assez abondante (2 litres environ).—Le 18, le calomel est encore administré.

Cependant l'albumine persiste encore en quantité aussi abondante : l'examen fait le 21 fournit les mêmes résultats que l'examen antérieur. Aussi bien que l'état général parût assez bon à ce moment, en raison de l'insuccès du régime lacté et de l'aggravation de la néphrite, M. Puech se posa la question de l'accouchement prématuré : le cas tombant dans le domaine de la médecine, M. le professeur Grasset fut appelé à donner son avis. La consultation fut fixée au 25. A cette date, la situation avait changé.

Le 24, en effet, apparaissaient à nouveau des phénomènes d'intoxication éclamptique caractérisés par des vomissements, une céphalée violente, une douleur vive au creux épigastrique et de l'agitation. En même temps, l'anurie était presque complète. Sur le matin la malade a eu la sensation de mouvements tumultueux exécutés par le fœtus. A 10 heures, l'auscultation fit cependant encore percevoir les battements du cœur, mais faibles et mal frappés ; lors d'un second examen fait dans l'après-midi, l'auscultation fut absolument négative.—Potion avec 10 gram de chloral, 60 centigr. de calomel sont prescrits pour le lendemain matin.

Le 25, la malade se plaignait de douleurs dans le ventre, dues, ainsi qu'en le démontrera le palper, aux contractions de l'utérus. Il y avait encore des nausées, de la céphalée, et l'agitation persistait. Pas d'émission d'urines depuis la veille. Le travail était déclaré, quand la malade fut vue par M. Grasset ; la question de l'accouchement provoqué ne se posait plus : il n'y avait qu'à laisser aller les choses, en exerçant une surveillance attentive, de façon à intervenir si quelquel'accident survenait. — Malgré les craintes l'accouchement eut lieu sans incident : il se termina à 11 heures du soir par la naissance en présentation du sommet d'un enfant mort-né. Après une demi heure, on pratiqua la délivrance : celle-ci s'opéra sans la moindre hémorragie.—Le placenta, petit, présentait les lésions caractéristiques du placenta albuminurique : sur sa face fœtale existait en outre un caillot sanguin de couleur noire, ayant les dimensions d'un demi-œuf de poule.

Les suites de couches ont été excellentes : la température n'a pas dépassé 37°2 ; la montée de lait a eu lieu 20 heures après l'accouchement, c'est-à-dire 50 heures environ après la mort de

l'enfant *in utero*. A ce moment aussi la malade a commencé à émettre un peu d'urine.

Le traitement dirigé contre la néphrite pendant la grossesse a été continué après l'accouchement : le régime lacté en a constitué le fond. On y a joint l'administration du lactate de strontium à la dose de 3 gram. par jour, l'usage de purgatif [eau de vie allemande], l'application à plusieurs reprises de ventouses sèches sur la région lombaire, les frictions sèches sur tout le corps. Et bien ! malgré le traitement rigoureusement suivi par la malade, l'albumine persiste encore dans les urines. Les examens pratiqués régulièrement tous les huit jours après l'accouchement nous ont fourni les résultats suivants :

1er examen, albumine indosable par l'Esbach ; 2e examen, albumine, 7 gr. ; 3e examen, albumine, 2 gr. ; 4e examen, albumine, 3 gr. ; 5e examen, albumine, 1 gr. ; 6e examen, albumine, 1 gr. ; 7e examen, albumine, 1 gr.

En résumé, voilà une jeune femme, chez laquelle on découvre, au cours du huitième mois d'une première grossesse, une albuminurie intense. Cette dernière résiste aux moyens dirigés contre elle et, en particulier, à un régime lacté sévère. Loin de diminuer, on la voit même augmenter jusqu'après l'accouchement survenu avant terme. Celui-ci a été précédé de la mort de l'enfant, tué par cette albuminurie, laquelle, quoique diminuée, persiste encore, indiquant, par sa tenacité, combien profondément, le rein a été frappé.

Cherchant à tirer de ce fait les enseignements thérapeutiques qu'il peut fournir, M. Puech dit que cette observation peut servir à ceux qui, ne considérant l'albuminurie que dans ses rapports avec l'éclampsie, repoussent la provocation de l'accouchement dans l'albuminurie gravidique : les grands accidents de l'éclampsie ont été évités ; et ce — sans doute — grâce au régime lacté. MM. Tarnier et Budin déclarent, en effet, qu'ils n'ont pas encore vu une albuminurie soumise pendant huit jours au régime lacté devenir éclamptique.

Mais, ainsi que le rappelait M. Puech au début de sa communication, l'éclampsie pour la mère n'est pas seule à préoccuper l'accoucheur, à qui l'examen des urines a révélé la présence de l'albumine : il doit aussi songer à l'avenir rénal de sa malade ; il doit penser au sort de l'enfant menacé dans son existence par la production des hémorragies placentaires. Or l'un deviendra d'autant plus sombre, l'autre sera d'autant plus compromis que l'albuminurie durera plus longtemps. Lors donc que les agents médicaux dirigés contre l'albuminurie, et qui donnent d'excellents résultats en dehors de la grossesse, auront échoué, la terminaison de la grossesse, à laquelle est due la persistance de cette albuminurie, s'offre comme un moyen parfaitement légitime. On sera d'autant plus conduit à adopter cette manière de faire que

la grossesse, au moment où la question de l'accouchement prématuré se posera, sera arrivée à une époque où la viabilité de l'enfant est assurée. En attendant le terme, on court le risque de voir l'albuminurie accouplir son œuvre néfaste et tuer le fœtus *in utero*.

L'observation qui précède montre combien ces craintes sont fondées et en ce qui concerne l'enfant et en ce qui concerne la mère. Elle vient aussi à l'appui de l'opinion de ceux qui pensent que dans certaines circonstances il est parfaitement légitime d'interrompre le cours de la grossesse. Que serait-il advenu de ce rein déjà si profondément altéré, si la grossesse avait encore parcouru le long mois qui restait avant d'avoir atteint le terme normal? Si les événements ne s'étaient pas aussi rapidement précipités, si la mort de l'enfant n'était pas survenue aussi vite, n'aurait-il pas mieux valu, l'insuccès de la thérapeutique étant démontré, avancer le moment de l'accouchement, plutôt qu'attendre patiemment en exposant la vie du fœtus aux dangers qui la menaçaient?

Instruit par ce fait, M. Puech, en terminant, se déclare partisan de l'accouchement prématuré dans certains cas d'albuminurie gravidique, les cas où, ainsi que le dit M. Pinard, une albuminurie grave existant, le régime lacté absolu continué pendant huit jours au moins n'a donné aucun résultat, — l'albuminurie ne diminuant pas ou même continuant à faire des progrès. — *Nov. Montpel. médic.*

Un procédé de mensuration externe permettant de reconnaître la viciation du bassin chez la femme.—M. le docteur P. REYNAUD (de Marseille) a pu se convaincre de l'existence, chez les femmes à bassin normal, d'une relation constante et mathématique entre la distance qui sépare les deux épines iliaques antérieures et supérieures et celle qui sépare une de ces épines de la pointe inférieure de la rotule (pointe anatomique) correspondante.

Ainsi la distance interépineuse, mesurée au compas d'épaisseur, serait exactement égale à la moitié de la ligne allant d'une épine iliaque antérieure et supérieure à la pointe inférieure de la rotule du même côté, ligne qu'on mesure à l'aide d'un simple ruban métrique.

Chez les femmes à bassin vicié il y aurait toujours, d'après les observations de notre confrère, disproportion entre ces deux mesures. Plus cette disproportion est grande, plus le bassin est anormal.

Dans certains bassins rachitiques, la ligne interépineuse atteindrait souvent les deux tiers de la distance qui existe entre l'épine iliaque et l'extrémité de la rotule; parfois même elle égale cette distance.

La mensuration du diamètre promonto-sous-pubien confirmerait

pleinement les relations mathématiques trouvées par M. Reynaud.

Chez une femme adulte, à bas-in normal, la moyenne des distances dont il s'agit serait de 23 centimètres pour la ligne interépineuse et de 46 centimètres pour la ligne épino-rotulienne.

Chez les très jeunes filles, le rapport indiqué par M. Reynaud n'existerait pas encore, par suite du défaut du développement du bassin.

Chez l'homme, la distance interépineuse serait de 24 centimètres et la distance épino-rotulienne mesurerait 56 centimètres.

M. Reynaud estime que par la mensuration et la comparaison des distances interépineuse et épino-rotulienne, on peut se rendre très bien compte de l'état du bassin chez la femme adulte.—*Revue des maladies des femmes.*

L'accouchement forcé, par S. MARX.—L'auteur divise l'opération en deux périodes : l'une préparatoire, l'autre opératoire. La première peut être négligée dans beaucoup de cas, par exemple lorsque le col est dilatable, ou ramolli, non résistant, comme il arrive dans le placenta prævia. C'est surtout dans ce cas spécial que l'opération est indiquée et qu'elle est le plus facile à exécuter.

La malade est placée dans la position obstétricale. Il est inutile d'avoir recours au chloroforme. Après une asepsie complète du vagin et des parties génitales, on introduit un spéculum de Sims et on saisit avec une pince la lèvre antérieure ou postérieure du col. On coupe de la gaze iodoformée en bandelettes larges comme deux doigts et, au moyen d'une pince, on introduit l'extrémité d'une de ces bandelettes dans le canal cervical. On continue jusqu'à ce qu'il y ait dans le canal une certaine quantité de gaze ou jusqu'à ce qu'on éprouve de la résistance de la part de la partie fœtale, qui est en général la tête. Le canal cervical est alors tamponné avec la gaze aussi complètement que possible. On agit de même pour le vagin et on replace la malade dans son lit.

Le tamponnement du canal cervical a une importance majeure. Il a pour but d'abord de décoller mécaniquement les membranes sans les entamer, ensuite de ramollir le col et enfin de provoquer des contractions utérines. En général, au bout de peu de temps, la malade éprouve des douleurs intermittentes qui indiquent que l'utérus se contracte.

Au bout de dix à quinze heures, on retire le tampon et on fait une injection. On trouve alors le col mou et assez dilatable pour admettre aisément l'introduction d'un à deux doigts. La main est alors introduite dans le vagin, un doigt après l'autre, avec beaucoup de douceur, et poussée ouverte jusqu'au col. On ferme alors la main et on la retire doucement. La main fermée agit comme le ballon de Tarnier. Après avoir retiré la main ainsi fermée plusieurs fois, jusqu'à ce qu'on n'éprouve plus de résistance

tout le long du canal vaginal, celui-ci peut être considéré comme assez dilaté pour donner passage à un enfant de volume normal. Comme on a eu soin de respecter les membranes, on peut alors, si besoin est, procéder à la version. (*The N.-York med. Record*, janvier 1894.)

Toutefois, M. Mac-Lean refuse à la méthode le nom d'accouchement forcé, ce n'est qu'un travail provoqué. Il ne reconnaît pas à la gaze iodoformée un avantage sur les ballons caoutchouc. Chez les primipares, le canal vaginal est trop petit pour admettre l'introduction de la main sans lésions de ce canal et, dans ces cas, il vaut mieux recourir aux dilateurs. De plus, un autre accoucheur, M. Edgard, est d'avis que cette opération peut avoir des conséquences graves et qu'il ne faut l'employer qu'en présence de dangers menaçants pour la mère ou l'enfant. — *Journil des Praticiens*.

PÉDIATRIE.

Omphalorrhagie grave chez un enfant de douze jours, arrêtée par la ligature en masse du tubercule ombilical, par le docteur CHARON, chef de Clinique infantile à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles.—Je fus appelé, le 25 mars dernier, rue Malibran, par M. Van Holsbeeck, médecin-adjoint du service, auprès d'un enfant de douze jours, présentant une hémorrhagie de l'ombilic.

Au dire de M. Van Holsbeeck qui avait procédé à l'accouchement, l'enfant était venu au monde fort, bien constitué pesant 3400 grammes; il fut allaité par sa mère et ne présenta rien d'anormal, jusqu'au moment de l'hémorrhagie; le cordon était tombé spontanément le sixième jour.

A l'arrivée de mon confrère, à 9 heures et demie du matin, l'enfant était sur les genoux de la garde-malade qui maintenait une compresse imprégnée de sang, sur la région ombilicale. Le petit sujet était exsangue, d'une pâleur cireuse, présentait un poulx filiforme; l'hémorrhagie avait été constatée à 7 heures du matin et ne cessait plus depuis deux heures. On voyait sourdre le sang de la dépression ombilicale dans le fond de laquelle il n'était pas possible de découvrir un vaisseau qui aurait pu être saisi et lié; on était en présence d'une hémorrhagie en nappe, d'origine capillaire. M. Van Holsbeeck débuta par faire la compression à l'aide d'un tampon d'ouate maintenu par un bandage circulaire; puis, au bout d'une demi heure, le sang ayant traversé l'appareil, il appliqua sur l'ombilic, un bourdonnet imbibé de perchlorure de fer; ce moyen n'arrêta guère l'écoulement sanguin que pendant une dizaine de minutes. L'état de l'enfant s'aggra-

rait, ses cris devenaient plus rares et plus faibles, ses muqueuses se décoloraient. M. Van Holsbeeck me fit appeler et, en attendant ma venue, il fit la compression de la peau, entourant l'ombilic, à l'aide du pouce et de l'index de chaque main.

