

## 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

---

## Hystéropexie abdominale antérieure ;

par le docteur O. F. MERCIER, de Montréal, (Canada).

Grâce à l'antisepsie, le domaine de la chirurgie s'élargit sans cesse. Que d'opérations sont aujourd'hui de pratique courante, et qu'il y a quelques années on osait à peine tenter. Encore fallait-il que le chirurgien eût la main forcée ; d'opérations dites de complaisance on n'en connaissait guère. Aujourd'hui il n'en est plus ainsi, la cavité péritonéale même est ouverte sans crainte ; en effet la laparatomie, naguère si meurtrière, ne donne plus qu'une mortalité insignifiante. Aussi le chirurgien, en présence d'un diagnostic qu'il ne peut faire, ne craint pas de pratiquer la laparatomie exploratrice, car il sait que c'est une opération devenue inoffensive, et qui ne donne presque aucune mortalité.

Les déviations utérines ont profité de ce progrès, et non satisfait des résultats des différents procédés qui servaient au redressement utérin, non satisfait des succès que semblait devoir fournir l'opération d'Alexander, on ouvre aujourd'hui le péritoine, et l'on va suturer le corps même de la matrice à la paroi abdominale antérieure, que l'on referme. C'est là l'hystéropexie abdominale antérieure.

C'est en 1869 que cette opération fut pratiquée pour la première fois, par Koeberlé, le célèbre chirurgien de Strasbourg. Quoique le succès couronnât son expérience, son exemple ne fut pas suivi de longtemps. Koeberlé l'avait faite de parti pris, et n'avait pas craint de pénétrer dans la cavité abdominale à cette seule fin de fixer l'utérus dévié.

Ce ne fut qu'en 1875 qu'elle fut de nouveau pratiquée, cette fois par M. Sims, au cours d'une laparatomie pour lésions des annexes. Dès lors l'opération fut créée de toutes pièces, et le peu de changement dans sa technique actuelle est dû à des modifications de détails.

Koeberlé et M. Sims furent imités en 1878 par Schroed r. Elle fut ensuite pratiquée plusieurs fois, tant en Allemagne et en Angleterre qu'aux Etats-Unis. Ce n'est que dix ans plus tard, en 1888, qu'elle fut de nouveau introduite en France par Terrier. Elle est maintenant d'un usage fréquent. Beaudoin, dans sa thèse magistrale de 1890, nous en apporte plus de deux cent trente observations, dont environ soixante-deux typiques et le reste complémentaires. Je l'ai vue moi-même mise en pratique plusieurs fois depuis mon séjour à Paris.

L'hystéropexie peut s'adresser d'emblée à la cure des rétro-déviation utérines, c'est alors l'hystéropexie type, hystéropexie de propos délibéré.

Dans d'autres cas, au contraire, elle ne constitue qu'un temps secondaire d'une laparatomie faite pour lésions des annexes, c'est l'hystéropexie complémentaire.

Dans l'exposé de son manuel opératoire, je n'envisagerai que l'opération type, autrement je serais entraîné à décrire tous les accidents que présentent les opérations que le chirurgien se voit obligé de pratiquer dans le petit bassin de la femme.

L'hystéropexie comprend deux temps principaux : 1° La laparatomie exploratrice ; 2° La fixation proprement dite de l'utérus.

Je n'ai pas à insister longuement sur la technique de la laparatomie exploratrice. Le ventre est ouvert couche par couche sur la ligne blanche. Quelques chirurgiens ont conseillé une très petite incision, mais je n'y vois qu'inconvénients, sans avantages réels. En effet, avec les procédés actuels de suture, les éventrations consécutives ne sont guère à craindre, et d'un autre côté, avec une petite incision où on ne peut pas introduire la main, il est bien difficile de faire l'exploration des organes pelviens. De plus, au cas d'hémorrhagie causée par la rupture des adhérences, on aura tout avantage à avoir une ouverture assez longue. On ne devra donc pas hésiter à faire l'incision suffisamment longue.

Le péritoine ouvert, le chirurgien, à l'aide de sa main introduite dans la cavité abdominale, se rendra compte de l'état de l'utérus, puis des annexes, et décidera sur le champ s'il doit faire porter son intervention sur ces dernières, ou se contenter de détruire les adhérences s'il y a lieu, et de fixer l'utérus à la paroi abdominale. Ce dernier étant complètement mobilisé, c'est alors qu'il faut passer au second temps, à savoir : la fixation de l'utérus.

