

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE OTOLOGIQUE.

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

Végétations adénoïdes du pharynx.

MESSIEURS,

Il existe à la voûte et à la partie postérieure du pharynx, un tissu de structure lymphoïde, décrit par Luschka en 1868 et sujet, en s'hypertrophiant, à causer des troubles d'une nature plus ou moins grave soit du côté de la santé générale soit dans l'exercice des fonctions auditives. On a donné à ce développement anormal d'un tissu sain le nom d'*hypertrophie glandulaire du pharynx supérieur*, *hypertrophie de l'amygdalepharyngée*, *hypertrophie de la glande de Luschka*, *tumeurs ou végétations adénoïdes du pharynx*. Cette affection, quoique reconnue par Czermak dès 1860, n'a été bien décrite et son importance clinique n'a été bien démontrée qu'en 1873, époque à laquelle Meyer, de Copenhague, publia une étude très élaborée sur ce sujet, basée sur cent-deux observations. Les faits importants qu'il fit alors connaître, les conclusions et les déductions pratiques qu'il en tira étaient le résultat d'une analyse minutieuse, et nullement hâtives et prématurées; ce qui le prouve c'est qu'aujourd'hui, près de vingt ans après, on peut encore trouver dans la communication qu'il fit à cette époque tout ce qu'il y a d'essentiel à connaître touchant cette question. D'autres sont venus après, Lowenberg en 1879, Bosworth en 1883, Chatellier (1) en 1886 et beaucoup d'autres, appuyer de leur autorité les points fondamentaux de cette étude, ou pour élucider quelques points secondaires, soit purement scientifique soit d'application pratique. Aujourd'hui, il ne reste qu'à grouper ces matériaux épars, mais c'est encore faire œuvre pratique, parce qu'on ne saurait trop fortement attirer l'attention des médecins sur cette étiologie trop souvent ignorée des maladies de l'oreille et de désordres constitutionnels, et dont la connaissance serait une source précieuse d'indications thérapeutiques. Lorsqu'on commença à parler de végétations adénoïdes il y eut nombre de sceptiques qui voulurent

(1) Thèse de Paris.

se défendre contre l'enthousiasme que soulèvent invariablement les découvertes nouvelles. On crut d'abord qu'il y avait exagération quelque part, que cette affection n'était vue qu'avec des yeux de spécialiste et n'était que le lot de ces privilégiés; cependant la maladie existe aujourd'hui comme elle existait à l'époque où Meyer la fit connaître, et comme elle a existé de tout temps avec la seule différence qu'aujourd'hui elle est mieux reconnue et observée par un plus grand nombre de médecins. Cette question a reçu de toute part la sanction d'une vaste expérience, et nous pouvons dire sans hésiter que la connaissance des tumeurs adénoïdes a plus contribué à la guérison et à la prévention des maladies de l'oreille que toute autre découverte dans le domaine de l'otologie depuis vingt ans.

Les nombreux cas qui ont passé ici sous vos yeux, les phénomènes qui les ont accompagnés et les modifications que le traitement y a apportées doivent justifier à nos yeux ce qui précède et expliquer suffisamment la place importante que je consacre aujourd'hui à cette question dans cette leçon clinique.

Les études anatomopathologiques de Chatellier ont démontré que l'hypertrophie du tissu adénoïde revêt plusieurs formes microscopiques: dans un cas, il existe une infiltration hypertrophique sur tous les points du pharynx nasal; dans un autre les végétations se présentent tantôt agglomérées en masses, tantôt appendues à la voûte à la façon des stalactites, tantôt enfin, sur la partie postérieure, médiane ou latérale du pharynx nasal, sous forme de tumeurs arrondies, sessiles, à large base.

Au point de vue microscopique, ces tumeurs présentent un revêtement épithélial à cellules vibratiles. La tumeur est formée par un tissu plus ou moins dense selon l'âge du sujet, et à son centre cheminent de nombreux vaisseaux. La surface mamelonée de la tumeur est due à la présence de follicules clos.

Chez l'adulte, la tumeur devient plus consistante, les éléments ronds se résorbent et font place à un tissu fibreux adulte (Luc).

Le mot tumeur dont on se sert habituellement pour désigner la maladie est impropre, il ne s'applique pas plus à l'hypertrophie de la tonsille pharyngienne qu'à l'hypertrophie des amygdales palatines. La seule différence qui existe entre ces deux hypertrophies, c'est que dans cette dernière le tissu fibreux est plus abondant; c'est là l'opinion généralement admise, quoique certains auteurs et parmi ceux-là Woakes aient des vues différentes sur la question. On a aussi prétendu (Bosworth) que la pharyngite granuleuse était une affection identique à l'hypertrophie des amygdales palatines et pharyngées; ce qui porte à admettre cette analogie, c'est que souvent avec ces hypertrophies tonsillaires on remarque une hypertrophie de follicules siégeant soit en arrière et de chaque côté des piliers du voile du palais, disséminée sur la surface inférieure du pharynx.

La fréquence de l'affection a été démontrée par de nombreuses statistiques. Meyer a examiné 2,000 enfants dans les écoles nationales de Copenhague et a constaté des végétations adénoïdes dans les proportions de 1 0/10. Tauber, de Cincinnati, a trouvé 6 0/10 de végétations adénoïdes parmi les cas de maladie du nez et du pharynx. Swinburne a trouvé une proportion de 10 0/10 dans les mêmes conditions. Blake a trouvé des complications auriculaires en rapport avec les tumeurs adénoïdes dans les proportions de 53 0/10. Woakes prétend qu'en Angleterre 3 0/10 de tumeurs adénoïdes s'accompagnent de maladie des oreilles. Hooper a prétendu que cette affection est plus commune en Europe qu'en Amérique. Beverly Robinson déclare que les végétations adénoïdes bien développées et pendant à la voute sont relativement rares à New-York. F. Cardonne dit qu'elles sont observées assez rarement en Italie.

Au Canada et surtout à Montréal, les végétations adénoïdes sont très fréquentes; je n'ai pas dressé de tableau statistique pour fixer cette fréquence par des chiffres, mais vous avez pu en juger par vous-mêmes. Vous les avez observées surtout dans la seconde enfance, quoique cependant elles s'observent aussi dans la première enfance et chez l'adulte. Il n'y a pas de doute que l'âge apporte quelques modifications à cette hypertrophie, mais il faut aussi remarquer que le pharynx de l'enfant est plus étroit que chez l'adulte et que les troubles qui en résultent sont plus marqués. Les fièvres scarlatines et la rougeole paraissent jouer un rôle étiologique important, ainsi que l'action d'un froid humide. Les coryzas répétés, les maux de gorge, un certain état constitutionnel mal défini, l'hérédité, l'imperforation du voile du palais (Meyer, Oakley, Coles), le tempérament lymphatique (Lowenberg) quoique cette dernière opinion soit combattue par Potain, ont aussi été invoqués comme causes effectives de cette maladie.

Diagnostic.—Les végétations adénoïdes se reconnaissent d'une manière certaine au toucher digital et à l'examen rhinoscopique postérieur; d'autres symptômes viennent s'ajouter aux renseignements fournis par le doigt et le miroir pour compléter le diagnostic; les deux premiers modes d'examen sont les plus importants et suffisent par eux-mêmes pour reconnaître la maladie. Ils doivent généralement être employés tous deux, le toucher a certains avantages sur l'examen rhinoscopique et ce dernier a aussi les siens sur le toucher. Le toucher permet de limiter les tumeurs, leur point d'implantation et leur rapport exact, et de renseigner sur la direction où devra porter l'instrument. L'examen rhinoscopique peut offrir les mêmes avantages mais dans un nombre de cas limités, lorsqu'on dispose de pharynx dociles. Dans ces cas on perçoit en plus des ulcérations, la couleur des liquides qui tapissent le cavum pharyngien, leur point d'origine pour le diagnostic de la maladie de Thornwalt. Si le pharynx nasal était complètement accessible

à la vue par l'examen rhinoscopique, il ne serait pas nécessaire de recourir au toucher digital, mais dans la plupart des cas, surtout chez les enfants, un grand nombre de détails nous échappent. Chez les adultes si l'examen rhinoscopique est plus facile, le toucher digital offre bien aussi certains inconvénients, au moins pour quelques médecins ayant l'index court. Il y a certaine difficulté à explorer complètement un pharynx élevé chez un adulte avec un doigt un peu court. Les deux modes d'examen se prêtent donc un mutuel concours.

Le toucher digital doit être pratiqué de la façon suivante : afin de ne pas éprouver de résistance de la part des enfants il est préférable de leur laisser ignorer ce qui va leur être fait ; il faut toutefois prévenir les parents et faire tenir les mains du patient ; le médecin doit, séance tenante, se laver soigneusement les mains et nettoyer les ongles, quelques uns même couvrent l'index de poudre d'iodoforme, nous croyons suffisant de l'enduire de vaseline afin d'en faciliter l'introduction. Le médecin se place à la droite du patient, entoure la tête avec son bras gauche et la maintient solidement fixée sur sa poitrine, pendant que la main gauche se place sous le maxillaire inférieur, l'index de ce côté déprime la joue entre les deux mâchoires, afin de prévenir des morsures et aussi pour empêcher le patient de refermer la bouche avant que le doigt ait pénétré dans le pharynx.

A ce moment le doigt est porté vivement en arrière du voile du palais. Avellis conseille d'attendre d'abord que le voile du palais cesse toute contraction, et si ce phénomène ne se produit pas de forcer tout simplement sa résistance. Chez les adultes on peut réussir autrement : il suffit de laisser le doigt immobile puis d'engager le patient à faire un mouvement de déglutition, à ce moment, le doigt doit pénétrer librement. Si le toucher peut se pratiquer sans avoir à vaincre une trop forte contraction du voile du palais c'est préférable, car une trop forte distension peut produire une parésie de cet organe. Lorsque le doigt a atteint le pharynx il doit se diriger vers la partie inférieure du septum, de là remonter vers la voute en explorant les parties latérales et descendre en palpant la paroi postérieure.

Les végétations adénoïdes donnent sous le doigt la sensation d'un peloton de vers, l'ongle en ramène généralement quelques parcelles sanguinolentes. Cet examen doit être fait en beaucoup moins de temps qu'il n'en faut pour le décrire. Cet examen nous sera d'autant plus utile qu'il a sur l'examen rhinoscopique l'avantage d'être plus facile et d'être applicable à tous les cas, il sera peut-être aussi pour un grand nombre le seul possible, soit que vous perdiez l'habitude de l'examen rhinoscopique postérieur, soit que vous n'ayez jamais contracté cette louable habitude.

L'examen rhinoscopique postérieur, quoique plus difficile que le précédent, doit être pratiqué toutes les fois qu'il est possible

pour les raisons que nous avons exposées précédemment. On procède de la façon suivante : on place le malade le dos tourné vers une forte lumière, soit la lumière du jour lorsqu'elle est vive, soit la lumière fournie par un brûleur argand, avec ou sans concentrateur, on abaisse la langue doucement et graduellement afin d'éviter des efforts de vomissements ; pendant que le miroir frontal éclaire la cavité buccale, le miroir pharyngien légèrement chauffé est alors porté en dessous de la luette la surface réfléchissante dirigée en haut. Il faut éviter pendant ce mouvement de heurter brusquement la base de la langue, la luette ou la paroi postérieure du pharynx, car cette manœuvre réveille immédiatement des contractions spasmodiques ; le moins le miroir touche à ces organes, le plus facile est l'examen. Le miroir, qui varie de 1 à 2 centimètres de diamètre, est alors incliné graduellement de façon à éclairer d'abord la paroi postérieure du pharynx puis la voûte et les choannes et la partie postérieure du voile du palais. La moindre élévation sur la paroi postérieure du pharynx nasal obscurcit facilement la vue du septum. Les tumeurs adénoïdes apparaissent là sous forme de renflement crevassé, les fissures ressemblent à ce qu'on observe à la surface du cerveau, quelques fois les saillies rougeâtres et jaunâtres ont une apparence papillomateuse, rarement elles pendent à la voûte du pharynx comme il est représenté dans cette figure de MacKenzie. Chez les adultes les contours de la tumeur sont moins définis. Nous avons observé un cas l'été dernier, chez une fille de 22 ans, où la tumeur s'étendait jusqu'au niveau de l'arche du voile du palais.

Il suffisait d'une légère contraction du voile du palais pour l'apercevoir. On aurait pu croire au premier abord qu'il s'agissait d'un polype naso-pharyngien, mais la tumeur originait exactement au niveau de la bourse de Luschka.

La couleur de ces tumeurs est généralement rouge pâle, jaunâtre ; le degré de rougeur est proportionnel au degré d'inflammation qui l'accompagne. En même temps, il existe presque toujours une sécrétion plus ou moins abondante d'un liquide mucopurulent qui couvre les trompes et repose dans les interstices de la tumeur. Les renseignements fournis par l'examen rhinoscopique sont encore plus précis lorsqu'il est possible de fixer un releveur du voile du palais. Mais généralement, sans l'usage d'une forte solution de cocaïne, il est difficile de le rendre tolérable au patient.

Les releveurs qu'il faut tenir à la main, comme ceux-ci de Voltolini et de Luc, nécessitent l'intervention d'un aide ou du malade pour abaisser la langue, et ne peuvent convenir que pour des examens passagers, il y en a qui se fixent d'une manière permanente, d'une part au voile du palais qu'ils attirent en avant, et de l'autre à la lèvre ou à la joue. Il existe de nombreux modèles de ces instruments, chacun a le sien, et je n'ai pas échappé à cette contagion, car j'ai aussi le mien à vous présenter. Les quali-

tés de ces instruments doivent être les suivantes : maniement, nettoyage facile, solidité, pesanteur et volume réduits au minimum, et surtout fixation efficace du voile du palais. Ce modèle, fabriqué par Chanteloup, me paraît réaliser la plupart de ces indications. L'extrémité est malléable et prend la courbure qu'on veut lui donner, la tige est de 2 millimètres de diamètre et terminée par un anneau pour fixer le pouce. Afin d'en alléger le poids, cet anneau devrait être en aluminium ainsi que la partie qui se fixe sur la lèvre supérieure. Le ressort enroulé autour de la tige maintient une pression suffisante pour tenir l'appareil en place sans causer une traction trop forte sur le voile du palais.

L'examen rhinoscopique postérieur ainsi pratiqué permet de voir toute la cavité naso-pharyngienne et donne sur le toucher digital tout l'avantage que la vue donne sur le toucher. Nous avons observé des patients rebelles aux premières applications du miroir et du releveur du voile du palais, qui, après quelques séances et quelques manipulations dans le pharynx, sont parvenus à laisser pratiquer un examen satisfaisant. Il faut donc, au besoin, savoir y apporter un peu de patience et de bonne volonté ; si au premier essai le malade fait des efforts de vomissements, essayez de nouveau, redoublez de précaution pour ne pas heurter les parties avoisinantes, engagez le patient à respirer par le nez, et après quelques instants vous réussirez peut-être dans certains cas où vous croyez la chose tout à fait impossible.

La rhinoscopie antérieure peut aussi fournir quelques renseignements dans l'histoire des tumeurs adénoïdes. Lorsqu'il existe conjointement une rhinite atrophique par exemple, vu que la cavité nasale est suffisamment grande, on peut inspecter directement le pharynx, on peut s'aider au besoin d'un stylet et se rendre compte du degré de consistance ou d'épaisseur de la tumeur si elle existe ; le champ d'observation restera forcément limité, mais le peu qui sera vu pourra aider au diagnostic, pendant les mouvements de déglutition on pourra observer le déplacement de reflets lumineux au niveau de la tumeur. Il arrive souvent que les végétations adénoïdes s'accompagnent de coryza hypertrophique. Les obstacles à la libre circulation de l'air par les narines, les transpirations auxquelles sont exposés ces patients et les refroidissements faciles qui en résultent, la stagnation des sécrétions nasales et le mauvais état constitutionnel, toutes ces causes contribuent à faire naître et à entretenir le coryza dans ces cas. Il peut arriver que les fosses nasales antérieures soient libres et que l'obstruction ait son siège aux choannes, soit par hypertrophie postérieure de la muqueuse des cornets, soit par obstacle direct venant des tumeurs adénoïdes.

Pour s'assurer de cet état, Schech a recommandé de faire une injection d'eau tiède par une narine, le passage de l'eau par l'autre narine indique que le passage est libre, si au contraire le liquide

revient du même côté ou tombe dans la gorge, c'est un signe qu'il y a obstruction du naso-pharynx. Des vaporisations de vaseline peuvent donner les mêmes renseignements et être mieux tolérées chez les enfants. Ce moyen ne donne pas de renseignements précis, il peut y avoir tumeur adénoïde sans que l'obstruction soit prononcée au point de donner lieu au phénomène signalé par Schech.

Un autre symptôme sur lequel nous désirons nous arrêter un instant c'est la modification que subit la voix, modification que les Anglais ont appelée, d'après Meyer "*dead voice*," les lettres *m*, *n* sont prononcées comme *eb*, *ed*. Ce symptôme n'appartient pas en propre aux végétations adénoïdes, car on le retrouve d'une manière passagère dans le coryza aigu et d'une façon permanente dans les cas de polypes nasaux et d'hypertrophie des amygdales palatines, mais en l'absence de ces lésions il offre une grande importance clinique.

De quelle manière ces lésions retentissent-elles sur le son de la voix? Répondre à cette question équivaut à définir les conditions essentielles nécessaires pour émettre des sons purs. On pourrait y répondre en peu de mots : la voix pour être claire et bonne doit dépendre d'un larynx sain émettant des sons dans un pharynx et un nez sains et libres. L'influence de l'état du pharynx sur la voix offre des points très intéressants à étudier. Le larynx, quoiqu'on active presque constante, peut servir aux usages ordinaires sans subir d'altération importante s'il n'est pas taxé au delà des limites raisonnables. Mais veut-on exiger de la voix un travail excessif comme il arrive souvent chez les chanteurs et les orateurs, le larynx révèle alors rapidement sa faiblesse. Les ondes sonores sont mises en vibration par les cordes vocales, la hauteur du son est régularisée par la tension des cordes vocales. Ces dernières donnent aussi le registre vocal, mais là cesse à peu près leur action.

La qualité de la voix, son timbre, sa richesse, sa pureté, son éclat, sa douceur, son expansion proviennent des cavités nasales et pharyngiennes qui constituent la caisse de résonance.