Cette manœuvre prolongée avait été plus efficace que les moyens précédents et quand j'arrivai vers 11 heures, le sang ne coulait plus. Nous appliquons sur l'ombilic une compresse imbibée de baume du commandeur, fixée par un bandage compressif et nous recommandons à la garde couches d'exercer une surveillance incessante sur le petit patient.

A trois heures de l'après-midi, l'hémorragie recommença avec autant d'abondance qu'avant; il fallait prendre une détermination énergique, sous peine de voir succomber l'enfant complètement exsangue. De concert avec M. Van Holsbeeck, j'eus recours à la suture entortillée; au travers de la base de l'ombilic soulevé le plus qu'il était possible, j'enfonçai deux épingle en croix, je jetai au-dessous de celles-ci plusieurs tours d'un fil de soie phéniqué no 2 et je serrai assez fortement la ligature. Nous procédâmes à l'application d'un pansement antiseptique de gaze et d'ouate au sublimé.

Par suite de l'excessive perte de sang qu'il avait subie, l'enfant était dans un état voisin de la syncope; il n'avait plus la force de pousser le moindre cri pendant la durée de notre intervention, il était trop faible pour prendre le sein; on fut dans l'obligation jusqu'au lendemain, de traire la mère pour le nourrir à la cuillère.

Le 26 mars, renouvellement du pansement; les tissus comprimés au-dessus de la ligature, ont un aspect bleuâtre et fournissent un peu de sérosité sanguinolente. L'enfant est très faible, très amaigri; nous observons une petite tache ecchymotique du côté gauche de la voûte palatine; une autre tache de même nature, au niveau du mamelon droit; une troisième tache, sur le côté et en arrière de l'oreille droite; elles ont la grandeur et la forme d'une pièce de cinquante centimes et rappellent les stigmates du purpura; elles disparurent promptement par la suite, à mesure que l'enfant reprit des forces et de l'embonpoint. Nous décidâmes les parents à renoncer à l'allaitement maternel et nous eûmes la chance de nous procurer promptement une nourrice, jeune, forte, au lait abondant.

La nuit fut tranquille; l'enfant prit le sein de sa nourrice à plusieurs reprises et eut deux selles mélangées de quelques filets de sang.

Le 28 mars, le pansement est souillé par une légère quantité de sérosité sanguinolente dont l'odeur rappelle celle de la gangrène; les couches superficielles de l'ombilic menacent de se sphacéler; on retire les épingle; les fils sont respectés et encadrent la cicatrice ombilicale qui est saillante, bleuâtre, offrant,

à sa superficie, quelques vésicules remplies d'une sérosité brunnâtre.

Dans la nuit du 28 au 29, M. Van Holsbeeck est appelé par les parents du malade; le sang a traversé le pansement; mon collègue enlève l'appareil; les fils constricteurs de l'ombilic se sont détachés et un léger suintement sanguinolent se produit autour de la plaie circulaire produite par les fils.—Renouvellement du pansement au sublimé.

Le 29 au matin, nous constatons que le pansement est traversé par le sang; nous croyons prudent de toucher quelques points de la plaie circulaire avec le Paquelin, posé au rouge-sombre. A partir de ce moment, l'hémorragie a été définitivement arrêtée.

Le 29, au soir, élimination d'une partie de la surface épidermique de l'ombilic; légère odeur gangréneuse de la plaie. Le ventre de l'enfant est ballonné; les veines abdominales sont très saillantes; le pouls est misérable, à peine sensible; les yeux sont cernés. Nos inquiétudes étaient vives; nous appréhendions la péritonite, d'autant plus que, dans l'après-midi, l'enfant avait eu un vomissement un peu jaunâtre, après une de ses tétées.—Potion de Rivière par deux cuillerées à café, d'heure en heure; lavement de glycérine.

Le 30 mars.—Les phénomènes péritonéaux s'amendent dans le courant de cette journée, mais un autre danger vient dès lors, nous menacer; l'enfant est pris, à intervalles irréguliers, de mouvements convulsifs des membres du côté gauche, caractérisés par des mouvements alternatifs de flexion et d'extension de ces membres; mouvements peu étendus mais très rapides, durant environ une à deux minutes et se renouvelant quatre fois dans la journée.

Ces convulsions latérales des membres se reproduisirent pendant quatre jours consécutifs; peut-être ont-elles cessé spontanément; peut-être les lavements de bromure et de chloroforme, que nous avons dirigés contre ces désordres nerveux, ont-ils eu une certaine action pour les calmer, mais j'en doute. Nous renouvelions, matin et soir, avec le soin le plus minutieux, les pansements antiseptiques de l'ombilic, et nous profitions du moment où les bandes étaient enlevées pour pratiquer des frictions éthérées sur la colonne vertébrale du nourrisson, en vue également d'agir contre les accès convulsifs; mais je le répète, je crois qu'ils ont cédé plutôt spontanément, à mesure que sous l'influence d'une bonne alimentation par le lait d'une excellente nourrice, l'enfant reprenait des forces et de l'embonpoint.

A partir du 4 avril, les convulsions ont complètement cessé; la plaie bourgeonna avec rapidité et était complètement cicatrisée le 20, laissant après elle une très légère altération de l'ombilic qui est un peu plus rétréci, un peu plus ratatiné qu'à l'état normal.

L'enfant, en naissant, pesant 3,400 grammes; pendant sa crise hémorragique, il était descendu rapidement au poids de 3,180 grammes; le 18 avril, jour où nous l'estimions guéri de tous ses accidents, il pesait 3,600 grammes. Ce qui prouve à l'évidence que c'est la nutrition principalement qui a fait les principaux frais de la guérison de tous ces désordres graves qu'il avait présentés.

Réflexions.—Dans le cas présent, nous sommes frappé de l'époque tardive à laquelle est survenue l'omphalorrhagie; ordinairement c'est le septième jour que l'on signale cet accident; du cinquième au dixième jour, d'après d'Espine et Picot.; dans notre cas, l'hémorragie apparaît le douzième jour après la naissance, alors que l'on est en droit de croire la cicatrice ombilicale trop organisée pour permettre encore l'issue du sang.

La cause la plus fréquente de l'hémorragie ombilicale est due à des troubles hépatiques; elle est alors précédée ou accompagnée d'ictère; ces troubles hépatiques sont parfois de nature syphilitique. Ce n'est pas à un désordre du côté du foie que peut être rapportée l'omphalorrhagie dans notre observation, le petit sujet n'ayant pas présenté d'ictère après sa naissance.

Grandidior a réuni 220 cas d'omphalorrhagie dont 84 avec ictère des nouveau-nés; 61 avec signes de dissolution du sang, pétéchies, etc. La seule cause que nous puissions invoquer dans notre fait, c'est une dissolution du sang probablement d'origine microbienne, une infection par des microcoques ou par des bactéries dont le développement aura été favorisé par un état de mauvaise nutrition de l'enfant. Les taches ecchymotiques observées au moment des accidents et rappelant les stigmates du purpura nous portent à invoquer une infection préalable du sang comme ayant déterminé l'hémorragie, alors que l'organisme était préparé à la réception du microbe, par suite d'une alimentation insuffisante. Nous avons appris que l'enfant avait, après sa naissance, une tendance à dormir continuellement; ce phénomène est observé chez les nouveau-nés faibles, anémiques, insuffisamment nourris. La mère encore jeune, très inexpérimentée, n'osait pas réveiller son nourrisson pour lui donner le sein et le laissait parfois dormir pendant six heures consécutives; aussi, dans notre traitement, ce qui a contribué principalement à la guérison du petit malade, c'est le fait de lui avoir procuré promptement le lait abondant d'une forte nourrice. Nous le faisons promener des heures entières au grand air et heureusement, du 25 mars au 4 avril, il fit du soleil et la température fut exceptionnellement chaude.

Comment interpréter ces convulsions unilatérales, intermittentes, non accompagnées d'autres phénomènes cérébraux qui ont duré du 30 mars au 4 avril? Devons-nous les rapporter à des petits épanchements sanguins, rappelant les taches ecchymotiques observées sur les téguments et siégeant au niveau de la

couche corticale du côté droit? Étions-nous en présence de convulsions réflexes semblable à celles que l'on a observées chez de jeunes sujets qui avaient subi un traumatisme demeuré inaperçu? On cite toujours, à ce propos, ce cas d'un enfant qui fut pris de convulsions, parce que la garde couches avait, par inadvertance, en l'embaillottant, traversé ses tissus avec une des épingles qui serraient ses langes. Nous ne sommes pas à même de fournir avec certitude une interprétation pathogénique des convulsions unilatérales qu'a présentées notre malade, après l'arrêt de son hé-morrhagie ombilicale.

Nous avons dû recourir à la ligature en masse à l'aide des épingles en croix pour tarir l'écoulement sanguin; ce moyen a été proposé naguère par l'accoucheur Paul Dubois; il nous a semblé avoir un effet radical dans le cas présent, car la seconde hémorrhagie, lors de la chute des fils, contre laquelle nous avons dirigé quelques légers coups de thermo-cautère, était loin de présenter les attitudes menaçantes de la première. Nous sommes étonnés de voir répudier ce moyen des épingles, dans le *Traité de chirurgie infantile d'Owen*, traduit et augmenté par O. Laurent, nous lisons page 372 de ce traité: "On commencera par la compression et l'application de poudres astringentes et le repos absolu. On administrera de petites doses de fer ou d'ergot, ou le styptique de *Ruspini*, mais on n'adoptera pas de traitement opératoire (suture, bistouri, thermo-cautère); celui-ci peut réussir, mais il peut aussi rester inefficace et même aggraver la situation."

Malheureusement ces auteurs oublient de nous dire le moyen extrême auquel ils auraient recours dans le cas où les astringents, la compression et le styptique de *Ruspini* demeureraient impuissants pour arrêter l'hémorrhagie. Je crois que la suture en masse sera toujours l'ultima ratio du traitement, dans un cas grave d'omphalorrhagie; elle est du reste conseillée par d'Espine et Picot, par J. Mercier, par Broca, par Baginsky.

Vu l'origine souvent septicémique de l'omphalorrhagie, dont l'extrême gravité chez le nouveau-né n'est contestée par aucun auteur, les accoucheurs devraient toujours recourir au pansement antiseptique du cordon ombilical et ne pas juger indigne d'eux d'y procéder eux mêmes et cela jusqu'à la chute spontanée de cet organe, et s'il est vrai que la première intention d'une plaie fournit la cicatrice la plus résistante, ils préviendraient en même temps, par une antiseptie minutieuse dans le pansement du cordon, la hernie ombilicale si fréquente chez les sujets de la première enfance.—*La Clinique.*

J'ai supporté la mort de ma jeunesse, je supporterai la mort de ma vieillesse. Il n'y a d'insupportable que la mort de l'amitié.

Une suite éloignée de la pleurésie de l'enfance, par le Dr G. VARIOT. Médecin des Hôpitaux. — Je viens d'observer dans mon service de l'hôpital Hérold une jeune femme de 28 ans atteinte d'une pleurésie droite, avec épanchement séreux très modéré. La matité ne dépassait pas l'angle inférieur de l'omoplate en arrière et la quatrième côte en avant ; cependant la gêne respiratoire était considérable, la dyspnée était presque angoissante et je dus pratiquer, au bout de peu de jours, la thoracentèse pour soulager la malade.

L'intensité extraordinaire des troubles fonctionnels dans le cours de cet épanchement pleural droit, était due à une étroitesse et une rétraction du côté gauche du thorax, avec immobilité des côtes et atrophie musculaire. — La difformité thoracique remontait à l'âge de huit ans et était consécutive à une pleurésie gauche qui avait évolué dans l'enfance et s'était terminée par une symphyse pleurale.

Voici dans le détail l'histoire clinique de cette femme.

Elle est amenée en voiture, le 15 mai 1894, à l'hôpital Hérold. La respiration est tout à fait anhéante ; la malade peut à peine se tenir debout.

Quelques jours auparavant elle a été prise d'un point de côté à droite, elle est incapable de se déshabiller, de marcher, l'oppression est telle qu'elle ne peut monter et descendre quelques marches d'escalier sans être soutenue.

Pendant la nuit elle est obligée de se tenir assise dans son lit ; dès qu'elle s'étend sur le dos elle étouffe. Cependant elle peut se reposer un peu *en se couchant indifféremment sur le côté gauche ou le côté droit*. L'interne de garde, à la contre-visite, constatant une dyspnée si marquée coïncidant avec un épanchement pleural droit, songe à pratiquer la thoracentèse d'urgence ; mais vu le peu d'abondance de l'épanchement il se contente de faire appliquer trente ventouses sèches sur la poitrine.

Le lendemain matin en découvrant la malade je remarquai tout de suite que le côté gauche du thorax était plus étroit que le côté droit.

Le creux sous-claviculaire est très déprimé et en prenant entre les deux mains comparativement les deux côtés du thorax, on sent une grande diminution de volume à gauche, et, dans les mouvements respiratoires, il n'y a pas d'expansion de ce côté ; les espaces interco-taux sont resserrés et les muscles pectoraux sont notablement atrophiés.