Presque tous les chirurgiens qui ont pratiqué cette opération y ont apporté chacun une légère modification de technique. Nous ne saurions faire ici l'exposé de ces différentes méthodes, cela nous entraînerait bien trop loin, et d'ailleurs de tous ces procédés il n'en reste plus guère en usage que deux, ceux de Terrier et de Pozzi. Ils se ressemblent d'ailleurs beaucoup, le seul point sur lequel ils diffèrent est que l'un fixe l'utérus par trois points séparés, et l'autre par trois points de suture continue.

Voici en quoi consiste le procédé de Terrier : le chirurgien saisit de sa main introduite dans l'abdomen le fond de l'utérus qu'il attire vers l'extérieur. À l'aide de l'aiguille de Reverdin courbe, un gros fil de soie est placé longitudinalement dans le fond de la matrice en pénétrant un peu dans son tissu ; ce fil sert à attirer l'organe en haut et à le maintenir derrière la paroi abdominale. Les trois fils fixateurs sont alors placés. Ce sont trois fils de soie qui prennent toute l'épaisseur de la paroi abdominale, la peau et

de tissu cellulaire exceptés. Ils entrent sur une des lèvres de la plaie, ressortent à travers l'autre lèvre, en passant tous trois à égale distance à travers une certaine épaisseur de tissu utérin, l'inférieur au niveau de la réunion du col et du corps, le supérieur à la hauteur du fond de l'utérus, et le troisième à égale distance des deux premiers. Puis, on place une pince hémostatique à chacune de leurs extrémités, pour ne pas qu'ils se dérangent, pendant qu'on pose les fils qui fermeront la cavité abdominale. Ces derniers étant mis en place, la grosse soie qui servait à maintenir l'utérus est enlevée, le chirurgien s'assure une dernière fois de son hémotase, noue les fils fixateurs et referme le ventre.

M. Pozzi est en Franco l'un des plus ardents défenseurs de la suture en surjet et à étages, qui est d'ailleurs un procédé très recommandable ; toutes les laparatomisées que j'ai vues dans son service ne conservaient après guérison qu'une cicatrice linéaire à peine visible. C'est l'application de cette méthode de suture à l'hystéropexie qui en fait toute la modification. Trois anses de la suture en surjet, qu'il fait avec un fil de soie et qui comprend l'épaisseur du péritoine et des muscles, sont passées dans le tissu utérin qu'ils approchent de la paroi pariétale en fermant la plaie abdominale. C'est aussi un excellent procédé.

Il ne faudra pas employer indifféremment le catgut, la soie ou le crin de Florence. Chacun de ces agents a ses défenseurs ; la soie cependant est certainement préférable. Elle s'absorbe très lentement, ce qui donne à l'utérus le temps de faire des adhérences solides, et elle est bien tolérée par les tissus, pourvu qu'elle soit parfaitement aseptique.

\* \* \*

L'hystéropexie est-elle une bonne opération, et doit-on la recommander ?

Ici, deux points se présentent : ou bien il s'agit d'hystéropexie type, de parti pris, ou bien d'hystéropexie complémentaire d'une laparatomie pour altérations des annexes. Dans ce dernier cas, son emploi, lorsqu'il est indiqué, n'est pas discutable. En effet, pendant que le ventre est ouvert, le chirurgien ne saurait refuser à sa malade, s'il lui trouve un utérus en rétro ou latéro flexion ou version, les bénéfices de cette opération, qui n'augmente alors rien les dangers encourus par sa patiente, et qui est, on pourrait dire, la cure radicale des déviations. De même, après avoir enlevé les annexes, alors que l'utérus n'étant plus soutenu par ses ligaments enlevés, flottera dans le petit bassin comme un battant de cloche, on devra, en refermant le ventre, fixer cet utérus à la paroi abdominale. Ainsi donc, il est entendu que, comme opération complémentaire, il n'y a pas à hésiter sur l'emploi de l'hystéropexie lorsqu'elle est indiquée.

Mais voici une autre éventualité : le chirurgien se trouve en

présence d'une femme qui ne présente aucun autre symptôme que ceux de déviations graves.

