

FEVRIER 1901.

## SOMMAIRE

---

### MÉMOIRES.

PAGES.

- 67 — L'obstruction nasale et ses conséquences..... *Foucher*  
78 — Un cas de hernie inguinale à double sac..... *Mercier*  
81 — Caroncules de l'urèthre..... *Harwood*  
87 — Luxation du testicule..... *Parizeau*  
91 — Le diagnostic précoce des fièvres éruptives..... *Benoit*
- 

### REVUE GÉNÉRALE.

- 102 — Traitement des pleurésies séro-fibrineuses..... *Hervieux*
- 

### SOCIÉTÉS.

- 109 — Société Médicale de Montréal—Séances du 18 décembre 1900 et du 15 janvier 1901..... *Dagenais*
- 

### ANALYSES.

---

#### MÉDECINE.

- 113 — Œdème pulmonaire (Basch).....

#### LARYNGOLOGIE. — OTOLOGIE.

- 114 — Le traitement du faux croup.—Traitement chirurgical de la sclérose otique — Rhinites spasmodiques — Sur les nodules vocaux — Le diagnostic anatomo-pathologique du cancer du larynx.....

#### THÉRAPEUTIQUE.

- 118 — Indications de la saignée.—Effets physiologiques et thérapeutiques de la digitale et ses principes actifs.....  
— Traitement de la coqueluche — Traitement radical

- des verrues vulgaires — Traitement de la méningite cérébro-spinale suppurée .... *LeSage*  
 — Nature et traitement de la myélite aiguë .....  
 — Faut-il traiter la fièvre .. .. .

## PHARMACOLOGIE.

- 122 — Iode .. .. . *Hervieux*  
 125 — Formulaire .. .. .

## VARIÉTÉS.

- 126 — Hérité et circoncision — Spécialiste et médecin  
 — La désinfection des puits par le permanganate de potasse — Sérum anti-venimeux — Crise épileptiforme et cérumen.

## BIBLIOGRAPHIE.

- 128 — La sardi-mutité, étude médicale. .... *St-Hilaire*

## MEMOIRES

---

### L'OBSTRUCTION NASALE ET SES CONSÉQUENCES (1)

Par le Professeur FOUCHER.

---

L'obstruction nasale, sous une forme ou sous une autre, peut être considérée comme un désordre très fréquent; et ses conséquences, peu appréciées de la généralité des médecins, peuvent être rangées parmi celles qui intéressent au plus haut degré le fonctionnement de l'organisme. En choisissant ce sujet de conférence, j'ai cru faire un rapprochement utile entre notre champ d'étude et le vôtre, afin de démontrer, une fois de plus, que toutes les branches de la médecine se prêtent un mutuel concours; que l'une ne peut marcher sans l'autre, que si d'un côté le médecin doit connaître quelque chose des différents domaines spéciaux, le spécialiste de son côté, ne doit pas oublier qu'il est membre de la grande famille médicale.

L'obstruction nasale a lieu de différentes manières: elle peut être passagère ou permanente, être le résultat d'état inflammatoires variés, de tumeurs nasales ou rétro-nasales ou d'une position anormale de la cloison.

Nous nous occuperons exclusivement, ce soir, des obstructions permanentes ou à peu près, les seules qui peuvent avoir des conséquences fâcheuses.

La rhinoscopie antérieure est, vous le savez par expérience, facile à faire. Une bonne lumière réfléchiée par un miroir frontal, un spéculum nasal, peu importe le modèle, une sonde ou deux, voilà tout l'arsenal nécessaire. La cavité éclairée laisse voir la cloison, d'un côté, les cornets inférieurs et moyens, de l'autre, avec leur méat, et cette vue se prolonge au loin vers les choanes. Le cornet inférieur, de structure spongieuse, est recouvert d'une membrane muqueuse dans laquelle s'anastomo-

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 18 décembre 1900.

sent de nombreux plexus veineux qui lui donnent le caractère de tissu érectile. Ce tissu s'étend le long du bord libre du cornet, et se développe surtout aux extrémités antérieures et postérieures. Selon le degré de turgescence de ce tissu nous voyons plus ou moins loin dans le méat inférieur. Après l'action du froid ou d'une ataque aiguë de coryza, ce canal est plus ou moins obstrué, la muqueuse se gonfle, devient d'une couleur rouge sombre. Si nous touchons ce gonflement, à l'aide de la sonde, nous avons la sensation d'un sac rempli de liquide. La sonde s'enfonce dans la turgescence, mais celle-ci reprend immédiatement son aspect antérieur. Il existe, en réalité, une fluctuation; mais elle est due uniquement au sang apporté au tissu érectile. Il suffit d'ailleurs d'appliquer une solution de muriate de cocaïne à 4% ou de capsule surrénale pour rétablir la condition normale du gonflement. Il existe encore un autre endroit de cavité nasale pourvue de tissu érectile, c'est sur la cloison, un peu plus bas que vis-à-vis le tiers antérieur du cornet moyen. Sur le cornet moyen, le long de son bord libre. Il n'y a donc rien de surprenant à ce que l'obstruction nasale soit fréquente si l'on tient compte de la facilité avec laquelle ces tissus érectiles se prêtent au gonflement. Aussi, faut-il faire la part des influences transitoires de nature vasomotrices qui ferment le conduit nasal sans cependant constituer un état pathologique sérieux permanent.

Les affections chroniques des fosses nasales déterminent une obstruction plus persistante et plus nuisible. C'est la muqueuse qui se tient en érection permanente dans les deux narines à la fois, ou qui laisse au patient l'usage d'une seule narine alternativement, c'est l'hyperplasie qui en résulte assez souvent et qui se traduit par des excroissances de formes variées, ce sont les sécrétions qui s'ajoutent à cette condition et ferment plus effectivement les fosses nasales, ce sont les croûtes de la rhinite atrophique. Ce sont les polypes qui pullulent dans le milieu humide créé par un catarrhe muqueux.

La cloison elle-même joue un rôle considérable dans l'obstruction nasale. Elle limite rarement deux cavités d'égales dimensions, plus souvent elle s'incurve de droite à gauche, présente à ses points d'union avec le vomer et la lamie criblée ou

les apophyses palatines des épaisissements qui rétrécissent le conduit nasal. Les obstructions dans les fosses nasales supérieures s'adressent plus directement à l'odorat et les obstructions inférieures à la respiration.

Un examen des fosses nasales ne saurait être complet à moins de pratiquer la rhinoscopie postérieure. Cet examen est un peu plus difficile à mener à bonne fin que celui de la rhinoscopie antérieure. Ici, il faut un abaisse langue, un miroir laryngien et un miroir frontal. La difficulté consiste à bien diriger le miroir en haut, en arrière du voile du palais. Ceci obtenu, les structures à examiner sont faciles à apprécier. Les patients, en général se prêtent facilement à cet examen, mais il en est d'eux comme des chevaux de selles, ils connaissent ceux à qui ils ont affaire. En faisant varier graduellement l'angle d'inclinaison du miroir on passe successivement en revue les choanes, la partie postérieure des cornets et de la cloison. En dehors des choanes, l'ouverture des trompes d'Eustache; à la voûte, une collection de tissu lymphoïde décrite sous le nom de " amygdale de Luschka. " Cet examen permet de constater si la muqueuse des cornets est tuméfiée (queue de cornet), s'il existe des polypes, enfin s'il y a des tumeurs adénoïdes, très rarement la partie postérieure de la cloison est déviée, mais elle offre parfois à cet endroit des renflements qui produisent la sténose.

L'examen direct des fosses nasales antérieures et postérieures nous met donc à même de constater s'il y a obstacle à la circulation de l'air par ces cavités, si cet obstacle est permanent, comme dans le cas de déviation de la cloison ou s'il est temporaire ou alternant comme dans les cas de tumeurs ou d'inflammations chroniques des voies nasales. Il est évident qu'une déviation ou une excroissance de la cloison crée un état permanent de gêne respiratoire, tandis qu'un polype, une tumeur adénoïde, un catarrhe chronique de la muqueuse nasale, font varier d'une journée à l'autre le degré de gêne qu'ils déterminent. Les influences atmosphériques interviennent et constituent un facteur avec lequel il faut compter, il est bien reconnu que l'humidité favorise l'obstruction nasale, les tumeurs adénoïdes, les polypes muqueux sont hygroscopiques, la mu-

queuse nasale elle-même est sensible à l'humidité de l'air inspiré.

Ces causes étant établies, résumons successivement les fonctions physiologiques du nez. L'air que nous respirons doit passer en grande partie par le nez, la bouche n'intervient dans l'acte respiratoire que dans les grands efforts. L'air inspiré passe à la partie inférieure des fosses nasales au-dessous du cornet moyen. Dans son parcours, il se réchauffe, se décharge des poussières qu'il contient et se sature de vapeur d'eau. Dans ces conditions il peut aborder les poumons. Les sécrétions nasales contribuent à abattre la poussière qui entre dans le nez.

A l'état normal, il aurait, d'après les expériences de Wutz et Lermoyez, la propriété de tuer quelques variétés microbiennes, entre autres la bactérielle charbonneuse, mais le mucus, à l'état pathologique serait moins puissant sous ce rapport. De récentes expériences de Violet, entreprises sous la direction de Charpentier, et publiées dans une thèse de Paris, (1) semblent démontrer que le pouvoir bactéricide du mucus normal, dépouillé de ses éléments figurés, est nul pour les espèces microbiennes pathogènes vulgaires, mais que les éléments figurés de ce mucus, au contraire, sont des agents actifs de la défense de l'organisme contre l'infection au niveau des fosses nasales. Ce sont les leucocytes contenus dans le mucus qui se chargent de cette défense en déterminant les phénomènes de phagocytose.

L'érectibilité des cornets favorise les fonctions nasales, dans les temps humides, par exemple, en augmentant ces surfaces, les fonctions sécrétoires et en activant la saturation aqueuse. La fonction olfactive a son siège à la partie supérieure des fosses nasales. Pour bien percevoir les odeurs, il faut inspirer fortement: les particules odorantes se diffusent à la partie supérieure en vertu des lois qui régissent les substances gazeuses, l'air et les poussières n'atteignent pas cette région. Si les odeurs sont désagréables, repoussantes, la grimace qui consiste à élever les ailes du nez, fait passer directement les mauvaises odeurs avec l'air inspiré dans la partie inférieure du nez.

(1) "Recherches sur les moyens de défense de l'organisme contre l'infection respiratoire au niveau des fosses nasales." - *Thèse de Paris*, octobre 1906.

Le nez joue de plus, le rôle de caisse de résonance, il imprime un cachet particulier à la voix humaine et lorsqu'il est obstrué la voix prend un timbre désagréable.

Les symptômes subjectifs de la sténose nasale doivent nécessairement s'appuyer sur les obstacles apportés à la fonction physiologique du nez. Cet organe est fait pour respirer, or la respiration étant gênée ou empêchée, il s'établit une respiration buccale. L'air passe en dessous du cornet moyen, dans un espace suffisamment grand pour qu'il puisse passer librement, acquérir un certain degré de chaleur, d'humidité et de filtration, le nez étant obstrué, l'air suit, pour entrer aux poumons une autre voie qui le laisse passer dans un état impropre à la respiration.

Enfin, si l'olfaction a quelque chose d'agréable, son côté désagréable ne laisse pas que d'être utile en nous avertissant charitablement de nous éloigner des choses qui sentent mauvais. Si le nez agit à la façon d'une caisse de résonance, la voix perd des qualités dans l'obstruction nasale et l'exercice de la parole devient une source d'ennuis et de fatigue.

Lorsque l'obstruction nasale est complète la difficulté de la respiration se manifeste surtout après des exercices violents et dans le cours de la nuit, pendant le sommeil.

Après une course rapide le sténosé est haletant on le croirait atteint d'asthme, sa gorge est sèche et il lui faut boire pour éprouver du soulagement. Quant au sommeil de ceux qui souffrent d'obstruction nasale, il nous est bien connu, il a dû troubler souvent votre propre sommeil pendant que vous étiez au collège, dans ces grands dortoirs ou les ronfleurs troublent seuls le silence des nuits. Qui n'a pas eu un de ces voisins turbulents dont le sommeil est un véritable combat pour la respiration. L'inspiration est bruyante, saccadée, clapottante, intermittente, elle s'arrête parfois, puis après une pause variant de quelques secondes à une minute, une longue inspiration survient suivie de plusieurs autres à brève échéance, l'individu est haletant, tout en sueur, il se tourne en tout sens sur sa couche et recommence le cycle de sa respiration pénible.

Le matin au réveil, il n'a pas eu sa dose de sommeil réparateur, il se lève fatigué, harassé, épuisé, il a mal à la tête, aux

reins, sa gorge est sèche ou remplie de mucosités qui l'écoeurent et lui ôtent l'appétit. Il se plaint d'étourdissements, de perte de mémoire, d'inaptitude au travail; symptômes qui doivent être plutôt attribués à l'anémie résultant d'une mauvaise respiration qu'à toute autre cause. Quelquefois le patient éprouve la sensation de quelque chose qui se déplace dans le nez ou la gorge et le bruit qui en résulte peut être entendu à une certaine distance, ces bruits de drapeau, de clapotement sont causés par le va et vient d'un polype ou d'une hypertrophie de la muqueuse. Un autre symptôme qui se manifeste dans ces cas est un reniflement désagréable et répété, un effort inutile pour respirer par le nez. La sécrétion nasale peut être exagérée au point que l'oreiller des patients en est tachée, quelquefois teintée de sang.

La voix est épaisse, gutturale, nasonnée; ce qui est dû non-seulement à l'obstruction et à l'excessive humidité des fosses nasales, mais aussi à un état semi-paralytique du voile du palais.

L'odorat est souvent affaibli, quelquefois aboli. Le sens du goût s'en ressent. Il en résulte un certain dégoût pour les aliments, l'appétit s'affaiblit, le patient abuse du sel, du poivre, de la moutarde et des marinades afin de donner un certain goût à des aliments qui lui paraissent insipides. Cependant, l'absence d'odorat n'implique pas nécessairement l'absence du goût, car les particules odorantes peuvent encore dans ces cas, pendant l'acte de la mastication, monter à la suite du pharynx et atteindre les zones olfactives.

Le développement du thorax en cage de poule, signalé par Dupuytren et attribué par lui à l'hypertrophie des amygdales est une des conséquences les plus fâcheuses de la respiration buccale. Pour bien se rendre compte de ce mode de développement de la cage thoracique il n'y a qu'à obstruer les deux narines et à inspirer fortement par le nez. On constate à ce moment un enfoncement de l'appendice xyphoïde et une voussure du thorax. Si maintenant vous prenez en considération l'obstruction nasale chez un enfant, en voie de développement, vous comprenez facilement qu'un jeu aussi anormal du thorax ne peut faire autrement que de développer à la longue une

voissure définitive qui représente le type respiratoire de l'individu. Si vous ajoutez à cela que les enfants qui respirent mal n'absorbent pas suffisamment et régulièrement l'oxygène indispensable au renouvellement du sang, qu'ils deviennent anémiques, qu'ils subissent facilement l'auto-infection, qu'ils développent du rachitisme, vous aurez une idée complète du tableau clinique que présentent les adénoïdiens, parce que ceux-là surtout respirent mal par le nez.

En vérité lorsque nous rencontrons des désordres aussi graves, simplement comme conséquence d'obstruction nasale, on ne peut manquer d'être frappé de l'importance des fonctions nasales, quoiqu'il soit difficile de concevoir au premier abord pourquoi la respiration buccale plus aisée ne serait même pas préférable.

Il est assez probable que la contraction des tubes bronchiques est une valve régulatrice physiologique qui empêche l'air impropre à la respiration de pénétrer jusqu'aux vésicules pulmonaires et que ce jeu des bronches a pour effet de renforcer les fonctions du nez, de les compléter en quelque sorte.

Mais à elles seules, elles ne peuvent suffire à la tâche, on en a une preuve manifeste dans les cas d'asthmes. Aussi longtemps qu'un asthmatique peut respirer librement par le nez le malaise qu'il éprouve est supportable, mais le nez est-il sténosé, la gêne respiratoire est intense, l'angoisse est excessive. Bien plus, le traitement nasal de l'asthme a enregistré de nombreux succès, il a suffi d'enlever des polypes, des hypertrophies de la muqueuse des cornets, de corriger des déviations ou des épaissements de la cloison pour obtenir une guérison d'attaque d'asthme.

Sans doute, l'asthme n'est pas toujours d'origine nasale, cette maladie peut être étudiée à beaucoup d'autres points de vue qui n'entrent pas dans le cadre de ce travail, mais il est bon de se rappeler le rôle capital que joue le nez dans cette maladie.