En pratiquant la mensuration successive des régions symétriques du thorax avec un ruban métrique, suivant une ligne rasant le creux de l'aisselle, on trouve un périmètre égal à 33 centimètres à gauche, à droite un périmètre de 42 centimètres.

La même mensuration au-dessous des seins donne à gauche 31 cent. 1/2, à droite 40 centimètres.

Lorsqu'on fait tenir la malade debout et qu'on la regarde en

avant, la paroi thoracique semble affaissée à gauche et le diamètre transverse des côtes, à partir du sternum, est manifestement moins grand qu'à droite— En arrière le diamètre transverse gauche est aussi très réduit relativement au diamètre transverse droit; de plus l'épaule gauche est abaissée de plusieurs centimètres, le muscle trapèze correspondant semble atrophié et la colonne vertébrale offre deux courbures, l'une dans la région cervicale, l'autre plus prononcée dans la région lombo-dorsale à convexité tournée à gauche.

Il est facile de voir que la mécanique respiratoire est profondément troublée, si la malade est étendue horizontalement. Le côté droit du thorax se soulève seul, les côtes s'écartent de la ligne médiane, tandis que le côté gauche est à peu près immobile. Bien plus le soulèvement de l'abdomen dans les mouvements d'inspiration est asymétrique; les viscères abdominaux sont refoulés plus fortement à droite qu'à gauche par les contractions inspiratoires du diaphragme.

La percussion donne les résultats suivants: A droite sonorité assez pleine en avant jusqu'à la quatrième côte; puis matité se continuant avec la matité hépatique qui déborde les côtes de trois travers de doigts.

A gauche, au-dessous de la clavicule et jusque dans la région précordiale, le son donné par la percussion est d'une tonalité élevée, avec une diminution sensible de l'élasticité sous le doigt qui percuté.

En arrière et à droite la sonorité est conservée jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate; matité compacte dans toute la zone sous-jacente. En arrière et à gauche la sonorité dans les fosses sus et sous-épineuse est moins forte qu'à droite; dans la région inférieure, submatité avec perte de l'élasticité.

Par l'auscultation on constate en avant et à droite que le murmure vésiculaire est à peu près normal dans la zone sonore. Au-dessous silence complet. En avant et à gauche respiration plus faible, timbre un peu élevé, comme humé, pas de bruits anormaux surajoutés ni d'un côté ni de l'autre.

En arrière et à droite le murmure vésiculaire est conservé dans les fosses sus et sous-épineuse; au-dessous, le bruit respiratoire manque dans les inspirations ordinaires; si l'on fait tousser la malade on entend pendant l'inspiration qui suit une ébauche de souffle lointain à deux travers de doigt au dessous de l'omoplate. Dans ce point la voix a un léger retentissement égophonique.

En arrière et à gauche le murmure vésiculaire non mêlé de râles est faible dans les fosses sus et sous-épineuse; à la base il devient tout à fait obscur et on entend quelques bruits ayant le timbre de frottements superficiels.

L'exploration des vibrations thoraciques est impossible à cause de la faiblesse de la voix.

Les battements du cœur sont normaux et bien frappés.

L'état général de la malade est un peu plus satisfaisant qu'à son entrée ; bien qu'elle ait encore quarante respirations par minute, la dyspnée a diminué un peu. La température est de 39°, le pouls vif à 110. La langue est saburrale ; le lait est mal supporté ; selles diarrhéiques répétées.

Je fais appliquer à droite un grand vésicatoire volant et je prescris une potion avec 6 grm. de teinture de scille.

Le surlendemain l'oppression étant toujours très pénible, surtout pendant la nuit, je me décide à faire pratiquer la thoracentèse et à évacuer un litre 1/2 d'un liquide limpide, jaune avec un léger reflet verdâtre. L'évacuation du liquide a été assez lente et cependant la malade s'est plaint pendant l'opération d'une sensation de constriction à la gorge.

Le liquide pleural s'est coagulé rapidement ; examiné au microscope il présentait des globules blancs et des globules rouges peu nombreux, en nombre à peu près égal.

Dès le soir et le lendemain surtout, au moment de la visite, la malade accusa un grand soulagement, une sensation de bien être, et elle dit que sa respiration est plus libre. Elle a pu dormir étendue sur le dos et sur les côtés, alors que les jours précédents elle restait plutôt assise dans son lit.

J'ai recherché, par un interrogatoire soigneux à quelle époque s'était produite la rétraction thoracique gauche à laquelle il faut imputer les modifications symptomatiques de la pleurésie récente du côté droit.

La malade se souvient parfaitement qu'à l'âge de 8 ans, elle a été couchée pendant trois mois à cause d'une maladie de poitrine ; on lui aurait appliqué 34 vésicatoires, et le médecin avait parlé d'une opération qu'il serait peut-être nécessaire de pratiquer à l'Enfant Jésus.

J'ai vainement essayé de savoir s'il y avait eu ou non une vomique : la peau du thorax ne porte pas de traces cicatricielles indiquant l'ouverture spontanée d'un empyème.

Depuis cette époque le côté gauche est toujours resté plus étroit et plus faible que le droit.

À l'âge de 21 ans elle est entrée à la Pitié et les médecins mesurèrent sa poitrine qui était déjà déformée comme elle l'est actuellement et déclarèrent qu'elle avait une pleurésie sèche.

En résumé cette femme est donc affecté actuellement d'une double lésion pleurale : l'une ancienne, datant de l'enfance, probablement consécutive à un empyème, terminée par symphyse, l'autre récente, aiguë, s'accompagnant d'un épanchement peu abondant.

La gravité de la pleurésie récente, au moins en temps qu'accident immédiat, ne résidait pas dans la quantité d'épanchement exsudé, mais était subordonnée à la rétraction et à l'immobilisation du thorax du côté opposé.

Habituellement, lorsqu'un épanchement est unilatéral, l'expansion thoracique du côté opposé supplée dans une certaine mesure au rétrécissement du champ respiratoire dans le poumon comprimé. Il ne pouvait pas en être ainsi chez cette femme puisque le poumon gauche est encapsulé dans une épaisse coque symphysaire et que de plus la cage thoracique semble en quelque sorte ankylosée de ce côté. Laënnec, qui a le premier décrit la rétraction thoracique consécutive à la pleurésie chronique (*Traité de l'auscultation médiate*, édition de la faculté de médecine page 570) signale un cas très analogue à celui que je viens de rapporter.

Il s'agissait d'un tuberculeux présentant un rétrécissement de la poitrine à gauche et qui fut atteint de pleurésie droite consécutive. « La respiration devint dès lors très gênée. » On commença à entendre le retour de la respiration à la partie inférieure du poumon gauche où elle n'était pas perceptible auparavant.

Chez notre malade, nous ne connaissons pas l'état de la respiration dans le poumon gauche avant son entrée et nous ignorons dans quelle mesure le parenchyme pulmonaire a pu devenir plus perméable. La résorption de l'épanchement à droite nous permettra de suivre les modifications du murmure vésiculaire qui apparaîtront dans le poumon gauche.

Cette femme dont les deux plèvres sont lésées, est-elle tuberculeuse? Rien dans les signes fournis par l'auscultation ni dans les antécédents ne permet de l'affirmer.—*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles.*

Traitement de la typhlite et de la pérityphlite infantiles.
Traitement de Bouchard modifié pour l'enfant par LeGendre.
 —1° Calmer la douleur: application d'une couche épaisse de pommade.

R Onguent mercuriel double..... 30 grm.
 Extrait de belladone..... 4
 Extrait d'opium..... 1
 F. S. A.

Recouverte d'un cataplasme très chaud.

Donner aux enfants déjà grands un peu d'opium à l'intérieur.

2° Irrigations antiseptiques, faites très lentement, deux fois par jour, avec une quantité d'eau à 38° variable selon l'âge:

R Borate de soude..... 2 grm.
 Eau..... 1 lit.

M.—Dans laquelle on ajoutera une ou deux cuillerées à café du mélange:

R Teinture de benjoin..... }
 Alcool camphré..... } àâ 30 grm.

M.—

3° Repos absolu.

4° User peu des purgatifs et seulement des plus doux (magnésie dans de l'eau sucrée).

5 Régime alimentaire: lait d'abord coupé d'eau alcaline et en petite quantité à la fois, plus tard additionné de jaunes d'œufs. Antisepsie par la voie gastrique.

D'Espine et Picot.—Purgatifs légers, bains tièdes, cataplasmes sur l'abdomen.

Lavements assez abondants pour arriver au cœcum.

1^{re} enfance.—Un litre par lavement.

2^e enfance.—Deux litres par lavement.

Rilliet et Barthez.—Purgatifs légers au début.

Sangsues (10 à 20) *loco dolenti*.

Oncions mercurielles belladonnées.

Si un abcès vient sourdre sous la peau, l'ouvrir de suite.—*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*.

La fièvre éphémère des enfants. par le Dr G. VARIOT, médecin des hôpitaux.—La clinique infantile si souvent obscurcie par le jeune âge des malades, le défaut de renseignements fournis par les patients, l'insuffisance des commémoratifs, etc., est encore compliquée par une susceptibilité toute spéciale qu'ont les enfants de présenter des mouvements fébriles assez vifs, qui se dissipent d'ailleurs aussi vite qu'ils apparaissent. C'est ce qu'on appelle la *fièvre éphémère des enfants*.

Le début de cette fièvre est ordinairement tout à fait soudain. La peau devient chaude surtout aux mains et à la tête, les couleurs du visage s'animent, le pouls devient vif et la respiration s'accélère.

L'enfant, tout à l'heure plein d'entrain et de gaieté, s'attriste, est grognon, perd ses forces, réclame son lit. S'il s'agit d'un nourrisson, il crie sans motifs pendant quelque temps, puis il s'assoupit et refuse le sein.

Le médecin appelé trouve l'enfant somnolent, abattu; le pouls est à 130 et 140. S'il place le thermomètre il constate une température qui varie entre 38.5 et 40°.

La famille est alarmée; on craint le début d'une affection grave. Dès le lendemain ou le surlendemain la température, après avoir présente des oscillations s'abaisse, l'enfant a de l'appétit, demande à quitter son lit. C'est un orage fébrile qui a passé sans détermination organique appréciable.

On discute et on discutera peut être longtemps encore sur la cause de ces fièvres éphémères.

Comme les gens du monde se contentent d'explications faciles, ils attribuent ces accès de fièvre à la dentition, quand ils surviennent à cette époque un peu difficile pour l'enfance.

Plus tard, on n'hésite pas à rattacher cette fièvre à la croissance; les enfants grandissent; ce phénomène capital frappe tous les

yeux ; une fièvre sans raison apparente ne peut être qu'une fièvre de croissance.— Enfin, lorsque les enfants rendent des vers, des lombrics, fait fréquent d'ailleurs, on suppose que la fièvre est causée par ces parasites ; c'est la fièvre vermineuse si communément admise dans la classe populaire.

Les médecins aussi s'efforcent d'expliquer les accès de fièvre éphémère chez les enfants en utilisant les notions scientifiques acquises sur le mécanisme et l'origine des élévations thermiques, quand ils ne trouvent pas de lésions matérielles appréciables.

Nous avons publié *in extenso*, dans un précédent numéro de notre journal, une communication très remarquable du Dr G. Still, sur la pyrexie fonctionnelle chez les enfants. " Il est prouvé par des expériences, dit cet auteur, que les lésions organiques de l'écorce cérébrale ont un effet très marqué sur la température du corps ; de là on a conclu que l'écorce exerce une fonction thermotaxique quelconque par laquelle elle règle les centres thermolytiques et thermogéniques dans la moelle et le corps strié.— Il n'a pas été possible de localiser une telle fonction à une zone particulière, les lésions produisant le désordre thermique étant limitées à l'écorce, mais non à une zone spéciale de l'écorce."

Partant de cette donnée, le docteur Still considère comme très vraisemblable que, de même qu'il existe des troubles moteurs d'origine corticale chez les enfants, de même aussi on peut observer des troubles de calorification dus à une excitation des centres caloriques. Ces pyrexies fonctionnelles d'origine nerveuse, très courtes en général, se rencontreraient chez les enfants, surtout à l'époque de la dentition, ou plus tard chez d'autres enfants qui présentent une excitabilité un peu marquée du système nerveux.

Ces mouvements fébriles se rapprocheraient de ceux qu'on a notés dans l'hystérie, dans la chorée (Gowers), dans l'épilepsie, dans les convulsions essentielles de l'enfance, etc.

Cette théorie systématique du médecin anglais, exposée d'une manière rigoureuse, est assez séduisante au premier abord. Mais il me semble qu'on peut en opposer une autre qui ne manque pas non plus de vraisemblance et qui est d'accord avec les recherches nouvelles faites d'abord sur les alcaloïdes d'origine organique par A. Gautier et par M. Bouchard sur les poisons d'origine intestinale produits par des fermentations microbiennes.

Mon éminent maître A. Gautier a prouvé que les modifications normales des substances albuminoïdes de l'organisme, sous l'influence du travail physiologique de désassimilation, pouvaient donner naissance à des substances toxiques auxquelles il a donné le nom de *leucomaines*. Ces substances non éliminées accumulées dans les humeurs et les tissus, peuvent produire des effets pyrétogènes. Telle, par exemple, la fièvre de fatigue si fréquente chez les jeunes soldats après les marches. Le fonctionnement excessif des muscles, le défaut d'entraînement met en liberté des leuco-

maînes qui sont capables d'élever la température générale du corps.