D'après ces derniers la beauté de la voix et sa correction dépendent d'un rhino-pharynx sain. Cette action s'exerce surtout pour les voix élevées, les registres de tête ; par conséquent, pour les voix de soprano, mezzo-soprano et de ténor. Le registre moyen ; la voix de baryton et pour la femme la voix de contre alto en dépendent moins, enfin les basses chantantes et profondes s'exercent surtout dans le larynx. Si le pharynx ou le nez deviennent malades et qu'il se forme des mucosités sur ces muqueuses, les notes hautes sont défectueuses, voilées, parce que l'onde sonore se répercute sur des masses de mucus, de végétations ou autres causes d'obstruction de ces organes, la table sonore est détruite. Pratiquement l'artiste ou l'orateur sentant qu'un obstacle s'oppose à la vibration des notes qu'il émet, redouble d'effort pour vaincre cet obstacle ; en augmentant la tension des cordes

vocales outre-mesure, il augmente le volume de sa voix, mais au prix de son organe vocal: des capillaires ou des fibres musculaires se brisent, une laryngite en résulte et la voix devient éraillée (Bosworth). Si un simple état inflammatoire, une pharyngite ou une rhinite catarrhale peut produire ces désordres, combien à plus forte raison des tumeurs adénoïdes; aussi dans ces cas la voix est éteinte.

Troubles respiratoires.—La présence de masses adénoïdes dans le pharynx nasal gêne la respiration de plusieurs manières: soit que les végétations s'accolent à l'orifice des choannes, soit qu'elles rétrécissent l'espace naso-pharyngien, soit encore qu'elles agissent en favorisant l'hypertrophie de la muqueuse nasale, des amygdales palatines ou encore la stagnation de liquides muco-purulents dans l'espace naso-pharyngien. On ne saurait dire que cette gêne dépend exclusivement des végétations adénoïdes, car il y a d'autres causes qui agissent indépendamment de celles-là. Il arrive souvent que ces causes se favorisent et s'entretiennent mutuellement; ainsi, il y a des cas où l'ablation des amygdales palatines favorise le dégorgeement des végétations adénoïdes et rétablit la respiration nasale, de même qu'il y a des rhinites hypertrophiques qui cèdent à l'ablation des végétations adénoïdes. On serait tenté de croire qu'une gêne peu prononcée dans le pharynx nasal puisse permettre la respiration nasale et buccale en même temps, mais il n'en est rien, on respire par le nez ou la bouche et non avec les deux à la fois.

Il en résulte que la voie la plus libre est la seule employée, et dans ce cas c'est la voie buccale qui est choisie. La gêne de la respiration s'accuse par un ronflement sonore et bruyant; la nuit, ces patients dorment la bouche ouverte, et pendant le jour la bouche reste ouverte, ce qui leur donne un air d'hébétude caractéristique. Le sommeil est pénible, la respiration est irrégulière, interrompue souvent par des accès de toux simulant la laryngite striduleuse, il y a quelquefois vomissements de glaires sanguinolentes. Chez les enfants à la mamelle, le phénomène respiratoire est le plus en vue. L'enfant tette mal, il ne peut respirer et têter en même temps, il avale de travers et quitte le sein en toussant et vomissant. Sa manière de tousser peut faire croire à une attaque de coqueluche, mais en pressant sur la trachée on ne réveille pas de quintes de toux, ce qui exclut l'idée d'une trachéite ou d'une coqueluche. (1)

On a signalé aussi l'incontinence d'urine; le malade fatigue, transpire abondamment, il se réveille la gorge sèche et demande à boire. Le matin au réveil, on constate que l'oreiller est taché de sang mélangé à la salive. Ceci s'explique par la facilité avec

(1) Lubet-Barbon. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1892, No. 1, p. 68.

laquelle les tumeurs adénoïdes saignent au moindre contact. Quant à la salivation, ce symptôme a surtout été étudié par Couetoux, de Nantes, qui l'attribue à des végétations à saillie médiane provoquant une sorte de titillation de la luette, et à l'application des parties latérales du voile sur la partie postérieure de la voute.

La salive ne peut alors se rendre en arrière au moment de la déglutition, le vide ne se faisant plus. Après une certaine durée d'un tel état, on voit les patients pâtir et s'amaigrir, ils s'essoufflent au moindre travail, deviennent paresseux, ils se réveillent brisés, avec des nausées, un mauvais goût dans la bouche, une perte d'appétit et souvent des maux de tête qui persistent tout le jour.

Nous avons été consultés pour des cas où la persistance des maux de tête avaient fait croire à des manifestations vagues de méningite tuberculeuse, et où le traitement a opéré une guérison aussi rapide que complète. Ménière a aussi signalé des cas très intéressants du même genre.

Ces troubles respiratoires exercent une action remarquable sur le développement de la cage thoracique et même de la colonne vertébrale.

Ces troubles ont déjà été signalés par Dupuytren en rapport avec l'hypertrophie des amygdales palatines. Robert, dans un excellent mémoire sur le même sujet, a fait en 1843, dans le *Bulletin Général de Thérapeutique* (1), un rapprochement de cause à effet entre la respiration buccale d'une part et l'affaiblissement de l'ouïe, l'altération d'attitude, d'expression de la face, le changement du timbre de la voix, la déformation des os de la face et de la cage thoracique de l'autre. Ces faits qu'il attribua alors à l'hypertrophie des amygdales palatines sont encore vrais aujourd'hui, mais on peut aussi les appliquer et à plus forte raison à l'hypertrophie de la glande de Luschka. Voici en quels termes Robert s'exprimait alors :

“ La poitrine, au lieu d'offrir sur ses parties latérales une surface régulière et arrondie, est au contraire déprimée, plane et même quelquefois concave, comme si, à l'époque où les côtes étaient molles et flexibles, on les avaient comprimées d'un côté vers l'autre. Cette dépression est plus prononcée vers le milieu de la hauteur du thorax que près de son sommet ou de sa base. Elle est également plus marquée vers le milieu de la longueur des côtes que près de leurs extrémités. Les cartilages costaux forment un angle saillant au point de leur insertion costale. Le sternum dans les cas extrêmes présente à son tiers inférieur un enfoncement très marqué.”

Ceci s'applique exactement à certains cas marqués de végétations adénoïdes. Sous l'effet du tirage, les parois du thorax s'enfoncent au creux épigastrique et on peut se rendre compte sur soi-

(1) Tome XXIV, p. 343.

même, en cherchant à respirer par le nez, le nez étant fermé, de la dépression qui se fait dans des conditions analogues au creux épigastrique. Lowenberg et Chatellier abondent dans le même sens, et vous pouvez constater l'exactitude de ce qui vient de vous être signalé, sur ce patient âgé de 4½ ans que j'ai opéré de végétations adénoïdes. En même temps que le thorax est ainsi dévié de son expansion normale, la gêne apportée à l'hématose favorise un état de débilité qui, à son tour, retentit sur la nutrition des os.

La dyspnée qu'on rencontre alors chez les enfants peut devenir très grave et rapidement mortelle si une maladie accidentelle vient en augmenter l'intensité, telle que la pneumonie ou la diphtérie. Voici donc des indications précieuses que tout médecin doit connaître et qui tracent tout naturellement la ligne de conduite à suivre en pareils cas.

En rapport avec les troubles respiratoires de cause pharyngée, le professeur Grancher a signalé dans ses cliniques de la rue de Sèvres, un nouveau signe de tumeur adénoïde. Nous reproduisons ici l'analyse qui en a été faite dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* (1):

“ Quant on observe un malade affecté de tumeurs adénoïdes
 “ du pharynx, respirant librement comme il a l'habitude de
 “ respirer, c'est-à-dire la bouche entr'ouverte, on voit les clavicules
 “ se soulever très légèrement, accompagnée dans ce mouvement
 “ par les côtes supérieures, les côtes inférieures s'écartent égale-
 “ ment de l'axe de la poitrine, et l'épigastre et la paroi abdominale
 “ se soulèvent, tous les diamètres du thorax s'accroissent, la
 “ respiration est costo diaphragmatique. Le malade respire
 “ librement et sans contrainte, mais si on recommande au malade
 “ de fermer la bouche, la voie nasale seule reste perméable au
 “ courant inspiratoire et on voit les clavicules et les côtes supé-
 “ rieures se soulever plus violemment, les sterno-mastoïdiens se
 “ contractent avec plus d'énergie. En même temps, la région
 “ épigastrique et la paroi abdominale, au lieu de se soulever
 “ comme tout à l'heure, se contractent. Le type respiratoire
 “ est changé et de costo diaphragmatique devient costal supérieur.
 “ Les inspirations s'accroissent et deviennent plus pénibles. La
 “ prise d'air est insuffisante et le malade lutte. Si l'on vient à
 “ ausculter, on note, dans le murmure vésiculaire, des troubles
 “ équivalents, comme il était facile de le prévoir. Quand le
 “ malade respire, la bouche ouverte, le murmure est doux,
 “ ample, normal, en un mot; mais dès que priant le malade de
 “ fermer la bouche on intercepte cette voie complémentaire à
 “ l'entrée de l'air, le murmure devient obscur, voilé, la respiration
 “ est incomplète. Ces altérations du type et des qualités de la

(1) No. 5, année 1886.

“ respiration se produisent également chez l'adulte qui, dans
“ l'enfance, a eu des tumeurs adénoïdes et qui ne présente plus
“ comme trace de leur existence que le rétrécissement des cavités
“ nasales par suite du développement incomplet du squelette
“ supérieur de la face. Chez ces sujets la voie respiratoire buc-
“ cale est le complément nécessaire de la voie nasale devenue
“ immédiatement insuffisante.”

D'autres faits ont été signalés par Chatellier (loc. cit.) et autres en rapport avec le développement incomplet de la face.

Les incisives supérieures sont continuellement à découvert comme si la lèvre supérieure était trop courte pour les recouvrir. Les tissus sont tendus par l'abaissement du maxillaire inférieur, ce qui contribue à effacer les plis naso labiaux et naso malaïres et à les tirer en bas en leur donnant une direction verticale, et à changer l'expression de la face. Les pommettes des joues ne font plus de relief et la paupière inférieure se trouve sur le même plan que le reste de la joue, et l'œil paraît plus saillant. Le maxillaire inférieur est plus développé que le supérieur et fait saillie en avant; c'est le prognatisme qui joue un si grand rôle en ethnologie, la voûte palatine devient ogivale, les arcades dentaires supérieures sont très rapprochées et on dirait que les dents se développant dans un espace plus restreint sont forcées de s'implanter vicieusement (David) (1). En voici un cas bien évident dont l'observation s'accorde avec les points les plus saillants de la description qui précède. Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans qui souffre de ses oreilles depuis le bas âge. Le père et la mère sont morts de consommation, et la mère peu de temps après la naissance de cette enfant. La patiente a toujours dormi la bouche ouverte jusqu'au moment où elle a été opérée de tumeurs adénoïdes au commencement de l'année. A cette époque son oreille était le siège d'écoulement purulent dont elle a guéri rapidement après l'opération. En la revoyant aujourd'hui, on constate que le pharynx est libre, les tumeurs adénoïdes n'ont pas récidivé. La patiente a la figure d'un bull dog, le palais est ogival, il y a fausse implantation des dents, effacement des plis de la joue et du sillon labio-nasal. Le maxillaire inférieur est très développé.

En résumé, par suite de l'obstruction du pharynx nasal et du défaut de circulation de l'air à travers les fosses nasales, il se produit un arrêt de développement du maxillaire supérieur; les sinus frontaux, sphénoïdaux, éthmoïdaux et maxillaires, en rapport si intime, en relations physiologiques si étroites avec les fosses nasales, n'atteignent pas leur complet développement, de là réduction de certaines parties des os de la face.

Redard a signalé aussi des déviations de la colonne vertébrale sous l'influence des tumeurs adénoïdes, ce sont la cyphose ou la

(1) Congrès de Rouen.

scoliose dorsale. Ziem (1) a étudié aussi ces déviations, non seulement sur le vivant mais aussi sur les animaux. Ce dernier, en fermant une narine d'un lapin d'une manière permanente, a pu produire une scoliose de la colonne vertébrale. Lesshoff, de Pétersbourg, en faisant des expériences analogues a aussi réussi à produire la scoliose chez les lapins et les poules en maintenant des petits poids sur un des côtés de la tête de ces animaux. L'oblitération de l'une des fosses nasales aboutirait au même résultat en contrariant le développement de la moitié correspondante de la face et en laissant par conséquent au côté opposé une prépondérance de poids. Il ressort d'études cliniques faites par Ouspenski (2) que l'hypertrophie des amygdales palatines exerce une action nuisible à peu près analogue et portant sur le poids la taille du sujet, ainsi que sur le volume de la poitrine.

L'air d'hébétude et même d'idiotie que nous avons signalé précédemment chez les porteurs de tumeurs adénoïdes peut n'être qu'apparent, mais s'il exprime la vérité on peut en trouver l'explication dans les désordres que les végétations adénoïdes entraînent du côté de l'ouïe.

Puisque c'est par l'ouïe que le cerveau de l'enfant reçoit l'influence du monde extérieur, toute cause pouvant diminuer l'acuité auditive retentit nécessairement sur le développement intellectuel. Il est d'expérience journalière de constater les mauvais effets des tumeurs adénoïdes sur les fonctions auditives, mais le mode d'action de cette cause est moins bien connu. Parmi les explications données, voici les principales, celles qui paraissent le mieux s'adapter : 1^o l'air ne pénètre pas aussi bien dans la caisse ; 2^o il y a gêne de la circulation de retour dans l'oreille moyenne ; 3^o il y a inflammation au voisinage des trompes, et cette inflammation peut se propager à la caisse par continuité de tissu ; 4^o dans certains cas de suppuration de la caisse, des produits septiques développés près des trompes et les germes entretenus par l'hypertrophie adénoïde ont pu cheminer vers la caisse.

Une certaine disposition anatomique rend l'obstruction des trompes plus facile chez les enfants que chez les adultes. Chez l'enfant l'orifice pharyngien de la trompe n'est indiqué que par une dépression linéaire ; d'un autre côté, chez l'adulte, l'ouverture large et saillante de la trompe rend facile le séjour de mucosités à ce niveau. Quel que soit d'ailleurs le mode d'obstruction de la trompe, la caisse absorbant facilement l'air qui est apporté du pharynx, et d'autant plus vite que la circulation y est plus active, se trouve à en manquer à un moment donné, et de là des variations dans la pression atmosphérique sur le tympan, une tension exagérée sur la chaîne des osselets. Si les trompes sont libres, l'air peut manquer à la caisse par un autre mécanisme. L'élévateur et le

(1) Monatschr. f. Ohrenheilk (1890 No. 5).

(2) Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7, 1888, p. 342.

tenseur du voile du palais, en se contractant, augmentent la pression dans le naso-pharynx et forcent l'entrée de l'air par les trompes. Sous l'influence des tumeurs adénoïdes ces actions musculaires peuvent être affaiblies, entravées, et de là privation d'air pour la caisse. La phonation, l'émission de presque toutes les consonnes, l'action de parler, de pleurer, la respiration même aident au renouvellement de l'air dans la caisse où l'on sait que ces différentes fonctions sont modifiées par la présence de végétations adénoïdes dans le pharynx. Comme conséquence il en résulte une irritation de l'oreille, de la congestion, du gonflement et finalement des troubles trophiques.

Blake (1) explique les troubles de l'oreille moyenne dans ces cas par la pression qu'exercent les tumeurs adénoïdes sur les parois du naso-pharynx. Cette pression aurait pour effet de déterminer une stase sanguine dans les vaisseaux qui ramènent le sang de l'oreille moyenne dans les veines pharyngiennes latérales. Cette stase a aussi été démontrée par Spicer, qui signale une dilatation de la veine transverse du nez dans ces dilatations, laquelle dilatation disparaît après l'ablation des tumeurs adénoïdes.

L'inflammation par continuité de tissu a été invoquée par Frankel, Lowenberg et autres. Il semble que ce mode de propagation est tout rationnel, cependant l'examen clinique ne le confirme pas en tout point: il est assez rare en effet de constater de l'inflammation au niveau de l'ouverture des trompes, mais l'examen des trompes est plus souvent fait chez l'adulte que chez l'enfant. Chez le premier les tumeurs adénoïdes existent depuis longtemps et on examine les patients lorsque l'oreille est déjà atteinte de sclérose, tandis que chez l'enfant l'examen rhinoscopique postérieur étant plus difficile, on peut laisser passer inaperçu un état tout différent des trompes.

Les suppurations de l'oreille causées et entretenues par des végétations adénoïdes sont d'une occurrence assez fréquente, elles ont d'ailleurs été observées par Wagnier, de Lille, Hooper, Blake, et vous en avez constaté quelques cas depuis le commencement de l'année dont deux encore actuellement sous traitement. Pour Bosworth, une inflammation catarrhale dans une cavité close se transforme facilement en inflammation purulente. Dans ce cas les végétations agissent à la façon qui a été désignée plus haut, mais supposant le cas où des micro-organismes se développent au niveau si favorable de l'hypertrophie adénoïde, et cette supposition n'en est pas une à proprement parler, n'est-il pas tout naturel de croire qu'ils trouvent dans les trompes un chemin facile et dans la caisse un abri convenable pour se développer à leur aise? Dans tous les cas le moyen le plus sûr et le plus prompt de guérir les écoulements de l'oreille en pareil cas consiste d'abord à débarrasser le pharynx des tumeurs qui l'encombrent.

(1) Maladies de l'oreille et du larynx 1888, page 193.