La sténose nasale, passagère ou permanente, a son retentissement sur toutes les cavités qui sont tributaires du nez, ce sont les sinus qui se congestionnent, dont l'ouverture devient rétrécie ou obstruée, ce sont les canaux lacrymaux qui opposent un obstacle au cours régulier des larmes et qui en favorisent la

décomposition, exposant l'œil, par le fait même, à toute sorte de danger d'irritation et d'infection, enfin, c'est l'oreille elle-même qui est menacée par les relations intimes qui existent en la trompe d'Eustache et la cavité nasale du même côté.

Que la surdité, si commune dans ces cas, soit considérée comme une extension d'un état catarrhal, ceci reste ouvert à la discussion. Ce qui est certain c'est que la surdité récente, résultant de tumeur adénoïde et accompagnant une gêne respiratoire nasale cède comme par enchantement à l'opération des végétations.

S'il est difficile d'établir la juste part qui revient aux tumeurs adénoïdes comme facteur d'otite moyenne, il est impossible de méconnaître la part qui revient à un état catarrhal des fosses nasales et du naso-pharynx, il est plus rationnel d'admettre que ces deux états se prêtent un mutuel secours et concourent parallèlement à produire les affections de l'oreille moyenne si communes dans l'enfance.

Nous pourrions faire le même rapprochement entre les déviations de la cloison, l'état catarrhal des fosses nasales et la surdité. Depuis longtemps nous avons été frappé de la fréquence des maladies de l'oreille moyenne et surtout l'otite scléromateuse chez les porteurs de fortes déviations de la cloison. Nous avons même tenu note d'un grand nombre de cas notant avec soin le côté sténosé, l'oreille atteinte de sclérose et le degré de surdité.

Ces observations, qu'il serait fastidieux de reproduire ici, démontrent à quelques exceptions près que la surdité siège généralement du côté sténosé et dans les cas où elle existe des deux côtés elle est généralement plus prononcée du côté de la déviation ou de l'épaississement de la cloison.

Il eut été intéressant de pouvoir établir le degré de sténose par la différence du volume d'air qui circule dans chaque narine, mais ces recherches exigent un outillage peu en rapport avec un service hospitalier, d'ailleurs, un instrument d'une valeur précise est encore à trouver. A défaut de points de comparaison d'une nature exacte, nos observations et le jugement qui en découle ont porté sur des cas très prononcés où l'air passe avec difficulté en sifflant dans la fosse nasale rétrécie.

Encore ici pourrait-on invoquer l'état catarrhal si commun dans ces cas pour expliquer la surdité, on pourrait aussi invoquer l'état particulier du naso-pharynx qui résulte du passage d'un volume d'air trop considérable par la narine oppressée et surtout par les conditions dans lesquelles cet air arrive à la paroi pharyngée.

Nous sommes portés naturellement à considérer le mal où il se trouve localisé sans penser toujours à rechercher les causes au loin, nous en avons un exemple, à propos du larynx devenant enflammé sous l'influence d'une sténose nasale, nous pourrions en dire autant de la prétendue pharyngite sèche et de la pharyngite granuleuse. Que de fois cet état est dû à une respiration nasale défectueuse. Dans la pharyngite sèche, par exemple, l'air, au lieu de circuler librement dans les interstices humides du nez, passe directement en arrière le long du méat inférieur et arrive sur la paroi pharyngée dans une condition anormale de sécheresse. De même qu'une rivière coule plus rapidement lorsque ses rives se rétrécissent, ainsi en est-il de l'air inspiré passant par le méat inférieur avec une vitesse anormale, s'évaporant rapidement et laissant une pellicule de mucus desséché. L'apparence desséchée de la muqueuse se localise à la paroi pharyngée, les piliers et le voile du palais ne participent jamais à cet état, la sécheresse correspond à la partie exposée aux courant d'air inspiré.

Généralement cette pharyngite sèche est interprétée à tort comme synonyme de pharyngite atrophique, mais en observant attentivement on ne tarde pas à constater qu'elle se rencontre avec l'hypertrophie et qu'elle est réellement un symptôme d'obstruction nasale, s'accompagnant en même temps d'une laryngite chronique.

Les tumeurs adénoïdes, facteurs importants de surdité, jouent un rôle proéminent dans l'occlusion nasale. Chez un grand nombre de patients souffrant de tumeurs adénoïdes la cavité des fosses nasales apparaît petite, le palais dur est arqué et rétréci en avant. Le maxillaire supérieur prend une forme en V; plus cet état est prononcé plus la voûte est élevée. Les dents se développent mal (over crowded) dans un espace devenu trop étroit, le massif du maxillaire supérieur s'affaisse,

la cavité des sinus est moins grande; la maxillaire inférieure tombe et le sillon labio-nasal s'efface en étant attiré directement en bas. Ceci donne un certain air d'hébétude aux adénoïdiens que justifie jusqu'à un certain point un manque de développement intellectuel en rapport avec une audition défectueuse, un état maladif constant, mais cet état n'appartient pas en propre aux tumeurs adénoïdes puisqu'après tout il n'est que le résultat d'une gêne respiratoire nasale, on pourrait se demander si l'obstruction nasale causée par le catarrhe détermine l'apparition des tumeurs adénoïdes ou si ce sont ces dernières qui sont la cause du catarrhe nasal. C'est surtout dans les climats froids qu'on remarque le plus de tumeurs adénoïdes mais c'est aussi dans ces climats que les affections aiguës et chroniques du nez sont les plus fréquentes. Les tumeurs adénoïdes apparaissent souvent après la rougeole et la scarlatine où l'on sait que le symptôme du début de ces pyrexies est le coryza et qu'il se continue après la guérison de la fièvre. Un fait certain c'est qu'une gêne dans le naso-pharynx entraîne nécessairement un tirage plus fort et ce tirage exagéré a l'effet d'une vantouse sèche sur la muqueuse nasale, attirant le sang dans la muqueuse des cornets aspirant l'air de l'oreille moyenne et des sinus et produisant un colapse du massif des os de la face. Il s'établit certainement alors un cercle vicieux, ou la sténose nasale favorise l'accroissement des tumeurs adénoïdes ou ces dernières augmentent l'hypertrophie de la muqueuse nasale. On aurait tort de tout attribuer à ces causes et de ne pas prendre en considération le terrain sur lequel se développe cet état. Terrain héréditaire prétend Meyer et Lœvenberg, dans tous les cas, terrain spécial où le tissu lymphoïde a une grande facilité à prendre de l'extension. On serait tenté de croire que les tumeurs adénoïdes sont les causes principales, puisque, étant enlevées on voit le nez devenir libre, le catarrhe disparaître, l'oreille devenir plus claire et la santé générale prendre un essort immédiat vers le mieux. Cependant dans le cas de perforation du voile du palais, les tumeurs adénoïdes sont la règle, acquèrent un développement considérable. Dans ces cas, l'air en passant librement par le nez arrive immédiatement dans le pharynx buccal, c'est-à-dire qu'il n'ex-

iste plus de cavité correspondant au pharynx nasal. Peut-on supposer que dans ce cas comme dans les autres cas de tumeurs adénoïdes, le pharynx nasal ne pouvant remplir ses fonctions réchauffer l'air froid qui arrive par le nez, le sang qui remplit ce rôle à l'état normal s'emploie alors à suralimenter le tissu lymphoïde qui existe déjà?...

Ce serait d'ailleurs l'application d'un principe bien reconnu, que l'interruption dans l'accomplissement d'un travail nécessaire produit l'hypertrophie ce serait une dérivation de nutrition. Nul doute que le contrôle exercé par le système vasomoteur chez des sujets sains peut contrebalancer pendant un certain temps la tendance à la dilatation artérielle, mais à la longue la succion sur les veines et les lymphatiques dans la sténose nasale finit par l'exempter surtout chez des sujets affaiblis par d'autres maladies.

Comme conclusion de ce qui précède je ne saurais trop insister sur la nécessité de surveiller attentivement la respiration nasale, de ne pas oublier que c'est la porte d'entrée de l'oxygène, de la nourriture du poumon, du sang, nourriture aussi importante que celle du carbone qui passe par l'œsophage. Que, pour cette raison, le bien-être général est intimement lié à une respiration nasale normale; que l'oreille est menacée aussi longtemps que la sténose nasale existe, enfin que le fonctionnement régulier du poumon, des bronches, du larynx et du pharynx nasal est incompatible avec une respiration exclusivement buccale.

Enfin, mettant à profit les données nouvelles sur la phagocytose nasale il ne faut pas perdre de vue que le mucus nasal normal lutte de son côté pour la défense de l'économie contre les invasions microbiennes et qu'à l'état pathologique cette défense s'affaiblit ou s'annule. Il est donc de la plus haute importance d'assigner au nez dans l'étude de certaines affections la place importante qu'il a droit d'occuper.

## UN CAS DE HERNIE INGUINALE A DOUBLE SAC (1)

Par O.-F. MERCIER

Chargé de la clinique chirurgicale à l'Université-Laval. Chirurgien en chef de l'Hôpital Notre-Dame.

Permettez-moi de vous rapporter un cas de hernie opérée dernièrement et qui, au point de vue anatomique, présente un certain intérêt.

Petite hernie inguinale gauche, directe, contenant de l'épiploon et de l'intestin et paraissant être complètement réductible. Le malade, âgé de 45 ans, a sa hernie depuis quatre à cinq ans, et a, dès les débuts, porté un bandage.

Après examen minutieux, local et général, auscultation, examen des urines, etc., je décide l'intervention sous le chloroforme que le patient préfère. Incision oblique haut située, débridement du canal inguinal dans toute l'étendue de sa paroi antérieure, puis dissection du sac. Cette dissection se fait facilement jusqu'à l'anneau interne. J'oubliais de dire que la hernie n'était pas de type congénital.

Le sac ouvert, j'y trouve de l'épiploon irréductible et adhérent intimement à toute sa surface interne. Je décolle par des tractions légères, aidé de petits coups de ciseaux, cet épiploon, jusqu'au pourtour de l'anneau interne du collet du sac, je cherche à pénétrer dans la cavité abdominale, mais cet accollement entre le péritoine et l'épiploon se continue trop loin pour que j'ose poursuivre cette manœuvre jusqu'au bout.

Je vous avoue que j'eus alors un moment d'hésitation. J'avais déjà vu deux différents chirurgiens enlever chacun une partie de la vessie de leur malade, il est vrai qu'il n'en était pas résulté grand mal, mais je n'aurais pas voulu que la même chose m'arrivât.

L'anneau interne était très large, la hernie directe, j'étais certainement en droit de craindre cette éventualité.

Pour m'assurer que je n'ai là autre chose que du tissu épiploïque, je fends en deux, longitudinalement, cette portion d'épiploon. N'y trouvant rien de particulier, je passe une ligature

(1) Communication faite à la Société médicale de Montréal, séance du 4 décembre 1900.

double à travers sa base, je l'attache solidement et l'enlève d'un coup de ciseaux. Ligaturer le sac, libérer en bloc les éléments du cordon, compléter mon intervention par un Bassini, fut l'affaire de quelques instants.

Le pansement ayant été mis en place, j'examine les pièces enlevées. Quand au sac, rien de particulier, je passe à l'épiploon et je vous assure que grande fut d'abord ma surprise et grand aussi fut mon effroi en constatant que cette dernière pièce présentait aussi la forme d'un sac, que je retournai d'ailleurs à l'envers, dont l'intérieur tapissé de tissus présentant macroscopiquement toutes les apparences de la surface interne de la vessie.

Cependant, après quelques instants de réflexion, je trouvai l'épaisseur entière de ce second sac trop mince pour de la paroi vésicale, et d'ailleurs cette couche de tissus celluloso-graisseux qui en formait l'extérieur n'avait aucunement l'apparence péritonéale.

Tout de même, pour acquit de conscience, j'en fis faire l'examen histologique par M. le docteur Bernier, chef de notre laboratoire, et j'eus la satisfaction d'apprendre que le microscope en faisait lui aussi de l'épiploon. En voici d'ailleurs le rapport :

“ Sur une coupe oblique de l'organe suivant l'épaisseur on y trouve du tissu fibroïde, et à un certain endroit, la couche endothéliale du péritoine avec ses cellules pavimenteuses, petit fragment probablement détaché par le rasoir, étalé en surface et adhérent par un point aux autres couches. Aucune trace de muqueuse intestinale ou vésicale.”

Comment maintenant expliquer cette disposition et l'existence de ces deux sacs exactement superposés l'un dans l'autre. En voici, je crois, l'explication fort simple: l'épiploon descendant très-bas, l'intestin appuyant sur sa surface étalée sur la partie inférieure et antérieure du péritoine pariétal, en poussa jadis, lors de la formation de cette hernie, vers l'anneau dilaté préalablement, une certaine partie dont il se recouvrit entièrement. Cette partie de l'épiploon débordant tout à l'entour de l'anneau finit par adhérer totalement au sac, au collet du sac et au péritoine pariétal même, en sorte que dans la suite, le sac proprement dit demeura lui-même définitivement

tapissé de cette seconde couche que l'intestin venait continuellement habiter lors de sa descente. Ce choc, cette douce friction de l'intestin finit par accroître et compléter cette symphyse de l'épiploon au sac et de plus, augmenter l'épaisseur de la trame élastique de l'épiploon tout en donnant cette apparence spéciale, qui m'avait d'abord trappé, à la couche épithéliale pavimenteuse de l'organe hernié.

J'ai cru devoir, Messieurs, vous rapporter cette observation non-seulement parce que cette disposition anatomique est très-rare, mais surtout pour vous faire part de l'inquiétude que me causa la découverte de ce second sac, dont je ne pus d'abord m'expliquer l'existence.

Mon inquiétude d'ailleurs eût double raison de cesser bientôt, car la guérison rapide et sans aucune réaction inflammatoire s'opéra si bien que mon opéré put quitter l'hôpital dix jours plus tard, complètement guéri et n'ayant éprouvé aucune espèce de douleur ou de trouble, tant du côté de sa plaie entièrement cicarisée que du côté de sa vessie absolument intacte.

---

## CARONCULES DE L'URÈTHRE (1)

Par DE J. HARWOOD

Agrégé-Gynécologiste de l'Hôpital Notre-Dame.

Le sujet que je voudrais ce soir étudier avec vous, n'est pas, je le sais, de haute volée scientifique; cependant, j'espère que, par suite de son côté essentiellement pratique, vous voudrez bien lui faire bon accueil.

Les affections de la vessie et de l'urèthre chez la femme—affections pour lesquelles nous sommes si souvent consultés—sont, dans la grande majorité des cas, le résultat d'une infection.

Et cet état de choses n'a rien de bien étonnant: si l'on se rappelle l'anatomie microscopique et la disposition de ces organes.

L'urèthre, tapissé d'un épithélium délicat, où se groupent de nombreuses lacunes et glandes, débouche directement dans les organes génitaux externes. Or, il est admis que, même à l'état normal, la vulve et le vagin constituent un cloaque où cohabitent de nombreux micro-organismes. Si vous ajoutez, à ce mauvais voisinage, les agents infectieux apportés du dehors, par les coïts impurs, le contact de vêtements souillés, les manipulations chirurgicales ou de simple toilette vous vous rendrez compte de la facilité avec laquelle l'urèthre peut être coraminé.

Parmi les ennemis envahisseurs de la muqueuse uréthrale, le plus actif comme le plus répandu est certainement le gonocoque.

Je crois pouvoir affirmer sans exagération que, s'il nous était possible, à un moment donné, de supprimer complètement l'infection blennorrhagique, nous verrions diminuer, dans une proportion très considérable, les troubles de l'appareil urinaire chez la femme.

Cette grande fréquence de l'infection des voies urinaires, jointe à un mode d'examen insuffisant, nous pourrions même dire tout à fait défectueux, explique les erreurs si souvent com-

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 14 janvier 1900.

mises dans l'appréciation des lésions que nous rencontrons du côté de ces organes.

Le médecin, par routine, semble voir partout et toujours de la cystite et de l'urétrite.

Procéder de la sorte, c'est mettre de côté tout un groupe d'affections qui n'ont rien de commun avec ces lésions inflammatoires et qui, nécessairement, réclament un tout autre traitement. L'erreur de diagnostic entraîne fatalement l'application d'un traitement erroné, qui sera pour le moins, tant pour la malade que pour le chirurgien lui-même, désappointant dans ses résultats.

Même si nous écartons ce groupe très important d'urétrites infectieuses, nous restons avec toute une série de lésions pathologiques capables d'entraver le bon fonctionnement de l'urètre.

Qu'il nous suffise de citer ici les cancers, le polypes, et les caroncules. Ces derniers, par ordre de fréquence, occupent le premier rang, aussi est-ce à leur étude que je limiterai mon travail.