Mais la source la plus abondante de toutes ces toxines pyrétogènes est assurément le tube digestif, suivant la théorie de M. Bouchard sur les fermentations gastro-intestinales.

La cavité intestinale est peuplée d'une foule de germes microbiens qui se multiplient dans des conditions encore indéterminées et la vie de ces germes donne naissance à des ptomaines toxiques, dont la résorption peut élever ou abaisser la température suivant les circonstances et peut-être suivant leur nature.

En France, le premier travail d'une rigueur absolument scientifique sur ce sujet est dû à M. Roussy. Ce savant a étudié et isolé les toxines solubles formées dans les cultures d'un gros champignon microscopique, la levure de bière.—En collaboration avec M. Friedel, il a séparé parmi ces toxines des substances cristallisables diverses chimiquement pures et il a expérimenté leurs effets sur les animaux. Dans ces corps cristallisables, M. Roussy a uécédé la *pyretogénine* qui, injectée sous la peau des animaux, élève constamment leur température.

Les recherches de M. Roussy n'ont pas été appréciées comme elles le méritaient, car elles marquaient une étape dans l'étude physiologique des toxines d'origine microbienne.

Koch a publié son travail sur la tuberculine, substance hyperthermisante aussi, postérieurement à M. Roussy. Les toxines de la diphtérie ont été isolées plus tard par M. Roux, de même les toxines du bacille pyocyanique, par M. Charrin.

En somme, il est établi que les produits de la vie de certains microbes, les toxines sont des substances pyrétogènes.

Pourquoi ne pas faire une part aussi aux toxines, d'origine intestinale le plus souvent dans la pathogénie des fièvres éphémères? Les enfants sont plus sujets que les adultes aux troubles des fonctions intestinales.

À l'hôpital des Enfants, lorsque j'étais chef de clinique, je voyais le lendemain des visites des parents la courbe d'un certain nombre d'enfants, apyrétiques la veille, s'élever à 38°, 39°, sans cause appréciable. Le soir tout était rentré dans l'ordre.

Le docteur Still n'hésiterait pas sans doute à ranger ces accès fébriles dans les pyrexies fonctionnelles nerveuses, à cause de l'émotion, de la joie suivie aussi du chagrin qu'ont pu avoir les jeunes enfants à la vue de leurs parents. Mais n'oublions pas que les parents n'arrivent à l'hôpital que chargés de friandises, et qu'ils consolent leurs enfants en les gavant de biscuits et de pâtisserie.

Ce changement d'ordinaire, cette surcharge de l'estomac et de l'intestin ne va pas sans modifier la vascularisation des voies digestives et les fermentations qui sont habituelles.

Un enfant qui a une indigestion peut avoir une fièvre.

À dire vrai, nous ne connaissons pas encore d'une manière

absolue la cause ou plutôt les causes multiples des fièvres éphémères chez les enfants. Mais il me paraît très rationnel d'admettre, avec le docteur Still, l'influence du système nerveux central sur la régulation de la température, et d'autre part par les chimistes et les bactériologistes l'action hyperthermisante des toxines intestinales et autres.

J'ai dit en commençant que les fièvres éphémères des enfants étaient alarmantes pour les mères, mais elles laissent aussi le médecin dans la perplexité; il ne peut et ne doit pas rassurer immédiatement la famille.

C'est le thermomètre qui doit être l'unique guide en pareil cas; si la température s'abaisse au bout de 24 ou 48 heures, c'est que l'alarme était vaine.

Rilliet et Barthez établissent le diagnostic différentiel entre la fièvre éphémère et la pneumonie. En effet, la fièvre est toujours un symptôme qui doit attirer l'attention du médecin; il est possible qu'elle soit sans gravité, sans durée, qu'elle soit éphémère, mais il est impossible de l'affirmer de prime abord.

Dès qu'un enfant a une température élevée nettement constatée, il faut examiner la bouche, la gorge, la peau et tous les appareils organiques successivement.

Toutes les phlegmasies viscérales, presque toutes les angines, les fièvres éruptives, etc., débutent par de la fièvre.

Le médecin prudent n'affirmera l'existence de la fièvre éphémère chez un enfant que lorsque le thermomètre sera retombé à 37° et d'une manière fixe.

J'ai vu le plus souvent la fièvre éphémère céder après l'administration d'un léger purgatif. Trente à soixante grammes de citrate de magnésie, suivant l'âge des enfants, ou bien 15 à 25 grammes d'huile de ricin, suffisent à faire un nettoyage des voies digestives.

La méthode la plus simple, en pareil cas, de pratiquer l'antisepsie intestinale, est d'évacuer les produits plus ou moins putrides accumulés dans l'intestin.—*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles.*

Celui qui rend un service doit l'oublier; celui qui le reçoit s'en souvenir.

Voltaire a dit :

Le Travail est toujours le père du plaisir ;
Je plains l'homme accablé du poids de son loisir

Le devoir est notre soleil moral; il éclaire et réjouit tout; mais à l'inverse de l'autre soleil, pour qu'il soit doux et commode, il faut le regarder en face.

PATHOLOGIE MENTALE

Folie puerpérale, par le Dr H. DAGONET (1). — *Formes d'aliénation de cause puerpérale.* — Les formes les plus diverses ont été observées dans la folie puerpérale. On trouve toutefois, par ordre de fréquence, la manie, la mélancolie et les différentes variétés du délire systématisé. La démence qui survient immédiatement à la suite de l'état puerpéral est assez rare.

Esquirol ne l'a observée que huit fois dans quatre-vingt-douze cas. Schmidt, cité par Krafft-Ebing, a trouvé pour la folie puerpérale proprement dite (suite de couches) les proportions suivantes pour les formes d'aliénation mentale :

47,8	p. 100	.....	Manie.
37,9	—	.....	Mélancolie.
5,5	—	.....	Délire systématisé.
5,5	—	.....	Stupidité (démence aiguë).
1,4	—	.....	Folie circulaire.

Suivant Fürster les *hallucinations* sont si fréquentes que, pour le moins, on pourrait les appeler des folies hallucinatoires. Pour les mélancolies, Schmidt fait ressortir qu'à côté des hallucinations et des accès intercurrents d'angoisse, on constate l'état inconscient l'*état de rêve*, la distraction, les perturbations de la mémoire. "Ce qui frappe, dit Krafft-Ebing, c'est le caractère de démence et le trouble profond de la conscience qui sont dûs à l'épuisement."

La manie ne présente pas, à vrai dire, des caractères différents de ceux qu'on observe d'habitude; cependant le désordre des idées est plus intense, l'excitation générale est plus violente qu'on ne l'observe dans la généralité des cas, et elle se complique plus souvent d'*impulsions* irrésistibles, dangereuses, et d'idées érotiques. Les malades se livrent facilement, à l'égard de l'enfant qu'elles viennent de mettre au monde, à des actes d'une redoutable violence qui ont leur raison d'être dans la perversion du sentiment maternel. Les discours qu'elles tiennent sont obscènes, elles cherchent à se découvrir, etc. Lorsqu'il y a rémission des accès, il est assez commun d'observer de la pesanteur de tête, une altération des traits plus ou moins marquée, et une sorte de malaise général.

La mélancolie nous a aussi paru, dans la plupart des cas, offrir

(1) Suite. Voir la livraison d'août.

des caractères plus tranchés que d'habitude. La physionomie revêt une remarquable expression de souffrance; la figure est amaigrie et les traits sont profondément altérés. La perversion des sentiments naturels, et particulièrement du sentiment de la maternité, les impulsions homicides et les tendances au suicide ont été observées dans la mélancolie, comme dans la manie des nouvelles accouchées.

Pronostic.— Dans la majorité des cas, la guérison se fait assez rapidement; il n'est pas rare de voir celle-ci précédée du rétablissement des fonctions physiologiques. Les mélancolies sont plus graves, suivant Kraepelin, et plus longues. Elles sont caractérisées par une tendance à des états de stupeur, des actes impulsifs, meurtre, suicide, etc.

Troisième période de l'état puerpéral : période de lactation. Folie des nourrices.— La folie des nourrices est de moitié moins fréquente que celle des nouvelles accouchées. Mais, comme le fait remarquer Marcé, il s'en faut de beaucoup que toutes les femmes allaitent leurs enfants, et cela diminue d'autant l'importance de cette comparaison. Circonstance remarquable, tous les cas de folie survenus pendant l'allaitement se partagent en deux catégories: les uns se sont produits dans les six ou sept premières semaines de la lactation, les autres après huit mois au moins d'allaitement. Cette circonstance serait importante au point de vue étiologique; car si les faits du premier groupe paraissent se rattacher encore à l'état puerpéral proprement dit, les autres se lient à l'épuisement des forces qui résultent de la lactation prolongée.

Aussi est-ce, dans ce dernier cas, avec les marques de l'anémie et d'une profonde débilitation, que les malades se présentent ordinairement. Schmidt a trouvé les proportions suivantes :

42	p. 100	.....	Manie.
40	—	.....	Mélancolie.
6,7	—	.....	Démence aiguë.
3,4	—	.....	Paralysie générale.

Les psychoses se développent, suivant lui, tardivement, pas avant le troisième mois; le pronostic n'est pas défavorable, plus grave cependant que pour les folies puerpérales proprement dites; leur durée moyenne est de neuf mois. Enfin, d'après Kraepelin, les formes dépressives avec hallucinations de l'ouïe sont plus fréquentes que les formes maniaques et comportent naturellement un pronostic plus grave.

Avortement.— Les folies suite d'avortement, d'après Krafft Ebing, doivent être considérées comme des folies puerpérales; elles se caractérisent par des hallucinations multiples, surtout visuelles; les convulsions sont également assez fréquentes. Le pronostic est favorable, Rippling donne à la durée de ces psychoses par avortement une moyenne de cinq mois.

Eclampsie.— Olshausen a particulièrement étudié les rapports de l'éclampsie avec la psychose puerpérale. Cette dernière se produi-

rait dans le sixième des cas d'éclampsie—trente-et-un cas sur cinq cent quinze d'éclampsie. Il aurait trouvé, parmi ses observations personnelles, sur deux cent cas d'éclampsie, onze cas de folie. Simpson avait déjà fait remarquer le rapport entre l'albuminurie des femmes enceintes et les psychoses.

Les troubles psychiques que l'on peut observer dans les affections aiguës ou chroniques des reins sont, en effet, hors de doute. Suivant Binswanger ils seraient analogues à ceux qu'on observe dans certaines intoxications : saturnisme, morphinisme, alcoolisme chronique. Ces troubles, causés par l'urémie aiguë ou chronique, sont en tout cas fort rares ; ce sont des intoxications provoquées par les produits de la décomposition provenant des échanges nutritifs.

Les psychoses qui arrivent après l'éclampsie se produisent dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, du deuxième au quatrième jour, c'est à dire avant l'époque où d'habitude se montrent les psychoses puerpérales ; elles succèdent ordinairement au réveil qui suit le coma éclamptique et surviennent souvent aussi un jour après l'attaque éclamptique. La folie, suivant Olshausen, a une marche aiguë, non fébrile, présentant un caractère hallucinatoire très prononcé. La marche et la guérison sont très rapides ; c'est pour cette raison que la plupart des cas n'ont pas été observés dans les asiles et qu'ils n'ont pas trouvé place dans les études de psychiatrie.

Résumé.—L'auteur que nous citons divise de la manière suivante les psychoses puerpérales : 1o celles qui dépendent directement d'une affection puerpérale fébrile, ou *psychoses infectieuses* ; 2o celles qu'il désigne sous le nom d'*idiopathiques*, sans affection fébrile et sans lésions organiques ; dans ce groupe rentrent les psychoses de la grossesse et de la lactation et une partie de celles qui surviennent à la suite de couches, pour lesquelles on peut accuser des causes débilitantes, hémorragies abondantes, etc. ; 3o enfin les psychoses par intoxication, suite d'*éclampsie*, et exceptionnellement dans l'urémie sans éclampsie. Ce serait surtout, suivant Westphal, après la pyohémie puerpérale et l'endocardite ulcéreuse qu'on observerait des psychoses aiguës.

Traitement.—On comprend les indications thérapeutiques qui peuvent résulter des considérations que nous venons d'exposer. L'éloignement de toute cause irritante, un régime tonique, des spiritueux ou des moyens calmants, quelques purgatifs doux, quelquefois l'opium uni à l'aloès, le chloral hydraté en lavements, tels sont les moyens principaux qui doivent être employés dans la plupart des cas.

Les lésions trouvées à l'*autopsie* des femmes atteintes de folie puerpérale sont extrêmement variables. Au début de la maladie, il paraît y avoir communément une turgescence vasculaire du cerveau plus ou moins intense, et, dans quelques cas exceptionnels, on a rencontré une exsudation hémorrhagique de nature passive.