Ici, les auteurs sont loin d'être du même avis, et un grand nombre même, toujours effrayés par cette sainte crainte de profaner la grande séreuse, ne veulent pas entendre parler du tout d'hystéropexie. D'autres néanmoins, et en grand nombre, sont loin de la rejeter. Nous sommes porté à croire que ce sont ces derniers qui n'ont pas tort.

Aujourd'hui, grâce à tous les perfectionnements de l'antisepsie et de l'asepsie, la mortalité de la laparatomie est bien minime, et lorsqu'il s'agit de simple laparatomie exploratrice, la mortalité est presque nulle, tous les auteurs s'accordant à dire que cette opération faite proprement, rapidement et délicatement, est inoffensive. Or, l'hystéropexie n'est guère plus compliquée que la laparatomie exploratrice; c'est à peine si on touche aux intestins, surtout si l'utérus n'a pas contracté d'adhérences, et ce dernier redressé, on ne les voit même plus. Il ne reste à craindre que l'inoculation du péritoine. Mais le chirurgien qui est non seulement antiseptique, mais surtout d'une asepsie rigoureuse, n'a pas à craindre cet accident. Il est vrai cependant qu'on ne saurait trop insister sur ce point, car cette opération, dans sa forme type, n'est pas à recommander au chirurgien qui n'est pas sûr de son asepsie. C'est là qu'est le grand danger.

Il est une autre objection que l'on fera peut-être: c'est l'éventration. Mais on sait qu'aujourd'hui, avec les procédés perfectionnés de suture que nous avons, cet accident n'est guère à craindre. Pour ma part, depuis que je suis à Paris j'ai peut-être vu une centaine de laparatomisées, et je n'ai jamais vu un seul cas d'éventration consécutive à l'ouverture du péritoine. D'ailleurs la ligne d'incision qui est d'à peine quelques centimètres, juste assez pour admettre la main, n'est pas assez longue pour laisser place à cet accident, et ceux surtout qui emploieront la suture à surjet et à étage n'auront certes pas cet accident à craindre, car alors la cicatrice est même à peine visible.

Il a été prouvé de plus que cette opération n'entrave pas la marche régulière des grossesses ultérieures. Saenger, en Allemagne, et Routier, en France, ont chacun publié une observation de femmes hystéropexiées qui, devenues enceintes dans la suite, ont pu se rendre jusqu'au terme de leur grossesse, sans accident.

On pourrait croire aussi que cette ventro-fixation utérine est tout à fait incompatible avec la réplétion vésicale, et que le fonctionnement de ce réservoir s'en ressent beaucoup, mais il n'en est rien, la vessie s'étale chaque côté de l'utérus, se remplit en aussi grande quantité qu'à l'ordinaire, et la miction n'est aucunement troublée.

Voyons maintenant les avantages que l'hystéropexie présente sur les autres méthodes. Mais, avant d'aller plus loin, il est bon d'insister sur ce fait que nous ne conseillons pas ce procédé

contre toutes les déviations utérines indistinctement. Les déviations légères, celles qui donnent peu de symptômes, qui donnent suite à peu d'accidents douloureux ou autres, ne sont certainement pas celles qu'il faudrait traiter par un procédé aussi sérieux. Dans ces cas, les curettages, les pessaires suffiront sans doute. Nous ne voulons parler, comme application de l'hystéropexie, que de ces déviations graves, alors que l'utérus, adhérent ou non, ne peut être redressé, de ces déviations qui entretiennent des métrites incurables, et qui, par des douleurs qu'elles causent, rendent à la femme la vie tout à fait insupportable. Pour celles-là il n'y a guère que deux méthodes : l'alexander et l'hystéropexie.

L'opération d'Alexander respecte, il est vrai, la cavité péritonéale. Pour cette raison, elle semble peut-être plus inoffensive que l'hystéropexie, mais elle est bien moins efficace. En effet, dans les cas où l'utérus a contracté des adhérences à sa partie postérieure, l'alexander ne donne vraiment pas de bien beaux résultats. Les ligaments ronds que l'on a raccourcis, tirillés continuellement par l'utérus qui est attiré par ses adhérences, finissent par céder, et quelques mois plus tard la rétrodéviataion est complètement reproduite avec tous ses symptômes et ses inconvénients. Souvent même, sur un utérus parfaitement libre, l'alexander ne donne pas de meilleurs résultats. En somme, on n'est jamais sûr de réussir; au contraire, la plupart du temps, cette opération ne donne aucune amélioration durable.