Les caroncules de l'urètre furent reconnus dès 1750 par S. Sharp, qui les décrit " de petites excroissances du méat urinaire, capables de déterminer de grands troubles dans un organe aussi sensible que l'urètre. En 1751 Morgagni qui les signala au cours d'un examen post-mortem, pratiqué sur une fille de 15 ans. Depuis, cette affection fut bien étudiée et la littérature à consulter sur ce sujet est volumineuse.

Les caroncules sont de petites tumeurs vasculaires qui se développent sur la muqueuse uréthrale au voisinage du méat, plus généralement sur sa moitié inférieure.

Ces tumeurs, que l'on rencontre, sont de différentes dimensions, depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une amande, elles affectent des formes variées. Tantôt à base large, elles s'étalent sur la muqueuse, présentant une surface bosselée, tantôt elles ne sont retenues que par un pédicule grêle et long qui leur permet de flotter librement au niveau du méat. Elles sont de couleur rouge vif, et d'une sensibilité excessive. Ces néoplasmes sont, de plus, compressibles, c'est-à-dire que sous la pression des doigts leur volume diminue.

La constitution histologique de ces néoplasmes est simple : des vaisseaux nombreux et dilatés, du tissu conjonctif recouvert d'épithélium pavimenteux ; on n'a pas démontré d'une manière satisfaisante, la présence, dans ces tissus, d'une proportion exagérée de fibres nerveuses, comme semblerait l'indiquer leur sensibilité toute particulière.

Le symptôme révélateur de ces tumeurs, c'est la douleur, accentuée surtout au moment de la miction, quelquefois le mouvement suffit pour la réveiller. Les souffrances déterminées par la présence de ces caroncules peuvent atteindre un tel degré qu'elles ont un retentissement considérable sur la santé générale des malheureuses qui les portent. Ces femmes ne sont plus que de véritables infirmes constamment préoccupées de leur cruelle affection.

Les douleurs déterminées par les caroncules, s'irradient vers l'utérus, la portion supérieure du vagin et la région sacrée, d'où l'erreur fréquente d'incriminer les organes pelviens comme coupables de tous ces méfaits.

Nous avons personnellement rencontré des malades, qui, pendant des semaines, avaient été soumises à des douches et à des pansements vaginaux alors qu'elles ne souffraient qu'à cause de la présence d'un caroncule urétral. Quand, avec une histoire de douleurs vives, lancinantes, *dans le passage*, — comme nous disent les malades, — douleurs, qui atteignent leur paroxysme au moment des mictions, l'on peut raisonnablement exclure l'urétrite aiguë, la présence d'un caroncule de l'urèthre doit être soupçonnée et soigneusement recherchée.

Pour la recherche de ces tumeurs de l'urèthre, le toucher seul, malgré les données qu'il peut fournir, n'est pas suffisant. Il faut avoir recours à l'examen du conduit urinaire. Pour arriver à faire une bonne inspection de cet organe l'on se trouvera bien de procéder comme suit : placez la malade dans la position dorsale, en face d'une fenêtre ou d'une lumière artificielle, de manière à vous ménager un bon éclairage, faites écarter largement les genoux, puis étalez bien la portion supérieure de la vulve afin de mettre à jour tout le bulbe urétral, dans ces conditions votre tâche devient facile.

En effet, si, à l'entrée de l'urèthre, implantée sur la muqueuse

se, se trouve une petite masse charnue, rouge vif et sensible, il vous est permis de poser le diagnostic de caroncule de l'urèthre. Ces néoplasmes, ne se révèlent cependant pas toujours aussi nettement que je viens de l'indiquer. Les symptômes peuvent être moins accentués. La tumeur, rudimentaire, ou située plus haut dans le canal uréthral, n'est plus que difficilement aperçue, dans quelques cas même. sa recherche nécessitera l'aide d'un spéculum uréthral.

Le diagnostic de caroncule de l'urèthre posé, quel moyen prendre pour en libérer notre malade. Pour être efficace, le traitement doit toujours entraîner la destruction complète du tissu néoplastique. La guérison ne sera possible qu'à cette condition, car, les caroncules ont une propension très considérable à récidiver.

Pour arriver à ce résultat, nous disposons de moyens divers: l'application de caustiques chimiques, l'ablation par le bistouri, l'ignition par le galvano-cautère. L'usage des caustiques n'est pas sans inconvénients, il est difficile de bien limiter leur action, tant en profondeur qu'en étendue, aux tissus à détruire et nous sommes exposés à laisser de larges surfaces avivées dont la cicatrisation pourrait compromettre le calibre de l'urèthre.

Le bistouri est de beaucoup plus avantageux, mais le chirurgien doit faire en sorte, au cours de l'intervention, de respecter toute la muqueuse saine afin d'éviter les ennuis d'un rétrécissement post opératoire.

Le galvano-cautère est à notre avis l'instrument de choix: son action est sûre, sa manipulation facile et précise. Les bons services qu'il nous a rendus dans presque tous nos cas, font que nous lui accordons volontiers la préférence.

Pour l'exécution de ces opérations, l'anesthésie générale, n'est pas toujours nécessaire. Il suffit, le plus souvent, d'appliquer pendant quelques minutes au niveau de la tumeur, un tampon de ouate imbibé d'une solution de cocaïne à  $\frac{5}{100}$ , pour enlever toute sensibilité.

Si l'opération est pratiquée avec les précautions aseptiques d'usages, la guérison complète se fera promptement et le soulagement est immédiat.

Vous voudrez bien me permettre de terminer ce modeste travail par le rapport de deux cas, choisis entre douze ou quinze qu'il m'a été donné d'observer. Je les considère comme typiques et peut-être leur souvenir vous sera-t-il de quelque utilité si les hasards de la pratique générale vous plaçaient en face de cas présentant quelque analogie avec ceux que je vais vous décrire succinctement.

*1er cas.* — Mad. B. . . âgée de 44 ans, veuve, mère de 5 enfants dont 3 vivants. Bonne santé, jusqu'à il y a un an environ — menstruation normale, — n'a jamais eu de troubles du côté des voies urinaires, des intestins ou de l'utérus.

Pas d'infection notable au moment des couches, pas d'histoire de blennorrhagie.

Depuis la mort de son mari, Mad. B. . . restée sans ressources, dut travailler beaucoup dans une maison de pension qu'elle dirige elle-même. Il y a douze mois environ, les mictions deviennent pénibles, légères d'abord, mais bientôt ce sont de véritables souffrances que la malade endure. Après quelque temps elle se voit forcée de consulter un médecin. Celui-ci porte tout au compte de *son âge* et lui prescrit une purge et des douches vaginales.

Le soulagement fut nul. Les symptômes allèrent en augmentant à tel point que la pauvre malheureuse ne peut plus vider sa vessie sans pousser des gémissements, elle en est rendue à se réfugier dans une pièce écartée de sa maison pour uriner afin d'éviter d'être entendue de ses enfants à qui elle cache scrupuleusement sa situation.

C'est dans cet état qu'elle se présente à mon bureau. L'examen révèle la présence d'une caroncule de l'urèthre de la grosseur d'un noyau de datte et excessivement sensible.

Le lendemain, Mad. B. . . que je persuade, non sans difficulté, de l'efficacité et de la non gravité de l'intervention, est délivrée de sa caroncule. Si les beaux sentiments, éloquemment exprimés, peuvent être une récompense pour nos peines, j'ai certes, cette fois, été largement payé de mon travail.

*Ile cas.* — Mademoiselle N. . . , âgée de 21 ans, état général peu satisfaisant. Menstruation régulière mais douloureuse, leucorrhée peu abondante. Pas d'infection appréciable. Souffre

depuis deux ans *dans le passage*, surtout au moment d'uriner. Mlle N. . . a reçu pour cette affection les soins de deux médecins, traitement interne.

Depuis 4 à 5 mois les douleurs sont beaucoup plus accentuées, *atroces* me dit la malade. Mlle N. . . , éclairée des *savants conseils* de sa mère et un peu aussi de sa voisine, rapporte toutes ses souffrances à sa matrice, qu'elle croit très malade.

Cette conviction lui fait remettre depuis plusieurs mois un mariage avantageux. Ces souffrances morales jointes aux peines physiques ont notablement altéré sa santé.

Appelé auprès d'elle, je n'ai pas de peine, après un examen local, à porter le diagnostic de caroncule. La tumeur, grosse comme une groseille, ferme presque le méat urinaire. Quelques jours plus tard je pratiquais l'opération qui devait débarrasser Mlle N. . . de ses douleurs *atroces*. Nous avons eu l'honneur et le plaisir d'être informé de son mariage.

---

## LUXATION DU TESTICULE

Par T. PARIZEA \*

Charge du cours de médecine opératoire à l'Université Laval. Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

Un accident du travail nous a mis à même d'observer au mois d'août dernier, un malade des plus curieux. Il s'agit d'une luxation du testicule gauche, affection rare en soi et se présentant en l'espèce dans des circonstances des plus bizarres.

Le malade, un homme de 64 ans, de taille et de résistance moyenne, travaillait à une excavation, lorsqu'un éboulement l'ensevelit complètement. On le sortit de là à moitié asphyxié et porteur de nombreuses contusions. L'interne ambulancier le trouva dans un état voisin du coma, d'où il ne sortit que pour se plaindre de douleurs intolérables au côté gauche du thorax. Après examen, on fit le diagnostic d'une triple fracture de côtes et le malade fut amené à l'hôpital, où le traitement approprié ne le soulagea qu'à demi. En effet, il demeura sous le coup d'une réaction nerveuse extrêmement pénible. Pâle, le pouls rapide et faible, la respiration fréquente et douloureuse, il présentait en outre, cette particularité de vomissements alimentaires et autres, répétés et prolongés fort avant dans la nuit. Sous l'effet d'une stimulation active, il reprit un peu d'aplomb vers le matin et put même dormir quelques heures avant ma visite, ce qui me le fit voir sous un aspect un peu moins misérable. Mon examen confirma le diagnostic établi et tout paraissait en bonne voie, lorsque dans la deuxième semaine de son séjour chez nous, un bon matin, le malade attira mon attention sur une tuméfaction située à la surface inférieure de son pénis. Un peu molle, assez régulièrement ovalaire, à peu près indolore, cette masse, au niveau de laquelle, la peau était ecchymosée, me parut être un hématôme et je fis appliquer immédiatement un pansement humide et compressif. Je songeai d'autant moins au testicule, que le scrotum paraissait normal des deux côtés quant au contenu. A peine y avait-il un peu d'œdème accompagné d'ecchymose extrême. Je revis le ma-

lade les jours suivants et les symptômes extérieurs s'améliorant, je restai finalement avec la tuméfaction sous-pénienne mieux définie, moins floue, et un scrotum plus souple, ce qui me permit de constater qu'il était veuf de sa glande, celle-ci ayant vraisemblablement élu domicile plus haut.

Du reste, on n'en trouvait trace, ni dans le canal inguinal, ectopie en retour de Foville, ni aux environs du pubis, ni au niveau du périnée, luxations proprement dites, dont on possède deux ou trois exemples. Force était donc d'accepter comme testicule cette bizarre tuméfaction sous-pénienne, malgré l'in vraisemblable trajet nécessité par une telle migration et malgré surtout l'absence totale de réaction inflammatoire ou douloureuse. Tout au plus avait-on dû ouvrir l'œil sur cette réaction nerveuse des premières heures caractéristiques de certaines contusions des glandes génitales. Encore ces troubles réflexes seraient-ils, à la rigueur, également attribuables au traumatisme général assez violent peut-être pour avoir donné le branle. Quoiqu'il en soit, le diagnostic étant posé, je pensai laisser intact le nouvel état anatomique. Cependant, sur réclamation du malade et sur représentation de sa part, que la fonction de l'organe pourrait bien être compromise, je fis l'intervention sanglante que me permit de constater toute chose en bonne et due forme.

J'incisai obliquement la partie du scrotum en allant vers la racine de la verge. Je trouvai la vaginale remplie d'un liquide séreux analogue à celui de l'hydrocèle, liquide que je pouvais avant l'incision faire refluer vers la partie renflée de la verge. J'essayai à ce moment de réduire la glande à travers l'ouverture qui avait permis son déplacement, mais la cicatrisation déjà fort avancée avait atrésié l'anneau et je dus débrider assez largement pour permettre la réintégration de la glande vagabonde dans la vaginale. Restait à l'y maintenir et à combler le vide sous-pénien. Je pus constater à cette occasion, une particularité souvent mentionnée à propos de la cure radicale des hydrocèles vaginales. On sait, en effet, que le feuillet pariétal de la séreuse, après excision complète, se reconstitue par extension du feuillet viscéral, la nécessité de favoriser le glissement de la glande créant cette ressource et reconfirmant l'axio-

me physiologique de " la fonction créatrice de l'organe." Le testicule chassé brutalement de son nid, en entraînait les débris, et de ces débris, immédiatement, sortait une autre gaine épithéliale complète que je pus disséquer et suivre jusqu'au-dessous de la boutonnière qui avait donné issue à la glande. Je la réséquai à ce niveau et la fermai d'un surjet emprisonnant ainsi la glande réintégrée.

La peau à son tour étant refermée, je posai sur le tout un pansement de collodion au traumatol, pour obtenir, par rétraction de celui-ci, une adhérence parfaite des couches profondes et j'eus la satisfaction de voir mon malade guérir sans encombre. Je l'ai revu à plusieurs reprises, depuis sa sortie, et la glande ne paraît pas, après plusieurs mois, avoir subi la moindre atrophie.

Il semblerait plausible de trouver cette atrophie après un pareil traumatisme. De même estimerait-on impossible que le même traumatisme ne produisît pas la réaction inflammatoire d'une formidable orchite, le testicule réagissant si rapidement et si violemment pour une contusion parfois insignifiante. Et celle-ci ne fut pas insignifiante. Que l'on songe à l'énorme pesée de l'éboulis qui fracture trois côtes et trouve moyen de pousser à travers une couche de membranes fibreuses de glande résistante, la glande génitale coiffée de sa séreuse. L'anatomie topographique de la région nous apprend, en effet que sur le chemin parcouru par le testicule au moment du traumatisme, le pénis étant relevé, on trouva le feuillet viscéral de la vaginale, la tunique fibreuse particulièrement dense dans l'espèce, le dartos, sans compter les fibres crémastériennes et les diverses couches de tissu cellulaire interposées. Il a donc fallu une force considérable pour faire trouée, et le merveilleux, c'est qu'au bout de cette violence on trouve une réaction nulle ou à peu près. On n'observe même pas, au moment de l'opération, les symptômes légers de la contusion du testicule au premier degré, légères suppressions sanguines sous-albuginées et provenant de la rupture de petits vaisseaux intertubaires. Le testicule est de couleur et de consistance normales et sa nutrition, la suite l'a prouvé, n'a pas reçue d'accroc.

Autre détail inédit, la localisation de la glande sous la partie moyenne du pénis.

Dans les deux observations publiées jusqu'à ce jour, on a rencontré, le testicule, une fois (observation de Hess) logé dans la bourse du côté opposé, ayant ainsi traversé la cloison, et dans l'autre cas, (observation de Bruns) sous la peau du pubis.

L'un et l'autre patient avaient roulé sous les roues d'un véhicule, subissant ainsi, un traumatisme qui selon le cas, peut être anodin ou fatal, mais n'est en rien plus considérable que l'éboulis qui nous a permis d'observer le curieux échantillon de pathologie que nous avons cru intéressant de rapporter, peut-être un peu longuement.

**LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DES FIÈVRES ÉRUPTIVES (1)**

Par E. P. BENOIT

Professeur suppléant de pathologie interne à l'Université Laval.

Voici un chapitre de pathologie interne qui est pour nous, médecins praticiens, d'une importance de premier ordre, et qui mérite d'attirer toute notre attention. Non seulement est-il nécessaire de poser le plus tôt possible le diagnostic des fièvres éruptives, si l'on veut être en mesure d'établir d'une manière efficace les principes de prophylaxie que l'hygiène nous enseigne, mais encore faut-il être en état de ne pas faire d'erreur de jugement, si l'on tient à conserver sa bonne réputation de médecin. Or, ce chapitre du diagnostic des fièvres éruptives paraît passablement compliqué à première vue, et demande à être analysé avec quelque détail si l'on veut en avoir une idée d'ensemble suffisamment juste. Ayant eu dernièrement à expliquer ces choses à messieurs les étudiants, j'ai été frappé par certains points auxquels, à mon avis, les auteurs ne donnent pas suffisamment de relief, et cela m'a suggéré l'idée de vous en faire part. Ces quelques notes ne sont destinées qu'à servir d'entrée en matière à une discussion où chacun de vous apportera le fruit de son expérience personnelle, et nous dira quels sont les symptômes qui, dans sa pratique, lui ont le mieux servi à reconnaître dès son début la scarlatine, la rougeole ou la variole.