SYPHILIGRAPHIE

Des effets du traitement mercuriel intense et précoce sur l'évolution de la syphilis, par le Dr JULIEN, chirurgien de Saint Lazare.—Les syphiligraphes sont peu d'accord sur la question de savoir à quel moment il convient de commencer le traitement général de la syphilis. Les uns se hâtent de donner le mercure dès la constatation du chancre, les autres jugent plus sage d'attendre l'éclosion des accidents secondaires. Tous les congrès spéciaux permettent de constater l'état stationnaire de cette dissidence, qui semblent plutôt basée sur des traditions d'école et des impressions personnelles que sur des arguments et des statistiques scientifiquement élaborées. La question reste donc en litige avec un égal nombre d'autorités imposantes pour appuyer les deux opinions qui se contredisent.

C'est Diday, qui, le premier, tenta de soumettre le problème au contrôle de la clinique.

En 1874, je cherchai moi-même à étudier l'influence du traitement initial sur l'évolution des phases tardives, et l'examen de plusieurs centaines de faits m'induisit à conclure que la mercurialisation hâtive aurait, dans une notable mesure, l'avantage de prévenir la précocité des accidents tertiaires.

En m'y conformant strictement dans la pratique, je ne manquai pas de faire profiter mes malades des avantages de la cure hypodermique. Les faits jetés dans le débat remontaient à une époque déjà ancienne, trop ancienne pour relever de la moderne thérapeutique, et il était intéressant d'en reproduire l'expérience avec les méthodes nouvellement préconisées pour introduire le mercure dans l'organisme. J'ai surtout en vue ici l'injection de calomel. Il me semblait que si l'on avait jadis constaté de bons résultats par la pilule de protoiodure et le sublimé, on devait obtenir bien mieux encore avec un moyen dont nul ne discute l'efficacité incomparable.

Ce raisonnement ne m'avait pas trompé ; dès les premiers cas soumis à ce mode de traitement, je vérifiai d'abord la loi du retard si exactement formulée par Diday, mais au lieu de quelques jours, c'étaient des semaines que les éruptions mettaient à poindre. En second lieu, je ne tardai pas à reconnaître qu'elles n'apparaissaient que modifiées, diminuées et comme étiolées, attestant une fois de plus cette vérité qu'en matière de virus, retarder, c'est atténuer.

Je me propose d'exposer le traitement qu'après maints essais j'ai reconnu le meilleur, mais je suis loin de prétendre qu'il n'y en

ait qu'un seul. Il n'est pas de spécialiste qui n'ait été à même de constater par hasard des cas heureux d'arrêt de la syphilis consécutif à l'emploi de divers remèdes.

Ce moyen c'est l'injection de calomel que nous devons à Scarenzio et que Smirnoff a perfectionnée. J'emploie le sel suspendu dans la vaseline liquide, suivant une formule donnée par Balzer : calomel 1 gramme ; vaseline 10 grammes, pour 10 injections. Il est bien entendu que ces substances doivent être purifiées avec un soin particulier, que le calomel à la vapeur aura été lavé à l'alcool et séché dans l'étuve, la pétro-vaseline distillée, que le mélange sera fait dans un mortier lavé et flambé, et qu'il sera enfermé en un récipient rigoureusement aseptique. Mêmes précautions seront observées au cours de l'injection, seringues et canules bouillies, téguments brossés et lavés au savon, puis au sublimé, puis à l'éther. Cela fait, le mélange est poussé profondément dans les muscles de la fosse iliaque externe, à 4 ou 5 centimètres de la crête, et la petite piqûre fermée au collodion. Je me hâte de dire que dans ces conditions, l'injection de calomel ne fait courir aucun danger d'intoxication, ni même de salivation si l'on s'est assuré au préalable que les reins fonctionnent bien, et que les gencives sont en bon état. On n'a pas davantage à redouter les phlegmons, si l'on s'astreint à faire l'injection au domicile du malade, et s'il consent à garder chez lui un repos relatif pendant un jour ou deux.

Au surplus, s'il survenait, et cela est fort exceptionnel, un gonflement avec production de quelques gouttes de liquide chocolat s'éliminant par un minime pertuis cutané, la complication serait négligeable et l'efficacité du remède n'en serait en rien diminuée.

Cette efficacité a été mise en lumière tant de fois, et dans des occasions si diverses, on a si nettement établi sa rapidité, son intensité, son caractère héroïque par la précision et la clarté des résultats, qu'il me semble inutile d'y revenir. Je ne veux insister que sur un point relatif à la durée de l'imprégnation. Il est certain qu'une petite quantité de sel peut rester en réserve dans les foyers. Pour m'en rendre compte, j'ai fait nombre d'injections à des animaux sur lesquels je m'assurai d'abord de l'innocuité du procédé ; en outre sur un de mes lapins sacrifié dix-huit mois plus tard, je retrouvai très nettement dans le tissu sous-cutané la trace d'une de ces piqûres, et l'analyse chimique me permit d'y reconnaître des traces indéniables de mercure. Cette particularité me semble d'un grand intérêt, et devait constituer une garantie pour le succès des tentatives que j'avais en vue, mais en même temps, elle commandait une grande prudence pour le maniement d'un médicament susceptible de s'accumuler dans l'organisme, et il importait de reconnaître, à des signes prémonitoires, la situation calomélique. Je les énonce ici tels que la clinique me les a révélés : gingivite, sentiment de constriction thoracique, tendance à la syncope. Ces indices éphémères permettent de suspendre en temps opportun le

traitement intense et d'éviter l'intoxication que, pour mon compte, je n'ai jamais observée.

Un syphilome reconnu, et étant donnée que les conditions ne se prêtent pas à l'excision, commencer immédiatement l'administration du calomel est ma règle. Je pique à gauche ou à droite dans la partie propice la plus voisine du mal. S'il siège sur la face ou le sein, je choisis l'une des fosses scapulaires et j'injecte dans les fibres du sus-épineux. Le premier résultat est l'entrave apportée au développement du chancre; constitué, étalé ou creux, il se cicatrise rapidement; à son début, herpétiforme ou miliaire, il y a de grandes chances pour que son volume reste tel, et que d'érosif il ne devienne jamais ulcéreux. Pour qui douterait d'un diagnostic précoce et resterait indécis sur la nature de l'ulcère, cette circonstance ne serait pas faite pour lever toute incertitude, d'autant plus que les suites à prévoir vont différer essentiellement de celles qui marquent l'évolution ordinaire de l'infection spécifique. J'estime cependant qu'un œil et un doigt exercés ne s'y trompent pas, et qu'en s'aidant des commémoratifs, surtout de la confrontation, quand on le peut, on base un jugement qui peut se passer de la confirmation ultérieure.

En renouvelant de quinze en quinze jours ces injections, dans des conditions qui seront précisées plus loin, il y a lieu de penser que le virus subit une atteinte considérable, car les délais habituels de l'incubation seconde, cette date de six semaines, si généralement exacte qu'elle en est presque fatidique, s'écoulent sans manifestations caractéristiques. Vainement l'on multiplie les inspections pour surprendre érythème, roséole ou papule, la syphilis peut être enrayée dès le début et pour toujours; c'est l'idéal du traitement abortif. Ou bien, c'est dans le cours du 2^e, du 3^e ou du 4^e mois, qu'il m'est arrivé de découvrir, d'abord sur la muqueuse buccale et ensuite sur l'enveloppe cutanée, presque toujours dans cet ordre-là, les lésions attribuables à la syphilis. Mais à peine reconnaissables.

Quoi qu'il en soit, les faits auxquels je viens de faire allusion attestent bien là une infection inusitée et légère entre toutes, car les sujets devaient rester ultérieurement préservés, ainsi que j'ai pu m'en assurer en les observant attentivement depuis plusieurs années.

On ne manquera pas de dire, pour interpréter un tel succès, que c'est faveur du hasard, que la syphilis tend de jour en jour à la bénignité, que certains chancres durs semblent exempts des suites infectieuses; mais ce sont là des occurrences d'une grande rareté, et si l'on n'admet pas que je les provoque, leur fréquence dans le champ de mon observation reste inexplicable.

Une question se présente maintenant à l'esprit. Ces malades sont-ils guéris? N'auront-ils plus à compter avec les accidents du décours de la syphilis? On comprend que sur ce point je ne puisse répondre que par induction. Est-il illogique de considérer trois ans

et demi de presque immunité comme un gage de sécurité pour l'avenir ? Je ne le pense pas. Le raisonnement me dit qu'ayant mis en jeu dès la première heure l'action d'un antisypilitique éprouvé, soit qu'il frappe les organismes morbides eux mêmes, soit qu'il modifie dans un sens contraire à leur développement les conditions du milieu humain, j'ai atteint le virus à l'heure des proliférations décisives, et que, plus tard, mes injections réitérées de la même substance ont sans cesse agi sur un produit chaque fois plus affaibli et d'une vitalité graduellement atténuée, probablement atténuée jusqu'à l'extinction. Il se passerait ainsi quelque chose de comparable à ce que les bactériologistes obtiennent *in vitro* quand, dans un but d'inoculation préventive et même curative, ils préparent avec les microbes les plus dangereux des cultures que d'atténuation en atténuation, ils savent rendre inoffensives. Je sais bien que, en pareille matière, et lorsqu'il s'agit d'une maladie dont les trêves et les accalmies trompeuses nous sont connues, il serait illusoire de se confier au raisonnement, et que de l'expérience seule il convient d'attendre la notion des résultats définitifs, et la confirmation de nos espérances. Mais, quand je vois la perturbation du cycle naugère immuable, ces éruptions disparates, ces périodes supprimées ou amoindries, je ne puis m'empêcher de croire qu'ayant les moyens d'agir sur la cause première, de l'affaiblir, sinon de l'anéantir, ses conséquences ultimes sont à notre merci. On m'accordera tout au moins que, au degré auquel l'ont eue certains de mes opérés, la syphilis, et les malades, que ce seul mot terrific, ne sont pas les derniers à faire part de leur étonnement.

Jusqu'à quel moment faut-il continuer le traitement intense, à quelles doses, à quels intervalles doit-il être administré ? Problème difficile, car dans l'hypothèse la plus heureuse, nous manquons de jalons pour guider notre pratique. Pendant les deux premiers mois, je l'ai dit déjà, je donne l'injection de calomel tous les quinze jours ; encore cette prescription ne comporte-t-elle rien d'absolument mathématique. Si chez les sujets de résistance et d'embonpoint ordinaires, 10 centigrammes de calomel sont bien supportés, il paraîtra sage d'abaisser cette note chez les chétifs ou les individus de petite taille et de s'en tenir, pour l'inoculation de quinzaine, à 8, 6 ou 5 centigrammes. Il y aurait ainsi lieu de mesurer la quantité du remède d'après le poids du corps, et je ne pense pas qu'il soit bien difficile d'établir une échelle raisonnée de coefficients à cet égard. De même pour la question du laps qui doit séparer les injections, les deux premiers mois passés, l'heure est venue de diminuer la rigueur du traitement et de laisser un croissant intervalle, vingt jours, puis vingt-cinq, puis trente au fur et à mesure que l'immunité s'affirme. Après le sixième mois, je surveille encore mes malades pour guetter une éventualité éruptive et y parer, s'il y a lieu. Mais alors le calomel ne reconnaît plus les mêmes pressantes indications, et il est sans inconvénients de lui substituer l'huile grise,

le thymolo-acétate, ou telle autre injection soluble, voire même au gré de l'intéressé les préparations qui s'administrent par la voie buccale.

Il se trouve que, nous autres syphiligraphes, nous sommes depuis des siècles en possession du plus puissant spécifique contre le mal que nous avons à combattre. Ne serait-ce pas une véritable aberration que d'en différer l'emploi, alors que ce mal est là, constaté, menaçant, inéluctable ? Je ne sais si les faits que je viens d'exposer réussiraient à porter la conviction dans les esprits, mais je me résumerai en répétant et ce sera la conclusion de ce mémoire, que répudier la thérapeutique effective pendant l'évolution du syphilome, temporiser alors que le virus pullule pour imprégner tout l'organisme, c'est se désigner à une abdication dont les conséquences peuvent peser gravement sur toute la suite d'une infection que nous savons ne pas avoir de fin.—*La France médicale.*

Voulez-vous que l'on croie du bien de vous ? N'en dites pas.

Le bonheur ne consiste pas à posséder beaucoup, mais à se contenter de peu.

Depuis la création du monde, la robe change, la femme ne change pas.

Pour les amoureux, la terre tourne dans le ciel ; pour les autres, elle gravite dans le vide.

Ceux qui font sans cesse allusion au bon vieux temps regrettent surtout celui où ils n'étaient pas vieux.

Les parents sont les amis que la nature nous impose ; les amis sont les parents que le cœur se choisit.

La jeunesse est si aimable qu'il faudrait aussi l'adorer, si l'âme et l'esprit étaient aussi parfaits que le corps.

Au jeu de la vie, comme au trente et quarante, ce qu'on gagne n'est pas du cuivre et ce qu'on perd est de l'or.

Des principaux ouvrages de Dieu, l'un est en prose, c'est l'homme, l'autre qui représente la poésie, c'est la femme.

Si tu veux ne jamais commettre une action blâmable, agis lorsque tu es seul, comme si vingt yeux te regardaient.

Toutes les fois qu'il t'arrive de plaire aux sots, à quelque degré que ce soit, sache bien que tu es tombé par quelque côté dans la vulgarité et la niaiserie.