Depuis que je suis à Paris, j'ai vu pratiquer l'alexander nombre de fois; moi-même, grâce à l'obligeance de mon maître M. Reclus, je l'ai faite à trois reprises; j'ai revu plus tard, de six à huit mois, quatre de ces opérées, et toutes quatre, après avoir eu quelques semaines ou quelques mois d'amélioration sensible, nous revenaient avec presque les mêmes symptômes qu'avant l'opération, et cependant, toutes, au sortir de l'hôpital, avaient leur utérus remis en bonne position, avec cessation de toute douleur.

Il n'en est pas ainsi pour l'hystéropexie, on pourrait l'appeler à juste titre la cure radicale des déviations. Elle donne toujours un résultat parfait et surtout permanent. Il suffit de s'en représenter le procédé opératoire pour comprendre qu'il n'en peut être autrement. L'utérus contracte avec la paroi abdominale antérieure des adhérences solides, et comme l'a prouvé l'observation de Routier, la grossesse même ne saurait les détruire. C'est la guérison sûre et définitive.

Quelques chirurgiens conseillent d'employer d'abord l'alexander, et si elle ne réussit pas de recourir alors à l'hystéropexie. Pourquoi faire subir à la malade l'ennui et les dangers de deux opérations, pourquoi l'obliger d'attendre encore de longs mois après une guérison qu'il est facile de lui donner immédiatement. Je n'en vois guère d'avantage, et puisque l'opération d'Alexander est si peu certaine, recourons donc de suite à l'hystéropexie. Nous croyons en effet que, du moment qu'une intervention chi-

urgicale est indiquée, il n'y a pas à balancer, puisque l'hystéropexie seule donne une guérison toujours certaine et définitive, et qu'en somme, pratiquée par un chirurgien soigneux et aseptique, elle ne présente guère plus de danger que l'opération d'Alexander.

Aussi terminerons-nous ce court mémoire par ces deux conclusions qui représentent bien les tendances actuelles :

1° L'on n'hésitera pas à pratiquer l'hystéropexie complémentaire d'une laparatomie, si au cours de cette dernière opération on en reconnaît l'indication.

2° On devra même l'employer de propos délibéré, de préférence à tout autre procédé opératoire, dans les rétrodéviations graves, car non-seulement elle assure toujours une guérison certaine, mais, pratiquée aseptiquement, elle n'offre presque aucun danger.

PARIS, 18 janvier 1892.

---

**Un nouveau procédé d'anesthésie locale.**—Voici ce procédé imaginé par M. le Dr CORNING (de New-York) :

On injecte dans la peau de la région qu'on veut anesthésier d'abord une solution de cocaïne à 2 ou 3 0/0 ; puis, après avoir retiré la seringue, mais en laissant son aiguille en place, on adapte à cette aiguille une autre seringue remplie de beurre de cacao liquéfié par la chaleur, et on injecte ce liquide ; enfin on soumet la région aux pulvérisations d'éther. Le refroidissement produit par ces pulvérisations amène la solidification du beurre de cacao injecté dans la peau. La circulation dans les capillaires de la peau se trouvant suspendue par suite de cette solidification, la solution de cocaïne n'est pas absorbée, mais elle reste en place, continuant à agir sur la terminaison des nerfs sensibles et à entretenir ainsi l'anesthésie. Dès qu'on cesse les pulvérisations, le beurre de cacao se liquéfie par la chaleur du corps. L'absorption du beurre de cacao ainsi que celle de la solution de cocaïne commencent alors à se produire, et l'anesthésie tend à disparaître. Mais si l'on continue les pulvérisations d'éther sans interruption, on peut faire persister l'anesthésie pendant un temps très long, variant de une à deux heures, surtout lorsqu'on a soin de diminuer la tension naturelle de la peau en élevant, par des tractions exercées de la périphérie vers le centre, un pli cutané tout autour de la région anesthésiée.

M. Corning croit que son procédé est appelé à rendre de grands services en chirurgie, ainsi qu'en médecine, pour le traitement de certaines douleurs localisées.

Pour en faciliter l'application, il a fait construire un petit appareil composé de deux seringues juxtaposées qui, au moyen d'un tube bifurqué, aboutissent à une aiguille commune ; une des seringues, d'une capacité de 5 cc., est destinée à la solution de cocaïne ; l'autre, réservée au beurre de cacao, peut contenir 20 cc. de liquide.