Mais pour que la discussion nous soit bénéficiaire, il est bon, je crois, de limiter d'abord le sujet, afin de ne pas nous laisser entraîner à des longueurs trop considérables. Il est inutile de s'attarder, par exemple, à décrire minutieusement l'éruption de la scarlatine, celle de la rougeole, puis celle de la variole, puisque ces trois éruptions offrent des caractères absolument pathognomoniques, qui suffisent par eux-mêmes, dans les cas réguliers j'entends, à fixer le diagnostic dès que l'une de ces éruptions apparaît sur la peau. D'un autre côté, la pé-

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 15 janvier 1901.

riode d'incubation est une période absolument silencieuse dans les trois cas, et là seulement où apparaît la différence, c'est dans la durée. Or, savoir que l'incubation dure trois jours dans la scarlatine, neuf à dix jours dans la rougeole, et dans la variole quatorze jours, ne peut avoir, au point de vue du diagnostic, qu'une valeur rétrospective, puisque, d'une part, le médecin n'est appelé que lorsque la maladie se révèle par des symptômes, et que, d'autre part, voulût-il calculer la durée d'incubation d'une maladie qu'il n'a pas encore diagnostiquée, les renseignements précis lui manqueraient pour le faire. A cet égard, la notion de l'existence d'une épidémie lui sera d'un bien plus grand secours, encore que cette notion, par elle-même, ne définisse rien.

Le diagnostic ne devient positif, ou du moins probable, qu'avec l'existence d'un signe révélateur. C'est donc entre le moment où le premier symptôme apparaît et celui où l'éruption fait sa sortie sur la peau que s'écoule la période propice au diagnostic précoce, celle où le médecin peut reconnaître la nature de la maladie, et où il est important qu'il le fasse. Aussi est-ce de cette période, dite d'invasion, que nous voulons nous occuper exclusivement.

La période d'invasion, en effet, offre à l'établissement du diagnostic des signes précieux, et d'autant plus précieux pour quelques-uns d'entre eux qu'ils sont particuliers à l'une ou l'autre des fièvres éruptives. La scarlatine n'envahit pas l'organisme de la même manière que la rougeole, et la variole de son côté a une façon spéciale de s'implanter chez un malade. On pourrait définir la variole "une perturbation générale conduisant à la suppuration de la peau," tandis que la scarlatine et la rougeole sont, la première une angine sévère, la seconde, un catarrhe prononcé, l'un et l'autre suivis d'une éruption.

Le contraste entre la scarlatine et la rougeole est facile à établir, du moins dans les cas d'intensité moyenne qui suivent une marche normale.

La scarlatine débute brusquement et évolue avec rapidité: la période d'invasion dure à peine douze ou vingt-quatre heures. Le petit malade se plaint de sa gorge, ou du moins éprouve de la difficulté à avaler; sa figure est rouge, sa peau est

ardente; il a des frissons, des vomissements, parfois de la diarrhée, assez souvent des convulsions. La rougeole débute d'une manière insidieuse, et sa période d'invasion, la plus longue de toutes celles des fièvres éruptives, dure au minimum quatre jours. L'enfant a un catarrhe qui peut très bien passer pour du coryza, qui ne tarde pas à produire le larmoiement et la photophobie, qui donne même au larynx une toux férine assez particulière et plus tard de l'enrouement. La rougeur à la figure est localisée aux pommettes ou n'existe que sur les joues; la peau est sèche, mais elle n'est pas ardente. S'il y a de légers frissons, du moins le tube digestif est peu atteint, et l'on a rarement des vomissements ou des convulsions. L'amygdalite, il va sans dire, fait absolument défaut, et l'angine est trop peu prononcée pour donner des symptômes locaux.

Cette différence, assez marquée, le devient davantage quand on examine la température et le pouls. La fièvre de la scarlatine est forte dès le début; elle monte rapidement à  $40^{\circ}$  ou  $40^{\circ} 5$  et se maintient élevée pendant toute l'évolution de la maladie; même l'apparition de l'éruption ne la fait pas tomber. La fièvre de la rougeole au contraire, est une fièvre légère, dont l'élévation est moins brusque, qui s'élève d'une manière irrégulière jusqu'à  $30^{\circ}$  ou  $39^{\circ} 5$ , et qui tombe dès que l'éruption apparaît. Le pouls offre une pareille dissemblance: il est plein et très rapide dans la scarlatine, atteignant jusqu'à 140 ou 160 pulsations à la minute, tandis que dans la rougeole il est peu accéléré et peu rempli. C'est cette plénitude et cette rapidité particulière du pouls que Trousseau regardait comme l'un des meilleurs signes cliniques de la scarlatine, pouvant la faire reconnaître même dans les formes abortives; c'est certainement un signe qui suffit à faire écarter la rougeole.

Ces constatations préliminaires étant faites, c'est l'examen de la gorge, si nécessaire chez les enfants, qui fixe d'une manière définitive le diagnostic, car c'est lui qui nous dit si, oui ou non, il y a angine, si les amygdales sont intéressées, ou bien si l'on n'a affaire qu'à la stomatite érythémato-pultacée de la rougeole. En effet, dans la scarlatine, non seulement on note sur le voile du palais et le pharynx une rougeur diffuse, très prononcée, offrant parfois un piqueté caractéristique, mais cette

rougeur est encore plus foncée sur les amygdales, qui sont légèrement augmentées de volume, et qui souvent montrent des productions blancnâtres à l'orifice des cryptes. La langue, grise au centre, rouge sur les bords, ne tarde pas à se framboiser. Tandis que dans la rougeole, la rougeur est loin d'être aussi diffuse que dans la scarlatine; elle est plus évidente sur la partie postérieure de la voûte et le pharynx; elle n'intéresse pas d'une manière particulière les amygdales, qui ne sont nullement gonflées. Ce que l'on remarque plutôt, c'est, sur la muqueuse buccale et les gencives, qui sont modérément rouges, un enduit épithélial blanchâtre sur lequel Comby a beaucoup insisté. L'énanthème rougeoleux se caractérise encore, dans un bon nombre de cas, par une éruption spéciale que Koplik a signalée en 1896, et qui apparaît du premier au deuxième jour de la période d'invasion. Ce sont, sur la muqueuse des joues, des lèvres, de la langue, *des petites taches blanches ou blanc-bleuâtres, très espacées, très peu nombreuses, au nombre de 6 à 20, qui résistent au frottement et ne s'enlèvent qu'avec la pince.* Ces taches sont formées de cellules épithéliales graisseuses et disparaissent avant la sortie de l'éruption; leur présence à la période d'invasion constitue l'un des meilleurs signes pathognomoniques de la rougeole. La langue est saburrale, mais ne se framboise pas.

Tels sont, en résumé, les caractères différentiels entre la scarlatine et la rougeole. D'un côté l'on a une fièvre forte, un pouls très rapide et plein, un gonflement et une rougeur très vive des amygdales, une angine érythémateuse et des vomissements, de l'abattement nerveux. De l'autre côté, tous les symptômes sont causés par le catarrhe oculo-naso-laryngé, qui donne le coryza, le larmolement, la photophobie, la toux fébrile, l'enrouement, quelquefois la laryngite striduleuse; peu de fièvre et d'accélération du pouls; rougeur modérée de la gorge; enduit pultacé des gencives et souvent taches blanchâtres de Koplik. D'ailleurs, l'évolution des deux maladies est si dissemblable, la scarlatine a un développement si rapide, une période d'invasion tellement courte, que l'hésitation ne peut guère durer.

Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de différencier la scarlatine, surtout la scarlatine maligne, d'avec la variole. On aura en effet, dans les deux cas, des frissons qui peuvent être violents, des vomissements, une fièvre très forte ( $39^{\circ} 5$  à  $40^{\circ} 5$ ), un pouls plein et rapide, une peau brûlante. Ce qui complique encore bien davantage les choses, c'est que l'éruption variolique est habituellement précédée d'un rash qui revêt le plus souvent un aspect scarlatiniforme. Enfin, pour comble de malheur, l'examen de la gorge dans la variole ne sert bien souvent qu'à augmenter notre embarras, puisqu'on peut trouver la gorge rouge et les amygdales gonflées; c'est même là un symptôme habituel annonçant l'imminence de l'éruption interne. Et l'épithème de la variole, si caractéristique, avec ses saillies brillantes entourées d'une zone rouge, qui se rompent et laissent, sur la langue en particulier, des érosions arrondies, cet épithème, qui pourrait nous être d'un si grand secours pour le diagnostic précoce, apparaît presque en même temps que l'éruption cutanée; au lieu de précéder cette éruption, il l'accompagne pour ainsi dire. Il y a là, vous l'avouerez, de quoi déconcerter au premier abord.

Heureusement pour nous, sinon pour le malade, l'infection variolique est une maladie qui congestionne profondément les centres nerveux, et c'est de ce côté qu'il nous faut chercher les symptômes différentiels, dont le plus caractéristique est la rachialgie. L'histoire de la période d'invasion de la variole, règle générale, peut se résumer ainsi: 1<sup>er</sup> jour, fièvre et frissons, vomissements; 2<sup>e</sup> jour, céphalée et rachialgie, suivies dans les quarante-huit heures d'une éruption vésico-pustuleuse. Dans certains cas, la congestion des méninges de la moëlle lombaire est assez forte pour amener des symptômes de paralysie et des troubles urinaires. Or, nous avons ici deux faits aussi importants l'un que l'autre: 1<sup>o</sup> l'intensité des symptômes spinaux; 2<sup>o</sup> la durée de la période d'invasion, qui dépasse de beaucoup les vingt-quatre heures de la scarlatine. Quant à la rougeole, il ne saurait en être question.

Si, ayant constaté l'existence de ces symptômes nerveux, très spéciaux quand ils sont prononcés, et ils le sont d'ordinaire, ayant d'autre part remarqué l'abattement considérable

du malade, vous palpez de nouveau le pouls, vous verrez qu'il n'est pas seulement plein et rapide, mais qu'il est dur, d'une dureté qui n'appartient, parmi les fièvres éruptives, qu'à la variole. La face vous apparaîtra non seulement rouge, mais vultueuse. Enfin, symptôme très important, le malade éprouve une dyspnée intense très caractéristique, qui s'accompagne d'une sensation d'angoisse toute particulière et que l'auscultation ne parvient pas à justifier. En présence de ces symptômes, il n'y a plus d'hésitation à avoir; il s'agit bien de la variole. Naturellement, ici comme dans tout le cours de cette communication, je suppose que vous cherchez une fièvre éruptive, et que vous avez éliminé au préalable la pneumonie, la gastro-entérite, ou toute autre maladie fébrile aiguë.

D'ailleurs, les fièvres éruptives sont des maladies faciles à séparer des autres fièvres, pourvu, bien entendu, qu'elles évoluent d'une manière normale. Les maladies du poumon et des reins ne sauraient donner longtemps le change; elles ont des symptômes spéciaux (point de côté, hématurie), et l'auscultation ou l'analyse de l'urine lèveront tous les doutes. L'érysipèle s'accompagne d'une dermatite trop caractéristique pour qu'on sy méprenne. Quant aux inflammations aiguës de la moëlle, elles ont une étiologie spéciale qui écarte toute idée de contagion.

On a confondu quelquefois l'angine scarlatineuse avec l'angine diphthérique, surtout l'angine mixte, à Klebs-Löffler et streptocoques. Mais l'erreur, si elle est justifiée, ne peut durer que quelques heures. L'enfant atteint de diphthérie est habituellement pâle; son pouls est trop rapide et trop petit, quand l'angine diphthérique est toxique, pour que l'élévation modérée de la température suffise à l'expliquer, la réaction ganglionnaire est généralement assez accusée, surtout du côté où prédominent les fausses membranes. Celles-ci, quand elles apparaissent, ont un caractère propre qui ne laisse guère de doute sur leur nature. Il ne s'agit plus d'une amygdalite lacunaire; la présence d'une fausse membrane, blanc-grisâtre, adhérente, sur une amygdale et sur le pilier postérieur du même côté, accompagnée d'une plaque plus petite sur l'autre amygdale, est une présomption très forte en faveur de la diphthérie, et que

l'examen bactériologique peut toujours justifier. Là où le médecin est plus exposé à faire erreur, c'est quand il se trouve en face d'une scarlatine accompagnée, ce qui est souvent le cas, d'une angine membraneuse à streptocoques; mais à ce moment l'éruption existe, et la seule erreur qu'il puisse faire, c'est de croire à une diphtérie surajoutée.

Voilà, en somme, ce que je voulais vous dire sur le diagnostic précoce des cas normaux de scarlatine, de rougeole et de variole. Chacune de ces trois fièvres éruptives offre à l'observation du médecin attentif des symptômes qui lui sont propres: si l'on examine avec soin le pouls, la température, la gorge des petits malades, en ayant soin de tenir compte en même temps de l'état général des enfants et de leur *facies*, on arrivera dans la plupart des cas à poser un diagnostic sinon positif, du moins probable, que l'éruption viendra bientôt confirmer. Très souvent la notion d'une épidémie existante donnera l'orientation voulue aux recherches du médecin.

J'ajoute maintenant quelques mots au sujet des formes anormales.

Les formes dites anormales des fièvres éruptives se dessinent surtout pendant la période d'éruption, elles sont souvent constituées par une variation dans l'éruption elle-même: telles sont la scarlatine septique, la scarlatine hémorragique, la rougeole hémorragique, la rougeole septicémique ou rougeole rentrée, la variole confluyente, la variole cohérente, la variole en corymbe, la variole hémorragique. Toutes ces formes n'entrent donc pas dans le cadre de notre sujet, à proprement parler, puisque c'est à la période d'éruption qu'on sera appelé à en faire le diagnostic. Cependant, dans la grande majorité des cas, l'intensité des symptômes de la période d'invasion fera soupçonner ces formes dites anormales. Il est vrai que dans la scarlatine, la période d'invasion est tellement courte que l'on n'a guère le temps de s'arrêter à prévoir la suite. Néanmoins, lorsque, appelé dès les premières heures, on trouve déjà l'enfant dans un état comateux, avec du trismus et une dyspnée intense, on peut être sûr que la scarlatine sera très sérieuse, sinon anormale. Il en est de même dans la variole, où l'intensité de la rachialgie, de la céphalalgie et des vomisse-

ments signale très souvent la gravité de la maladie. On a de plus remarqué que, dans les fièvres éruptives graves, la période d'invasion est non seulement plus intense, mais qu'elle est encore d'ordinaire raccourcie. Ceci cependant n'est pas une règle générale, et une éruption grave peut parfaitement succéder à une invasion bénigne.

D'un autre côté quand on constate, au début des fièvres éruptives, au début surtout de la scarlatine et de la rougeole; des symptômes nerveux prononcés, tels que du délire ou des convulsions, on est en droit de s'attendre à ce que la maladie, si elle ne donne pas lieu à une éruption grave, prenne au moins la forme ataxo-adydynamique. Cependant, ici encore, la règle n'est pas absolue. Les malades à tempérament nerveux peuvent réagir vivement à l'invasion, et cependant n'avoir qu'une éruption bénigne. Ce qui est plutôt caractéristique, c'est l'agitation nerveuse accompagnée d'un état adydynamique précoce. On voit qu'il s'agit alors non pas d'une simple irritation, mais bien d'une intoxication déjà marquée des grands centres. Cette imprégnation nerveuse s'établit d'habitude à la période d'état; aussi voit-on la forme ataxo-adydynamique des fièvres éruptives se constituer d'ordinaire, comme la plupart des formes graves de ces maladies, alors que l'éruption est déjà sortie.

En somme, ce qui donne leur caractère spécial à ces formes aiguës et graves, c'est uniquement l'intensité des symptômes propres aux fièvres éruptives, et non pas l'apparition d'éléments étrangers à ces maladies. Les symptômes nerveux de la forme ataxo-adydynamique sont dûs à une congestion de l'axe cérébro-spinal plus prononcée qu'à l'ordinaire; la forme hémorragique résulte uniquement d'un exanthème sur-aigu. On a eu tort de qualifier ces formes intenses d'*anormales*; le mot est impropre et prête à confusion. Il n'y a rien d'anormal dans ces cas; ce sont bel et bien des fièvres éruptives, ayant tous les signes cliniques propres à ces fièvres, et leur diagnostic est précisément basé sur l'existence de ces mêmes signes. Hémorragique ou non, la variole n'en demeure pas moins dans ses symptômes généraux une variole, et la scarlatine une scarlatine.