Pronostic.—Les végétations adénoïdes, abandonnées à elles-mêmes, peuvent conduire à tous les désordres que nous avons énumérés plus haut et sous ce rapport leur pronostic est grave. Mais heureusement toutes ne conduisent pas là; il y en a un grand nombre qui laissent une bonne santé au sujet et qui disparaissent même seules avec l'âge, sans laisser de traces appréciables de leur passage. Il ne faudrait pas en conclure qu'il faille en tous cas faire courir de pareilles chances à ces patients. Si les végétations adénoïdes peuvent subir une régression avec le temps, il ne faut pas oublier qu'aussi longtemps qu'elles existent elles sont une menace constante contre le bon fonctionnement des oreilles et de la santé générale. Les otites sécléreuses si communes chez les adultes en sont peut-être la terminaison fatale. Selon toute probabilité, elles prédisposent à la diphtérie soit en affaiblissant le sujet, soit en maintenant dans la gorge un certain état d'irritation qui rend le terrain plus propice pour l'éclosion et le développement du bacille de Loeffler. Elles constituent aussi une des causes qui font naître ou qui entretiennent certaines maladies des yeux chez les enfants, entr'autres la conjonctivite catarrhale et la kératite phlycténulaire. Nous avons remarqué aussi un certain nombre de cas de coqueluche chez des enfants atteints de tumeurs adénoïdes, et, chose remarquable l'opération a paru exercer une action favorable sur la marche de la maladie. Le dernier cas opéré est un enfant qui s'est présenté à la clinique, il y a quelques jours; la mère de l'enfant vient d'affirmer devant vous qu'avant l'opération les attaques se succédaient rapidement, qu'il s'en produisait même plusieurs par heure, tandis qu'aujourd'hui, et depuis l'opération, le nombre des attaques est réduit à 2 ou 3 par jour. Cette complication de la coqueluche, si nous ne pouvons pas dire cette cause, mérite d'être prise en sérieuse considération. Il est possible qu'une observation attentive nous permette de trouver des relations de cause à effet entre ces deux affections.

Traitées au début, alors que les complications fâcheuses commencent à apparaître, il y a espérance d'en enrayer la marche et même de guérir la surdité si elle est déjà déclarée. Les cas où l'opération échoue sont des cas chroniques où l'oreille a déjà subi des transformations trop sérieuses; du reste la respiration devient généralement meilleure; il est nécessaire quelquefois de combattre l'habitude déjà contractée, il faut aussi combattre la mauvaise prononciation, mais en général le résultat final est satisfaisant. L'opération a un effet salutaire sur l'état du nez, les coryzas deviennent moins fréquents. Le mode d'action de l'opération en ce qui concerne l'ouïe s'explique de plusieurs manières, la première est aussi la plus ancienne connue: "*sublatâ causâ tollitur effectus.*" Blake croit que la saignée du pharynx a déjà seule une action favorable; nous serions moins porté à admettre l'opinion de Bride qui croit que les cicatrices résultant de l'opération agissent en ouvrant les trompes.

Quant aux dangers de l'opération en elle-même, ils sont au nombre de deux : l'hémorrhagie grave et la suppuration de l'oreille. Hâtons-nous d'ajouter que ces dangers, quoique possibles, sont excessivement rares.

Ménière, sur 1115 cas, n'a eu aucun accident sérieux. Notre expérience confirme cette manière de voir ; nous n'avons jamais observé aucun cas d'hémorrhagie sérieuse ; quant aux complications du côté de l'oreille moyenne, nous avons observé un cas de suppuration chez un enfant dont l'oreille avait déjà suppuré quelque temps auparavant.

Pour compléter le pronostic, ajoutons que Delie a signalé un cas de récurrence sarcomateuse qui s'est terminé par une mort subite.

Traitement.—L'état constitutionnel nécessite souvent l'usage de toniques, et le médecin a ici le choix entre un grand nombre toutefois, l'huile de foie de morue rend de grands services.

Pour déterger le nez et le pharynx, le débarrasser des produits qui y sont accumulés, et aussi pour modifier la muqueuse du pharynx, la préparation suivante remplit bien le but :

R Acide carbolique.....	gr i
Acide tannique.....	grs x
Biborate de soude	grs xx
Glycérine	ss
Eau.....	ad s iv

En vaporisations dans le nez de façon à ce que le liquide s'échappe par le pharynx. Ces vaporisations peuvent être faites aussi avant l'opération, afin d'aseptiser le champ opératoire.

Le traitement curatif consiste à enlever la tumeur. Il n'y a pas encore de procédé bien déterminé pour arriver à ce but, chaque médecin ayant sa méthode favorite.

Quelques-uns s'attaquent aux végétations par le galvano cautère, l'électrolyse, d'autres par l'application locale d'acide chromique ou autres. Mais considérant l'étroitesse de l'espace naso-pharyngien chez les enfants, leur indocilité et surtout la lenteur de ces procédés qui nécessitent plusieurs séances, nous les jugeons peu pratiques, quoique nous ne contestons pas leur valeur curative. Nous en dirons autant de l'emploi de l'anse froide ou galvanique qui ne conviennent d'ailleurs qu'aux tumeurs pédiculées. Ces différentes méthodes peuvent convenir à quelques cas particuliers mais ne s'adaptent pas à la généralité des tumeurs adénoïdes.

Parmi les autres procédés en usage, il y en a un qui paraît au premier abord très simple et à la portée de tout le monde, c'est celui qui consiste à extirper la tumeur avec l'ongle de l'index. C'est un instrument peu dispendieux et toujours à la main. Nous avons nous-même pratiqué ce genre d'opération pendant quelque temps, mais nous l'avons abandonné comme méthode, attendu qu'il est bien difficile d'en obtenir un résultat complet. On a

suggéré d'ajouter au bout de l'index une bague munie d'une curette métallique (Capart), ce procédé est d'application difficile à cause de l'étroitesse du pharynx des enfants.

Vous voyez ici plusieurs grandeurs de pinces coupantes de Lowenberg et autres. Nous les avons employées pendant quelques années mais nous leur avons trouvé des inconvénients qui les ont fait abandonner par l'auteur lui-même : elles ne coupent pas la tumeur, elles l'arrachent, et on peut faire le même reproche à la plupart des pinces construites dans le même but.

Voici une curette de Hartman qui, introduite verticalement dans le pharynx, coupe de chaque côté ; elle convient surtout pour les opérations dans les parties latérales, elle nécessite plus de précautions qu'aucune autre. Enfin voici celle de Gottstein, que vous me voyez employer habituellement, c'est vous dire que je la préfère à tout autre, même à celle-ci que j'ai fait fabriquer par Chanteloup avant de connaître celle de Gottstein. La curette de ce dernier peut encore laisser des masses adénoïdes dans les choannes, mais Higuet, de Bruxelles, vient d'en construire un nouveau modèle qui remédie à ce défaut ; sa curette a la forme d'un cœur de carte à jouer, l'encoche se loge sur la cloison tandis que les parties saillantes préminent dans l'orifice des choannes. Quel que soit le choix de l'instrument, il importe d'enlever les végétations d'une manière complète afin d'éviter des récidives. Certains opérateurs procèdent en une seule séance, en utilisant le sommeil chloroformique ou celui du bromure d'éthyle ; c'est le procédé que nous employons aujourd'hui de préférence, cependant lorsque le sujet est docile et que la tumeur n'est pas volumineuse, nous n'avons recours qu'à l'usage de la cocaïne.

Le bromure d'éthyle a le grand avantage de permettre au patient de rester assis, de procurer une anesthésie de courte durée mais suffisante ; nous ne pouvons en dire que du bien. Lorsque le chloroforme est administré, il faut placer la tête du patient dans une position déclive et redoubler de précautions. L'antisepsie la plus rigoureuse doit accompagner cette opération ; le doigt porté au pharynx après chaque application de la curette doit nous indiquer ce qu'il y a à faire et où porter l'instrument. Après l'opération il est bon de débarrasser le pharynx des caillots ou des débris de tumeurs qui peuvent y être restées, le patient doit aussi rester à la maison, tenir ses oreilles formées avec du coton absorbant et éviter l'action du froid. Comme traitement consécutif, pour nettoyer le champ opératoire nous prescrivons généralement des vaporisations locales de la solution de Dobell ou autres liquides généralement employés en vaporisations nasales.

—Jonathan Hutchinson croit peu à l'efficacité de l'arsenic contre les affections cutanées des sujets âgés ; aussi ne le prescrit-il que très rarement dans ces cas.—Prof. FOURNIER.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

La démarche chez les hémiplégiques.—Clinique de Mr. le professeur CHARCOT, à la Salpêtrière.—L'examen attentif de la démarche suffit souvent, chez les hémiplégiques, pour diagnostiquer la nature de leur hémiplégie. M. Charcot a montré, dans une de ses cliniques, plusieurs malades offrant, d'une façon typique, les caractères que l'on peut observer en pareil cas.

Le premier exemple est celui d'une femme atteinte d'une hémiplégie gauche, vulgaire, permanente, consécutive à une hémorrhagie voisine de la capsule interne et accompagnée d'un certain degré de contracture consécutive.

Lorsqu'elle marche, elle porte la jambe gauche en avant en s'inclinant du côté sain, cherche à l'élever légèrement en lui imprimant un mouvement de circumduction; c'est là la démarche "en fauchant" de l'hémiplégie ordinaire.

Un autre hémiplégique s'avance d'une façon toute différente: ainsi que Todd l'a dit en décrivant cette forme d'hémiplégie, il traîne sa jambe derrière lui comme un membre inanimé, ne fait aucune tentative de circumduction, sans chercher à élever le pied, qui balaie absolument le sol. Cette démarche est toute différente de la précédente, et on peut affirmer qu'elle n'est pas en rapport avec une lésion de la capsule interne; elle est caractéristique de l'hystérie.

M. Charcot appelle habituellement cette démarche du nom de démarche de Todd, en raison de la manière précise dont cet auteur l'a décrite.

En empruntant une terminologie nouvelle au grec, on pourrait l'appeler *helxipode* (de *clcho* traîner) et réserver le nom de l'hélipode pour l'hémiplégie organique dans laquelle le membre subit un mouvement de circumduction. (Homère appelle en effet les bœufs qui avancent le pied de derrière en tournant: *cilipodas*.)

Si l'on étudie maintenant les conditions dans lesquelles est survenue cette hémiplégie chez le second de ces malades, on voit que le diagnostic indiqué par cette première constatation est justifié. Cet homme, en effet, dont les antécédents héréditaires sont des plus mauvais au point de vue nerveux, a eu lui-même, après divers incidents de même ordre dans son enfance, des convulsions de 7 à 14 ans. Il fit néanmoins son service militaire

pendant lequel il a eu plusieurs attaques. Un peu plus tard, il contracta la syphilis, et quelques mois plus tard, ayant assisté à une rixe, il reçut un coup de couteau, de peu de gravité, d'ailleurs. Néanmoins, il fut violemment ému, et, quelques heures plus tard, il perdit connaissance. Quelques jours après il se réveilla un matin, hémiplégique. Il y a de cela six ans, et, à cette époque, cette hémiplegie étant considérée comme syphilitique, il fut soumis dans un service d'hôpital au traitement par les frictions et l'iodure de potassium. Il faut ajouter que ce qui justifiait ce diagnostic, c'est que ce malade se plaignait à ce moment-là de douleurs de tête permanentes, mais s'exaspérant tous les soirs et amenant une insomnie des plus pénibles. Ce sont bien là les caractères de la céphalée syphilitique. Pourtant, il faut bien le savoir, il y a une forme de céphalée hystérique qui y ressemble d'une façon complète; mais souvent aussi, et c'était le cas ici, cette céphalée s'accompagne de sentiments vertigineux qui entraînent presque la chute du malade, de bourdonnements d'oreilles, de constriction de la gorge, etc..., tous phénomènes qui rappellent bien complètement une attaque hystérique ébauchée. Cet état est fréquent, surtout chez les hommes, et est très souvent confondu avec la syphilis.

Si on continue l'examen de ce malade, on reconnaît chez lui la démarche de Todd, si caractéristique. L'hémiplegie n'est pas étendue à la face et, de fait, la paralysie faciale hystérique est extrêmement rare; il a au contraire un spasme très net des muscles de la face du même côté, hémipasme qui est un phénomène très caractéristique. Mais il y a de plus une anomalie singulière, c'est que l'hémianesthésie existe du côté opposé à la paralysie.

En résumé, il s'agit d'un homme prédisposé par l'hérédité, ayant eu des attaques et devenu hémiplégique après une violente émotion.

Chez un second malade, âgé de 43 ans, présentant cette même démarche helxipode, l'hystérie n'est pas moins certaine, comme l'indique à première vue ce caractère, mais il y a de plus, chez lui, une particularité dans le terrain sur lequel s'est développée la maladie. Il présente des antécédents héréditaires nerveux et arthritiques au plus haut degré; mais, de plus, placé comme valet de pied dans de grandes maisons, soumis par conséquent à une alimentation très substantielle, il eut un premier accès de goutte à 31 ans, suivi d'une série d'autres accès semblables se produisant régulièrement chaque année. Il y était prédisposé aussi bien qu'aux affections nerveuses, car l'hérédité arthritique et l'hérédité nerveuse se trouvent fréquemment associées chez le même sujet. Chez lui, la goutte disparut, mais en même temps, en proie à de violents chagrins par suite de la perte de ses parents et poursuivi par la crainte de tomber dans la misère, il ne devait pas tarder à

être atteint par l'hystérie. Et, c'est une remarque intéressante que, sans admettre ce que l'on appelait autrefois la goutte remontée, cette maladie alterne fréquemment avec d'autres états morbides. Il n'est pas rare d'ailleurs de voir les maladies graves arrêtées par l'invasion d'une autre. M. Charcot a vu ainsi des tuberculeuses avérées s'arrêter par l'écllosion d'une paralysie générale ou d'une autre vésanie.

Il est assez fréquent encore, lorsque l'épilepsie existe chez des goutteux, de voir la goutte disparaître lorsque les accès se montrent.

Chez ce malade, la goutte a disparu et un état nouveau s'est produit. L'hystérie est survenue comme cela arrive chez les hommes vigoureux, c'est-à-dire que, pendant une certaine période, il y a eu de la dyspepsie, un état mental particulier, de l'amnésie, du découragement, de la tristesse; c'était la neurasthénie préparatoire, et il y a dix huit mois, un accident vulgaire a fait éclater l'hystérie. Le malade, pris entre deux voitures, très effrayé, mais n'ayant en réalité subi aucun traumatisme, perd connaissance les jours suivants, son sommeil est troublé par des rêves terrifiants, puis, progressivement, l'hémiplégie hystérique se développe avec tous ses caractères, accompagnée en outre de spasmes de la face et de la langue, de vertiges, d'un point hystérogène dans le flanc, etc...

L'hystérie survenue, dans ces conditions, à cet âge, dans cette classe de la société présente un pronostic peu favorable, et l'hémiplégie est alors souvent presque aussi tenace que si elle était d'origine organique. Le travail devient impossible, et, s'il y a des améliorations, il n'y a guère de guérison définitive.

Malheureusement, ces faits sont fréquents. En Allemagne, où on les a niés pendant longtemps, on sait maintenant les reconnaître; en Angleterre, on ne les admet guère encore, et cependant, on doit les y rencontrer, puisque Todd les a décrits en ce pays même.—*Abeille médicale.*

Sur la paralysie des cordes vocales, signe précoce de la phthisie pulmonaire.—Dans un travail récent considérable sur *l'Étiologie et le traitement de la phthisie pulmonaire et laryngée*, le Dr. LIBERMANN nous fait connaître quelque chose de nouveau qu'il est très utile de savoir. Ce quelque chose c'est la paralysie des cordes vocales comme signe précoce de la phthisie. En faisant son service à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, notre savant confrère fut frappé de l'altération de la voix que présentaient tous les phthisiques; chez tous, elle était voilée, manquait d'étendue et d'élévation; en un mot, ils étaient tous dysphones, même ceux dont les lésions pulmonaires étaient à peine accusées à l'auscultation et à la percussion. Cette dysphonie allait quelquefois jusqu'à l'aphonie.

Pour se rendre compte de ce phénomène, M. Libermann examina tous ces malades au laryngoscope, et constata sur presque tous une paralysie simple ou double des cordes vocales, qui expliquait les altérations de la voix. Les cordes vocales, en général, étaient blanches, comme à l'état normal, sans rougeur ni tuméfaction; mais, quand le malade essayait d'émettre un son, elles restaient écartées l'une de l'autre d'un ou de deux millimètres environ.

La paralysie était double quand les deux poumons étaient atteints, simple, c'est-à-dire ne frappant qu'une corde vocale, quand la tuberculose était unilatérale, et que, dans ce cas, la corde vocale atteinte correspondait toujours au côté malade, en sorte que si le poumon droit était atteint, c'était la corde vocale droite qui était paralysée. Plus tard, on rencontra cette paralysie unilatérale chez des malades qui ne présentaient encore aucun signe de phthisie pulmonaire, mais qui devinrent phthisiques, et chose remarquable, la phthisie pulmonaire frappait toujours, au moins dans les observations recueillies, le côté du poumon correspondant à la corde vocale paralysée.

On peut distinguer la paralysie unilatérale des cordes vocales, qui précède ou annonce la phthisie pulmonaire, des autres paralysies unilatérales des cordes vocales dues à la syphilis et au rhumatisme des muscles thyro-aryténoïdiens, en ce que: 1o la syphilis secondaire offre les antécédents et les signes concomitants de la syphilis, tels que: plaques muqueuses, rougeur caractéristique de la muqueuse laryngienne, qui, dans ce cas, est ordinairement d'un rouge cuivré: 2o que dans la paralysie rhumatismale *a frigore* des cordes vocales, la muqueuse qui recouvre les cordes, au lieu d'être blanche, comme au début de la phthisie, est rouge et légèrement tuméfiée; 3o enfin que dans la paralysie du début de la phthisie, les cordes vocales restent blanches et présentent constamment leur coloration normale.

Des causes de l'altération de la voix, et de la paralysie unilatérale des cordes vocales au début de la phthisie pulmonaire.—Ces altérations sont dues à une lésion du pneumogastrique correspondant à la corde vocale paralysée.

A l'autopsie, les poumons, encore indemnes de tuberculose, on trouve le pneumogastrique correspondant à la corde paralysée plus gonflé que celui du côté opposé, avec des traînées rouges parallèles à la direction des faisceaux nerveux; enfin, sur des coupes du nerf préalablement durci dans une solution légère d'acide chromique, on constate aussi la congestion des vaisseaux intrafasciculaires, le nerf récurrent ne présentant aucune lésion.

Les muscles des cordes vocales, examinés avec soin, ne présentent, à cette période de la maladie, aucune altération.

Dans un cas où l'aphonie était presque complète et les deux cordes vocales paralysées, Libermann observe les mêmes phéno-

mènes de congestion dans les deux pneumogastriques. De douze autopsies, il a cru pouvoir conclure que l'altération de la voix, ainsi que la paralysie qui en est la cause et qui a été observée chez tous les phthisiques au début de la maladie, est due à la congestion du pneumogastrique ou des pneumogastriques correspondant aux cordes vocales paralysées.

À la première période de la maladie, le poumon est encore indemne, sa substance n'a subi aucune modification, la muqueuse du larynx conserve sa coloration et sa structure normales, les cordes vocales sont blanches, d'une couleur nacréée brillante qui rappelle celle de l'émail des dents; à une période plus avancée, la muqueuse laryngienne subira, ainsi que le parenchyme pulmonaire, des modifications appréciables.