FORMULAIRE.

Suppositoires contre la dysenterie chez les enfants.—M. S.*Adams.*

P.—Muriate de cocaïne.....	5 centigr.
Ergotine.....	50 “
Extrait thébaïque.....	10 “
Aristol.....	25 “
Beurre de cacao.....	q.s.

M.—Faire dix suppositoires. Introduire un suppositoire toutes les deux ou trois heures.—*Semaine médicale.*

Mixture contre le catarrhe de l'estomac.—W. Wildman.

P.—Bromure de potassium.....	5 grammes
Bicarbonate de potasse.....	10 “
Teinture de belladone.....	12 gouttes
Eau distillée de menthe poivrée.....	150 grammes

M.—*Dose* : Une cuillerée à café dans un peu d'eau, après chaque repas et au coucher.—*Semaine médicale.*

Stimulant cardiaque.

P.—Teinture de strophantus.....	40 minimes
Teinture de gingembre.....	1 drachme fl.
Sirop.....	1½ “ fl.
Eau chloroformée.....	q.s. p. f. 8 onces fl.

M.—*Dose* : Deux cuillerées à soupe trois fois par jour.—*Medical Press and Circular.*

Laryngismus stridulus.

P.—Chloral hydraté.....	30 grains
Bromure de potassium.....	120 “
Sirop de tolu.....	1½ once fl.

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé toutes les demi heures.—*Medical Press and Circular.*

Cancer du col utérin.

P.—Iodoforme.....	15 grains
Extrait d'opium.....	8 “
Huile essentielle de bergamote.....	10 minimes
Beurre de cacao.....	150 grains

M.—Divisez en 12 suppositoires, dont on en introduit un dans la cavité vaginale au besoin.—*Medical Press and Circular.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

MONTREAL, SEPTEMBRE 1894.

BULLETIN.

Le onzième Congrès International des Sciences Médicales,
tenu à Rome, du 29 mars au 5 avril 1894.

M. B. ROBERT, de Barcelone, traite la question de la *pathogénie* et de la *thérapeutique du délire pneumonique*. Comme tous les praticiens le savent, du reste, il dit que dans la pneumonie, le délire constitue toujours une complication grave, surtout par son influence d'arrêt sur le centre des réflexes trachéobronchiques, qui réside dans la partie dorso-latérale des pneumogastriques. Les troubles céphaliques qui apparaissent dans l'évolution pneumonique sont des plus divers et ne reconnaissent pas une pathogénie univoque, contrairement à l'opinion de Liebermeister, qui les attribue toujours à l'élévation de la température. Fréquemment, en effet, le délire peut manquer tandis que la température est très élevée, il peut même, d'après M. Robert, exister alors que le malade est en pleine convalescence.

Pour arriver à une thérapeutique rationnelle, il est utile d'établir certaines catégories. Il faut tout d'abord distinguer le délire qui se développe dans la période d'engouement et d'hépatisation rouge d'avec celui qui se présente dans l'hépatisation grise ou lors de la défervescence. L'âge, la localisation de la lésion, l'alcoolisme ont aussi, comme on sait, une certaine valeur étiologique dans la détermination du délire.

A la période d'engouement et d'hépatisation rouge, le délire est représenté par un processus de congestion méningée encéphalique; à la période d'hépatisation grise, il peut être dû à des complications méningées par infection secondaire. A la période de défervescence, l'anémie cérébrale doit entrer en ligne de compte. Dans les autres cas, il faut surtout incriminer la congestion passive.

En résumé, d'après ce qui précède, M. Robert croit qu'en

dehors des complications méningées, il y a lieu d'admettre un délire par congestion passive, un délire par anémie cérébrale. La première forme est caractérisée par une agitation notable et une insomnie complète. La face est rouge, les sclérotiques injectées, il y a du myosis et le pouls est en général fréquent et très fort. Dans la deuxième forme, on observe surtout un délire tranquille, incohérent, alternant avec des périodes de somnolence; l'état général du malade est absolument celui d'un typhique. La troisième forme s'affirme par un délire raisonnant, loquace, alternant parfois avec des hallucinations gaies ou terrifiantes.

Dans le premier cas, l'usage des antipyrétiques, les anémiantes de l'encéphale, la saignée sont indiqués; dans le second, M. Robert emploie surtout les stimulants du cœur et de l'encéphale; dans le troisième il recommande l'usage de l'opium, de l'alcool et des toniques analeptiques.

M. RIVALTA, de Rome, parle de l'étiologie vraie de l'œdème aigu pulmonaire dans la pneumonie croupale. Il dit que lorsqu'on fait l'examen des régions atteintes d'œdème aigu pulmonaire, si fréquent dans la pneumonie croupale, on constate toujours la présence du diplocoque de Fraenkel presqu'à l'état de pureté. Ce diplocoque existe durant la vie; il ne se développe donc pas dans ces régions après la mort. On le trouve, d'autre part, dans un plus ou moins grand nombre d'alvéoles dès le début de l'exsudation et de la desquamation épithéliale. L'œdème aigu de la pneumonie ne serait donc pas dû, comme on l'a dit, à la fluxion collatérale, ou à la stase d'origine cardiaque, mais bien à des conditions hydremiques, créées par le diplocoque. Cet œdème aigu, susceptible d'entraîner une diminution rapide de la surface respiratoire, provoque parfois la mort.

M. BORGHIERINI, de Padoue, a rencontré a plusieurs reprises des bruits de souffle cardiaque dans quelques affections de l'estomac, notamment dans les maladies chroniques de cet organe. C'est ainsi que dans plusieurs cas de cancer gastrique il a pu constater l'existence d'un souffle systolique au niveau de la région précordiale. Le même bruit s'est manifesté, bien que plus rarement, dans quelques cas d'ulcère. Il a pu enfin le constater chez des malades ayant une dilatation de l'estomac au moment où l'organe se trouvait distendu par les liquides.

M. CARDARELLI, de Naples, lit un travail sur quelques formes cliniques encore mal connues des névroses des extrémités. "Les névropathies des extrémités, dit-il, particulièrement celles des mains, sont souvent méconnues ou confondues avec d'autres maladies. Leur origine est souvent centrale et relève dans ce cas surtout des lésions médullaires, mais plus fréquemment elle répond à une affection du système nerveux périphérique et notamment du système sympathique. Dans certains cas, enfin, il s'agit de simples troubles fonctionnels."

M. Cardarelli ajoute que, au point de vue symptomatique, les lésions peuvent être sensitives, motrices, vasomotrices ou trophiques. Ces deux dernières formes mériteraient surtout un examen approfondi, car le plus souvent méconnues et traitées trop tard, elles donnent lieu à des déformations graves et permanentes.

Les traitements mis en usage sont nombreux et souvent, à vrai dire, ils sont inutilement appliqués. M. Cardarelli croit, cependant, qu'il est possible d'obtenir des résultats sérieux par l'emploi de l'électrothérapie et d'un massage bien dirigé.

M. BACCELLI, de Rome, présente un travail sur la *pathogénie et le traitement du paludisme*. "Aujourd'hui, dit-il, l'existence de l'hématozoaire de Laveran est pleinement confirmée, et je suis heureux d'avoir contribué par mes recherches à établir d'une façon certaine le rôle des plasmodies. Je crois, toutefois, que la présence de l'hématozoaire dans le sang n'est pas la raison directe de la fièvre, et que si cet organisme est capable de produire la cachexie lente, il ne saurait provoquer les accès fébriles.

"A côté du bacille existent ses produits. A côté des modifications morphologiques du globule déterminées par l'hématozoaire il y a, de plus, des modifications chroniques. Lorsque le globule est détruit par le parasite inclus dans son intérieur, il se dissocie, laissant circuler les toxines dans le sérum. Ces toxines sont encore inconnues au point de vue de leur nature et, de ce côté, il reste encore de grands progrès à faire. Mais si leur étude n'est pas complète et si je ne vous apporte rien à ce sujet, j'ajoute que la connaissance supposée de ces produits m'a conduit à appliquer un mode de traitement d'une efficacité absolue. Depuis un certain temps déjà, je pratique chez les malades atteints de paludisme pernicieux des injections intra-veineuses de sels de quinine; c'est là un procédé qui ne paraissait pas à beaucoup de personnes devoir être supérieur aux injections sous-cutanées. Il m'est facile aujourd'hui de répondre à ces objections par les résultats obtenus: avec les injections sous-cutanées des sels de quinine dans la fièvre pernicieuse nous avons une mortalité de 17 0/0; les injections intraveineuses nous donnent, appliquées dans les mêmes conditions, une mortalité de 0 0/0.

M. LÉPINE, de Lyon, prenant alors la parole, dit: "M. Baccelli vient de montrer les heureux effets qui peuvent résulter de l'accord de la clinique et de l'expérimentation, en nous prouvant que, grâce aux notions expérimentales et à l'observation, il a pu obtenir la guérison d'une maladie qui, jusque là, se terminait généralement par la mort."

M. MENDIZABAL, d'Orizaba, dans une communication sur la *grippe*, dit qu'il a pu, durant ces dernières années, suivre d'assez près les épidémies de grippe qui ont atteint à plusieurs reprises la ville d'Orizaba, au Mexique. Les études qu'il a faites à ce sujet lui ont permis d'établir les analogies et les différences qu'elle lui ont paru présenter avec les épidémies européennes.

La durée moyenne des quatre épidémies de grippe fut de trois mois environ. Ce furent les plus courtes qui affectèrent les caractères les plus graves; celles qui coïncidèrent avec l'époque où règnent les vents impétueux du Sud-Ouest, secs et ardents, furent aussi les plus sérieuses. Dans toutes, les enfants ont été généralement épargnés. M. Mendizábal a pu constater tous les types que la maladie avait revêtus en Europe, mais ils étaient légèrement modifiés par les conditions du milieu et ils étaient en général moins graves. La forme thoracique était plus ou moins associée aux formes nerveuse et intestinale; plus rarement chacune de ces formes restait isolée.

Au point de vue symptomatique, le fait le plus frappant était la brusquerie du début, le grand affaiblissement des malades, l'existence de douleurs périorbitaires et rétro-oculaires violentes, avec une hyperesthésie générale, une rachialgie insupportable. Le vertige, si fréquent dans la forme européenne, a été, au Mexique, presque exceptionnel.

La mortalité était due le plus souvent à la pneumonie qui, dans tous les cas, a présenté une allure particulière. Il s'agissait plutôt de bronchopneumonie ou de congestion intense, car le frisson initial était peu prononcé, le point de côté léger, les râles plutôt sous-crépitants que crépitants, les crachats peu teintés, la dyspnée notable. Quelquefois l'asphyxie survenait, déterminant la mort.

Les formes thoraciques, principalement les formes bronchiques et pneumoniques, ont été souvent la raison de poussées tuberculeuses aiguës chez des individus qui paraissaient absolument indemnes ou qui étaient atteints d'une tuberculose très lente; chez les cardiaques, les brightiques; les formes bronchopneumoniques étaient particulièrement graves. Maintes lésions cardiaques, latentes jusque-là, apparurent après la grippe.

Dans certains cas, la grippe se présentait avec tous les caractères apparents d'une fièvre éruptive: rougeole, scarlatine, sans qu'il fut possible de distinguer s'il s'agissait ou non de l'une de ces maladies survenant à titre de complication dans le cours de la grippe. Certaines formes thoraciques enfin simulaient tellement la tuberculose que l'examen bactériologique était absolument nécessaire au diagnostic.

Diverses précautions prophylactiques appliquées d'une façon rationnelle ont paru donner de réels résultats. L'isolement des malades, la désinfection des logements, l'emploi de l'eau filtrée, l'hygiène de la bouche, du pharynx, des fosses nasales, sont des mesures susceptibles de déterminer les plus heureux effets. A titre de médicament préventif, l'arséniat de strychnine a paru donner d'excellents résultats.

M. Mendizábal croit qu'il est utile de ne pas abuser des anti-thermiques, comme la phénacétine, l'antipyrine, qui dans nombre de cas retardent réellement la convalescence par leur action

dépressivo sur le cœur. Dans les formes simulant la pseudo-tuberculose, l'administration du calomel à doses fractionnées, l'application de pointes de feu dans les points où il existait un processus inflammatoire, ont une véritable efficacité. Plus tard, alors que la convalescence se fait avec lenteur, l'hydrothérapie, le déplacement du malade vers une région où l'air est plus sec, la température plus uniforme, ont aisément raison des mauvais effets de la grippe.

Nous ferons observer ici, à propos de la communication précédente, que s'il ne faut pas abuser des antithermiques, en certains cas où la température atteint ou dépasse 103° Fahr. on peut donner avec avantage, non pas l'antipyrine, la phénacétine ou l'acétanilide, mais bien les sels de quinine qui agissent suivant les doses, soit comme antipyrétiques, soit comme simples toniques. Pour nous, les meilleurs toniques à administrer dans la convalescence de la grippe sont le quinquina, le kola, et surtout la strychnine. — *A suivre.*

A travers la thérapeutique.