Là où l'anomalie apparaît, c'est lorsque, par exemple, la période d'invasion est supprimée, comme il arrive souvent dans les formes bénignes de la scarlatine ou de la rougeole; on s'aperçoit que l'enfant est malade alors qu'il y a déjà des rougeurs sur la peau, et c'est le caractère propre de l'éruption qui fait reconnaître la maladie. L'anomalie devient plus accentuée encore lorsqu'il y a suppression d'un symptôme important; on a rapporté des cas de scarlatine sans fièvre, où l'éruption n'était annoncée que par l'existence d'une angine et l'accélération caractéristique du pouls. Dans la variole atténuée, fruste, la fièvre fait aussi presque entièrement défaut; il est vrai que l'éruption est très minime. On comprend que, dans ces cas véritablement anormaux, le diagnostic est souvent impossible à faire avant la période d'éruption.

Par contre il arrive quelquefois, dans la rougeole, que la période d'invasion soit prolongée jusqu'à 6 et 8 jours. Ce fait ne peut dans un sens que confirmer le diagnostic, puisqu'il écarte davantage la possibilité de la scarlatine ou de la variole, dont l'invasion est courte; mais il peut aussi induire en erreur, et faire croire à un coryza simple parce que l'éruption tarde à se montrer. Dans un cas de catarrhe oculo-naso-laryngé, ce serait une faute de nier la rougeole parce que l'éruption n'est pas sortie le 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> jour, cette éruption pouvant parfaitement apparaître plus tard. Dans la variole, lorsque la période d'invasion se prolonge 5 à 6 jours, on doit, surtout si les symptômes sont peu accentués, soupçonner une variole modifiée ou varioloïde; le plus souvent, ce diagnostic sera confirmé par l'apparition brusque d'une éruption dont une partie des éléments n'atteindront pas leur complet développement. C'est là, vous le savez, le caractère de la varioloïde.

Enfin, il me reste à vous signaler, parmi les fièvres éruptives anormales, deux formes spéciales qui sont d'une extrême gravité, tant à cause de l'intensité de leurs symptômes que de la rapidité de leur évolution; ni l'une ni l'autre ne sont suivies d'éruption, et leur diagnostic est parfois des plus difficiles à poser: je veux parler de la forme foudroyante de la scarlatine, et de la rougeole à forme pulmonaire ou suffocante. La scarlatine foudroyante peut être comparée à la diphtérie

toxique au point de vue de la rapidité du dénouement: la maladie débute par des symptômes violents (convulsions, délire, cyanose, dyspnée, accélération et petitesse extrême du pouls, fièvre intense), puis le malade tombe dans le coma et succombe en quelques heures, alors que l'engorgement ganglionnaire du cou commence à peine à se faire et avant qu'aucune éruption n'apparaisse à la peau. Comme les urines sont rares, on peut facilement croire à l'urémie ou à un empoisonnement; l'existence d'un cas de scarlatine ou d'une épidémie dans le voisinage permet seule d'affirmer la nature scarlatineuse de cette rapide intoxication.

La rougeole suffocante n'est pas commune; elle n'apparaît que pendant certaines épidémies, et on la rencontre surtout dans les établissements hospitaliers. Le catarrhe des voies pulmonaires est intense; l'enfant est pris dès le début de dyspnée et de cyanose, et il ne tarde pas à mourir asphyxié avec tous les signes d'une bronchite capillaire totale, avant qu'aucune éruption n'apparaisse à la peau; c'est l'érythème qui l'a tué.

Dans les cas de ce genre, dont l'abnormalité est des plus prononcées, le médecin est bien excusable s'il n'a pas le temps de poser un diagnostic précis; la maladie se termine d'une manière fatale avant qu'il ait le temps de se reconnaître. C'est tout au plus si, le premier moment de stupeur passé, il pourra s'appuyer sur l'existence d'une épidémie pour faire un diagnostic rétrospectif, et s'étonner en même temps qu'une scarlatine puisse être aussi toxique qu'une diphtérie, qu'une rougeole puisse étouffer aussi rapidement que le croup. En dehors de ces cas exceptionnels, le diagnostic des formes anormales peut être souvent prévu; car, que la période d'invasion soit raccourcie ou prolongée, la fièvre éruptive ne s'annonce pas moins d'habitude par des symptômes qui lui sont propres, et qui permettent de la reconnaître. Cependant, lorsqu'un symptôme important vient à manquer, la fièvre, par exemple, et qu'en même temps les autres symptômes sont peu prononcés, le médecin peut se trouver dans un grand embarras, dont il ne sortira parfois qu'avec l'apparition de l'éruption. Mais enfin il est permis

de dire que, règle générale, dans les formes anormales des fièvres éruptives, si le diagnostic peut demeurer hésitant au début, il finit presque toujours par se confirmer, dans une certaine mesure, avant la fin de la période d'invasion.

Quant à la rubéole et à la varicelle, ce sont de légères fièvres qui ne donnent presque pas de prodromes, et dont on fait le diagnostic lorsque l'éruption est sortie.

---

## REVUE GÉNÉRALE

### TRAITEMENT DES PLEURÉSIES SERO-FIBRINEUSES

(Suite)

#### B. — THORACENTÈSE.

La Thoracentèse est le meilleur moyen connu, non pas de supprimer, mais de favoriser la résorption d'un épanchement pleurétique. Cependant la thoracentèse ne pourra jamais être considérée comme une mesure curative de la tuberculose de la plèvre; il ne faudra pas croire avoir tout fait après la ponction et même le lavage d'une plèvre. Derrière l'épanchement il y a une infection qu'il faut s'efforcer d'enrayer et nous n'y parviendrons qu'en favorisant les moyens de défense naturelle de l'organisme: traitement tonique, alimentation réparatrice, aération continue.

Le cadre de cet article nous dispense de faire l'historique de la thoracentèse, et l'instrumentation requise pour cette opération est assez familière à tous les médecins pour que nous négligions aussi la description des différents trocarts ou des aspirateurs affectés à la pratique de cette mesure évacuatrice.

Nous nous contenterons de donner:

- 1° Le manuel opératoire;
- 2° Les accidents;
- 3° Les indications;

1° *Manuel opératoire.* — Il vaut toujours mieux avant l'intervention, une fois celle-ci définitivement décidée, pratiquer une ponction exploratrice. Cette dernière est absolument inoffensive, si elle est faite dans les conditions d'antisepsie voulues et elle nous fixe sur la présence réelle du liquide ainsi que sur la nature de ce dernier, elle permet aussi d'éviter de pratiquer la ponction de la thoracentèse au niveau d'une cloison.

Le choix de l'instrument n'est pas d'une importance aussi capitale que la préparation de l'instrument choisi.

Que l'instrument employé soit l'aspirateur de Dieulafoy, ou celui de Potain ou de Debove, ou bien qu'il soit simplement le trocart adapté à un tube de M. Duguet, il faudra aseptiser tout l'instrument et surtout avec très grande minutie, la partie qui doit venir en contact avec la plèvre et l'exsudat, c'est-à-dire le trocart et sa canule ou l'aiguille. C'est par faute de soins apportés à cette préparation que des complications peuvent quelquefois suivre la thoracentèse.

De même le champ opératoire et les mains de l'opérateur doivent être l'objet d'une désinfection soignée.

Le malade placé dans une position convenable: demi-assis dans son lit, le corps soutenu et quelque peu tourné du côté opposé à l'épanchement et toutes les mesures antiseptiques ayant été prises, voyons la manière de pratiquer la ponction.

Le lieu de la ponction est quelquefois déterminé par la localisation de l'épanchement. A part ces cas spéciaux, la ponction doit être faite dans le sixième ou dans le septième espace intercostal sur une ligne verticale abaissée du sommet du creux de l'aisselle. L'on peut aussi adopter l'endroit de ponction, choisi par Duguet, qui se trouve à l'intersection de deux lignes, dont l'une, horizontale, part du mamelon, et l'autre verticale, du bord antérieur de l'aisselle, croîsera la première dans le cinquième espace intercostal, si l'épanchement est très abondant, ou du milieu du creux de l'aisselle et amènera le point de ponction dans le sixième espace intercostal, si l'épanchement est moins abondant.

Pour faire la ponction, il faut d'abord, au moyen du doigt, en déprimant fortement, déterminer l'espace intercostal, ce qui n'est pas toujours facile dans certains cas où le tissu cellulaire est très épais ou oedématié. L'index doit s'appuyer solidement sur le bord supérieur de la côte et servira de conducteur au trocart. Cette précaution suffira pour nous faire éviter une piqûre de la côte ou ce qui serait plus grave une lésion de l'artère intercostale.

On enfonce l'aiguille ou le trocart d'un coup sec, un peu obliquement. l'angle d'inclinaison du trocart ne doit cepen-

dant pas être trop considérable car on pénétrerait dans le tissu cellulaire, ce qui arrive assez souvent. La pénétration du trocart dans la cavité pleurale donne une sensation spéciale du fait que l'on peut imprimer facilement des mouvements latéraux à l'instrument. Il ne reste plus qu'à ouvrir les clefs et à aspirer ou à laisser couler.

Malgré toutes les précautions la ponction peut être négative, c'est ce que l'on appelle une ponction blanche. Ce fait peut être dû à plusieurs causes: absence de liquide, juxtaposition d'une fausse membrane qui obstrue l'orifice de la canule, occlusion de l'instrument sur un point quelconque des tubes avant l'opération, oubli de faire le vide, le trocart aura pénétré dans le tissu cellulaire, ou il pourra s'être enfoncé dans le poumon.

Il n'est jamais permis de faire une ponction blanche par absence de liquide pleural, l'aiguille exploratrice étant un moyen facile de se fixer sur la présence du liquide épanché. Il est facile de déplacer une fausse membrane à l'orifice de la canule en cessant de faire le vide et en introduisant de nouveau le trocart dans la canule. L'instrument doit toujours être essayé durant la désinfection, ceci empêchera les ponctions blanches par la faute de l'aspirateur. Il ne faut pas retirer la canule avant de s'être bien assuré que le vide est bien fait et que la ponction blanche ne dépend pas de cette faute de technique. Si le trocart n'est pas dans la plèvre, on en est averti par le manque de mobilité de l'instrument en place, le trocart n'aura pénétré que dans le tissu cellulaire œdématié ou dans le poumon. Si la canule est dans le poumon, on en sera averti par l'écoulement de sang rouge-rutilant, il suffira alors de retirer quelque peu l'instrument pour voir le liquide pleural attiré dans le flacon. Si la canule n'est que dans le tissu cellulaire il faudra réintroduire le trocart, et changeant l'angle d'inclinaison pousser jusque dans la plèvre.

Comment doit-on faire la soustraction du liquide pleural?

L'aspiration doit être faite lentement; c'est là une condition essentielle pour prévenir tout accident. Quelques-uns n'ouvrent qu'à moitié le robinet qui laisse couler le liquide, interrompant de temps en temps pour permettre au poumon

de se déplisser lentement. D'autres dans le même but ne font pas le vide d'une manière complète, le liquide coule par un mince filet et l'on ne met en action la pompe aspirante que tout juste ce qu'il faut pour entretenir ce faible courant évacuateur.

Dieulafoy estime qu'il n'est pas prudent de soutirer plus d'une pinte de liquide à la fois, même si l'épanchement est très abondant. G. Lyon a souvent retiré trois chopines à la fois sans accident, et il juge que la moyenne indiquée par Dieulafoy doit être tenue pour bonne.

La ponction entourée de ces précautions ne présente jamais d'accidents, et Lyon, sur 174 thoracentèses pendant qu'il était interne et chef de clinique n'a jamais eu le moindre accident à déplorer.

2° *Accidents de la thoracentèse.* — Ces accidents pour la plupart sont dûs à la négligence de se conformer aux règles énoncées plus haut, quelques-uns cependant peuvent être mis sur le compte de l'opération.

La *mort subite* peut survenir immédiatement ou un jour ou deux après la thoracentèse par thrombose cardiaque ou pulmonaire. L'accident immédiat le plus fréquent est l'*œdème pulmonaire* qui s'annonce par de la dyspnée, de la toux quinteuse, sanguinolente ou albumineuse. La mort n'a été que très rarement remarquée à la suite de cette complication; en dépit de ces symptômes alarmants, le malade survit habituellement. Les cas mortels ont été observés chez des malades atteints de pleurésies compliquées (bronchite, pleurésie ancienne du côté, maladie du cœur et surtout symphyse cardiaque, maladie du rein, etc.).

Dès qu'une toux inquiétante survient il vaut mieux suspendre l'aspiration jusqu'à cessation de ce symptôme, pour recommencer quelques minutes plus tard; si la toux reparait en reprenant l'aspiration et ce plusieurs fois de suite, il vaut mieux suspendre définitivement l'opération pour ce jour là, quitte à la reprendre le lendemain ou quelques jours plus tard.

La toux et l'expectoration albumineuse se montrent-elles après que la plèvre a été vidée, il faut pratiquer une injection de morphine, c'est le moyen le plus rapide de contrôler cet accident.

On a signalé des hémorragies pleurales sans lésions des vaisseaux intercostaux par suintement des surfaces pleurales et des néo-membranes.

Parmi les complications rares, l'on peut encore nommer l'hémoptyisie, le *pneumothorax*, l'on a même vu un cas d'hématémèse chez un malade atteint d'ulcère de l'estomac.

La transformation purulente de l'épanchement est toujours le fait d'une faute dans le manuel opératoire et ne peut pas être imputée à la thoracentèse elle-même.

3° *Indications.* — H. Martin, dans le "Traité de thérapeutique appliquée, sous direction de A Robin", dit: "qu'il faut ponctionner même un épanchement moyen et relativement récent, insuffisant par lui-même pour nécessiter la thoracentèse d'urgence, si à l'examen de la poitrine, on trouve sous la clavicule du côté malade, une augmentation notable des vibrations et de la sonorité et diminution du murmure vésiculaire (le schéma si caractéristique du professeur Grancher). Ces symptômes d'une congestion à peu près sûrement tuberculeuse du sommet du poumon nous indiquent la ponction aspiratrice sans hésitation. Il serait inutile ou dangereux même en pareil cas d'attendre ou de favoriser la résorption et l'auto-inoculation de la tuberculine que contient l'exsudat pleural."

A part ces cas particuliers il est préférable d'attendre que l'épanchement soit définitivement constitué avant de tenter l'évacuation. L'indication générale d'opérer vient des troubles fonctionnels, de l'abondance, de l'âge et de la nature de l'épanchement.

La dyspnée n'est pas toujours un guide sûr. Elle peut dépendre de la rapidité avec laquelle s'est produit l'épanchement, il peut exister une dyspnée intense avec un petit épanchement enkysté (Potain), enfin la dyspnée est subordonnée à l'état du poumon sous-jacent. Si le poumon est sain il y a peu de dyspnée, celui-ci est-il congestionné la dyspnée sera intense et la thoracentèse n'en sera pas moins contre-indiquée, l'aspiration pouvant augmenter la congestion.

La syncope est un signe qui commande d'urgence la thoracentèse.

L'abondance de l'épanchement est le signe par excellence

qui doit nous guider au sujet de l'opportunité de la thoracentèse.

La réplétion totale de la cavité pleurale qui se traduit par une matité complète en avant comme en arrière, par le silence respiratoire et par un déplacement considérable des organes ne souffre pas d'hésitation, mais quand la plèvre n'est pas complètement remplie, l'appréciation de l'abondance de l'épanchement est plus difficile.

Quand la pleurésie est à gauche: s'il y a matité et absence de vibrations en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate, si la submatité remplace en avant, à la région sous-claviculaire, la tonalité normale ou la tonalité élevée du son skodique, si le maximum du bruit systolique cardiaque siège au bord droit du sternum ou plus loin encore à droite, l'on doit penser que l'épanchement atteint à peu près chez l'adulte deux pintes et la thoracentèse s'impose.

Lorsque la pleurésie siège à droite, les caractères de la matité, l'abolition des vibrations thoraciques et le déplacement du foie nous feront découvrir la quantité de liquide épanché. Le foie ne commence à déborder les fausses côtes que si l'épanchement atteint au moins trois chopines. Quand donc l'on constatera l'abaissement du foie, il ne faudra pas hésiter à pratiquer la thoracentèse.

L'on peut cependant faire erreur dans l'évaluation de l'abondance de l'épanchement, c'est quand le poumon fortement congestionné ne contient plus d'air, resté volumineux et plonge dans le liquide forçant ce dernier à s'élever autour de lui en une lame très mince qui s'interpose entre lui et la plèvre pariétale.

Les signes qui peuvent révéler cet état, où la thoracentèse est contre-indiquée, sont la propagation, au-dessous de la ligne de matité, du bruit de souffle, du retentissement vocal et des vibrations thoraciques (Potain).