La congestion du pneumogastrique s'étend ordinairement, à cette première période de la maladie, depuis son extrémité cervicale inférieure jusqu'au trou déchiré postérieur, et même parfois jusqu'à ses racines dans le bulbe, mais elle est surtout marquée dans les points où le nerf, dans son trajet, se rapproche davantage de la peau, et, vraisemblablement, elle débute en ces points, sous l'influence du refroidissement qu'on a signalé souvent comme cause initiale de la phthisie.

Cette congestion explique, outre l'altération de la voix et la paralysie des cordes vocales, les troubles pharyngiens et même la présence du sucre dans les urines, qu'on observe parfois dans les débuts de la phthisie.

Les cordes vocales examinées histologiquement ne présentent aucune altération de la muqueuse ni des fibres musculaires. À cette période de congestion simple du pneumogastrique, le parenchyme pulmonaire ne présente encore aucune altération de tissu. Quand la congestion du pneumogastrique a duré un certain temps, il se produit à la suite de la tension intravasculaire une exsudation séreuse dans le tissu conjonctif périfasciculaire. Cette exsudation peut être plus ou moins considérable et comprimer d'une façon notable les faisceaux nerveux du pneumogastrique: c'est la seconde période de l'inflammation du nerf ou période d'exsudation séreuse. À cette période correspond ordinairement l'apparition de granulations miliaires dans le parenchyme pulmonaire et même sur la muqueuse du larynx. Les granulations miliaires de la muqueuse du larynx ne doivent pas être confondues avec l'hypertrophie des follicules muqueux de cette muqueuse, qui est surtout marquée sur sa portion interarythénoïdienne. La structure histologique des granulations tuberculeuses du larynx est absolument semblable, quoi qu'on en ait dit, à celle du parenchyme pulmonaire.

À cette période correspondent encore l'altération de la voix et la paralysie d'une ou des deux cordes vocales.

L'exsudation séreuse périfasciculaire se résorbe graduellement pour disparaître.

Malgré la disparition de l'exsudation séreuse, le processus inflammatoire du nerf peut poursuivre sa marche, et, à une 3e période plus avancée, on constate une prolifération du tissu conjonctif périfasciculaire et même intrafasciculaire, à laquelle correspondent des troubles dans les fonctions du poumon, tels que dyspnée, hémoptysies, déplissement plus lent des cellules pulmonaires.

Sous l'influence de cette prolifération du tissu conjonctif, le nerf ne tarde pas à subir des modifications profondes de structure. Les modifications portent sur la myéline qui se segmente et s'infiltré peu à peu de granulations graisseuses fines (graisse neutre). A cette 4e période de l'altération du nerf, que j'appellerai *période d'infiltration graisseuse*, correspondent des altérations profondes du parenchyme pulmonaire, comme je l'ai constaté par de nombreuses autopsies. Ces altérations sont l'infiltration caséuse du poumon et ses phases diverses jusqu'à la formation des cavernes. L'altération de la voix subsiste. A l'examen, les cordes vocales sont plus étroites et moins épaisses qu'à l'état normal, le muscle thyro-arythénoïdien qui les double renferme de nombreuses granulations graisseuses.

La muqueuse laryngienne, elle aussi, a subi dans cette période des modifications importantes. Elle présente une coloration d'un rouge plus ou moins foncé, et un épaississement dû à la prolifération du tissu cellulaire sous-muqueux. En certains points, et surtout au niveau du bord supérieur de l'épiglotte, existent des ulcérations de forme arrondie, qu'on retrouve aussi parfois sur la muqueuse qui recouvre les cordes vocales; dans ces cas, cette muqueuse est gonflée et souvent œdématiée, au point de produire l'état morbide connu sous le nom d'œdème de la glotte.

Les altérations inflammatoires du pneumogastrique peuvent être unilatérales ou bilatérales et déterminer l'unilatéralité ou la bilatéralité des phénomènes morbides de l'appareil respiratoire qui constitue la phthisie pulmonaire simple ou double.

En résumé, Libermann reconnaît quatre périodes à l'altération inflammatoire du pneumogastrique, qui est la cause véritable de la phthisie.

Une première période de *congestion simple*, à laquelle correspondent les troubles de la voix et la paralysie des cordes vocales.

Une seconde période d'*exsudation séreuse* à laquelle correspond fréquemment l'apparition de granulations grises dans le parenchyme pulmonaire et sur la muqueuse laryngienne (tuberculose miliaire).

Une troisième période de *prolifération du tissu conjonctif*, à laquelle correspondent surtout les troubles fonctionnels de l'appareil respiratoire, la dyspnée, l'hémoptysie, le ralentissement des mouvements respiratoires, le déplissement plus lent des cellules pulmonaires, résultat de l'innervation défectueuse du parenchyme pulmonaire.

Enfin une quatrième période, la période d'*infiltration graisseuse* à laquelle correspondent des troubles plus sérieux et plus persistants, l'infiltration caséuse du parenchyme pulmonaire et ses différentes transformations, les altérations de la muqueuse laryngienne et les ulcérations qu'on y observe. A chacune des périodes de l'inflammation du pneumogastrique correspondent des altérations spéciales de tissu ou de fonctionnement de l'appareil respiratoire, de sorte qu'on peut expliquer tous les symptômes anatomopathologiques de la phthisie par l'inflammation du pneumogastrique spécialement chargé de la nutrition du poumon.

Ces études sont absolument remarquables et constituent au point de vue clinique un progrès très sérieux. Chez tout individu suspect de tuberculose, l'altération de la voix produite par la paralysie d'une des cordes vocales, quelquefois des deux, est une grande probabilité de phthisie. C'est là un signe diagnostique de la plus grande importance. Il est confirmé par l'étude laryngoscopique et par des recherches anatomiques sur les lésions du pneumogastrique, de sorte que nul doute n'est possible sur la valeur du signe étudié par notre confrère.—*Paris médical.*

Sur les affections diabétiques de l'organe de la vision, par le professeur HIRSCHBERG.—Dans environ cinq ans, le nombre des malades qui se sont présentés à la consultation de Hirschberg, pour une affection oculaire, s'est élevé à 7,176, dont 113, c'est-à-dire 1 1/2 p. 100, diabétiques.

Le diabète entraîne souvent des altérations de l'appareil de la vision; la chose est même de règle quand la maladie date d'une dizaine d'années. Ces altérations intéressent principalement le cristallin et la rétine. Elles ont une importance diagnostique qu'on ne saurait méconnaître. Dans un tiers des cas vus par M. Hirschberg, le diabète a été diagnostiqué d'après les signes fournis par l'examen des yeux. En tête de ces signes figure : 1^o la paralysie purement fonctionnelle de l'accommodation, survenant à l'âge moyen de la vie ; 2^o la myopie tardive, qui survient entre 40 et 60 ans, sans opacité du cristallin ; 3^o la première forme de rétinite, telle qu'elle a été caractérisée par Hirschberg ; 4^o la cataracte double, à évolution rapide, se présentant chez de jeunes personnes amaigries. Hirschberg ajoute que même la conjonctivite chronique, survenant chez des personnes âgées, peut faire dépister un diabète qui est resté méconnu pendant des mois.

B.—Les troubles oculaires du diabète peuvent être classés en deux groupes, à savoir : 1^o ceux qui ne s'accompagnent pas d'altérations appréciables des tissus ; 2^o ceux qui s'accompagnent d'altérations de cette nature.

a.—1^o Le trouble le plus fréquent du premier groupe porte sur l'accommodation. Il consiste tantôt dans une simple faiblesse, tantôt dans la paralysie de l'accommodation, cette paralysie, dans

une troisième catégorie de cas, pouvant se manifester lors de la vision dans le lointain, chez un œil conformé pour voir de loin.

Cette catégorie de troubles s'observe en général chez des diabétiques dont la maladie n'est pas encore grave et peut encore être influencée par un traitement ;

2° La myopie diabétique, se manifestant avec soudaineté chez une personne d'un âge mur, est relativement rare ;

3° Plus fréquent et plus important est le trouble qui consiste dans une faiblesse de la vue sans altération du fond de l'œil (tache sombre au centre du champ visuel qui est normal). Le pronostic est grave ; sur sept malades, Hirschberg en a vu cinq succomber en très peu de temps ;

4° La perte de la vue d'un seul côté est rare ; elle est incurable ;

5° La diplopie est très fréquente, souvent elle constitue la première manifestation du diabète. Elle dépend le plus souvent d'une paralysie de l'oculo-moteur commun. Elle disparaît souvent spontanément, d'autres fois sous l'influence d'un traitement général.

b.—Le second groupe comprend : 60 les affections des paupières, furoncles, eczémas, chalazions (qui ont surtout une importance diagnostique quand ils se présentent chez des personnes âgées.)

7° Puis les hémorragies de la conjonctive oculaire ;

8° Les kératites, dont il y a lieu de distinguer deux formes, l'une qui est caractérisée par la formation d'ulcères circonscrits, très rebelles, l'autre, neuroparalytique, est en rapport avec une paralysie de la cinquième paire ;

9° L'iritis, qui se développe tantôt progressivement, d'une façon insidieuse, tantôt avec des symptômes très saillants, et avec exsudation fibrineuse abondante dans la chambre antérieure.

10° La cataracte diabétique, qui se rencontre à tous les âges, Hirschberg a cru devoir insister sur ce point, et il a ajouté que le praticien doit se pénétrer de ces trois faits, à savoir : que la cataracte diabétique ne rétrocede pas quand diminue la glycosurie, qu'elle est justiciable de l'intervention opératoire au même titre que la cataracte simple ; qu'un certain degré d'opacité du cristallin est de règle, quand le diabète dure depuis une dizaine d'années ;

11° Les opacités du corps vitré, tantôt consécutives aux hémorragies rétinienne, tantôt accompagnant des altérations rétinienne et coïncidant avec la myopie.

Elles sont accessibles à nos moyens d'intervention ;

12° Les rétinites, dont deux formes principales sont à distinguer : une forme exsudative et une forme hémorragique. Elles se montrent à une période avancée du diabète, en même temps que la gangrène du pied, l'anthrax, etc. Elles ne sont pas toujours faciles à reconnaître ;

13° L'atrophie du nerf optique peut s'observer avec un obscurcissement central du champ visuel, ou avec un rétrécissement du champ visuel et une diminution de l'acuité visuelle centrale. Elle

peut aller jusqu'à la cécité complète. La thérapeutique n'a que peu d'influence sur elle.

Enfin, chez un même diabétique, plusieurs de ces troubles visuels peuvent se rencontrer conjointement.—*Gazette médicale de Paris.*

Un cas de coma.—Clinique de M. le professeur JACCOUD, à l'hôpital de la Pitié.—Je veux vous parler aujourd'hui d'un malade que peu d'entre vous ont pu voir, vu sa mort rapide, mais qui cependant mérite de retenir votre attention. Cet homme, âgé de 30 ans, fut apporté le 28 octobre dernier dans nos salles dans un état comateux. Le lendemain matin, il était dans le même état, sans la moindre espèce de modification ; nous n'avions pas de renseignements sur son compte et il nous était par conséquent difficile d'arriver à un diagnostic.

D'une façon générale, lorsqu'un homme est dans le coma, que faut-il faire pour déterminer la cause de l'état dans lequel il se trouve ? Je vais vous indiquer la marche que j'ai l'habitude de suivre dans ces cas. La première chose est de s'enquérir de la température, de savoir si elle est fébrile, normale ou subnormale. Au moment de son entrée, notre malade avait une température à peu près normale. Il faut ensuite rechercher si la résolution générale est absolue ou si elle ne coïncide pas avec des contractures ou des paralysies partielles. Il n'est pas toujours facile de reconnaître ces dernières ; on y arrive cependant en soulevant, par exemple, les deux membres supérieurs à la même hauteur et en les laissant retomber en même temps. On peut alors apprécier si la rapidité de la chute est la même des deux côtés. La reconnaissance des contractures n'offre pas de difficulté ; le tout est de penser à les rechercher, en faisant mouvoir passivement les différents segments des membres.

Il y a le plus grand intérêt à déterminer l'existence ou l'absence de ces phénomènes, car ce sont des phénomènes de foyer et, quand ils manquent, cela indique vraisemblablement qu'il n'y a pas de lésion circonscrite dans l'encéphale ; ce dernier peut du reste être en cause, mais alors il s'agit forcément d'une maladie diffuse.

Chez notre homme, il n'y avait ni contracture ni paralysie.

Ces différentes constatations une fois faites, il faut examiner la sécrétion urinaire. Le coma peut être causé par un état urémique, et ce coma urémique peut être aussi profond que dans le cas dont nous parlons et s'accompagner d'incontinence des sphincters. Mais l'urine ne contenait pas d'albumine.

Il pouvait encore s'agir d'une atteinte brusque de l'encéphale d'origine cardiaque, de l'obstruction embolique d'une artère. Mais l'examen des viscères est resté négatif et il n'y avait rien du côté du cœur.

Toutes ces recherches étant restées négatives, nous pouvions conclure d'abord qu'il s'agissait d'une affection cérébrale. Cette

affection cérébrale pouvait dépendre d'une intoxication saturnine profonde ; mais, le malade étant tôleier, nous ne pouvions admettre cette éventualité et étions conduits, par exclusion légitime, à admettre une affection cérébrale d'autre cause.

Or, un grand nombre d'affections cérébrales sont capables de donner un coma de ce genre. Il en est ainsi de toutes celles à grands épanchements, des hydrocéphalies ; mais, dans ces cas, il y a presque toujours quelques symptômes de lésions en foyer.

D'autre part, en supposant, ce qui nous était permis, vu l'absence de renseignements, que le coma avait été le phénomène initial, nous devions affirmer l'existence d'une affection diffuse, car les épanchements ventriculaires, les grands foyers hémorragiques procèdent autrement ; il y a alors du stertor et des phénomènes asphyxiques proprement dits.

Enfin, il ne pouvait pas non plus s'agir d'une affection du méso-céphale qui ne permet pas une survie aussi longue.

Quelle est donc, toujours en supposant que le coma est le phénomène initial, l'affection qui peut amener d'emblée une suppression fonctionnelle de la totalité du cerveau ? C'est presque forcément une affection méningitique, et ce diagnostic nous était d'autant plus imposé que l'état du malade ne s'était pas modifié après deux jours et demi.

De quelle méningite pouvait-il s'agir ? Nous n'avions pas le choix ; une seule méningite chez l'adulte peut évoluer sans fièvre pendant la plus grande partie de sa durée et quelquefois même jusqu'à la fin, et débiter par le coma : c'est la méningite tuberculeuse, dont l'évolution, comme vous le savez, ne ressemble alors nullement à celle de l'enfant. Notre malade n'avait aucune lésion pulmonaire, mais cela ne nous empêcha pas d'affirmer le diagnostic.

Jusqu'au 1er novembre, il n'y eut aucun changement, ni secousses ni convulsions. Le premier phénomène nouveau qui se montra fut l'élévation de la température qui atteignit 38°5 le soir du 1er novembre. Cela venait encore confirmer notre diagnostic, la méningite tuberculeuse de l'adulte pouvant être tardive. Le soir du même jour, le thermomètre monta à 39°6, mais des renseignements fournis par une sœur du malade vinrent modifier, dans une certaine mesure, l'état de la question.

Le malade avait eu une fièvre typhoïde grave, il y a six ans ; il ne s'en était jamais remis complètement et était resté toussueur. Il y a quelques mois, il avait été pris d'une céphalalgie continue, d'emblée très intense, rendant tout travail difficile et allant toujours en augmentant. Il y a quatre mois, il avait commencé à présenter de la maladresse du bras gauche ; cette maladresse s'était accentuée peu à peu, était devenue de la parésie, puis de la paralysie, puis, les phénomènes ayant gagné le membre inférieur de même côté, le malade était devenu hémiplégique. En même temps, le caractère changeait, était triste, la mémoire s'affaiblissait, et

plusieurs fois le malade s'égara dans la rue et dut être ramené par la police. Quand sa jambe fut prise, en septembre dernier, il entra à l'hôpital, en chirurgie, et là on lui proposa la trépanation. A ce moment, il avait déjà eu des attaques de coma durant environ une heure; mais, nous n'avons pu savoir si, pendant ces attaques, il avait présenté des convulsions. Le malade refusa la trépanation avec raison, comme nous le verrons tout à l'heure, et se sauva chez lui. Pendant six semaines, son état demeura sans modifications, puis le 28 octobre, à cinq heures du soir, il tomba dans le coma et nous fut amené.

Ces renseignements, comme vous le voyez, vous font rejeter bien loin l'hypothèse du coma initial. Si nous les avions eus quand le malade est arrivé, quel jugement aurions-nous porté? Nous pouvions penser à une tumeur cérébrale ou à un exsudat faisant office de tumeur sur la région motrice. La fièvre existant, cela nous amenait forcément au diagnostic de méningite périphérique, et, comme on nous apprenait les antécédents héréditaires de notre malade, nous arrivions encore au diagnostic de méningite tuberculeuse. En effet, le père était mort phthisique vers l'âge de 35 ans; un frère et une sœur avaient succombé à la même maladie, et nous devions forcément admettre l'existence d'une méningite d'abord lente, se terminant ensuite par une poussée aiguë.

Le malade mourut le 2 au soir, après avoir présenté une température de 40 degrés.

L'autopsie, en rapport avec l'ensemble de l'histoire du malade, nous montra d'abord qu'il n'y avait pas de méningite tuberculeuse, mais qu'il s'agissait de tumeurs cérébrales, de volume très variable, dont deux assez grosses. Le trépan aurait d'autant plus échoué que les deux grosses tumeurs étaient profondes. Ces tumeurs, Messieurs, n'étaient pas de nature tuberculeuse. Dois-je rougir de mon erreur? Non, car je ne savais rien; si le coma avait été initial, je ne pouvais songer à une autre infection qu'à la méningite tuberculeuse de l'adulte. Il est évident qu'il y a eu des symptômes en foyers, peut-être même le chirurgien a-t-il pu constater l'existence d'un peu d'épilepsie jacksonienne. J'aurais pu dire alors tumeur cérébrale, mais avec les renseignements de famille, j'ai dû m'en tenir à mon diagnostic de méningite tuberculeuse devenue aiguë à la fin.