Un nouvel alcaloïde vient d'être isolé de l'ergot de seigle, c'est la *sphacélotoxine*, obtenue du seigle par Jacobi, de Strasbourg. Cet alcaloïde se présente sous forme de poudre brune ou en cristaux. Elle se dissout facilement dans l'éther, le chloroforme, l'alcool, l'éther acétique et l'acide acétique glacial; insoluble dans l'eau. Quant à son action, elle est identique à celle de l'ergot de seigle. La dose à employer sans danger est de 1 décigramme ($1\frac{1}{2}$ gr.); les doses employées jusqu'à présent ayant été ordinairement de 4 à 6 centigrammes ($\frac{2}{3}$ à 1 grain). L'action de la sphacélotoxine commence à se manifester quelques minutes après l'injection hypodermique et atteint son maximum une demi-heure environ après.

* * *

M. S. DUPLAY a rapporté, à l'Académie de médecine de Paris, un cas de mort au cours de l'anesthésie par le *bromure d'éthyle*, signalé par M. STAREZ. Il s'agissait d'une jeune femme de santé parfaite à qui il devait faire un curettage de l'utérus pour une métrite persistante. La mort arriva par syncope cardiaque initiale dès les premières inhalations. Le bromure d'éthyle analysé a été reconnu parfaitement pur.

Ce cas démontre que le bromure d'éthyle peut tuer à la façon du chloroforme, par arrêt réflexe du cœur. La conséquence pratique est qu'il importe de prendre, dans l'administration du bromure d'éthyle, les mêmes précautions que lorsqu'il s'agit du chloroforme.

* * *

Dans un cas d'ulcère rond de l'estomac, le docteur J. F. BARBOUR s'est servi de la papaïne dans le but de stimuler la digestion stomacale. Or, non seulement il a obtenu l'effet désiré, mais en outre il a réussi à supprimer la douleur torturante que le malade ressentait dans la région épigastrique. L'affection dure déjà depuis trois ans, et pendant tout ce laps de temps le sujet en observation n'a pas souffert de dyspepsie ni ressenti de douleur. On voit donc que la papaïne peut rendre des services signalés dans le traitement de l'ulcère rond de l'estomac.

* * *

La *Médecine moderne* a publié récemment un résumé du traitement de la neurasthénie consécutive à la grippe. En voici les détails :

10. N'employer l'antipyrine que dans les cas où il y a de fortes douleurs musculaires. (Ici, nous pouvons affirmer que l'emploi de l'antipyrine dans la grippe est très dangereux vu la débilité cardiaque qui accompagne la grippe.)

20. L'administrer d'une façon transitoire, une ou deux grandes doses : 15 grains. (Pour notre part, nous croyons que ces doses sont dangereuses, l'antipyrine n'étant aucunement spécifique contre la grippe.)

30. Associer la quinine à l'antipyrine pour en empêcher les effets déprimants. (Mieux vaudrait ne donner que la quinine seule.)

L'auteur de l'article en question est d'avis que le traitement doit être fait d'une manière variant avec l'examen de l'urine. Quand les sels urinaires sont en excès, la potion suivante doit être administrée au début de chaque repas.

Phosphate de soude.....	.20 centigr.
Potasse.....	.25 "
Chaux.....	.50 "
Magnésie calcinée.....	.10 "
Noix vomique pulvérisée.....	.05 "

En même temps, deux fois par jour, donner 1 à 2 grains de kola sous forme de poudre ou d'élixir.

Quand l'urine est normale, administrer à chaque repas une des pilules dont voici la formule :

Sulfate de quinine.....	} 34
Extrait sec de quinquina.....	
Poudre de noix vomique.....	.18 centigr.

Pour faire 20 pilules, dont la dose est de une pilule à chaque repas.

* * *

Les lavements de créosote rendent dans quelques cas des services

signalés. Cependant leur usage est peu répandu à cause des difficultés qu'on éprouve à obtenir un mélange intime de la créosote et du véhicule. Les émulsions obtenues au moyen d'un jaune d'œuf, après avoir préalablement dissous la créosote dans l'huile de foie de morue, étaient jusqu'ici la meilleure préparation. Mais ce moyen n'est guère pratique. M. CARLES, de Bordeaux, après de multiples essais, pour arriver au résultat désiré, propose la formule suivante, dans laquelle la créosote est dissoute dans l'eau :

Créosote de hêtre.....	10 grammes.
Teinture de bois de Panama.....	50 “
Eau distillée.....	60 “

Une cuillerée à bouche de cette mixture se dissout parfaitement dans n'importe quelle quantité d'eau tiède et se conserve indéfiniment.

* * *

Chez quatre jeunes femmes, dont deux primipares et deux multipares, M. FROMMEL a fait cesser des *vomissements fréquents, liés à la grossesse*, avec l'orexine administrée, non sous forme de sel, comme on le fait d'ordinaire, mais à l'état de base. Sous cette dernière forme, le goût en est moins désagréable. Chez deux de ces femmes, les vomissements ont cessé dès le second jour; chez les deux autres, il y eut amélioration immédiate, mais la guérison ne s'est produite qu'au bout de deux semaines. La dose a été de 30 centigrammes deux ou trois fois par jour dans des cachets ou des capsules.

M. Frommel se loue des résultats que lui a donnés l'orexine comme apéritif chez un certain nombre de femmes ayant subi des opérations graves.

* * *

Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur l'article que nous reproduisons de la *Tribune médicale* au sujet de l'administration simultanée du chloroforme et d'éther, et sur l'emploi du bromure d'éthyle, soit seul, soit mêlé au chloroforme, et enfin sur l'emploi du tétrachlorure de carbone chimiquement pur et de son action physiologique. Tout cela, à notre avis, est fort beau, mais il ne faut pas oublier que le bromure d'éthyle est susceptible de produire des accidents mortels comme l'a mentionné M. le professeur Duplay, dans sa communication à l'*Académie de médecine* de Paris. (Voir plus haut).

* * *

Le professeur HARE est d'avis que l'*huile* de copahu n'est pas aussi active que le *baume* de copahu.

* * *

Dans l'hypertrophie des glandes thyroïdes, le professeur PARTIS

recommande l'application locale d'une pommade contenant de 20 à 30 grains de biiodure de mercure dans une once de pommade simple.

* * *

Quand les exsudations diphthéritiques siègent au larynx ou au-dessous, le professeur WILSON dit que des inhalations de vapeur contenant une partie d'alcool et cinq parties d'eau, non seulement donneront lieu à un grand soulagement, mais aussi produiront de bons effets.

Association Américaine pour la santé publique.

(AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION).

L' "American Public Health Association" fut organisé en 1872 par quelques philanthropes qui pressentirent le besoin qui existait de réunir en un corps les plus habiles hygiénistes du pays dans le but de prendre des mesures pour limiter et prévenir les maladies contagieuses et infectieuses et de vulgariser les connaissances sanitaires.

Le développement de l'association et le travail qu'elle a accompli sont plus que suffisants pour justifier son existence. Le nombre de ses membres augmentant d'année en année, elle est devenue le corps sanitaire le plus considérable et le plus important du monde entier; comme étendue territoriale, elle comprend les Etats-Unis, la Puissance du Canada et la République du Mexique.

Sous son impulsion, des bureaux de santé locaux et d'état ont été fondés et de nombreux travaux d'hygiène ont répandu au loin les connaissances sanitaires. L'association a déjà publié 16 volumes considérables et importants, et continue à publier annuellement ses travaux, communications et discussions. Ces volumes élégants constituent une bibliothèque d'hygiène et compensent amplement le prix de la contribution annuelle. Chaque membre de l'association a droit au volume annuel, franc de port.

Elle compte parmi ses membres, des médecins, avocats, ministres, ingénieurs civils et sanitaires, professeurs, plombiers, marchands, etc., en un mot, toutes les professions et un grand nombre d'industries y sont représentées.

Les seules qualifications requises pour faire partie de l'association sont un bon caractère moral, un intérêt au progrès hygiénique et la recommandation de deux membres de l'association. Le prix de la contribution annuelle est de cinq dollars.

La 21^{me} assemblée annuelle a eu lieu en septembre 1893 à Mexico. La 22^{me} aura lieu à Montréal du 25 au 28 septembre et promet un succès éclatant. Les deux législatures et le Conseil de Ville de Montréal y ont pris intérêt et promis leur appui effectif.

Voici la liste des officiers pour l'année 1893-94 :

Président : Dr E. Persillier Lachapelle, Montréal, P.Q., Canada.

1er Vice-Président : Dr M. Carmonia Y. Valle, Mexico, Mex.

2^e Vice-Président : Dr J. N. McCormack, Bowling Green, Ky.

Secrétaire : Dr Irving A. Watson, Concord, N. H.

Trésorier : Dr Henry D. Holton, Battleboro, Vt.

Les comités spéciaux sont les suivants :

Sur la pollution de l'eau ; Sur la manière de disposer des déchets, etc ; Sur les maladies des animaux et la nourriture animale ; Sur la nomenclature des maladies et la forme des statistiques ; Sur les inoculations protectrices dans les maladies infectieuses ; Sur la législation sanitaire nationale ; Sur la cause et la prophylaxie de la diphtérie ; Sur la cause et la prévention de la mortalité infantile ; Sur la restriction et la prévention de la tuberculose ; Sur l'hygiène des chars des voies ferrées.

Comité international pour prévenir la dissémination de la fièvre jaune :— Sur le centenaire de la vaccination ; Sur l'incorporation.

Comité local d'arrangements :— Pour tous renseignements s'adresser au Dr Elzéar Pelletier, 76 rue St-Gabriel, Montréal, ou au Dr J. B. A. Lamarche, 2040 B. de P, Montréal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

PLICQUE.—**Précis de Clinique Thérapeutique**, par le Dr A. F. Plicque, octavo de 592 pages ; prix 7 frs. 1894, chez G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir Delavigne, Paris. On y trouve un résumé clinique et le traitement de chaque maladie, avec nombreuses formules et à la fin de l'ouvrage un "Formulaire des médicaments actifs et usuels" ouvrage clair et concis à l'usage du praticien.

PINARD.—**De l'agrandissement momentané du bassin.**— Rapport lu au Congrès international des Sciences médicales, tenu à Rome, du 29 mars au 5 avril 1894, par A. PINARD, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir Delavigne, Paris.

ROUX.—**Vade-mecum du praticien, diagnostique et traitement des maladies internes**, par le Dr Fernand Roux, oct. de 391 pages, 1894, chez G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir Delavigne, Paris.

Commençons par admirer ce que Dieu nous montre, et nous n'aurons plus le temps de chercher ce qu'il nous cache.

NECROLOGIE

Docteur Louis BOUDRIAS, sr.

M. le docteur Louis BOUDRIAS, sr, est décédé à sa résidence, rue Seneca, Cohoes, le 23 juillet 1894, à une heure p.m. Le regretté défunt souffrait depuis un an ou plus d'une maladie organique du cœur. Il était âgé de 69 ans et était né à Montréal. Le docteur Boudrias prit ses degrés, avec grand succès, à l'Université McGill, et commença à pratiquer à Montréal, puis il alla se fixer à Springfield, Massachussets, où il séjourna plusieurs années, après quoi il vint pratiquer à Cohoes en 1866. En 1870, il se rendit à Philadelphie avec sa famille afin d'être près de son frère qui résidait dans cette ville. Il n'y resta pas longtemps et revint à Cohoes où il résida depuis lors. Il y a deux ans il eut une attaque très grave de grippe qui le laissa très faible et se compliqua d'une maladie de cœur, ce qui l'obligea d'abandonner l'exercice de sa profession.

Le docteur Boudrias était un médecin d'habileté notoire et homme de valeur et de caractère bien ferme. Il était très estimé, non seulement par ses confrères en médecine, mais aussi par tous ses amis et ceux qui le connaissaient. Pendant sa résidence à Cohoes, qui dura vingt-huit ans, il se créa une réputation enviable et comme médecin et comme homme d'honneur. Il était un des principaux membres de la Société médicale d'Albany, de même que de l'Association médicale de l'État de New York.

Son fils, Louis Boudrias, jr, dentiste, et une fille lui survivent, tous deux résidant à Cohoes. Un de ses frères est à Philadelphie comme il a été dit plus haut.

À ses funérailles, le curé de l'église canadienne de Cohoes, M. Dugas, célébra la messe. Les porteurs étaient MM. les docteurs L. J. L. Archambeault, Peltier, Montmarquet et Daunais, MM. S. A. Masson et Parquet. M. le Dr Boudrias a été inhumé au cimetière Ste-Agnès, à Albany.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le nouveau conseil de l'Association Pharmaceutique a élu pour l'année 1894-95, les officiers dont les noms suivent :

Président : Joseph CONTANT, Montréal; 1er vice-président : R. W. WILLIAMS, Trois Rivières; 2me vice-président : W. H. CHAPMAN, Montréal; trésorier : Alex. MANSON, Montréal; secrétaire, registraire et assistant-trésorier : E. MITT, Montréal; Henry R. GRAY, Montréal; David WATSON, Montréal; S. LACHANCE, Montréal; A. D. MANN, Montréal; Rodrigue CARRIERE, Montréal;

C. E. SCARFF, Montréal ; W. A. DYER, Montréal ; A. LARUE, Québec.

BUREAU DES EXAMINATEURS.