Si l'épanchement n'est pas assez abondant pour justifier une évacuation immédiate, il faut attendre une résorption spontanée. On devra s'abstenir de toute intervention précoce non urgente dans les quinze premiers jours. Par contre la majo-

rité des auteurs fixent du vingtième au vingt-cinquième jour le moment de la ponction.

Quand le temps de la ponction est arrivé, il vaut mieux ne pas trop différer afin de rendre au poumon sa faculté d'ampliation et prévenir la pneumonie interstielle qui fait du poumon un moignon perdu pour l'hématose. D'ailleurs après contact trop prolongé le poumon pourrait être fixé contre la colonne vertébrale par des bandes fibreuses et sa fonction compromise à jamais.

La disparition de la fièvre est l'indice de l'arrêt du processus tuberculeux, c'est donc quand la température est redevenue normale que la thoracentèse est exempte de danger et devient utile pour les raisons mentionnées plus haut.

Les causes de l'épanchement peuvent fournir des indications particulières pour retarder ou avancer la thoracentèse.

La pleurésie chez un cardiaque doit être ponctionnée de bonne heure, alors même que l'épanchement n'est pas très abondant.

L'épanchement de la pleurésie rhumatismale est hâtivement et abondamment constitué, cette rapidité ne doit pas effrayer et il vaut mieux attendre car la résorption est aussi quelquefois subite et très rapide.

L'on peut évacuer hâtivement dans les pleurésies métapneumonique, grippale, ou typhoïde pour aider au rétablissement du malade.

La pleurésie syphilitique se résorbe facilement dès que le traitement spécifique est institué.

Dans le cancer, la thoracentèse n'est qu'une mesure palliative.

Les ponctions, selon Jaccond, seraient inutiles dans la pleurésie cloisonnée, elles détermineraient l'extension du cloisonnement et par suite du rétrécissement des loges deviendraient de moins en moins efficaces.

H. HERVIEUX.

(A suivre)

## SOCIÉTÉS

---

### SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

---

— A propos de la communication de M. Parizeau sur un cas d'ectopie testiculaire, (voir plus haut), le docteur St Jacques, tout en admettant, avec le docteur Parizeau le traumatisme testiculaire comme cause des vomissements, ferait intervenir dans le cas présent un autre facteur. Le traumatisme nerveux, semblable ici à un "railway spine" doit être tenu en ligne de compte. Car l'effet du traumatisme sur les centres nerveux se dissipant peu à peu, les vomissements cessèrent, bien que d'un autre côté le testicule demeura en ectopie et sous compression en son nouvel habitat.

*Séance du 18 décembre 1900.*

Présidence de M. HERVIEUX.

#### **Communication.**

— *L'obstruction nasale et ses conséquences.* par le professeur FOUCHER. (Voir plus haut.)

— *Discussion:* M. LASNIER rapporte un cas d'obstruction nasale coïncidant avec la présence d'un bourrelet hémorroïdal. Il essaie d'établir une relation pathogénique entre les deux affections et parle des injections nasales.

— M. BOULET dit que son expérience concorde avec les énoncés du professeur Foucher, se rapportant aux relations des déviations de la cloison et des affections de l'oreille moyenne.

Dans le cours de son exposé le docteur Boulet s'élève contre l'emploi exagéré des lavages dans les affections nasales. Il dit que bien peu de ces affections sont justifiables d'un tel mode de traitement: rhinite atrophique, lésions tuberculeuses et syphilitiques donnant beaucoup de sécrétions, certains néoplasmes. Il fait comprendre les dangers que fait courir à l'oreille un lavage du nez mal fait et par là, l'importance de bien

expliquer au malade le *modus faciendi* d'un lavage qui lui pourra être nuisible: canule dirigée dans le sens horizontal du plancher de la fosse nasale, tête bien baissée en avant, bouche ouverte, langue sortie de la cavité buccale et large respiration par la bouche.

— *La septicémie puerpérale*, par le docteur R. DE COTRET. (Ce travail sera publié plus tard.)

— M. LESAGE présente M. le docteur Simard, professeur d'anatomie à l'Université Laval, de Québec.

— M. SIMARD, expose le projet d'association des médecins français de l'Amérique Britannique du Nord. Il démontre les avantages au point de vue scientifique et au point de vue national. Il produit le rapport écrit des médecins de Québec, spécialement nommés à cet effet, et il demande la nomination d'un comité pour le district de Montréal. Les membres de ce comité étudieront le projet tel qu'il a été esquissé par le comité de Québec, ils modifieront ce qu'ils croient nécessaire, et ils en donneront avis au président du comité à Québec, qui provoquera la réunion des deux comités pour fixer définitivement les règles de la nouvelle association.

M. LESAGE donne avis de motion qu'à la prochaine séance il demandera la formation d'un comité, chargé d'étudier le projet d'association, soumis ce soir.

— Présentation d'*Un cas d'encéphalie*, par le docteur RANGER.

#### **Séance du 15 Janvier 1901.**

Présidence de M. HERVIEUX.

#### **Procès-verbal.**

La rédaction du procès-verbal de la dernière séance est mise aux voix et adoptée.

#### **Communication.**

— Lecture d'un travail de M. E. P. BENOIT, sur le *Diagnostic précoce des fièvres éruptives*. (Voir ci-dessus.)

#### **Discussion.**

— *Discussion*: M. S. CORMIER: M. le docteur Benoit vient de nous donner lecture d'un travail très élaboré sur le *diagnostic différentiel des fièvres éruptives*. Cependant vous me

permettez, monsieur le président, d'insister d'avantage sur certaines difficultés occasionnelles dans le diagnostic de ces fièvres à formes anormales.

Nous pouvons avoir de la scarlatine sans fièvre. Bouchard a trouvé dans les urines des scarlatineux, des substances toxiques dont les unes sont hyperthermisantes, et les autres hypothermisantes. D'après Legendre, la rétention, dans l'organisme, de l'un ou l'autre de ces éléments, produit de la pyrexie ou de l'apyrexie. D'ailleurs messieurs, vous avez dû rencontrer ces phénomènes dans les toxines du bacille de la grippe, dans celles du coli-bacille, et dans celles du bacille d'Eberth. Une autre hypothèse, donnant raison à l'existence de scarlatine sans fièvre, c'est que ces toxines agiraient sur certains centres nerveux régulateurs des calories. Tessier de Lyon, sans admettre complètement la première hypothèse, dit que ces expériences nous permettront de nous fixer prochainement sur l'origine et le mécanisme de ces formes anormales.

U.: diagnostic certain, dans les fièvres éruptives peut être rendu difficile par l'absence d'un grand nombre de symptômes classiques. Cependant il nous en reste généralement assez pour nous guider.

A ce sujet. Graves, célèbre médecin irlandais, a dit avec raison: Une maladie générale peut ne révéler son existence que par un ou deux symptômes qui la caractérisent ordinairement. Ces anomalies se produisent plus souvent dans les maladies causées par les poisons d'origine animale ou végétale, que dans les maladies engendrées par des causes inhérentes à la constitution elle-même.

Dans la rougeole, la contagion se fait surtout pendant l'incubation, et elle diminue pendant la période éruptive pour finir avec elle. Il est donc important de faire le diagnostic le plus tôt possible. si l'on veut faire un peu de prophylaxie. Nous n'avons pour arriver à ce but que le signe de Koplick qui apparaît très souvent dans les premiers jours de l'incubation. Il est précédé et accompagné d'une légère augmentation en volume des papilles intra labiales inférieures, ces papilles deviennent alors plus rouges et plus apparentes.

MM. J. E. DUBÉ et H. HERVIEUX, font aussi quelques remarques.

**Rapport.**

— *Caroncules de l'urèthre. — Trois observations. — Traitement*, par le docteur L. DE L. HARWOOD. (Voir ci-dessus.)

— Le projet d'association des sociétés médicales françaises de l'Amérique du Nord.

Un comité de onze membres a été nommé pour s'entendre avec nos confrères de Québec, et discuter ce projet.

Les Messieurs, dont les noms suivent font parti de ce comité: E. P. Lachapelle, H. Hervieux, A. Foucher, R. Boulet, J. E. Dubé, L. de L. Harwood, A. de Grandpré, J. A. LeSage, O. F. Mercier, A. Marien, C. N. Valin.

E. G. DAGENAI,  
*Secrétaire.*

---

# ANALYSES

## MEDECINE

### **Œdème pulmonaire, par le professeur BASCH.**

Les points de la question que je veux développer sont les suivants :

1° Dans quelles conditions se produit expérimentalement l'œdème pulmonaire ? Quelle est la nature du processus qui l'engendre ?

2° Quels sont les processus secondaires, consécutifs ?

3° Quelle est la relation entre la doctrine de l'œdème pulmonaire et la doctrine de la dyspnée et de l'asthme cardiaque ?

4° Quelle est la relation entre l'œdème pulmonaire et l'insuffisance musculaire du cœur gauche ?

I. La première condition pathogénique de l'œdème, c'est que la circulation capillaire des alvéoles soit arrêtée, par le fait de l'élévation de la pression sanguine dans l'oreillette gauche.

La seconde, c'est que l'afflux du sang qui vient du cœur droit, c'est-à-dire du côté des artères pulmonaires, soit libre.

Les conséquences mécaniques de ces deux conditions sont l'agrandissement des alvéoles pulmonaires et l'augmentation de résistance des parois alvéolaires. L'agrandissement est produit par l'allongement des vaisseaux capillaires, et l'augmentation de résistance par la haute tension du sang dans le réseau capillaire.

A ces deux processus consécutifs peut s'ajouter une transsudation dans les alvéoles, conséquence naturelle de la stase circulatoire dans les poumons.

II. L'agrandissement des alvéoles et l'augmentation de résistance de leurs parois créent un obstacle mécanique pour la respiration, et comme conséquence, un dérangement de la ventilation du sang. De là provient une sensation morbide, la dyspnée, qui n'est que l'expression de la disproportion entre le travail respiratoire et son effet. Cette sensation morbide s'accroît proportionnellement à l'augmentation d'acide carbonique qui s'accumule dans le sang, grâce au trouble de la ventilation sanguine. Elle détermine un renforcement de l'excitation des centres respiratoires et un travail forcé des muscles respirateurs. L'obstacle s'accroît encore quand la transsudation intraalvéolaire s'ajoute aux conditions précédentes, agrandissement des alvéoles et augmentation de la résistance des poumons.

Il y a lieu d'insister sur ce que la transsudation seule sans l'agrandissement des poumons concomitant n'empêche pas tant la respiration qu'on le croit. Une transsudation abondante, si elle est associée à un faible agrandissement pulmonaire et avec une résistance des poumons médiocre, produit beaucoup moins de dyspnée qu'une transsudation légère combinée avec un agrandissement considérable des poumons et une forte résistance des alvéoles.

La persistance de la dyspnée fait accroître l'acide carbonique du sang : la mort du cœur en est la conséquence, par suite de l'asphyxie générale.

III. La dyspnée et l'asthme cardiaque se développent dans le stade prodromique de l'œdème pulmonaire, c'est-à-dire avant la production de l'exsudat alvéolaire. Mais une transsudation faible est très difficile à constater par l'examen clinique, et il est probable qu'elle accompagne également ces deux maladies.

IV. La dyspnée cardiaque, l'asthme cardiaque et l'œdème pulmonaire ont leur point de départ dans l'insuffisance musculaire du ventricule gauche. Et non seulement dans l'insuffisance primaire, qui est caractérisée par une faible pression artérielle, mais aussi dans l'insuffisance secondaire, qui est caractérisée par l'augmentation de la pression artérielle.

## LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE

### Le traitement du faux croup.

Voici, d'après M. Tordeus, de Bruxelles, les indications thérapeutiques qui conviendraient le mieux au traitement du faux croup:

Repos au lit, chambre vaste et aérée, vaporisations ou pulvérisations dans la pièce, compresses chaudes autour du cou. Lait coupé d'eau alcaline; s'il y a de l'embarras gastrique, on donnera une cuillerée à dessert toutes les deux heures de:

Infusion d'ipéca (20 centigr.).....	100 gr.
Chlorhydrate d'ammoniaque.....	0 gr. 60.
Extrait de réglisse.....	10 gr.

Contre les accès de toux, on donne les antispasmodiques (solanées) ou la poudre de Dower:

Poudre de Dower.....	0g 10 à 0g 20 centigr.
Sucre.....	2 grammes.

Divisez en douze paquets, un toutes les deux heures, ou bien une cuillerée à dessert toutes les deux heures de:

Extrait de chauve indien.. . . .	0g 15 à 0g 20 centigr.
Sirop de tolu.....	20 grammes.
Eau distillé.....	100 grammes.

Au moment de l'accès, l'éponge chaude sur le devant du cou, inhalations, vomitif:

Tartre stibié.....	0 gr. 10 centigr.
Potion gommeuse.....	60 gr.

Par cuillerée à café toutes les cinq minutes, sans dépasser trois.

Ou bien

Poudre d'ipéca.....	0 gr. 60 centigr.
Sirop d'ipéca.....	60 gr.

Par cuillerée à dessert jusqu'à effet.

Ou bien

Sulfate de cuivre....	1 gramme.
Eau distillée....	100 —

Une cuillerée à café ou à dessert tous les cinq minutes. S'il persiste du spasme les jours suivants on donnera une cuillerée à dessert toutes les deux heures de :

Bromure de potassium.....	2 à 3 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger. ....	20 —
Eau de tilleul....	90 —

Puis on remettra l'enfant à l'hydrothérapie pour l'aguerrir. S'il y a des végétations adénoïdes, de grosses amygdales, on les fera disparaître et on donnera de l'huile de foie de morue et le sirop d'iodure de fer.

---

#### Traitement chirurgical de la sclérose otique, par le Dr RICARDO BEYTO, de Barcelone.

1° Dans l'otite sèche, pour avoir le droit d'essayer le traitement chirurgical, malgré son inefficacité presque constante, il faut que la perception crânienne de la montre soit conservée; que le Rinne soit négatif du côté malade et que la perforation du tympan améliore, si peu que ce soit, l'audition.

2° On peut, quand le conduit est étroit, exécuter la perforation permanente du tympan, mais malgré que l'on obtienne quelquefois une légère amélioration de l'ouïe, au bout de deux ans, et en supposant que les brides et diaphragmes aient été détruits, le malade redevient aussi sourd qu'avant l'opération.

3° La mobilisation de l'étrier dans l'otite sèche est une intervention complètement inutile, car l'amélioration obtenue, quand il y en a, est toujours transitoire. Elle est uniquement justifiée dans les conséquences de suppuration; et même dans ces cas cette amélioration, consécutive à la rupture des adhérences de l'étrier avec les alentours de la niche de la fenêtre ovale, n'est pas toujours très grande et définitive.

4° L'extraction du marteau, de l'enclume et de la membrane, peut parfaitement être exécutée par le conduit, quand celui-ci est large. Les résultats obtenus sont, la plupart du temps, médiocres ou insignifiants dans l'otite sèche. En définitive à peu près nuls la première année écoulée. Ils peuvent même avoir pour conséquence une aggravation de la surdité.

5° La mobilisation profonde de l'étrier peut être exécutée sans opération de Stacke. Il suffit d'enlever par le conduit une portion du mur de la logette. Dans l'otite sèche les résultats obtenus par cette opération sont le plus souvent médiocres et rarement permanents.

6° L'extraction de l'étrier, malgré les grandes espérances conçues, est une mauvaise opération. Les résultats sont, dans la sclérose de l'oreille, presque toujours nuls.

7° le traitement chirurgical de l'otite sèche est une fausse route par où s'est engagée l'otologie moderne, car comme il s'agit probablement d'une trophonévrose et que les lésions sont, la plupart du temps, peu otitiques, tous les

moyens employés pour modifier les organes de transmission des ondes sonores vers le labyrinthe ne peuvent faire que celui-ci, presque toujours malade, ou en train de le devenir, ne soit affecté de plus en plus, le temps aidant.

8° Les expériences sur les animaux que j'ai entreprises ne sont pas du tout applicables à l'homme, car chez ceux-ci le labyrinthe est intact et chez nos semblables il est presque toujours plus ou moins affecté, malgré que nos moyens d'investigation, encore imparfaits, ne puissent le démontrer.

9° Ces mêmes expériences entreprises par moi chez les animaux en 1890, démontrèrent déjà presque d'avance l'inutilité du traitement chirurgical de la sclérose otique, puisque en excitant aussi peu que ce fût les alentours de la fenêtre ovale, la platine de l'étrier s'ossifiait complètement, se soudait à la fenêtre ovale et celle-ci se rétrécissait par épaissement et calcification de sa niche, consécutivement à la propagation à distance d'une inflammation interstitielle de la muqueuse.