Les tumeurs étaient des entozoaires, des kystes hydatiques stériles. Deux sortes d'entozoaires peuvent être rencontrées dans l'encéphale; l'échinocoque que rien ne différencie de la tumeur cérébrale, et qui ne siège pas dans une région déterminée, et le cysticercque, qui affecte surtout les couches corticales des hémisphères. Griesinger, se basant sur cette localisation, a admis que le cysticercque avait une symptomatologie particulière, dépendant du reste de son siège et que l'échinocoque n'en avait pas. Or, dans notre cas, le tableau symptomatique causé par les échinocoques

répondait absolument à celui dû à la présence des cysticorques. Il s'agit donc là d'une question de siège et non d'une question de nature.

Les deux grosses tumeurs étaient situées dans l'épaisseur de l'hémisphère droit, interposées entre la couche corticale et le ventricule; la plus grosse avait le volume d'une petite mandarine, elle avait comprimé l'hémisphère de bas en haut, aplati la région motrice, et cette compression, devenue assez grande, avait retenti sur l'hémisphère gauche et amené le coma.

J'appelle spécialement votre attention sur ce point, sur lequel j'ai déjà, du reste, insisté depuis longtemps: une tumeur non superficielle, située au-dessous de la région motrice, donne tous les symptômes de la suppression fonctionnelle de cette région, tellement que l'on se trompe souvent; on croit que la tumeur est entre l'enveloppe crânienne et le tissu cérébral, tandis qu'elle siège dans la substance blanche. Au point de vue mécanique, il s'agit du même processus, aplatissement de la région motrice; mais, au point de vue pathogénique, il faut bien se rappeler que la lésion des conducteurs produit les mêmes effets que celle des régions motrices; le résultat symptomatique est exactement le même que si les éléments actifs des circonvulsions avaient été supprimés. Le trépan, dans ce cas, n'aurait rien donné, sauf si l'on s'était résolu à pénétrer dans la profondeur de l'hémisphère. Et même, dans ce cas, il n'y aurait eu aucun résultat réel, car une autre tumeur siègeait dans le lobe pariétal, et il y en avait douze ou quinze petites réparties, soit à la base du cerveau, soit à la scissure interhémisphérique.—*Union médicale.*

CHIRURGIE.

Plaies pénétrantes de l'abdomen; conduite à tenir.—A la Société de chirurgie, M. le Dr BERGER a communiqué une observation de plaie pénétrante de l'estomac, chez un jeune homme qui a guéri sans intervention. Rapprochant ce fait de ceux qu'il a déjà communiqués, M. Berger termine en proposant la règle de conduite suivante: Lorsque le chirurgien est appelé immédiatement après l'accident, et qu'il s'agit bien évidemment d'une plaie pénétrante, il semble indiqué de faire la laparotomie. Lorsqu'il est appelé seulement douze ou quinze heures après, et qu'il n'y a pas d'accident, il paraît plus sage de s'abstenir, quitte à intervenir aussitôt qu'apparaîtront les accidents, car alors le blessé n'a plus d'autre chance de salut que dans la laparotomie.

M. Berger, à l'appui de cette opinion, apporte un nouveau fait de plaie d'estomac qu'il a récemment observé. Un jeune homme de dix-neuf ans reçoit une balle de revolver dans la région épigastrique; le lendemain, seize heures après l'accident, M. Berger est appelé auprès de lui et constate l'existence d'une plaie circulaire, siégeant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et un peu à gauche; autour il existait une légère tuméfaction sensible à la palpation; l'état général était très satisfaisant: il n'y avait ni fièvre, ni réaction d'aucune sorte, ce qui lui fit éloigner toute idée d'intervention, bien qu'un vomissement, formé de matières saugolentes mélangées à du chocolat et survenues peu après l'accident, eût nettement démontré la pénétration de la plaie stomacale.

L'immobilisation, l'opium et la diète absolue furent prescrits pendant quatre jours; puis, dans la suite, on reprit peu à peu l'alimentation ordinaire et, au bout de quinze jours, le malade était absolument guéri.

Ce fait mérite d'être inscrit à l'actif de l'abstention. M. Berger rappelle quels ont été les résultats qu'il a obtenus dans le traitement des diverses plaies pénétrantes de l'abdomen:

Deux cas de plaie de l'estomac par balle de revolver, deux guérisons sans intervention.

Deux cas de plaie du gros intestin; l'une du côlon transverse par couteau, l'autre du cœcum par balle de revolver; deux guérisons, la première après suture intestinale, la seconde sans intervention.

Six cas de plaie de l'intestin grêle; une par couteau et cinq par balle de revolver; une guérison et cinq morts.

De ces chiffres, il ressort clairement que les plaies par balle de revolver, qui intéressent le gros intestin ou l'estomac, offrent beaucoup moins de gravité que celles qui siègent sur le petit intestin; c'est là un point qui joue le principal rôle dans le pronostic de ces blessures. Aussi, en présence de ces blessures, il a été adopté la ligne de conduite qu'il a fait connaître.

M. Verneuil pense qu'il ne faut pas seulement tenir compte du siège de la blessure sur l'intestin. Il faut songer à la nature du contenu de l'organe atteint, car c'est là la cause essentielle de la gravité de ces plaies de l'abdomen. La bactériologie l'a démontré. On sait que le contenu microbien de l'estomac est bien différent de celui de l'intestin. Quoi qu'il en soit, voici deux nouveaux faits de sa pratique: un jeune garçon de dix-sept ans reçoit dans l'abdomen, à bout portant ou à peu près, un coup de fusil de petit calibre; le fusil était chargé à plomb; il était sept heures du soir, trente-deux heures après, ce jeune enfant était mort dans la stupeur, profondément intoxiqué. La masse des grains de plomb avait dû traverser de part en part l'intestin grêle, puisque la plaie siégeait entre la vessie et l'ombilic. D'ailleurs, M. Verneuil pense qu'on n'aurait pas pu intervenir, puisqu'il y avait eu pénétration.

de 25 grains de plomb, et que cette charge avait dû faire des dégâts considérables.

Une autre fois, il est appelé, vingt minutes après l'accident, auprès d'un garçon cuisinier ayant reçu dans l'abdomen un coup de couteau. L'instrument avait pénétré de 15 centimètres environ. Il y avait une hernie de l'intestin grêle, et l'anse herniée, pourvue de son mésentère, masquait complètement la plaie qui ne saignait pas. Cette anse présentait un point perforé et était vide. Rien dans l'abdomen, mais état général très mauvais. M. Verneuil fit un anus contre-nature au niveau de la perforation intestinale sans agrandir la plaie abdominale. Après cette petite opération, le blessé était moribond et sous le choc d'un coup terrible. Vingt-quatre heures plus tard, ballonnement du ventre, sans élévation de température, et mort. Escharres gangreneuses en diverses régions. Cet homme n'était pas alcoolique. À l'autopsie médico-légale, on constata qu'il avait 1 litre 1/2 de sang dans le petit bassin et une plaie du cæcum. L'épiploon très épaissi adhérait à la paroi abdominale et la tapisait. Le couteau l'avait perforé et à travers ce trou était sortie l'anse d'intestin grêle. L'hémorrhagie provenait d'un vaisseau du cæcum, probablement. D'après M. Verneuil, ce cas était fatalement mortel : il était au dessus des ressources de l'art, surtout à cause de l'adiposité considérable du sujet.

M. Reclus a pu, depuis le mois de juillet, recueillir quelques nouvelles observations de plaies pénétrantes de l'abdomen guéries sans intervention. M. le Dr Levassor lui a adressé un mémoire qui renferme quatre cas. Un médecin militaire a eu occasion de soigner un soldat qui avait été traversé de part en part par une balle de fusil Gras entrée par la région lombaire ; un anus artificiel se fit de lui-même quelques semaines après la blessure.

M. Reclus a étudié expérimentalement la toxicité des divers liquides contenus dans le tube digestif. Ceux provenant de l'estomac s'enkystent lorsqu'ils sont injectés dans le péritoine ; ceux provenant de l'intestin donnent toujours naissance à des accidents. À la suite d'une plaie de l'intestin, il peut se former un bouchon muqueux obturant la plaie et cette obturation spontanée a une grande importance. Le choc traumatique ne contre-indique pas l'intervention, d'autant plus qu'il dépend souvent d'une hémorrhagie. Les anses intestinales herniées peuvent être replacées dans l'abdomen. Si l'on a soin de les désinfecter avec l'eau chaude à 55 degrés.

M. Reclus ne peut conseiller l'intervention immédiate, elle donne plus de morts que l'abstention systématique.

M. Routier a rapporté un cas qu'il a traité sans succès par la laparotomie. Un enfant de 14 ans reçut dans l'abdomen, au niveau et en dehors de l'ombilic, un coup de fusil chargé à plomb. Bien qu'il ne fut pas survenu de symptômes graves, on fit la laparotomie 8 heures après l'accident ; l'incision faite au niveau de la plaie,

conduisit sur une blessure de la paroi antérieure de l'estomac, qui fut suturée. La présence de matières fécales dans l'abdomen, rendait évidente l'existence d'une plaie de l'intestin, mais il fut impossible à M. Routier de la trouver et il dut se borner à la toilette de la cœcuse. La mort survint après quelques heures et, à l'autopsie, on trouva une autre plaie de l'estomac et plusieurs plaies de l'intestin grêle.

M. le Dr Peyrot a eu récemment à soigner un garçon de 16 ans qui avait reçu dans le ventre le projectile d'une carabine Flaubert. La plaie, machée, se trouvait à gauche de l'ombilic; quelques heures après l'accident, il n'y avait que 38°S de température et 134 pulsations. Bientôt la défervescence se produisit et on n'intervint pas. Au bout de huit jours, la fièvre reparut en même temps qu'il se développait un empâtement dans la fosse iliaque. La collection fut ouverte et on trouva une péritonite généralisée qui entraîna la mort.—*Scalpel.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Traitement des vomissements graves de la grossesse. par M. le docteur ROUTH.—Ce médecin divise les divers traitements employés contre le vomissements graves de la grossesse, en quatre classes :

1o Les traitements qui tendent à modifier l'état général de la patiente et à abaisser l'excitabilité du centre cérébral de la vomiturition;

2o Ceux qui diminuent l'irritabilité de la muqueuse stomacale;

3o Le traitement pelvien, variant selon l'opinion du médecin et les conditions existantes.

Les remèdes thérapeutiques tels que les alcalins, l'aconit, la salicine, l'acétate de plomb, le calomel, le salol, le phénol, les bromures, etc., peuvent soulager dans certains cas, mais non guérir.

Les médicaments les plus dignes de confiance, sont : la cocaïne, la teinture d'iode et le menthol, que Routh a trouvés très utiles dans les formes non graves de vomissements.

Les moyens accessoires, tels que les vessies de glace ou les applications chaudes sur la colonne vertébrale, les cataplasmes et les vésicatoires sur l'estomac et le foie, les pulvérisations d'éther sur l'épigastre, les badigeonnages du pharynx à la cocaïne, ont été justement recommandés par un grand nombre de praticiens.

L'abstention de tout rapport sexuel serait, d'après Higgins, à conseiller dans tous les cas de vomissement.

Le traitement médical et tous les moyens accessoires ayant souvent échoué, il est naturel que l'on ait cherché la cause de ces vomissements du côté du pelvis. Ainsi, un observateur croyant à une constriction du col, due à une position vicieuse, relèvera l'utérus; un autre dilatera le col, croyant à une contraction spasmodique ou congestive; un troisième fera une application de cocaïne pour diminuer l'hyperesthésie, qui semble être la cause du mal.

Ces différentes manières de traiter suivant le diagnostic de la cause, amènent parfois de bons résultats, mais ceux-ci ne sont pas constants.

Le procédé de dilatation du col, trouvé accidentellement par Copeman, en 1875, en voulant provoquer un avortement pour vomissements incoercibles, n'est pas à conseiller, bien que la dilatation n'amène pas fatalement l'élimination du produit de la conception.

Pour Routh, il est certain que tous les cas de vomissements graves de la grossesse sont identiques au point de vue étiologique et ne diffèrent que par le degré et non par la cause occasionnelle.

Pour lui, une contre-irritation exercée sur le col utérin constitue le remède le plus efficace, et il se sert, pour cela, d'une solution concentrée d'iode faite de parties égales d'iode et d'iodure de potassium, d'alcool et d'eau.

Ilba digeonne, à travers le spéculum mis en place, le col utérin et l'extrémité vaginale du canal cervical, au moyen d'un petit tampon d'ouate trempé dans la solution et tenu entre les mors d'une pince ou sur un porte-tampon. L'excès de la solution est ensuite enlevé et le spéculum retiré.

Le traitement local à la cocaïne préconisé par le Dr W. Bunce, donnerait également de beaux résultats, moins réguliers cependant et surtout moins durables.

Routh pense que les succès obtenus par Hewitt par la reposition de l'utérus déplacé—ce qui exige toujours une certaine manipulation du col—par le badigeonnage à la cocaïne, ou encore par la dilatation selon Copeman, sont dus à la même cause: la contre-irritation du col par ces différents traitements.—*Bulletin médical.*

Des vomissements de la grossesse. Étiologie et traitement. par le Dr. MERVEILLE.—Le vomissement de la grossesse, souvent peu grave, quelquefois incoercible et fatal, dépend d'un état pathologique d'un des trois éléments de l'acte réflexe qui le provoque; 1° l'utérus gravide; 2° les centres nerveux centraux ou ganglionnaires; 3° l'estomac. Il importe de déterminer le lieu d'origine de la maladie.

1° Affections de l'utérus et leur traitement; flexion, déviation;

abaissement, enclavement pelvien (décubitus approprié et quelquefois pessaires mous, gonflés à l'eau ou au gaz), congestion du col (scarifications; tampons à la glycérine), ulcération du col (pansement avec phénol, iodoforme, nitrate d'argent à 10 o/o, etc.), rigidité du col (pommade à la belladone, cocaïne, etc., dilatation journalière avec le doigt et au besoin avec dilataleurs végétaux ou mécaniques ordinaires).

2^o Affections nerveuses : nervosisme et hystérie (Kaltenbach prétend que, presque toujours, ces vomissements sont un symptôme hystérique) ; KBr, NaBr, chloral, association de ces deux médicaments à prescrire en lavements ; suggestion, pulvérisations étherées ou glace sur la colonne dorsale inférieure. etc.

3 Affections de l'estomac. Rarement dyspepsies ou gastrites primitives ; souvent dyspepsie, congestion, inflammation, excitabilité et hyperacidité consécutives : alcalins, potion à la morphine, codéine, cocaïne, menthol, etc., glace et révulsifs à l'épigastre, injections morphinées.

Dans tous les cas : alimentation légère, peu abondante à la fois, lavements nutritifs.

Enfin, certains cas sont absolument rebelles et nécessitent l'accouchement prématuré, thérapeutique de désespoir, à laquelle il faut recourir non précipitamment, mais toutefois à temps.—*Gazette de Gynécologie.*

Utilité des scarifications du col de l'utérus chez les femmes chlorotiques au point de vue du traitement de la chlorose.—

M. J. CHÉRON rappelle que le traitement de la chlorose par les émissions sanguines a été préconisé, dans ces derniers temps, par Schubert, Dyes, Wilhelmî, et par Schultz (de Brème). D'après ces auteurs, cette médication donne des résultats remarquables dans la chlorose pure. La quantité de sang à tirer de la veine correspond environ à 1 gramme par kilogramme du poids du corps.

Pour justifier ce mode de traitement, qui paraît paradoxal à première vue, on dit que les recherches expérimentales ont démontré que les petites saignées activent l'hématopoïèse, si bien que, peu de jours après l'émission sanguine, le sang est riche en globules rouges et en hémoglobine.

M. J. Chéron, qui faisait des scarifications du col chez les femmes chlorotiques, dans le but surtout d'améliorer une affection utérine plus ou moins ancienne, a souvent vu que, en dépit des craintes des malades, l'état général bénéficiait de ces petites émissions sanguines autant que l'état local. Dans bien des cas, l'analyse du sang au compto-globules et à l'hématimètre, faite avant le début et pendant le cours du traitement, lui a prouvé l'amélioration progressive de la chlorose à la suite de chaque scarification.

Chez les chlorotiques, la congestion utérine est chose habituelle, si bien qu'il est très facile, chez elles, d'obtenir 40 à 60 grammes de sang par une scarification du col.

Ainsi les scarifications du col ne peuvent être que très utiles aux femmes chlorotiques, et au point de vue pratique, on comprend qu'il est bien plus simple de faire une scarification du museau de tanche que de recourir à la saignée, opération sans aucune gravité évidemment, mais devenue trop exceptionnelle pour être facilement acceptée des malades.

Naturellement la scarification du col doit être faite avec les précautions antiseptiques d'usage; elle ne présente pas alors le moindre danger.—*Concours médical.*

Nouveau mode de traitement de la métrite du col par les injections interstitielles de créosote.—La métrite du col est une affection excessivement commune et d'une longueur parfois désespérante pour la malade et le médecin. M. le Dr TOUVENANT, chef de clinique gynécologique du Dr Auvard, a eu l'occasion de constater les bons effets des injections interstitielles de créosote dans tous les cas où la malade s'opposait pour une raison quelconque à l'intervention chirurgicale. Ce traitement médical, à la fois simple et indolore, a le double avantage d'être à la porte de tous les médecins et de ne pas effrayer la malade.

Les causes les plus fréquentes de la métrite du col sont la puerpéralité et la blennorrhagie.

Par suite de l'inoculation du microbe pathogène, la muqueuse s'enflamme, se boursoufle, s'hypertrophie, puis fait hernie à travers l'orifice externe du col, qui s'ouvre et se dilate pour la laisser passer; on a affaire alors à une métrite du col avec ectropion. Le processus inflammatoire s'étend ensuite aux glandes, qui se transforment en autant de cavités kystiques, qu'on distingue sous le nom d'œufs de Naboth. Ceux-ci, de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'une lentille, renferment un liquide muco-purulent et donnent au toucher la sensation d'une série de noyaux minuscules enveloppés dans le nom générique d'ulcérations du col.

On distingue trois degrés dans l'inflammation de la muqueuse cervicale. Celle-ci peut être superficielle, moyenne ou profonde, et suivant le degré, elle est caractérisée, soit simplement par un écoulement glairo-purulent, soit simultanément par l'ectropion seul ou accompagné de l'hypertrophie inflammatoire de tout le col.