Joseph CONTANT, président. S. LACHANCE, Montréal ; W. H. CHAPMAN, Montréal ; J. R. PARKIN, Montréal ; R. W. WILLIAMS, Trois Rivières ; A. E. DUBERGER, Waterloo ; E. MUIR, secrétaire du Bureau.

EXAMINATEURS POUR L'EXAMEN PRÉLIMINAIRE.

Professeur, A. LEBLOND de BRUMATH et professeur Isaac GAMMELL ; A. LARUE, surveillant des examens dans la cité et le district de Québec.

Nouveaux étudiants.—Les candidats dont les noms suivent ont été admis à l'étude de la médecine aux derniers examens :

MM. M. Chagnon, A. Lassonde, J. D. Laramée, F. T. Wilkins, J. N. Boivin, L. de Martigny, J. B. D. Aquin, Jos. Laroche.

Ont été admis sur présentation de leur diplôme de bachelier :

MM. Gustave A. Taschereau, J. Rémi Chrétien, J. T. Loranger, Alph. Paré, Amédée C. Robert, Eugène Virolle, J. R. Tremblay, Euclide Archambault, A. A. Skeeles, C. L. Brown, Mlle Jessie McDonald, Ernest Lauzon, F. C. Fraser, E. Frét, Arène Descôteaux, Alf. Poirier, H. St-Aubin, W. H. Dalpy, W. L. Barlow, Albert M. Gagnon, W. H. Kierman, J. A. A. Messier, J. A. D. Beaudry.

A l'assemblée du Collège des médecins et chirurgiens, un comité spécial a été nommé pour examiner la question de la réciprocité de licence entre Ontario et Québec.

Les prochains examens auront lieu à Québec : les préliminaires auront lieu jeudi, le 20 septembre, et pour l'admission à la pratique, elle se feront mercredi, le 26 du même mois.

Le Dr Séraphin Gauthier, d'Upton, a été élu Gouverneur du Collège en remplacement de feu le Dr St-Germain, de St-Hyacinthe.

Les plans des hôpitaux civiques ne sont pas encore prêts.—Les autorités sanitaires de la ville se sont de nouveau réunies pour étudier le projet des hôpitaux civiques. Le docteur Laberge et les architectes Perrault et Mann ont rendu compte de leur voyage à Boston et autres villes américaines où ils ont étudié sur place le fonctionnement des hôpitaux.

Les architectes ont soumis une ébauche des plans des deux hôpitaux projetés. Ces plans seront transmis aux autorités de l'hôpital Notre Dame et de l'hôpital Général pour les faire modifier ou approuver. Une nouvelle réunion aura lieu prochainement.

Avortement.—Depuis longtemps, à la vitrine d'un pharmacien de la rue Colbert, s'étalait l'annonce d'un vin propre à remédier aux "suppressions de règles ou aux retards inquiétants." Le parquet de Reims s'est ému de cette provocation publique à l'avortement et il a fait saisir un flacon de la dite spécialité. L'analyse n'y a pas révélé la présence de substances abortives, de sorte que les femmes attirées par l'annonce alléchante n'absorbaient qu'un mélange amer inoffensif: c'était moins grave, mais d'une honnêteté douteuse; le parquet n'a pu retenir que le délit de vente d'un remède secret, et le pharmacien a été condamné à 500 fr. d'amende.—*Union médicale du Nord-Est.*

La Coéducation.—A l'une des dernières séances du Conseil Académique de Paris, des renseignements ont été donnés sur le système de la coéducation des deux sexes, c'est à dire de l'éducation commune aux filles et aux garçons dans le même établissement, telle qu'elle se pratique aux Etats-Unis et en Suisse. Les résultats aux Etats-Unis sont contestés; mais M. le doyen de la Faculté de théologie protestante a fait connaître que ce système produisait des résultats excellents dans le pays de Vand. Toutefois, le Conseil avait jugé que ce système n'était pas "possible" en France.—Nous nous permettons de demander pourquoi il n'est pas possible. Ce mot n'est pas français, a-t-on dit souvent. Et c'est faire, ce me semble, une injure gratuite à une nation que de parler ainsi. O Puissance de la routine, qui est capable d'entraver la plus simple des expériences! — *Progrès médical.*

VARIETES.

Villégiature médicale.

O rus, quando te aspiciam?

Grâce au temps splendide dont nous jouissons, la villégiature printanière a devancé son époque.

L'exode des Parisiens va commencer et on va rencontrer sur la voie publique d'horribles fiacres à galeries chargés d'une montagne de colis et quelques omnibus de famille, transportant aux gares de chemins de fer les heureux de la terre, les gens auxquels le sort a fait des loisirs et qui peuvent aux premiers beaux jours s'envoler vers leurs bois profonds ou vers les plages de la Méditerranée.

Les médecins, qu'on ne peut pourtant pas mettre au nombre des derniers ni des gens que le destin favorise, sont les premiers à quitter Paris.

Il y en a beaucoup dans leurs terres, parce qu'il n'est guère de médecin un peu en vue qui n'ait aujourd'hui sa villa. Un très grand nombre, et des meilleurs, ont planté leur tente sur les bords de

ce grand lac aux eaux bleues qui s'appelle la Méditerranée et tous ceux qui ont conservé le souvenir de ce climat splendide envient leur sort. D'autres, plus modestes, se contentent d'une petite maisonnette dans les départements voisins de Paris, parce qu'il leur est plus facile d'y revenir lorsque leurs devoirs les y appellent.

Ceux-là se livrent à l'horticulture ou à la pêche. Parmi nos maîtres les plus vénérés et les plus sympathiques, il en est pour qui le culte des roses égale celui de l'antiseptie, et qui sont plus contents lorsqu'ils ont fait pousser dans leur enclos un beau spécimen du géant-des-Batailles que lorsqu'ils ont obtenu un succès à l'Institut ou qu'ils sont parvenus à se faire écouter à l'Académie de médecine.

Il en est un certain nombre, chose étrange, qui sont fanatiques de la pêche, et, chose plus étrange encore, ce sont les plus pétulants, les plus actifs, les plus ardents à la lutte qui montrent le plus de passion pour cette occupation bucolique et pastorale qui exige un degré peu commun de résignation et de patience. La remarque n'est pas de moi, elle est d'un de leurs collègues, du meilleur, du plus sympathique des professeurs de la Faculté. Ne cherchez pas à deviner qui.

Je ne voudrais pas dire du mal des chasseurs ; je ne veux pas me mettre mal avec notre rédacteur en chef.

Je ne dirai donc rien qui puisse lui être désagréable, mais les chasseurs sont des êtres turbulents et sanguinaires, tandis que le pêcheur est un être doux, tranquille et patient.

Ce n'est pas sans un regard d'envie que je le contemple au bord d'une petite rivière aux eaux dormantes, à l'ombre d'un saule, à l'abri des grands bois sourds qui dominent le petit cours d'eau.

Assis sur le gazon, immobile et la ligne à la main, il suit de l'œil le bouchon qui s'en va lentement à la dérive et de temps en temps, d'un petit coup sec, il l'enlève et le reporte sur un point plus élevé du courant. Ce manège continue pendant des heures entières et, sa journée finie, il se retire heureux et satisfait, quand il emporte avec lui deux ou trois petits poissons du poids de 100 à 200 grammes. Celui là, c'est le vrai pêcheur.

Ne me parlez pas du traître qui vient cauteleusement fixer, la nuit, ses lignes de fond dans les endroits où le poisson repose ; ne me parlez pas de l'évaporé qui va courant le long du bord en faisant sauter sa mouche sous les yeux fascinés de la truite aux écailles d'azur, non, le vrai pêcheur, c'est celui que j'ai d'abord décrit, et la sympathie qu'il m'inspire m'a éloigné de mon sujet.

Je disais donc que les médecins sont amis de la villégiature. D'abord, pendant les grandes vacances, ils s'en vont tous de Paris. C'est le moment où les plus modestes de la profession font des remboursements. Il est vrai que tous les gens de qualité sont absents de la capitale et que les autres peuvent attendre.

Aujourd'hui, ce n'est pas seulement à l'automne que les médecins s'évadent. Pendant l'hiver, ils font un petit séjour dans la Méditerranée ou un grand voyage dans le Levant, la Suisse et l'Italie étant devenues trop banales. Le printemps, quand le temps est beau, ils recommencent.

Les mœurs médicales ont, à cet égard, complètement changé depuis un demi-siècle. Autrefois, quand nos pères venaient à Paris par les diligences et qu'ils descendaient à l'Hôtel-Dieu, ils étaient sûrs d'y trouver le personnel enseignant au grand complet. Bien qu'ils se fussent levés de bonne heure, Dupuytren ou J.-J. Roux suivant l'époque, y étaient arrivés avant eux, et Chomel était dans sa chaire. C'était la même chose à la Charité, et les visiteurs assistaient à une longue visite suivie d'une leçon de clinique qu'on écoutait avec recueillement, et les médecins du monde entier venaient s'instruire à cette grande école qui n'avait pas son égale dans le monde et qui s'appelait l'École de Paris.

Je ne veux pas dire que l'École de Paris n'est pas la première du monde. Loin de moi cette irrévérence; mais je suis forcé de reconnaître que tous les courants médicaux n'aboutissent plus à la Seine et qu'il en est qui se rendent vers le Danube ou la Sprée.

Je ne veux pas dire que les médecins et les chirurgiens des hôpitaux ne sont plus des modèles d'exactitude; Dieu me garde d'un pareil blasphème; tout le monde sait qu'ils donnent à leurs élèves l'exemple de l'assiduité dans leurs fonctions hospitalières, mais enfin ils s'absentent souvent parce qu'ils sont de leur siècle, et que la villégiature est entrée dans nos mœurs. Personne n'a plus de droits qu'eux à quelques jours de repos, parce qu'il n'est pas de profession qui entraîne une plus grande dépense de forces physiques et intellectuelles, qui comporte une plus grande somme de fatigue et qui use plus vite son homme. Si nos pères ne s'absentaient pas, c'est parce que les moyens matériels leur faisaient défaut, que tout le monde dans leur entourage restait à Paris comme eux et que l'existence professionnelle n'avait pas alors l'intensité qu'elle déploie aujourd'hui. Les méchants, les envieux, racontent bien qu'il y a des professeurs qui font rarement leur cours. Ce sont là pures calomnies, auxquelles les honnêtes gens ne doivent pas prêter l'oreille. Quo nos maîtres se reposent, qu'ils aillent à la campagne ou sur les plages, qu'ils franchissent les monts, qu'ils traversent même la Méditerranée si bon leur semble, ils emportent avec eux nos respects, notre sympathie, notre admiration avec l'ardent désir de les imiter un jour.—*Union médicale.*

Est-il sain de coucher à deux dans le même lit ?

Quand il s'agit d'un enfant qui couche avec sa bonne, sa nourrice ou sa mère, le danger est évident. En dehors du risque d'être écrasé, l'enfant ne peut être qu'incommodé.

Mais quand ce sont deux époux ? L'un d'eux est tuberculeux, la contagion est probable. La syphilis et le cancer peuvent également se propager plus facilement par une cohabitation prolongée dans le même lit.

Mais il existe un autre point de vue moins connu. Le tissu cutané produit de la sueur et des gaz plus ou moins anormaux. Dans le lit, toutes les conditions d'exhalation et d'absorption se trouvent réunies, les couvertures isolantes empêchent la dissémination de ce gaz qui restent en contact avec la surface cutanée des personnes. En quelques cas la perspiration d'un des époux ne pourrait elle engendrer des effets fâcheux sur l'autre ?

À ce propos il faut rappeler la médication qui servit à ranimer les forces épuisées du roi David. Ses serviteurs lui amenèrent la jeune et belle sunamite Abisaïg pour le réchauffer et le ranimer.

Zola, dans son dernier roman du *Docteur Pascal*, dépeint son héros comme un partisan fervent des doctrines de Brown Séquard. Mais maître Pascal pousse encore plus loin que ce dernier la théorie de la reviviscence. Il se sert de sa nièce, comme le roi David se servit d'Abisaïg. Le remède ne paraît pas ici bien efficace, puisque peu après le docteur eut des accès d'angine de poitrine et mourut.

D'autres vont moins loin dans l'application de ces théories et se contentent de s'entourer de belles jeunes femmes pour égayer leurs vieux jours. Dans ces limites, cet essai de thérapeutique philosophique ne peut être que l'ouïe. Claudius Hermippus chez les Grecs s'adonnait à l'éducation des jeunes filles. Il vécut jusqu'à 115 ans " puerorum anhelitu," prétendent les auteurs anciens. Cohausen cite un seigneur français qui avait recueilli et gardait dans son hôtel sous un prétexte charitable une douzaine de jeunes filles pauvres qui égayaient sa vieillesse. Comme on commençait à jaser, il dut renvoyer bien à regret ses anges gardiens, comme il les appelait, et il en mourut peu après de désespoir. Il avait 90 ans.—*Médecine moderne.*

Mariage.

ROGER CHENU-LAFITTE.—A Paris, le 23 juillet 1894, M. Roger Chenu-Lafitte, à Mademoiselle Henriette Péan, fille de M. le docteur Péan, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Décès.

CHABOT.—A Montréal, le 2 août est décédée Dame Marie Domitilde Clérilda Chabot, épouse de N. G. Chabot, M.D. Nos très sincères condoléances à notre confrère et ami.