10° Etant presque acquis que la sclérose otique est une tropho-névrose, avec formation de substance conjonctive et osseuse, principalement dans la capsule labyrinthique, aux alentours de la fenêtre ovale, dans le canal cochléaire et même dans les spires du limaçon, les terminaisons du nerf acoustique étant plus ou moins affectées, le traitement chirurgical de l'otite sèche est d'une utilité nulle, ou tout au plus douteuse, dans presque tous les cas.

#### **Rhinites spasmodiques, par le Dr ALEX. JACOBSEN, de Saint Pétersbourg.**

1° Les rhinites spasmodiques, ayant une étiologie et une marche différentes, offrent plusieurs espèces ou formes.

2° Ces formes ne sont pas encore suffisamment étudiées, ni différenciées, ce qui les fait confondre assez souvent.

3° Il est donc de toute nécessité de délimiter avec précision le *rhume des foins* comme espèce particulière. vu que cette forme est la plus étudiée, a une marche périodique toute caractéristique et une étiologie établie par des recherches expérimentales (*Blackley*). Selon moi, la définition la plus exacte de ce rhume a été faite par *Morell-Mackenzie* et reconnue "excellente" par *A. Ruault*.

4° Ce qui fait que le *rhume des foins* doit être considéré comme une forme des rhinites spasmodiques (*M. F.-C. Lermoyez*); et cette dénomination ne doit en aucune façon être appliquée aux rhinites spasmodiques amenées par d'autres causes.

5° Il faut admettre que bien des cas des rhinites spasmodiques peuvent être expliqués par des paralysies vaso-motrices, — *Coryza vasomotoria* (*Moritz-Schmidt*).

6° Certes, il existe des formes de *rhinites spasmodiques*, qui mériteraient le nom de *toxirhinites* (*Jacobson*), comme c'est le cas pour la toxidermie.

7° Ces *toxirhinites* sont amenées par des intoxications et auto-intoxications, ont une marche aiguë, sont compliquées de troubles gastro-intestinaux et de manifestations cutanées (*urticaria*, etc.): elles s'attaquent à des personnes parfaitement bien portantes, qui n'ont aucune prédisposition générale; comme toutes les intoxications, elles sont un cas fortuit et n'ont point de tendance à récidiver.

8° Seulement en considérant les rhinites spasmodiques comme des processus

d'origine vasomotrice, il est possible d'y rapporter l'*hydrorrhée nasale*, puisqu'elle n'est liée à aucun phénomène de caractère spasmodique.

9° L'hydrorrhée nasale, étant amenée par des causes internes, peut ne point offrir de phénomènes locaux, sauf une sécrétion abondante.

Dans ce cas la muqueuse n'est nullement tuméfiée, ni injectée.

**Sur les nodules vocaux**, par M. le professeur HERMANN KRAUSE, de Berlin.

Les nodules vocaux sont de petites productions globuleuses, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain, insérées sur le bord libre de la corde vocale et siégeant uniquement au niveau de son tissu élastique.

Ils sont ordinairement produits par une émission mauvaise de la voix pendant le chant, mais non pendant la parole.

Les nodules des chanteurs sont caractérisés anatomiquement par un tissu fibreux avec contenu kystique et épais revêtement pachydermique, lequel enserre le noyau fibreux et amène à la longue son atrophie.

Les troubles provoqués par ces nodules consistent en ce que la voix chantée est altérée en certains points de l'échelle vocale, parce que les deux cordes ne peuvent plus s'accoler d'une façon exacte, et parce que l'altération du tissu élastique ne permet plus de chanter piano ni de fournir les sons de médium. En outre la fatigue vocale se produit rapidement au cours du chant. Il en résulte que les chanteurs sont obligés d'employer des procédés anormaux pour suppléer au registre qui leur manque, et n'y parviennent que par une tension plus forte des cordes vocales. Le son en subit certains dommages. La voix devient gutturale, c'est-à-dire fournie en excès dans le larynx sans résonance suffisante dans les cavités supérieures; ou encore les sons sont uniquement émis en voix de poitrine. Dans ce dernier cas la voix perd une partie de sa puissance d'expression; dans le premier cas, elle perd de sa pureté. A la longue l'excès de tension des cordes vocales donne naissance à de la pachydermie, qui se développe tout d'abord au niveau des nodules et plus tard sur les points soumis à des frottements excessifs: apophyses vocales et région interaryténoïdienne.

Le traitement se propose de provoquer la rétrocession des nodules par le repos vocal, en défendant strictement de chanter. Si cette prescription ne suffit pas, il faut, dans les cas où l'intérêt du malade exige absolument le rétablissement de la voix, procéder à l'ablation chirurgicale strictement limitée aux parties saillantes des nodules.

**Le diagnostic anatomo-pathologique du cancer du larynx**, par le professeur B. FRENKEL, (Berlin).

L'examen microscopique des parcelles enlevées à la tumeur du larynx est d'une importance fondamentale pour le diagnostic du cancer. Si le résultat de l'examen est négatif, on n'en peut tirer des conclusions certaines. Des préparations positives, au contraire, nous mènent à un diagnostic exact et indiquent la conduite à tenir. La difficulté est qu'on ne dispose ordinairement que de petits fragments de la tumeur pour l'examen microscopique. On inclut les morceaux durcis dans de la paraffine et l'on fait des séries de coupes microscopiques.

ques qu'on colore mieux ou d'après la méthode de van Gieson ou par le picrocarmine.

Il ne suffit pas pour le diagnostic de trouver nombre de globes épidermiques dans les préparations, — chose très suspecte il est vrai, — il faut y voir des bourgeons épithéliaux dans les endroits où l'on ne devrait pas en rencontrer. S'il s'agit de bourgeons épithéliaux qui proviennent de la pénétration de la couche de surface dans l'intérieur des tissus plus profonds, il faut user de la plus grande circonspection pour les conclusions diagnostiques; nombre de processus pathologiques, entre autres la syphilis, causent une hypergenèse épithéliale analogue.

La structure irrégulière de l'épithélium est le symptôme caractéristique pour le cancer, que nous voyons dans les coupes des bourgeons épithéliaux atypiques.

## THÉRAPEUTIQUE

**Indications de la saignée**, par le professeur GEORGES HAYEM de Paris.

1° Un moyen thérapeutique est *indiqué* lorsqu'il est établi qu'il procure, dans une circonstance donnée, un soulagement plus grand qu'aucun autre.

La saignée ne peut donc être considérée comme *indiquée* que dans les cas où elle agit avec une supériorité incontestable sur tous les autres procédés thérapeutiques.

2° L'emploi des saignées répétées comme méthode de traitement dite autrefois "méthode antiphlogistique", paraît être définitivement condamné.

L'ouverture de la veine, pratiquée une fois, ou plusieurs fois à des intervalles relativement éloignés, mérite au contraire d'être conservée comme moyen utile et parfois héroïque.

3° Les cas dans lesquels la saignée est indiquée sont, d'une manière générale, ceux où la vie est mise en danger immédiat, soit par troubles de la circulation, soit par toxémie.

4° Les principales conditions dans lesquelles l'indication de la saignée est nette sont les suivantes:

Œdème aigu du poulmon, particulièrement dans les maladies des gros vaisseaux et des reins;

Certains cas de pneumonie à forme œdémateuse ou simplement congestive;

Certains troubles mécaniques de la circulation par maladie du cœur ou des gros vaisseaux; particulièrement en cas d'hypertension artérielle, mais aussi parfois avec asystolie évidente; formes congestives et hémorragiques de la néphrite aiguë; congestion cérébrale et hémorragie au début, chez les malades ayant de l'hypertension artérielle;

Urémie aiguë ou récente;

Eclampsie puerpérale;

Empoisonnement du sang par certains gaz, notamment par l'oxyde de carbone.

5° Dans toutes les autres conditions pathologiques, les indications de la saignée sont discutables.

Il en est notamment ainsi dans la chlorose.

6° Les indications de la saignée sont établies empiriquement par l'observation des faits. A cet égard les documents classiques de réelle valeur sont peu nombreux. Les statistiques ne sont guère utilisables, car il est très difficile de faire un groupement irréprochable de faits souvent disparates.

7° Les effets dits physiologiques des soustractions sanguines ne pourront donner qu'une idée très imparfaite des effets thérapeutiques de la saignée. Ceux-ci résultent essentiellement des conditions très particulières créées par la maladie.

Ils semblent pouvoir se rattacher en grande partie, d'un côté à l'effet mécanique produit par la soustraction brusque d'une certaine quantité de sang, de l'autre à une décharge de poison.

Les faits cliniques observés avec précision prouvent que ces effets thérapeutiques sont d'une grande puissance.

8° La résistance de l'homme et des animaux supérieurs aux soustractions sanguines est considérable, dans tous les cas où il n'existe pas une cause pathologique de déglobulisation ou une entrave à la rénovation du sang.

Sauf aux âges extrêmes de la vie, dans les cas morbides que nous venons de signaler, une saignée d'une certaine importance (de 300 à 500 cent. cubes) est toujours facilement supportée, alors même que les malades sont sensiblement anémiés, ce qui arrive assez souvent dans l'urémie et dans l'éclampsie puerpérale.

9° La réparation du sang s'effectue chez les malades comme à l'état physiologique, par l'intermédiaire des hémato blasts: les éléments de la moelle des os n'y prennent aucune part.

Ces éléments ne passent dans le sang général qu'en cas de pertes de sang excessives, répétées coup sur coup.

### **Effets physiologiques et thérapeutiques de la digitale, et ses principes actifs,**

par sir LAUDER BRUNTON.

1° L'effet physiologique de la digitale s'exerce principalement:

(a). Sur le cœur, (b) sur les vaisseaux sanguins, (c) sur la sécrétion urinaire.

2° Son action sur le cœur détermine: (a) ralentissement des battements cardiaques en raison de son influence sympathique sur les racines du nerf pneumogastrique en mammifères. (b) Renforcement de la contraction systolique. (c) Augmentation du degré de dilatation dans la diastole, B et C sont produits par effet sur la musculature cardiaque.

3° Elle resserre les vaisseaux périphériques et diminue ainsi la vitesse du courant sanguin dans ces vaisseaux.

4° Par ce double effet de resserrement des vaisseaux périphériques et d'augmentation de la contractilité cardiaque, la digitale élève la pression sanguine.

5° La diurèse produit par la digitale dépend principalement de l'augmentation de pression sanguine.

6° La digitale amène la contraction des artères du rein plutôt que celle

des autres parties du corps. La contraction des vaisseaux du rein peut atteindre un tel degré que la sécrétion urinaire se trouve arrêtée, quoique la pression sanguine en général soit élevée.

7° Lorsque la pression sanguine est déjà très élevée, il ne faut pas attendre de la digitale une action diurétique prononcée. Si, au contraire, la pression sanguine est abaissée, à raison, soit de la constitution naturelle, soit de la maladie, la digitale exerce une action diurétique.

8° La digitale est un anesthésique local, mais elle peut aussi déterminer des douleurs. Elle appartient par conséquent à la classe désignée par Liebreich "Anæthetica Dolorosa".

9° Dans les doses fortes ou cumulatives, elle donne lieu à de l'irritation gastrique.

10° L'action de la digitale est due à la digitaline, à la digitaléine et à la digitoxine. L'action de ces trois principes est semblable et ne diffère qu'en degrés.

11° Les effets thérapeutiques de la digitale et de ses principes sont: (a) régulateur de la contraction cardiaque; (b) renforcement de la circulation défaillante et (c) diurétique.

12° L'action régulatrice de la digitale est utile contre la palpitation et les troubles fonctionnels du rythme.

13° Le plus important usage de la digitale et de ses principes actifs est dans le traitement de l'insuffisance mitrale due soit aux lésions valvulaires, soit à la dilatation ventriculaire.

14° En présence de l'insuffisance aortique, la digitale est (a) inutile et non sans danger si la compensation, est complète (b) très utile au contraire si la compensation fait défaut.

15° Lorsque la pression sanguine est déjà élevée, la digitale peut être nuisible en l'augmentant davantage, précipitant ainsi les symptômes d'angine de poitrine ou en déterminant l'apoplexie.

#### **Traitement de la coqueluche par l'antipyrine et les vapeurs d'acide phénique.**

Nous lisons dans les archives des maladies de l'enfance qu'un auteur italien, M. José Isabel Méjia traite ses coquelucheux de la façon suivante:

Il prescrit un centigramme d'antipyrine par mois d'âge, toutes les quatre heures, aux enfants de un mois à deux ans, et dix centigrammes par année d'âge à partir de deux ans jusqu'à six. L'eau sucrée est le véhicule employé. En même temps on place sur une lampe à alcool une cuvette contenant trois grammes d'acide phénique dissous dans soixante grammes d'eau. Au moment de l'ébullition on place l'enfant à un pied de distance de la cuvette afin qu'il reçoive directement les vapeurs d'acide phénique. Suivant l'auteur, les résultats sont excellents, et ce mode de traitement est le meilleur que l'on puisse opposer aux progrès de la coqueluche.

#### **Un traitement radical des verrues vulgaires.**

Le docteur Herrouet donne le conseil suivant aux porteurs de verrues. Il s'agit de deux guérisons radicales opérées sur l'auteur lui-même. Porteur de verrues nombreuses sur la main, et de plus en plus volumineuses, contractées dans

un service hospitalier, l'auteur avait essayé sans succès toutes les pommades connues; à la fin, il prit le parti de traiter "seulement une verrue", la plus belle de toutes, celle que nous appelons la "verrue mère". A son grand étonnement toutes les autres disparurent comme par enchantement.

L'auteur obtint le même succès sur une jeune fille malade depuis longtemps.

Son procédé consiste à détruire la "verrue mère" au moyen de l'acide nitrique sans s'occuper des autres.

Messieurs les physiologistes sont priés de fournir des explications: en attendant, les médecins, cliniciens ou autres, opèrent des guérisons.

**Curabilité de la méningite cérébro-spinale suppurée. — Utilité des bains chauds et des ponctions lombaires répétées.**

M. Netter affirme que la ponction lombaire permet d'éliminer les erreurs de diagnostic, en même temps qu'elle facilite la guérison. Toutes les formes de méningite simple sont susceptibles de guérison: mettant à part les méningites séreuses et séro-fibrineuses, l'auteur rapporte les résultats de son expérience personnelle dans la méningite suppurée.

1° La ponction lombaire, répétée une, deux à dix fois suivant les cas, a permis de retrouver à chaque fois le diplococcus méningitidis, et chaque fois les microbes diminuent en nombre, les liquides deviennent même stériles.

2° Les bains chauds 30° à 40°c. toutes les trois heures nuit et jour durant 20 à 30 minutes sont un adjuvant précieux.

3° Les injections sous-cutanées de sérum soutiennent les malades lorsqu'ils s'alimentent peu.

4° Le symptôme prédominant a été la raideur de la nuque accompagnée de paralysies oculaires passagères et d'éruptions diverses — pétéchies, érythèmes, herpès.

5° Cinq malades sur six ont complètement guéri, deux articulations étant ankylosées chez le dernier.

6° La durée de la maladie a varié de trois à 15 jours, trois mois, une fois.

J. A. LESAGE.

**La nature et le traitement de la myélite aiguë. — (Rapport par M. G. MARINISSO).**

La myélite aiguë est caractérisée par un processus multiple de réactions du côté des vaisseaux, du tissu interstitiel et des cellules nerveuses. Les deux premières constituent des processus actifs de multiplication et de prolifération, donnant ainsi naissance à des foyers plus ou moins volumineux et à des nodules. Les phénomènes de réaction du côté des cellules nerveuses aboutissent rapidement à leur dégénérescence. La lésion apparente qu'on voit souvent dans toute myélite aiguë, c'est le ramollissement hémorragique: lésion qui est la conséquence des troubles circulatoires réalisés par les agents toxiques et infectieux, seuls facteurs déterminant la myélite aiguë. Suivant l'étendue et la topographie de ces lésions vasculaires, on peut en admettre plusieurs formes: myélite transverse, myélite diffuse ascendante et descendante, myélite disséminée, polio-myélite. La nature vasculaire et infectieuse de cette dernière a été mise en lumière par Pierre Marie. La nature toxique et infectieuse des myélites aiguës est démontrée. La plupart des microbes sont capables d'engendrer

les myélites; les premiers à citer sont les streptocoques, l'agent de la rage, les pneumocoques et autres différents microbes. Il y a dans toute myélite aiguë deux réactions leucocytaires: 1° une réaction précoce de défense, qui consiste dans l'émigration des cellules mono et polynucléaires, réaction qui a pour but de vaincre les microbes, et 2° une réaction leucocytaire tardive dont le rôle est d'enlever les produits de dégénérescence résultant du processus de myélite.