Quand l'inflammation est *superficielle*, elle guérit facilement par des cautérisations légères à la créosote, la teinture d'iode, le perchlorure de fer, en un mot sous l'influence de tous les agents microbiocides; mais il est rare que le médecin soit consulté à cette période de l'affection.

Dans l'inflammation *profonde*, on a recours aux cautérisations, aux scarifications, à l'asepsie.

Les cautérisations en surface avec le nitrate d'argent ou tout autre agent sont insuffisantes, parce qu'elles n'atteignent pas les microbes contenus dans les culs-de-sac glandulaires; celles avec le fer rouge sont mauvaises et nuisibles, en tant qu'elles provoquent la formation d'un tissu cicatriciel abondant et ne détruisent que la partie superficielle des glandes. Pour que la cautérisation soit efficace, il faut que le caustique pénètre dans l'épaisseur de la muqueuse malade et les culs-de-sac des glandes.

C'est en vue de ce résultat que M. le Dr Touvenaint préconise les injections interstitielles dans le col. Il se sert, à cet effet, d'une seringue de mêmes dimensions que la seringue de Pravaz ordinaire, mais ayant un piston assez long pour permettre à l'aiguille d'arriver facilement jusqu'au col: un index marque la profondeur à laquelle on pénètre.

Après avoir appliqué le spéculum et débarrassé le col des mucosités, soit à l'aide de tampons de coton hydrophile trempé dans l'eau phéniquée à 10/20, soit mieux au moyen d'une injection phéniquée au même titre, on injecte en deux ou trois points différents d'une des lèvres de l'ectropion, et à 2 ou 5 millimètres de profondeur, un quart de seringue de la solution suivante :

R. Créosote pure de hêtre.....	}	ââ p. ég.
Alcool.....		
Glycérine.....		

Dans une seconde séance et ainsi alternativement jusqu'à la guérison, on pratique une injection dans l'autre lèvre de l'ectropion.

La piqûre a le plus souvent pour effet immédiat de provoquer dans la bouche de la femme le goût de goudron et de créosote, accompagné ordinairement d'une sensation de chaleur générale, d'une légère transpiration passagère, surtout marquée au front et dans la paume de la main, quelquefois d'une toux assez violente et quinteuse. Mais cet état n'est nullement douloureux et les malades le supportent aisément. Du côté du col, sur la lèvre où la piqûre a été faite, on observe, tantôt de légères escarres superficielles, tantôt, mais plus rarement, de véritables escarres plus ou moins étendues; dans d'autres cas enfin, le col semble peu modifié, sans la moindre apparence d'escarre.

Les escarres, quand elles existent, de blanchâtres deviennent successivement grisâtres, puis noirâtres, s'éliminent promptement en laissant une surface muqueuse bourgeonnante. Suivant l'étendue de l'ectropion et la régularité des pansements faits avec un mélange de poudre de salol, d'iodoforme et de tannin, la cicatrisation exige un temps plus ou moins court.

Sous l'influence des injections interstitielles de créosote, il se produit une amélioration rapide des troubles fonctionnels: les douleurs disparaissent petit à petit; l'écoulement diminue pro-

gressivement et finit par cesser. M. Touvenaint en a retiré un réel bénéfice dans deux cas de cancer du col, avec envahissement des culs-de-sac; les douleurs ont presque totalement disparu et l'écoulement fétide a presque entièrement tari.

Après la cautérisation, les *scarifications* ont pour but d'évacuer le contenu des glandes libres ou kystiques, ainsi que le caustique qu'on a injecté dans leur intérieur, et en second lieu, de décongestionner le col malade.

Pour les pratiquer, on se sert de la herse de Doléris ou de la pointe du bistouri. Après avoir nettoyé, au moyen d'une injection vaginale ou de petits tampons aseptiques, on procède à un pansement antiseptique.

L'asepsie s'opère en projetant tous les deux jours sur le col une quantité égale de salol, d'iodoforme et de tannin et on appliquant ensuite un double tampon. Quand on renouvelle le pansement, on a soin de débarrasser le vagin de tous les produits qui l'encombrent. On obtient de cette façon une cicatrisation beaucoup plus rapide qu'avec les injections et on assure davantage le repos absolu des organes, en s'opposant à tout rapport sexuel. Le traitement est suspendu seulement pendant la période menstruelle. — *Gazette de gynécologie.*

Traitement des palpitations de l'âge critique.—M. KICH a observé des cas nombreux de tachycardie survenant chez les femmes à l'époque de la ménopause. Ces accidents apparaissent rarement après la cessation complète des règles, plus fréquemment au moment où les règles commencent à devenir irrégulières, peu abondantes; ils s'annonçaient par des palpitations chez des sujets indemnes jusqu'alors des troubles de cette nature. Ces palpitations revenaient d'abord sous l'influence des efforts, puis au moindre mouvement, et enfin même au repos. Ils s'accompagnaient de sensation, de défaillance, d'oppression thoracique, de battements violents des carotides et de l'aorte abdominale. Bientôt survenaient des vertiges, des tintements d'oreilles, des céphalées et parfois on voyait se produire des syncopes.

On trouvait alors le pouls extrêmement rapide, battant de 120 à 150 pulsations au moins à la minute, ample d'ailleurs, régulier et bien frappé. L'auscultation du cœur indiquait également une accentuation manifeste des bruits du cœur. Parfois survenaient sur la poitrine et au visage des plaques érythémateuses fugaces, s'accompagnant d'une vive sensation de chaleur.

Les crises de tachycardie reparaissaient à des intervalles plus ou moins rapprochés, parfois plusieurs fois par jour, et duraient de quelques minutes à un quart d'heure. Elles ne coïncidaient pas avec un état anémique du sang comme le veulent Clément et Boerner, et l'auteur a vu, au contraire, dans la plupart des cas, une augmentation notable du taux de l'hémoglobine.

Clément a constaté quatre cas de tachycardie de la ménopause; Boerner, trois cas; Moor, un cas; l'auteur ajoute vingt-huit observations du même ordre.

L'affection ne comporte pas un pronostic funeste; elle peut durer quelques semaines ou persister pendant deux ans. Souvent elle évolue pendant tout le temps de la ménopause, ne cessant que lorsque les règles ont complètement disparu, rarement, elle sert à la ménopause.

L'emploi fréquent de purgatifs légers a donné à l'auteur d'excellents résultats dans le traitement de cette tachycardie. On peut y joindre le séjour à la campagne, une nourriture légère, et prescrire un repos presque complet avec hydrothérapie. Le bromure de potassium à petites doses produit de même les meilleurs effets.—*Annales de gynécologie.*

Myômes multiples du vagin, par S. K. OLÉNINE.—Les néoplasmes primitifs du vagin étant très rares, le cas observé par Olénine présente un grand intérêt anatomo-pathologique.

Femme de trente-deux ans, réglée à seize ans, mariée à dix-sept, accouchement gémellaire à dix huit; à vingt-neuf ans, après un arrêt des règles pendant trois à quatre mois, hémorrhagie ayant duré une année et ayant nécessité l'entrée de la malade à l'hôpital 'fausse-couche'. Il y a un an, elle remarqua une grosseur dans le vagin; bientôt métrorrhagies, leucorrhée, difficulté de la marche, dyspareunie. Au toucher, le doigt sent immédiatement derrière l'entrée du vagin une tumeur solide, lobée, remplissant tout le vagin fortement distendu, adhérente par un large pédicule à la paroi postérieure du vagin. Opération sans narcose. la tumeur est saisie avec une pince tire balles et attirée hors du vagin; le pédicule, très vasculaire, est lié en deux faisceaux; la tumeur séparée avec les ciseaux. Les parois postérieure et latérales du vagin étaient parsemées d'autres tumeurs analogues, depuis la grandeur d'une noix jusqu'à un œuf de pigeon, qui furent toutes énucléées; —en tout seize tumeurs. En une seconde séance on en enleva encore onze, puis encore deux qui, toutes, à l'examen microscopique, présentaient la structure de myômes à fibres lisses, avec très peu de tissu conjonctif.—*Gazette de gynécologie.*

—La syphilis ne doit jamais être diagnostiquée par un seul de ses symptômes. La syphilis est une série, un ruban qui se déroule, une chaîne à anneaux multiples. Chacun des accidents doit servir de répondeur à l'autre. Une syphilide ne doit pas être diagnostiquée par elle seule; il faut toujours remonter dans les antécédents.—Prof. FOURNIER.

PÆDIATRIE.

Le gros ventre chez l'enfant, par le docteur BAUMEL, de Montpellier, Messieurs.—J'ai pensé qu'il serait intéressant de vous parler aujourd'hui de cet enfant de 4 ans, entré hier dans un état déplorable et couché à la salle Saint-Vincent. Il présente, vous l'avez vu, le tableau le plus complet de la misère physiologique. Très amaigri, ses membres sont grêles, ses fausses côtes déjetées en dehors, son ventre est énorme. Sur le pli inguinal gauche se trouve une plaie, produite par le bouton d'un bandage qu'on lui avait appliqué pour maintenir réduite une hernie inguinale double.

La moitié droite du cuir chevelu est le siège d'une horrible plaie occasionnée par une brûlure. Ce malade est enfin profondément anémié et il est, en outre, porteur d'une cyphose lombaire des plus accusées. Tout cela dénote, à première vue, un grand vice de nutrition et surtout d'assimilation.

A quoi peut tenir cet état physiologique ? Pour moi, Messieurs, je le rapporte tout entier au *gros ventre*.

Que faut-il entendre par ces mots ?

Dans vos ouvrages classiques, cherchez le chapitre relatif à cette maladie. Vous ne le trouverez nulle part. Vous verrez cependant un chapitre intitulé *Carreau*, dans lequel se trouve englobée la description de cette maladie, dont le carreau n'est, à mon avis, que la seconde période.

Ce matin, vous avez pu voir quand je percutais avec attention l'abdomen de cet enfant, j'ai trouvé de la sonorité abdominale exagérée, de la dilatation gastrique, de l'hypertrophie de la rate et du foie. Tout cela dénote un état pathologique dont l'étiologie est, d'après moi, facile à déterminer. Toutes les fois que je suis en présence d'un gros ventre chez l'enfant, je songe tout de suite à l'alimentation, vicieuse par la qualité et par la quantité des aliments ingérés, vicieuse parfois à cause de l'état dans lequel les aliments arrivent dans l'estomac par le fait d'une mastication incomplète.

Les gens très occupés, qui consacrent très peu de temps à leurs repas, souffrent habituellement de gastralgie ou de dyspepsie, parce que, leur mastication étant défectueuse, l'estomac est obligé de suppléer en quelque sorte à celle-ci. Il en résulte pour cet organe d'abord de la fatigue, puis la muqueuse s'enflamme et l'on est en présence d'une gastrite.

Les enfants sont surtout sujets à cette maladie. Les parents,

craignant que ceux-ci ne se nourrissent pas suffisamment, les poussent, en général, à manger plus qu'il ne faut et par ce moyen les rendent facilement malades. Les premiers résultats d'une alimentation vicieuse par excès sont: l'indigestion, la dilatation gastrique et leurs suites, la gastrite et la gastro-entérite. Je ne reviendrai pas ici sur la gastro-entérite, à laquelle j'ai dernièrement consacré une leçon. Je vous répéterai toutefois que le nourrisson aussi bien que l'adulte, et peut-être mieux que lui, est exposé à cette maladie.

Les nourrices, en général, donnent le sein aux enfants toutes les fois qu'ils pleurent.

Elles pensent que c'est la faim qui les fait pleurer, vu qu'ils se calment aussitôt qu'ils sont au sein. Il leur serait difficile, en effet, de faire les deux choses à la fois. Avec un peu d'attention, on remarquera toutefois que, dès qu'ils ont tété, ils se mettent à pleurer plus fort que jamais, parce qu'alors ils ont des coliques plus violentes encore. Il faut donc être sévère dans la réglementation des tétés. Lorsque l'enfant vient de naître, c'est, il est vrai, assez difficile.

Mais, dès qu'il a atteint l'âge de deux mois environ, exigez de la nourrice qu'elle ne donne le sien que toutes les deux heures; après trois mois, toutes les trois heures seulement, et lorsque l'enfant commence à manger, il faut un intervalle de quatre heures entre le potage et la première tété qui suit.

Comme vous le voyez, c'est d'ordinaire à la suite d'une alimentation défectueuse que se produit le gros ventre. Il dénote le plus souvent une gastro-entérite, aiguë ou chronique.

Voilà donc un enfant qui a de la diarrhée. Elle n'est pas liée à la dentition, puisque l'enfant a 4 ans et que la dent dite de 4 ans vient plus souvent à 6. C'est donc de la diarrhée due à la gastro-entérite. La première indication thérapeutique qui découle de l'étude physiologique de cette maladie, c'est de supprimer les causes qui l'ont provoquée et l'entretiennent.

Au point de vue anatomo-pathologique, je ne puis pas, Dieu merci, vous montrer aujourd'hui des pièces justificatives. Nous pouvons pourtant, malgré cela, nous rendre compte de ce qui se passe dans l'abdomen de notre sujet. Il y a une dilatation gastro-intestinale, se traduisant par du météorisme à la partie supérieure et gauche de l'abdomen, et une inflammation de la muqueuse, s'accompagnant de diarrhée.

Pensez-vous, Messieurs, que tout se borne là? Non, certainement. Il existe aussi une augmentation de volume du foie et de la rate. Si la polyphagie peut jusqu'à un certain point expliquer l'hypertrophie du foie, comment pourrait-elle expliquer celle de la rate?

C'est ici qu'intervient l'anémie.

Les anciens auteurs prétendaient que l'anémie était surtout

caractérisée par un souffle aortique. Or, M. Constantin Paul a fortement ébraulé ce principe par la description d'un bruit de souffle anémo-spasmodique de l'*artère pulmonaire*.

Des recherches récentes ont démontré que c'était aussi du côté des valvules auriculo-ventriculaires qu'il fallait chercher les signes de l'anémie. Parrot a insisté sur ce fait que le souffle existait souvent à la valvule tricuspidiennne par insuffisance de cette valvule, due à l'état globuleux du cœur. Le ventricule droit, mal nourri, s'élargit sous l'influence de la pression sanguine, les muscles papillaires sont écartés et laissent la valvule béante, de là l'insuffisance tricuspidiennne *fonctionnelle et curable* par conséquent.

Notre petit malade est anémique certainement en raison de sa nutrition défectueuse, et c'est son anémie qui explique, par le mécanisme que je viens de vous indiquer, auquel s'ajoute peut-être l'influence exercée par la gêne fonctionnelle et circulatoire du poumon liée à la cyphose, la production de la rate cardiaque consécutive à celle du foie cardiaque. Mais le côté le plus important de l'étude du gros ventre n'est certes pas celui que nous envisageons en ce moment.

Le côté relatif à l'absorption est, sans contredit, le plus intéressant.

Je vous ai parlé du système sanguin. Il est évident que les veines abdominales sont plus ou moins turgescents. Elles le sont mécaniquement, et cette turgescence n'est pas faite, on le conçoit sans peine, pour favoriser l'absorption et la nutrition. Mais le système lymphatique lui-même joue un très grand rôle dans la production du gros ventre.

Un enfant a-t-il de la diarrhée, il ne suffit point de combattre ce symptôme. A-t-il de la constipation, il n'est pas toujours utile de l'évacuer simplement.

Il faut, avant tout, faire de la *thérapeutique pathogénique*, ainsi que le conseille M. le professeur Ch. Bouchard.

J'ai attiré votre attention sur la diarrhée, parce qu'elle dénote, en général, que l'intestin est enflammé. Cette inflammation est tantôt aiguë, tantôt chronique. Or, de la muqueuse gastro-intestinale partent des vaisseaux lymphatiques qui aboutissent à des ganglions de même nature. Supposez que cette muqueuse soit le siège d'une inflammation, celle-ci se propagera aux vaisseaux et ganglions lymphatiques correspondants. De là des lymphangites et des adénites secondaires.

Vous savez, Messieurs, qu'une plaie, pour si petite qu'elle soit, siégeant au bras ou à la jambe, a immédiatement pour conséquence une adénite, axillaire ou inguinale. La tuméfaction des ganglions mésentériques, ainsi produite, détermine parfois une péritonite de voisinage. L'absorption est toujours diminuée, parfois même supprimée. Les vaisseaux sanguins sont comprimés par les

-masses ganglionnaires. De là, stase dans ces vaisseaux, en amont des ganglions, entre ceux-ci et l'intestin, d'où, par suite, parésie de ce dernier.

Cet ensemble symptomatique disparaît en général rapidement, sous l'influence d'une alimentation bonne et bien réglée, et, principalement sous l'influence du régime lacté absolu. Si je vous ai fait une description anatomo-pathologique aussi détaillée de la maladie, c'est pour mieux vous faire comprendre le second point de cette leçon qui a trait au *carreau* ou *adénite mésentérique tuberculeuse*.

Si l'inflammation est généralisée, tous les ganglions mésentériques sont pris; si l'inflammation est circonscrite, quelques ganglions seulement sont atteints. L'adénite détermine non seulement une augmentation de volume des ganglions, mais encore, par péritonite de voisinage, des néo-membranes, et alors un empâtement plus ou moins généralisé de l'abdomen, ce qui n'est pourtant pas le cas le plus commun.

Les symptômes les plus habituels sont: le gros ventre et le météorisme abdominal, en raison de la profondeur (mésentère) à laquelle se trouvent placés les ganglions inaccessibles aux mains de l'explorateur.

Qu'un enfant, au contraire, soit atteint de gastro-entérite ou d'entérocologie aiguë, si l'on percute tous les jours, avec soin, son abdomen, on verra survenir et persister certaines zones de sonorité contrastant avec certaines autres de matité, jusqu'à ce que, l'inflammation diminuant, la matité disparaisse à son tour par résolution. Cela est dû à la péritonite symptomatique.

Il faut donc diriger la thérapeutique contre la cause première de l'inflammation. Si l'on ne laisse pas ces désordres persister, tout rentre bientôt dans l'ordre. Dans le cas contraire, la situation s'aggrave, les néo-membranes englobent les viscères abdominaux, qu'elles enserrant plus ou moins fortement, s'opposant ainsi à l'absorption et à la nutrition.

Un mot maintenant sur l'évolution tuberculeuse de la maladie.

On a prétendu que le *carreau* est toujours tuberculeux. Ici, il est nécessaire de s'entendre. Si l'on veut désigner la *tuberculose des ganglions mésentériques* sous le nom de *carreau*, soit; mais alors il faut décrire à part le *gros ventre*.