## REVUE DES JOURNAUX

## MEDECINE.

**De la sclérose en plaques, et en particulier de ses phénomènes oculaires.**—Clinique de M. le professeur CHARCOT.—Lorsque l'on est en présence d'un cas de sclérose en plaques complet, le diagnostic en est extrêmement facile et l'ensemble des signes que l'on observe permet de la reconnaître aisément. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de formes frustes, incomplètes, qui sont cependant très fréquentes : la connaissance très exacte de certains de ses symptômes oculaires, et leur analyse minutieuse permettent seulement d'affirmer la nature de la maladie.

Les symptômes de la sclérose en plaques se divisent en symptômes spinaux et symptômes céphaliques.

Parmi les premiers, le plus important de tous est le tremblement des membres supérieurs, tremblement dit intentionnel en ce sens qu'il n'existe que lorsque les muscles sont mus par la volonté. Alors que chez ces malades dans l'état de repos, la main reste immobile, aussitôt qu'elle est mise en mouvement par une action quelconque comme de porter un verre à la bouche, il se fait une série d'oscillations violentes et désordonnées qui rendent l'action voulue impossible. Ce tremblement, bien différent de celui de la chorée ou de la paralysie agitante, est bien connu maintenant et on ne s'explique guère qu'il soit resté méconnu si longtemps, pas plus qu'on ne comprend que la démarche si caractéristique de l'ataxie n'ait pas plus tôt frappé les observateurs. Ce tremblement a cependant deux analogues : le tremblement mercuriel et le tremblement hystérique qui ont avec lui beaucoup de ressemblance. Néanmoins, ce symptôme a une très grande valeur diagnostique, mais il est malheureusement des cas où il n'existe pas, ou bien où il a disparu à l'époque où l'on examine le malade.

Du côté des membres inférieurs on rencontre tout d'abord une tendance à la paraplégie spasmodique, c'est-à-dire qu'il existe un affaiblissement des jambes avec un certain degré de raideur et une exagération des réflexes. La raideur est quelquefois si prononcée que la marche est rendue tout à fait impossible ; elle peut même se montrer aux bras, ce qui exclut la possibilité de tout mouvement et par conséquent du tremblement caractéristique. Dans les

cas ordinaires la démarche est titubante, ébriouse et tremblante, très différente de celle de la paraplégie ordinaire et de l'ataxie dans lesquelles le malade marche plus ou moins péniblement, mais en suivant une ligne droite; ici, au contraire, il avance à la manière d'un homme ivre, s'écartant à chaque instant de la ligne de marche.

Tels sont les principaux symptômes spinaux de la sclérose en plaques. Les symptômes céphaliques qui coexistent presque toujours ont au moins autant d'importance diagnostique et parmi eux, M. Charcot insiste surtout sur les symptômes oculaires.

Presque toute l'étude de ces phénomènes est due à M. Parinaud dont les recherches ont fixé, d'une façon très précise, cette symptomatologie très spéciale.

Pour étudier utilement les symptômes oculaires de la sclérose en plaque, il est utile de les comparer à ceux qu'on observe dans d'autres affections comme le tabes et l'hystérie, cette dernière étant, d'ailleurs, assez souvent combinée à la sclérose.

Si l'on considère tout d'abord les phénomènes dus aux troubles fonctionnels des muscles extérieurs de l'œil, on constate tout d'abord que dans le tabes un des phénomènes prémonitoires assez ordinaires est la diplopie transitoire, due à la paralysie du moteur oculaire commun; aussi chaque fois qu'on voit survenir ce phénomène sans autre explication certaine, doit-on penser à l'ataxie locomotrice; la paralysie du moteur oculaire externe s'observe également, quoique plus rarement.

Or, dans la sclérose en plaques, le même phénomène transitoire s'observe, la paralysie du moteur oculaire externe étant cependant plus fréquente que celle du moteur oculaire commun. Aussi, lorsqu'on constate un pareil phénomène, doit-on chercher aussitôt l'état des membres inférieurs. S'il s'agit d'une sclérose en plaques, on trouvera un début de paraplégie spasmodique avec exagération du réflexe rotulien; si au contraire il s'agit du tabes, ce réflexe aura disparu plus ou moins complètement.