Comme traitement causal, j'ai employé le sérum de Marmorek dans la myélite due aux streptocoques, mais sans résultats manifestes; même insuccès dans l'emploi du bleu de méthylène dans deux cas de méningo-myélite. Contre les douleurs, j'ai utilisé avec un certain succès les injections intra-rachidiennes de cocaïne.

#### Faut-il traiter la fièvre? par R. LÉPINE.

Depuis l'antiquité jusqu'à notre siècle, la vertu salutaire de la fièvre a été une sorte de dogme.

Pour Liebermeister, la chaleur était l'ennemi à combattre. Traiter l'hyperthermie, c'était traiter la fièvre.

Mais l'observation plus attentive a prouvé que si l'hyperthermie indique, en général, la gravité d'une maladie fébrile, elle est loin d'en être le principal facteur, et qu'il faut tâcher de traiter spécifiquement la fièvre.

On est arrivé à cet heureux résultat pour quelques maladies; mais pour les autres on est réduit à surveiller la réaction de l'organisme, tantôt en la modérant avec les antipyrétiques, qui sont quelque peu spécifiques de certaines pyrexies, tantôt en la stimulant par l'hydrothérapie, quelquefois en réfrigérant (surtout dans le cas d'hyperthermie considérable), enfin en soutenant l'économie. La maladie est loin d'être simple; la thérapeutique a pour tâche de poursuivre la complexité infinie de ses éléments.

## PHARMACOLOGIE.

### I O D E

#### *Parties employées; Principes actifs:*

Provient des cendres des varechs et des algues où il est combiné avec la soude et la potasse.

Combiné avec des substances albuminoïdes dans la glande thyroïde, dans les fucus et dans les éponges.

#### *Propriétés physiques et chimiques; incompatibilités:*

Cristaux aplatis, d'un éclat métallique. Soluble seulement dans 7000 parties d'eau ou dans 12 parties d'alcool, 20 parties d'éther et de chloroforme, 53 de glycérine. Solubles dans les huiles, la vaseline, la lanoline, dans les solutions d'iodures alcalins. Incompatible avec les alcalis, les carbonates alcalins, les sels métalliques, les alcaloïdes, la gomme, l'amidon.

#### *Applications thérapeutiques:*

Employé à l'intérieur comme anti-scrofuleux (tuberculose atténuée infantile); dans le rhumatisme chronique, le goitre, l'asthme, parfois contre certains vomissements; comme antidote des empoisonnements par les alcaloïdes, etc.

A l'extérieur comme révulsif (teinture) contre les points de côté, la pleurésie sèche, l'hydarthrose, la pelade, la pelvi-péritonite, etc.

En badigeonnages sur les muqueuses (gingivo-stomatites, pharyngites chroniques, vaginite, métrite, etc.), en injections dans les séreuses (hydrocèle, hygroma); en injections interstitielles (abcès froids, kystes, fistules, pustule maligne).

*Posologie : Formes pharmaceutiques :*

Adultes:—

Usage interne: 1-5 à 1 grain en sirop, solution, teinture, vin, ou en combinaison avec le tannin.

Teinture au 1-13 I à XX gouttes dans du lait, ou du vin. 1 goutte contient 1-13 de grain d'iode.

A l'intérieur il est préférable d'employer les solutés aqueux d'iode dans l'iodure de potassium.

Enfants:

Teinture — de 15 mois à 3 ans..... 1 à 3 gouttes.

— de 3 ans à 5 ans..... 3 à 6 gouttes.

— de 5 ans à 10 ans..... 6 à 15 gouttes.

Usage externe:

Collodion, collutoires, coton, gargarismes, glycérine, huile, injections, lavements, pommades, tampons vaginaux.

**FORMULES :**

**COLLODION:**

Iode..... 15 grains.

Collodion élastique..... 5 drachmes.

(Pelade, pelvipéritonite.)

**COTON:**

Obtenu en chauffant en vase clos du coton et de l'iode en poudre; renferme 10% d'iode, qu'il peut perdre graduellement à l'air.

**GARGARISME:**

Teinture d'iode..... } aa 2 1-2 drachmes.

Glycérine..... }

Décoction de roses.. 6 1-2 onces.

(Ulcération syphilitiques bucco-pharyngées.)

**GLYCÈRE :**

Teinture d'iode..... 1 partie.

Glycérine..... 10 parties.

(Pour pansements intra-laryngiens.)

Iode..... 4 grains.

Icture de potassium..... 30 grains.

Glycérine..... 5 drachmes.

(Pour badigeonnages du pharynx.)

**HUILE:**

Iode..... 1 partie.

Huile de foie de morue.... 1 000 parties.

(Scrofule) 2 cuillerées à soupe par jour.

## LAVEMENT:

Teinture d'iode.....	10 à 20 gouttes.
Iodure de potassium.....	10 grains.
Eau.....	8 onces.

(Dysenterie chronique.) — *Delmour de Sarniac.*

## POMMADE:

Iode.....	1 partie.
Vaseline.....	30 parties.

## SIROPS:

## Sirop iodo-tannique:

Iode.....	15 grains.
Alcool à 90°.....	30 gouttes.
Sirop de ratanhia.....	33 onces.

Une cuillerée à bouche à chaque repas. (Scrofule, emphysème, artério-sclérose.)

## Chez les enfants:

0 mois à 15 mois.....	30 à 75 gouttes.
15 mois à 3 ans.....	75 g. à 2 cuil. à thé.
3 ans à 5 ans.....	2 à 3 cuil. à thé.
5 ans à 10 ans.....	3 à 4 cuil. à thé.

## Sirop de raifort iodé ou: sirop antiscorbutique iodé:

Iode.....	1 partie.
Alcool à 90°.....	15 parties.
Sirop de raifort.....	984 parties.

Une cuillerée à soupe à chaque repas comme pour sirop iodo-tannique.

## SOLUTIONS:

## Solution de Lugol:

Iode.....	3 1-2 grains.
Iodure de potassium.....	6 2-3 grains.
Eau.....	32 onces.

Un verre à Bordeaux contient 1-6 de grain d'iode.

Réservee pour usage interne. (Antidote des empoisonnements par les alcaloïdes).

On peut rendre cette solution gazeuse au moment de l'emploi en versant dans le verre un mélange de 3 grains de bicarbonate de soude et de 3 grains d'acide citrique.

Iode.....	} aa 1 partie.
Iodure de potassium.....	
Alcool.....	10 parties.
Eau.....	12 parties.

Usage externe. (Codex.)

## TEINTURES:

La teinture d'iode du Codex s'altère facilement, il s'y produit de l'acide iodhydrique et un peu d'éther. On peut s'assurer si elle contient de l'acide iodhydrique en l'étendant d'eau, la teinture d'iode ne précipite pas si elle contient de cet acide.

On peut formuler à la place de la teinture d'iode du Codex, pour l'usage externe, un soluté pur stable.

Iode métallique.. . . . .	1-2 partie.
Alcool à 96°.. . . . .	9 1-2 parties.
(Brissemoret et Joain).	
Tannin.. . . . .	} à 40 par. s.
Teinture d'iode.. . . . .	
Glycérine.. . . . .	150 parties
(Chéron.)	

Pour imbiber des tampons vaginaux:

Teinture d'iode.. . . . .	25 parties.
Gaïacol.. . . . .	3 parties.

Pour badigeonner dans pleurésies.

H. H.

### Formulaire.

#### *Angine scarlatineuse.*

##### Potion de ROGER.

R. Chlorate de potasse.... . . . .	15 grains
Sirop de mûres.... . . . .	1 once
Hydrolat de laitue.... . . . .	2 onces

F. S. A. — A prendre dans la journée.

#### *Soluté ioduré contre Angine Scarlatineuse.*

(REEVERS.)

R. Iodure de potassium.... . . . .	15 grains
Iode.... . . . .	2 grains
Chlorate de potasse.... . . . .	1 drachme
Nitrate de potasse.... . . . .	1½ drachme
Bicarbonate de potasse.... . . . .	30 grains
Eau.... . . . .	8 onces

F. S. A. — Une cuillerée à café à toutes les 4 heures.

(MONMARSON.)

R. Permanganate de chaux.... . . . .	2 à 4 grains
Eau distillée.... . . . .	5 drachmes

En badigeonnages à toutes les 3 heures après lavage préalable à l'eau boriquée chaude.

#### *Soluté contre Angine Scarlatineuse.*

R. Eau oxygénée.... . . . .	1 once
Bicarbonate de soude.... . . . .	15 grains
Eau distillée bouillie.... . . . .	2 onces

En pulvérisations.

## VARIÉTÉS.

Hérédité et circoncision.— On est souvent étonné que la circoncision, pratiquée depuis des milliers d'années sur les mêmes races, n'ait pas amené héréditairement une modification de l'organe et c'est même un des arguments qui ont été opposés à la théorie du Darwinisme. Cependant tous les observateurs ne sont pas du même avis. Le docteur Eugène Talbot, de Détroit, se basant sur de nombreuses observations, tend à admettre la transmission héréditaire des effets de la circoncision. Contrairement à Weissmann, qui, dans sa théorie de l'hérédité n'admet pas que les mutilations puissent se transmettre aux descendants et, en ce qui concerne le cas particulier de la circoncision, il prétend que l'absence congénitale du prépuce s'observe également chez les peuples qui pratiquent la circoncision et chez ceux où ce rite n'est pas en usage, Talbot estime que l'hérédité constitue un facteur important dans la production de cette anomalie. A l'appui de son dire, il cite les statistiques de plusieurs médecins israélites de Chicago. Le docteur Cohen qui, en l'espace de 20 ans, a pratiqué dix mille circoncisions a trouvé le prépuce absent cinq cents fois; dans deux mille cas, il était peu développé. (Journal de Méd. et de Chirurgie pratique, 10 avril 1900.)

\* \* \*

Un spécialiste peut-il diviser le coût d'une opération avec le médecin habituel?... Nous lisons une correspondance sur ce sujet dans *The Maritime Medical News*. Après avoir donné quelques exemples et avoir posé la question de dignité professionnelle, l'auteur fait une distinction à savoir quelle est la part de responsabilité d'un chacun. Dans le cas de responsabilité égale, l'auteur estime qu'il n'est que juste de diviser le coût de l'opération et qu'il n'y a pas lieu d'invoquer ici la dignité professionnelle.

\* \* \*

La désinfection des puits par le permanganate de potasse.— Dans une communication récente faite à l'Académie de Médecine de Paris, M. Delorme a exprimé l'opinion, basée sur des expériences, que le permanganate de potasse réalisait avec plein succès la désinfection de l'eau des puits. La dose par litre d'eau doit être de cinq centigrammes. Le composé brun rougeâtre d'oxyde de manganèse formé est facilement entravé en jetant dans l'eau quelques poignées de charbon pilé. Ce procédé est très efficace. Tel puits dont l'eau renfermait, avant sa désinfection, 112,160 bacilles par centimètre cube et répandait une odeur repoussante, ne contenait plus, après traitement par la solution de permanganate de potasse, que 150 microbes par centimètre cube.

Un des inconvénients réside dans la présence de la potasse dans les eaux ainsi traitées, mais il serait facile de remplacer le permanganate de potasse par le permanganate de chaux. Néanmoins, le coût peu élevé de ce désinfectant et son action certaine permettent de généraliser son emploi dans tous les milieux à

certaines époques de l'année, et dans certains quartiers où la provenance douteuse des eaux, souvent contaminées, provoquent des endémies spéciales... fièvre typhoïde, gastro-entérites infectieuses, etc.

\* \* \*

Sérum anti-venimeux. — Les *Annales d'Hygiène et de Médecine coloniale* publient des instructions qui portent sur l'emploi de ce sérum.

1° Ligature entre la plaie et la racine du membre. 2° Faire saigner la plaie. 3° l'arroser avec une solution de chlorure de chaux, 4° pansement provisoire, 5° injection de 10 c. c. de sérum anti-venimeux aussitôt que possible, doubler la dose lorsqu'il s'agit de serpents de grande taille (cobra, crotales, etc.). Ces injections seront faites de préférence sous la peau et entre les deux épaules.

\* \* \*

Crises épileptiformes provoquées par un bouchon de cérumen. — Le docteur Dreyfus rapporte dans le *Lyon Médical* le fait qui suit: Il fut consulté par un jeune homme qui lui raconta que deux ans auparavant il perdit brusquement connaissance en montant dans un tramway. Une année après, jour pour jour, il tombe dans la rue. Pas de cri initial, pas de morsure de la langue, pas d'antécédents héréditaires, aucune tare; mais une fatigue cérébrale inaccoutumée avec douleurs fugaces. Deux médecins ont déjà fait le diagnostic d'épilepsie essentielle avec médication bromurée sans résultat.

A l'examen, troubles de la vue, paresse intellectuelle, intégrité du fond de l'œil. Huit jours après cet examen, nouvelle attaque, chute du côté droit avec mouvements convulsifs marqués des bras. Un examen de l'oreille révéla une diminution considérable de l'ouïe du côté droit, le conduit auditif externe était obstrué par un "bouchon de cérumen" d'une longueur de 1 centimètre et demi environ. Après une application de glycérine et une injection d'eau tiède le lendemain, le bouchon fut enlevé et, à partir de ce moment, tous les accidents disparurent définitivement.

C'est une observation qu'un de nos amis pourra lire avec intérêt.

---

## BIBLIOGRAPHIE.

**La surdi-mutité, étude médicale**, par ETIENNE SAINT-HILAIRE, vol. grand in-8° de 300 pages, suivi d'un index bibliographique de 55 pages.—Paris, MALOINE, éditeur.

Ce livre est une mise au point de la question des sourds-muets. L'auteur définit la surdi-mutité, établit une classification des différents cas de cette affection, puis en étudie la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic, la prophylaxie et le traitement. Il a pu faire un contrôle personnel des résultats obtenus par les auteurs qui ont traité le même sujet, et, tout en rapportant les observations des 187 sourds-muets qu'il a examinés à l'Institut départemental d'Asnières, il analyse, combat ou confirme, à l'aide de son expérience personnelle, les opinions émises tant en France qu'à l'étranger.

L'ouvrage débute par une définition du sourd-muet et par l'exposé de diverses classifications qui ont été proposées, puis l'auteur passe en revue les statistiques dressées dans les différents pays. Se fondant sur les comptes rendus des opérations des conseils de revision, il établit que, contrairement à ce qui a été dit, la surdi-mutité a plutôt une tendance à diminuer en France. Il y a bien eu une période d'augmentation, mais elle a trait à des sujets nés peu de temps avant ou pendant la guerre franco-allemande. Cela s'explique facilement par les causes de dépression morale qui ont agi sur les générateurs et aussi par les épidémies de variole, scarlatine, etc., qui, frappant les tout jeunes enfants, ont pu causer un certain nombre de cas de surdi-mutité acquise.

L'auteur étudie ensuite l'action de l'hérédité similaire, de l'hérédité dissemblable, de la consanguinité, puis il recherche les causes de la dégénérescence en général qui peuvent donner lieu à des cas de surdi-mutité. Enfin, un chapitre est réservé aux causes occasionnelles de la surdi-mutité acquise (affections du cerveau et des méninges, scarlatine, fièvre typhoïde, variole, rougeole, chutes sur la tête, etc., etc.)

L'anatomie pathologique est étudiée d'une manière très complète. Dans un tableau synoptique, on trouve la relation de 153 autopsies de sourds-muets publiées dans les différents pays.

La symptomatologie comprend plusieurs parties. En premier lieu, les symptômes relatifs à la fonction auditive et à la fonction verbale sont étudiés avec beaucoup de détails. Les travaux récents de Bezold sont exposés d'une manière très complète, et l'opinion du médecin allemand est acceptée par l'auteur. La mutité, dans ses nombreuses modalités, est l'objet d'un chapitre spécial. Puis les caractères généraux des sourds-muets, leur développement physique, leur force musculaire, leur fonction respiratoire, leur sensibilité, leur intelligence, le développement exagéré des autres sens, les stigmates tératologiques de la dégénérescence, la prédisposition à la tuberculose, à la folie, etc., etc., sont l'objet d'une étude approfondie.

Le diagnostic, le pronostic, la prophylaxie et le traitement de la surdi-mutité sont étudiés avec de nombreux développements. La question des exercices acoustiques est l'objet d'un chapitre spécial et l'auteur, sans partager l'optimisme d'Urbantschitsch, Gellé, Laborde, etc., en est cependant partisan et indique comment, à son avis, ces exercices doivent être exécutés.

Un index bibliographique très complet, contenant 670 indications, termine cet ouvrage.

Ce livre s'adresse à tous ceux qu'intéresse la question de la surdi-mutité, médecins, psychiatres et maîtres de sourds-muets.