Pour moi, il y a deux périodes dans l'adénite mésentérique.

La première est celle que je viens de vous décrire. La seconde correspondrait au *développement des tubercules*.

Si j'étais partisan aveugle de l'hérédité, je n'hésiterais pas à déclarer que cet enfant est atteint de tuberculose abdominale, puisque, dans ses antécédents, nous trouvons le père mort phthisique (?)

Il est probable, en effet, que cet enfant, vivant avec ses parents, a respiré à pleins poumons l'air de la chambre où se trouvait son père. Il a pu absorber aussi les poussières provenant des murs ou du sol. Il ne serait donc pas surprenant qu'un bacille tubercu-

leux eût pénétré jusque dans son intestin et que là, trouvant un terrain de culture admirablement préparé, il s'y soit développé facilement.

Ce n'est pourtant pas mon opinion. Pour moi, cet enfant n'est pas tuberculeux. Il ne présente à noter, en effet, ni de la fièvre ni une localisation pulmonaire. Son gros ventre me paraît dû, tout simplement, à une mauvaise alimentation,

Considérant la tuberculose des ganglions mésentériques comme un état secondaire venant se greffer sur une lésion locale, inflammatoire et primitive, j'affirme que le gros ventre n'est pas tuberculeux d'emblée, qu'il n'est même ni toujours, ni souvent tuberculeux. L'état général de notre petit malade est fait, en outre, pour éloigner toute idée de tuberculose, comme je vous le disais tout à l'heure.

D'où vient alors que cet enfant soit dans un état de misère physiologique aussi prononcé ?

C'est que, privé de son père et fils d'une mère aliénée (c'est elle qui a produit la brûlure de la tête en y versant dessus du bouillon brûlant), cet enfant a été ensuite confié à des mains étrangères et qu'il a été, de tout temps, très mal soigné. Son alimentation a été jusqu'à ce jour vicieuse et tout son organisme en souffre.

De plus, il est, je vous l'ai dit, cyphotique. C'est là un signe de rachitisme, résultant lui-même de la nutrition défectueuse du sujet, de l'athrepsie *tardive*, en un mot, dont je vous ai déjà parlé dans ma leçon sur le rachitisme. La cyphose est lombaire et les fausses côtes sont déjetées en dehors par l'augmentation de volume du foie et de la rate. Si le système osseux était suffisamment nourri, il pourrait résister à la pression de dedans en dehors exercée par ces viscères, mais comme il manque de substances calcaires, il se laisse fléchir et déjeter en dehors.

Il est donc nécessaire d'intervenir activement dans ce cas.

Tout d'abord, régler l'alimentation et prescrire le régime lacté exclusif.

Ce sera le meilleur moyen de favoriser la digestion et la nutrition de notre malade. A cela, nous ajouterons : du *quinquina* pour combattre l'atonie générale; du *phosphate de chaux* pour fortifier le système osseux. Enfin, à l'aide d'un appareil destiné à combattre la cyphose, nous parviendrons à redresser et à maintenir ce pauvre petit malade, qui, sans cela, serait voué à une difformité des plus marquées.

Voilà, Messieurs, ce que j'ai cru devoir vous dire aujourd'hui, désireux de vous montrer que, chez l'enfant atteint de gros ventre, on ne doit jamais se laisser abattre et que, malgré l'état déplorable dans lequel se trouvent certains sujets, il faut souvent, sinon toujours, espérer la guérison comme conséquence d'un traitement bien compris et d'une médication justement appliquée.—*Union médicale.*

Tuberculose du testicule chez les enfants. — MM. HUTINEL et DESCHAMPS ont recueilli, en quinze mois, neuf observations de tuberculose testiculaire à l'hôpital des Enfants-Malades. Cette affection n'est pas aussi rare chez l'enfant qu'on pourrait le penser à priori. C'est cependant une manifestation de la tuberculose que l'on ne décrit pas habituellement dans les traités de pathologie infantile.

Ce n'est pas aux approches de la puberté que la tuberculose testiculaire infantile est la plus fréquente, c'est plutôt dans les premières années, les premiers mois même de la vie; si bien que, dans certains cas, on peut se demander si l'infection tuberculeuse ne s'est pas faite par le placenta, et si la tuberculose n'est pas ainsi héréditaire, au sens précis du mot.

Les causes qui prédisposent à l'orchite tuberculeuse sont le traumatisme et peut-être la masturbation. C'est ordinairement par l'intestin et le péritoine que les bacilles pénètrent pour arriver jusqu'au testicule. Avant l'âge de deux ans, le testicule droit est aussi souvent pris que le testicule gauche; à partir de cet âge, le gauche est plus fréquemment pris; cela tient sans doute à ce que l'enfant, commençant à marcher, traumatise plus facilement le testicule gauche dont la situation est plus déclive.

La symptomatologie de la tuberculose testiculaire est à peu près la même chez l'enfant que chez l'adulte; elle présente cependant quelques particularités.

Chez l'enfant, l'orchite tuberculeuse aiguë, galopante, est très connue; l'affection ressemble à une orchite blennorrhagique. Dans certains cas, cette tuberculose est la première manifestation de la maladie; dans d'autres cas, elle survient au cours d'une tuberculose intestinale ou péritonéale. Parfois, ces poussées aboutissent à une collection purulente qui donne lieu à une fistule; parfois au contraire, l'orchite devient chronique, le testicule reste gros et douloureux. Il est rare que l'on trouve des tubercules miliaires dans le testicule au cours de la granulie.

La marche de la maladie peut être rapide, mais le plus souvent elle est lente comme celle de la plupart des tuberculoses locales. Dans certains cas, cette orchite tuberculeuse semble être la seule manifestation de l'infection bacillaire; on trouve, par exemple, un testicule volumineux, peu douloureux, chez un gros enfant que l'on croyait simplement lymphatique. D'ailleurs, ces formes pour ainsi dire latentes guérissent assez facilement. Le testicule se rétracte alors et subit une véritable atrophie. Mais le plus habituellement, la tuberculose testiculaire est associée à d'autres localisations bacillaires dans les os, les ganglions, les viscères. Et dans ces cas, la maladie semble avoir une virulence plus grande.

Parfois la suppuration et la fonte purulente du testicule tuberculeux sont le fait, non pas du bacille lui-même, mais de microbes surajoutés. Dans un cas, MM. Hutinel et Deschamps ont trouvé:

des streptocoques dans le pus. Il s'agissait donc d'une infection secondaire.

A l'autopsie, chez l'adulte, on constate plus souvent de l'épididymite que de l'orchite tuberculeuse; il est exceptionnel que le testicule soit seul pris. Chez l'enfant, l'orchite est plus fréquente. Dans le testicule on peut trouver des tubercules à divers stades, gris ou jaunâtres, disséminés en granulations ou groupés en foyer. Mais un fait très remarquable, c'est que les noyaux caséux sont relativement peu étendus, tandis que tout l'organe est envahi par une sclérose considérable qu'on pourrait prendre pour du sarcome. C'est cette formation fibreuse qui amène la guérison du tubercule testiculaire et l'atrophie ultérieure de l'organe.

Au microscope, on constate que les tubercules peuvent naître en deux points. Tantôt ils se développent dans la tuberculose du péritoine, même quand la communication entre les deux séreuses est supprimée. Tantôt ils se développent autour des vaisseaux. Mais ne semble pas que chez l'enfant ils se produisent autour des canalicules séminifères; il est peu vraisemblable, d'ailleurs, que chez eux l'infection tuberculeuse remonte le long des voies spermaticques. Pour l'épididyme c'est également par la voie sanguine que se fait l'apport des bacilles.

Les lésions tuberculeuses sont peu riches en bacilles, et ceux-ci semblent être peu virulents. En effet, ils produisent peu de mortification et de suppuration; leur présence provoque surtout une sclérose étendue; l'organisme a donc le temps de se mettre en état de défense, et, en effet, cette sclérose aboutit souvent à la guérison.

Le pronostic est, néanmoins, toujours sérieux. Une tuberculose locale quelconque, même la plus bénigne en apparence, est toujours une menace de mort. Les bacilles qui paraissent les plus atténués peuvent, à un moment donné, prendre une virulence exaltée et amener une généralisation.

Le diagnostic est en général facile. On peut hésiter surtout entre la syphilis ou un sarcome du testicule. La recherche d'une lésion testiculaire devra toujours être faite chez un enfant atteint de péritonite; ce sera souvent le moyen de savoir si l'affection est de nature tuberculeuse.

Puisque la tuberculose du testicule peut guérir, il faut la traiter activement.

Le traitement médical comprendra l'huile de foie de morue, la créosote, l'arsenic, le phosphate de chaux, les bains de mer, etc.

Comme traitement chirurgical, faut-il pratiquer la castration d'une façon systématique? Les auteurs ne le pensent pas. La lésion pouvant guérir, il ne faut se décider à la castration que s'il y a des fistules interminables, et encore dans ce cas vaut-il mieux faire des grattages répétés si cela est nécessaire. L'ignipuncture peut être employée quand le testicule devient caséux. Mais, le plus souvent, le traitement général est suffisant. — *Archives générales de médecine.*

FORMULAIRE

Prurit anal et vulvaire.—*Balfour.*

P.—Calomel.....	1 partie
Vaseline.....	6 parties

M.—*Nouveaux remèdes.*

Oxyures.—*Minerbi.*

P.—Naphthaline.....	15 grains
Huile d'olive.....	1½ once

Pour un lavement chez un enfant ; augmenter la dose à 75 grains ou 1½ drachme pour un adulte.—*Médecine moderne.*

Diarrhée infantile.—*Simpson.*

P.—Borax.....	1 drachme
Glycérine pure.....	4 drachmes
Teinture d'écorces d'oranges.....	1 drachme
Eau distillée.....	2 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à café toutes les heures ou toutes les trois heures.—*Semaine médicale.*

Coryza aigu.

P.—Tannin.....	2 parties
Camphre.....	4 parties
Acide borique pulvérisé.....	4 “
Poudre de guimauve.....	10 “
“ d'iris.....	1 partie

M.—Par prises dans la journée.—*J. des Sc. médicales de Lille.*

Hydropisie d'origine cardiaque.—*Furbringer.*

P.—Feuilles de digitale.....	30 grains
Eau bouillante.....	6 onces

Infusez et ajoutez :

Citrate de caféine.....	30 grains
Teinture de strophantus.....	75 gouttes
Acétate de potasse.....	5 drachmes
Extrait de réglisse.....	1½ drachme

M.—*Dose* : Par cuillerées suivant l'effet produit.—*Union médicale.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTREAL, MARS 1892.

BULLETIN.

Le bacille de la grippe.

Au sujet de la découverte (?) du bacille de la grippe par M. Pfeiffer, de Berlin, M. le professeur Cornil, dans une communication à l'Académie de médecine de Paris, le 9 février, a exposé les résultats des recherches faites par lui, de concert avec M. Chantemesse, sur les conditions dans lesquelles on retrouve ce bacille. Celui-ci, que M. Babès avait déjà, en 1890, signalé et dénommé *bacille transparent*, est identique au produit trouvé par Pfeiffer dans l'expectoration des grippés et par Canon dans le sang. L'inoculation, à un lapin, d'une goutte de sang d'un enfant atteint d'influenza a donné naissance, dans le sang de ce lapin, à des microbes répondant à la description Babès-Pfeiffer, très petits, longs d'environ le 20^e du diamètre d'un globule rouge. Ce même sang du lapin inoculé sur de la gélose sucrée, a donné des cultures caractéristiques, lesquelles, examinées au microscope, montrent les mêmes micro-organismes que dans le sang. Ces cultures ont à leur tour servi à inoculer un second lapin qui a présenté lui-même des bacilles de même nature dans le sang.

Du lapin, M. Cornil a fait passer le virus à un singe en introduisant dans les fosses nasales de cet animal deux gouttes de cultures dans du bouillon. Il semble probable que l'agent virulent a pénétré dans le pharynx et a été avalé, car les symptômes de la maladie transmise au singe ont été une diarrhée très abondante avec élévation de température, affaissement, tendance au sommeil, accès fébrile qui a duré plusieurs jours et a été suivi d'hypohermie. Dans une autre observation, on a inoculé à un lapin, dans

la veine de l'oreille, du sang d'une jeune femme atteinte d'influenza depuis huit jours, sans autre complication que la fièvre, les douleurs et la toux. Ce lapin a présenté dès le lendemain une augmentation de température, et il a été atteint de la même façon que le premier, avec de très nombreux bacilles dans le sang.

Ces observations et expériences confirmatives des recherches de Babès, Pfeiffer et Canon permettent de considérer l'influenza comme une maladie infectieuse causée par une bactérie spéciale par sa forme, son mode de coloration et de culture. Si l'on rapproche les données nouvelles relatives au microbe de l'influenza des nombreux examens bactériologiques qui ont été faits les années précédentes, on voit que les complications de cette infection par d'autres maladies infectieuses sont très communes et que la grippe prédispose à toutes les complications.

“ Nous avons, ajoute en terminant M. Cornil, retrouvé à l'état de pureté ce petit bacille dans le sang de plusieurs malades atteints d'influenza, à la période fébrile et apyrétique, et dans les produits de leur expectoration. Ce microbe est fort difficile à distinguer à cause de son extrême petitesse et de la difficulté de son imprégnation par les matières colorantes. On peut espérer que sa découverte apportera un perfectionnement notable aux études qui visent le diagnostic, la prophylaxie et le traitement de l'influenza.”

Jusqu'à preuve du contraire, il faut donc tenir pour établi que microbe il y a, et déjà l'on voit poindre à l'horizon thérapeutique cent et un moyens d'empêcher le bacille de nous atteindre. C'est ainsi que M. Vallin et après lui MM. Laborde et Magitot sont d'avis que le microbe de la grippe pénètre généralement dans l'organisme par la bouche, et qu'en conséquence, le meilleur traitement préventif de la maladie doit consister dans l'emploi de collutoires destinés à assurer l'antisepsie de la cavité buccale. M. Laborde conseille et emploie des lavages biquotidiens avec une solution très chaude de phénol à 1 p. 100. Il y joint même des lavages des cavités nasales avec la même solution. L'acide borique peut encore ici rendre des services. M. Magitot utilise le thymol et le salol, le premier en collutoire, le second sous forme de poudre dentifrice.

Partant d'une autre donnée, M. Ollivier pense que la cause prédisposante de la grippe la moins contestée est l'action du froid humide, et qu'il est bon de tout faire pour s'en défendre. Dans ce but, il faut s'alimenter substantiellement, éviter le surmenage, sortir le moins possible la nuit, boire quelques boissons toniques chaudes, et surtout (les moyens précités étant ordinairement insuffisants, notamment chez les débilites, les tuberculeux, les cardiaques), faire usage d'huile de foie de morue. Cette huile exerce une action tonique puissante sur l'organisme et lui permet de se mieux défendre contre le froid humide. Aux enfants, il en

donne de 1 à 4 cuillerées à café; aux adultes et vieillards, 2 ou 3 cuillerées à soupe. Il la fait prendre au milieu du premier déjeuner; elle serait alors bien supportée et ne provoquerait ni dégoût, ni vomissements.

Les incompatibilités de l'antipyrine.

Dans son zèle de prescrire à outrance les nouveaux médicaments et d'instituer les médications nouvelles, la jeune profession se voit exposée à un danger que nous nous permettons de lui signaler. C'est celui qui consiste à combiner aux substances employées certains médicaments absolument incompatibles avec ce¹es-ci.

Depuis longtemps, et la pratique journalière nous l'aurait appris à défaut de la théorie, depuis longtemps nous savons que les sels solubles de fer, entre autres les persels, ne peuvent s'associer chimiquement aux substances tanniques, que le tannin a des incompatibles dans les alcaloïdes, les sels métalliques, la gélatine etc. Mais les médicaments d'introduction récente en thérapeutique étant moins connus, et les expériences de laboratoire étant encore à se faire à leur sujet, on conçoit que l'on soit moins renseigné.

Un pharmacien de nos connaissances, excellent chimiste s'il en est, nous faisait observer tout dernièrement combien souvent il était obligé, au reçu des ordonnances, de s'aboucher avec le médecin signataire de la prescription, pour lui faire modifier des combinaisons qui, pour être, en apparence du moins, excellentes au point de vue thérapeutique, n'en étaient pas moins impossibles à exécuter chimiquement, et cela surtout quand il s'agit de médicaments nouveaux.

La *Revue de thérapeutique générale et pharmaceutique* a établi, d'après un journal allemand de pharmacie, que les substances suivantes sont incompatibles avec l'antipyrine : l'acide phénique en solution concentrée; le tannin et tous les tanniques; la teinture d'iode; les chlorures de mercure. En outre, d'autres substances décomposent l'antipyrine quand on les triture à sec avec celle-ci, par exemple : le calomel, qui forme avec l'antipyrine une combinaison toxique; le naphтол b; le chloral en solution concentrée, qui forme un liquide oléagineux (monochloral-antipyrine?); le bicarbonate de soude; le salicylate de soude; les sels de quinine et de caféine, dont la solubilité est accrue par l'antipyrine.

Rangeons aussi parmi les substances qui subissent des modifications sous l'influence de l'antipyrine ou qui modifient cette dernière : le nitrite d'amyle (coloration en vert par présence d'acides libres), solution de Donovan (précipité), l'acide hydrocyanique dilué (se colore en jaune), le perchlorure et le sulfate de fer (se colorent en rouge sang), et d'autres encore.

Nous sommes heureux de publier *in extenso*, dans la présente livraison, la remarquable étude de M. le Dr Foucher sur les tumeurs adénoïdes du pharynx. L'extrême fréquence de ces cas en fait un sujet tout d'actualité, surtout à une époque de l'année où abondent les affections catarrhales du nez et de la gorge. Cette maladie qui occupe une place si importante dans la pathologie du naso-pharynx est fort souvent méconnue du praticien, pour lequel, fréquemment, l'étiquette *catarrhe* sert à couvrir toutes les lésions ayant pour siège la muqueuse des premières voies respiratoires. L'étude de M. Foucher, appuyée qu'elle est par des faits cliniques nombreux recueillis tant à la clinique de l'hôpital Notre-Dame qu'au cours de la clientèle urbaine, résume aussi complètement que possible l'état de nos connaissances actuelles sur la maladie en question.

* * *

On sait combien le hoquet est parfois rebelle au traitement et à quels désordres il peut donner lieu, notamment chez les jeunes sujets. M. Leloir a eu, dans un cas de ce genre, l'idée de pratiquer la compression du nerf phrénique gauche. Après trois minutes d'une compression assez douloureuse, le hoquet, qui durait depuis une année, et qui avait résisté à tous les traitements mis en usage, le hoquet, disons-nous, s'arrêta, et, depuis lors, ne s'est pas reproduit. La compression se fait entre les attaches sterno-claviculaires du muscle sterno-mastoïdien.

* * *

M. Laborde vient de communiquer à l'*Académie de médecine* de Paris une note dans laquelle il signale l'action destructive toute particulière exercée par les sels de strontium sur les œufs du ténia ainsi que sur le ténia lui-même. Il donne en pareils cas, pendant cinq jours consécutifs, deux cuillerées à bouche par jour d'une solution contenant 5 drachmes d'acétate de strontiane, 4 onces d'eau distillée et quantité suffisante de glycérine. Etant donné la facilité d'administration de l'acétate de strontiane, il peut être avantageux de l'employer de préférence à d'autres téniacides que, la plupart du temps, l'estomac a grande difficulté à tolérer.

* * *

C'est aussi à l'*Académie de médecine* que M. Landolt, l'éminent oculiste, s'est élevé contre l'abus qui est fait du mercure contre les affections oculaires qui ne sont pas de nature spécifique. Il est vrai que ces maladies peuvent mieux guérir par un traitement local approprié, des soins d'hygiène, un régime tonique. Des lors que l'action spécifique du mercure n'est pas indiquée, les effets débilitants de cette médication deviennent préjudiciables au malade.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Mère et l'Enfant. — Journal illustré d'hygiène de la première et de la seconde enfance. Rédigé sous la direction du Dr Th. CARADÉC, — 8e année. Abonnements: 6 francs pour la France et 7 francs pour les pays faisant partie de l'union postale. Administrateur: Mme JOANNARD, 35 rue Vivienne, Paris.

Nous ne saurions mieux faire l'éloge de cette intéressante publication qu'en reproduisant ici le sommaire de la livraison de mars qui vient de nous arriver. Le lecteur y verra que M. le Dr Caradec sait y tenir à la fois le rôle de l'hygiéniste et du médecin, et que, non satisfait de donner aux mères des conseils pratiques sur l'élevage des enfants, il sait entrer, aussi, et avec une compétence incontestée, dans le domaine pathologique.

La Mère et l'Enfant a sa place indiquée dans la bibliothèque de toutes les mères de famille et même de tous les médecins.

Causerie du Docteur. Les révulsifs et les dérivatifs chez les enfants, Dr Caradec. — De l'allaitement artificiel: lait cru et lait stérilisé, Dr Sam Bernheim. — Hygiène scolaire: Congrès international d'hygiène de Londres, A. Féret. — Nouvelle, La Carrière de Bouton d'Or: A Marcel Montlouis, Jeanne Leroy. — Les trucs pour faire avaler les médicaments aux enfants: l'huile de foie de morue, Dr Caradec. — Préjugés infantiles: les Glaives, les Vents, les Vers, les Humeurs, Prof. J. B. Foussagrives. — Variété: l'Enfant Français, Fonteneilles. — Causerie médicale: Histoire de mon Fils, (*Temps*). — Memento. — Education, Princesse Ourousow. — Economie domestique: Les Gourmandises permises aux Enfants. — Chronique.

La Jeune Mère—journal illustré—19e année, 6 francs par an—Le numéro 60 centimes franco. Bureaux: 35 rue du faubourg Montmartre, Paris.

Ce journal apprend aux mères à élever leurs enfants. Il contient de précieux enseignements sur l'allaitement maternel, l'emploi du biberon, sur l'alimentation, la dentition, le sevrage, la vaccination, les soins de l'enfance et de la maternité. *La Jeune Mère* est la plus utile des publications, et le complément obligé de tous les journaux que reçoivent les jeunes femmes.

Sommaire de la livraison de février 1892: Il ne faut pas faire marcher les enfants —; Encore un mot sur l'influenza, Dr E. Depasse; La dilatation de l'estomac, Dr Théry; Les caprices, Dr Marion; Les criminels par hérédité, Dr Lombroso; L'abat-

jour (nouvelle), R. Le Faure; La culture de la volonté, R. P. Didon; Faits divers; Mots; Connaissances utiles; Gravures.

SMITH. — **Obstetric problems being an inquiry into the forces determining head presentation, internal rotation and also development of the amnion**, by D. T. SMITH, M. D., Louisville, U. S.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — **Cure radicale de la hernie sans étranglement chez la femme**, par le Dr Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chez Alex. Cocoz, 11 rue de l'Ancienne Comédie, Paris.

McCAHEY. — **Parturition rendered safe and comparatively painless. The Atmospheric tractor and the Uterine Safety tube**, by P. McCAHEY, M. D., Philadelphia.

CROTHERS. — **Are inebriates curable?** By T. D. CROTHERS, Hartford, Conn.

Proceedings of the Medico-Chirurgical Society of Montreal. 1889-90-91, Vol. V. Published by the Society: Montreal *Gazette Printing Company* 1892.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un médecin du Dakota a été traduit devant les tribunaux sous l'accusation d'avoir, par l'emploi de l'opium, déterminé l'opio-phagie chez une malade.

M. le docteur Clifford ALLBUTT a été choisi par S. M. la reine Victoria, pour remplacer Sir Geo. PAGET comme professeur (*Regius*) de pathologie à l'Université de Cambridge.

Une épidémie d'eczéma sévissait, il y a quelques temps, à Londres. Le *British Medical Journal* a fait une enquête sur ce sujet; l'épidémie serait unique en son genre et attaquerait principalement les vieillards. Sur 350 cas constatés dans deux hôpitaux, une soixantaine auraient été mortels.

Il y a 147 universités dans le monde entier. La plus considérable est celle de Paris, qui compte 9,215 étudiants, puis viennent celle de Vienne, avec ses 6,220 élèves, l'université de Berlin, avec 5,527. La plus petite est une succursale de l'université de Durham, dans le territoire de Sierra Leone, laquelle compte 12 étudiants et..... 5 professeurs.

La chaire de pharmacologie de la Faculté de Paris vient d'être déclarée vacante par suite de la mise à la retraite de M. le professeur REGNAULD, qui a atteint la limite d'âge. Les professeurs de la Faculté ont dressé comme suit la liste de présentation des candidats à la chaire vacante de pharmacologie : en 1ère ligne, M. Gabriel POUCHET ; en 2me ligne, M. QUINQUAUD.

The Drevet Manufacturing Co., de New-York, les seuls fabricants et agents du célèbre " Peroxyde d'Hydrogène de Marchand " ont transporté leur siège d'affaires au No. 28, Prince Street, New-York. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler à nos lecteurs que le Peroxyde d'Hydrogène de Marchand est purement et le seul médicinal, et qu'on trouve dans le commerce d'autres préparations du même nom destinées à l'industrie, mais non à la médecine.

Une épidémie de fièvre typhoïde ayant sévi, il y a quinze mois environ, dans un quartier de Genève, l'autorité sanitaire fit une enquête qui démontra que plusieurs personnes auxquelles un même laitier livrait du lait avaient été atteintes par la maladie. Ce lait avait été transporté par le fermier qui le fournissait au laitier dans des récipients rincés avec l'eau d'un ruisseau où, précédemment, le linge d'un typhoïdique avait été lavé. Le laitier avait assigné son fournisseur devant le tribunal civil qui a rendu un jugement condamnant le fermier à 1.500 fr de dommages-intérêts envers le laitier.—*Jour. des Sc. méd. de Lille.*

Nécrologie.—ÉTRANGER.—A Cincinnati, (Ohio, E. U.), M. le docteur J. A. THACKER, de Cincinnati, rédacteur en chef du *Cincinnati Medical News*.—A Boston (Mass., E. U.), M. le Dr Henry Ingersoll BOWDITCH, ci-devant professeur (*Jacksonian*) de clinique médicale à l'Université Harvard.

Un singulier mariage.—Un curieux mariage vient d'avoir lieu à Colmar, en Alsace. Miss Ariel Lillipuzian, dont la taille est de 96 centimètres de hauteur, a épousé M. Hédley, professeur d'eufonium, qui mesure un mètre 90 c. de hauteur. Les témoins de l'époux étaient M. Hubert, né sans bras, qui a signé au contrat en tenant sa plume entre ses dents, et M. le capitaine Dallas un géant d. 2 m. 40. Les demoiselles d'honneur de la mariée étaient Mlle N. Balatra, une femme colosse pesant 600 kilos et la Satanella, une femme salamandre. Ajoutons que toutes ces personnes sont tous des artistes du cirque qui se trouve actuellement dans la ville.

Faut-il non seulement filtrer, mais faire bouillir l'eau ?—La question du filtrage des eaux, au point de vue de leur épuration est aujourd'hui de tous côtés à l'étude. On ne se contente

plus, au reste, du filtrage; on fait bouillir l'eau et on la filtre; deux opérations successives. Quel doit en être l'ordre? Tout le monde ne le sait pas. Si vous filtrez l'eau avant de la faire bouillir, le filtre risque d'être bientôt rempli par des micro-organismes encore vivants; en outre l'eau est lourde et fade. Si vous faites bouillir l'eau d'abord et filtrez ensuite, il ne reste dans le filtre que des organismes sans vie, et l'eau par le fait même de la filtration s'aère de nouveau et devient plus agréable.

Beaucoup de personnes soigneuses d'avoir une bonne eau potable ne s'occupent point de la qualité de l'eau qui sert à la toilette. En poussant très loin les précautions, surtout en temps d'épidémie, on ne devrait admettre sur la table de toilette que de l'eau bouillie; plus d'un cas de fièvre typhoïde peut être rapporté à l'oubli de cette précaution.

Les morts subites; les causes les plus fréquentes. — Nous sommes toujours frappés de voir avec quelle légèreté et quelle fréquence les médecins appelés à constater un décès survenu subitement inscrivent sur leurs certificats: *apoplexie foudroyante, rupture d'un anévrysme.*

L'apoplexie cérébrale cause rarement la mort subite, et les anévrysmes dans une proportion de cinq pour cent seulement, comme le prouve la statistique communiquée à l'Association médicale britannique par le coroner Wynn Westcott (de Londres).

Sur les 1,000 dernières enquêtes auxquelles il a procédé, si l'on élimine les morts causées par des accidents, des meurtres et des suicides, et ceux concernant les enfants âgés de moins de douze ans, il reste 303 cas de mort subite, 185 chez des hommes et 118 chez des femmes. Dans un tiers des cas la mort subite dut être attribuée à des excès alcooliques.

Dans les morts subites, M. Wynn Westcott distingue trois catégories: 1o Les *syncoptes*, 210 cas (15 ruptures d'anévrysmes aortiques, 4 ruptures du cœur, 20 cas de lésions valvulaires du cœur, 3 de dilatation cardiaque, 77 de dégénérescence graisseuse du cœur, 10 hémotysies, 3 hématoméses, 2 métrorrhagies, 2 embolies, 3 perforations de l'estomac ou de l'intestin, 2 d'angine de poitrine, 3 de delirium tremens, etc.); 2o le *coma*, 64, dont 20 étaient dus à l'alcool; 3o l'*asphyxie*, 29 (œdème de la glotte, croup, convulsions, etc.).

Décès.

PERRAULT.—A Montréal, au No. 219 rue Amherst, le 18 février 1892, Marie Joseph Alphonse Gustave Alfred, âgé de 7 mois, enfant du Dr C. A. Perrault.

VARIÉTÉS.

Déontologie médicale.

Leçon de M. le professeur EUGÈNE HUBERT. (1)

Ce que le médecin doit à ses Confrères.

Vous ne vous attendez pas à ce que je vous développe tout le code du savoir-vivre : ce serait pour moi fastidieux et pour vous, inutile. Je veux me borner à attirer votre attention sur quelques procédés de bonne fraternité sans lesquels les rapports professionnels deviennent très pénibles ou tout à fait impossibles. Ces bons rapports sont comparables à l'ouate des emballages qui empêche les porcelaines de se heurter ou de se briser en route.

La politesse vraie ne consiste pas en formules banales ni même dans la stricte observance des convenances sociales; elle n'est pas toute en surface, comme le vernis; elle ne doit pas être sur les lèvres seulement, elle doit venir du cœur. C'est ce qui la distingue de la *correction*, une qualité déjà pas vulgaire, mais qui ne suffit pas pour rendre un homme aimable. Elle est l'efflorescence ou la grâce de la bienveillance, comme on dit de la bonté qu'elle est le parfum de la vertu.

Plus l'homme qui vous quitte est satisfait de vous et, surtout, plus il est content de lui-même, plus vous avez été réellement poli avec lui. Faire naître ce contentement chez les autres est comme jouer du violon, un art auquel il faut s'exercer et dans lequel on ne parvient à exceller qu'à la longue, après un laborieux apprentissage. On ne naît pas poli et tout le monde ne le devient pas; les grès durs, quoiqu'on fasse, restent toujours un peu frustes.

Soyez pour vos Confrères comme vous désirez qu'ils soient pour vous. — C'est toute la loi! Soyez corrects même vis-à-vis de ceux qui ne le seraient pas pour vous. Rendre le mal pour le mal est mal faire : avoir été volé n'autorise pas à voler, et la loi du talion est une loi païenne et sauvage.

Vous devez à vos Confrères plus âgés que vous le respect et la déférence que commandent l'âge, l'expérience plus longue et les longs services rendus. En les honorant vous honorez la profession et donnez une bonne opinion de vous-mêmes. À vos Confrères

(1) Suite. Voir la livraison de décembre 1891.

plus jeunes, accordez l'accueil, la bienveillance et l'appui que vous auriez été heureux de rencontrer vous-mêmes à vos débuts.

A tous, jeunes ou vieux, vous devez les égards qu'on se doit entre hommes de bonne compagnie, poursuivant un même but élevé et liés par les mêmes grands intérêts.

Avant d'accrocher à votre porte la plaque de cuivre traditionnelle annonçant au public votre avènement, il convient que vous fassiez une visite aux médecins avec lesquels l'exercice de la profession doit bientôt vous mettre en rapports. Dans les grandes villes, où vous ne pouvez aller voir tous vos Confrères, il convient au moins que vous fassiez une visite personnelle à ceux qui exercent dans votre quartier et déposiez une carte chez les autres. Ils vous rendront visite ou carte...ou ils ne vous les rendront pas—ce qui vous permettra de les classer tout de suite en deux catégories: ceux avec lesquels vous pouvez espérer de bonnes relations—et ceux qui ne se croient pas obligés de rendre les politesses...et, par conséquent, auxquels vous n'en devez plus.

Vous devez à vos Confrères, à leurs femmes et à leurs enfants tous les soins médicaux qu'ils vous feront l'honneur de vous demander. C'est le premier des devoirs de confraternité.

Comment reconnaître ces services? "Les loups ne se mangent point entre eux" et entre médecins, ils n'est ni dans les conventions ni dans les mœurs de s'envoyer des notes d'honoraires: des remerciements affectueux suffisent comme expression de la reconnaissance et, si l'on peut tolérer un cadeau, c'est uniquement parce que "les petits cadeaux entretiennent l'amitié." Faut-il les proportionner à l'importance du service rendu?—C'est difficile à dire. Un petit souvenir choisi avec tact, fait souvent plus plaisir qu'un gros présent: le premier témoigne de plus de délicatesse si le second fait montre de plus de générosité.

Ne vous permettez jamais de critiquer un confrère—non pas parce qu'il pourrait vous le rendre à l'occasion—mais parce que vous n'en avez pas le droit. Relève-t il de vous? êtes-vous son juge? savez-vous seulement les raisons qui ont dicté sa conduite? Et alors de quoi vous mêlez-vous? Et comme il n'est pas là pour se défendre, de quel nom faut-il qualifier l'agression?

Vous rencontrerez sur votre route le détracteur vipérin, toujours prêt à mordre, déchirer, salir; il est difficile à saisir, il est glissant comme tous les reptiles, mais comme eux il cesse d'être dangereux dès qu'il est découvert; or, il ne saurait demeurer longtemps caché, le crotale est à sonnettes.

J'attire d'autant plus sérieusement votre attention sur la médiane, que la profession médicale semble, plus que toute autre, y prédisposer. Le public même vous y poussera: "N'est-ce pas, Docteur, qu'il n'aurait pas fallu saigner?"—Ne tombez pas dans le piège et répondez: "Si le Confrère a saigné, c'est qu'il avait certainement de bonnes raisons pour le faire!"—Ne

haussez pas les épaules pendant qu'on vous raconte ce qu'il a prescrit, ne souriez pas s'il a ordonné de l'eau de guimauve, et surtout ne dites jamais que si l'on vous avait appelé tout eût mieux été!—Ce n'est peut-être pas vrai.

Prenez pour règle de conduite invariable, lorsqu'on vous interrogera—non pas de répondre par des échappatoires vagues, elles pourraient être mal interprétées—mais de couper court aux questions captieuses, en déclarant carrément que n'étant ni jaloux, ni envieux, ni méchant, vous ne vous permettez jamais le dénigrement.

Il y a cent manières de nuire à un praticien, depuis le doute discret jeté sur sa clairvoyance, jusqu'à la grosse calomnie. La méchanceté a plus de nuances que l'hystérie, et certains coups d'épingle sont mortels.—*A suivre.*

Les fonctions de la rate.—M. Brücke, professeur de physiologie à l'Université de Vienne, dont la science déplore la perte récente, interrogeant un candidat, lui demande quelles sont les fonctions de la rate ?

L'élève, après réflexion, répond : Je les ai oubliées.

—Comment, malheureux, repartit le professeur, vous seul les connaissiez, et vous les avez oubliées !

Commandements du Médecin.

Ta devise, tu le sauras,
Docteur, doit être dévouement.
A chaque appel tu te rendras
Jour et nuit, plein d'empressement.
Comme un vrai sphynx, tu répondras
Sans te prononcer nettement.
Dans le doute tu prescriras
De l'eau claire fort sagement.
Les voiles ne soulèveras
Que sur le point en traitement.
Les ulcères cultiveras
Tout comme un jardin d'agrément.
Nulle veine ne saignerás
Ni bourse trop profondément.
De tes clients point ne feras
Le nécrologe ouvertement.
A ton tour, hélas ! tu seras
Sur ta fin traité doctement.
Et d'un confrère recevras
Le coup fatal discrètement.

(*Le Feuillet médical.*)