Quant à l'hystérie, elle peut présenter aussi une chute de la paupière dont l'interprétation peut être fort embarrassante. On peut se demander tout d'abord s'il s'agit là d'un spasme ou d'une paralysie vraie. A cet égard il y a un signe diagnostique qui n'a pas été signalé jusqu'ici. Dans la paralysie vraie, le sourcil du côté de l'œil malade est plus élevé que celui du côté opposé. Dans le spasme, au contraire, le sourcil se rapproche de l'œil, il est plus bas que son congénère; c'est là un caractère très frappant et d'autant plus important qu'il y a aussi une diplopie chez les hystériques, mais très spéciale en ce sens qu'elle est monoculaire.

Une autre forme de paralysie est celle des muscles associés; celle-là est tout à fait spéciale à la sclérose en plaques. L'aspect du regard est vague, incertain et dans la convergence, le strabisme s'accroît. C'est là un caractère tout à fait particulier et qui tient à ce que les muscles associés ne se contractent pas simultanément.

Le nystagmus est encore un des grands symptômes céphaliques de la sclérose en plaques ; il est des cas, il est vrai, où il n'est pas très apparent et où il faut le chercher, mais c'est un symptôme qui ne se trouve ni dans l'hystérie ni dans le tabes ; toutefois, à l'égard de ce dernier, il faut faire une restriction, car on le rencontre dans l'affection décrite sous le nom d'ataxie héréditaire ou maladie de Friedrieich, affection qui tient du tabes par les symptômes observés du côté des membres inférieurs et de la sclérose en plaques par les symptômes céphaliques. Le nystagmus y est quelquefois associé à l'embarras de la parole ; mais l'absence du réflexe rotulien montre alors qu'il ne s'agit pas de la sclérose en plaques.

C'est du côté de l'iris que l'on trouve peut-être les éléments les plus importants d'un diagnostic différentiel, car ce diagnostic peut souvent être fait par un seul examen. Il arrive fréquemment, en effet, que dans le tabes les pupilles sont inégales ; mais, de plus, l'impression de la lumière ne les modifie pas et on peut faire agir sur elles un foyer lumineux énergique sans qu'elles se rétrécissent. Si, au contraire, on vient à présenter au malade un objet qu'il doit regarder d'assez près pour faire converger les yeux, on voit les pupilles se contracter. C'est le contraste entre l'immobilité de la pupille vis-à-vis de la lumière et la conservation de sa mobilité dans la vision rapprochée qu'il a reçu le nom d'Argyl Robertson, signe auquel devraient être attachés plus justement les noms de Coingt et Vincent, qui en ont donné la première description dans un travail fait à la Salpêtrière.

Il arrive souvent cependant dans l'ataxie que les pupilles ne soient pas inégales.

On observe fréquemment le myosis, et la pupille en certains cas est punctiforme ; mais même dans ces cas on peut constater encore la contraction par l'accommodation. Ce fait, d'ailleurs, peut se rencontrer dans la paralysie générale, mais jamais dans l'hystérie, ni dans la sclérose en plaques. Dans cette dernière affection, l'iris, en somme, ne présente pas de phénomène particulier ; il y a quelquefois un myosis spasmodique, mais malgré cela les mouvements de la pupille subissent encore l'influence de la lumière.

Du côté du nerf optique, les différences sont encore très marquées. Dans le tabes la pupille est blanche, nacrée, à contours bien marqués, les vaisseaux amincis ou disparus. Dans la sclérose en plaques, la coloration de la pupille est jaunâtre, et surtout les contours sont diffus et elle semble recouverte d'un nuage. Mais c'est surtout dans la marche de la lésion qu'existe la différence. Dans le tabes la cécité est fatale et les lésions ne reviennent jamais en arrière, lorsqu'elles ont commencé à se montrer. Dans la sclérose en plaques, la cécité peut exister, elle peut même persister plusieurs mois, mais elle n'est jamais définitive, ce qui tient à ce que la destruction des éléments nerveux n'est jamais complète et qu'il peut s'y produire une régénération.

Enfin, dans l'hystérie il peut y avoir également des amauroses, mais sans altération de la pupille.

L'étude de l'altération du champ visuel et de la vision des couleurs donne encore des indications importantes. L'amaurose tabétique, en effet, s'annonce par un rétrécissement du champ visuel tout particulier; ce rétrécissement est irrégulier, inégal, en forme d'étoile. Au contraire, dans l'hystérie, le rétrécissement, qui est si fréquent, est concentrique. Quant à la sclérose en plaques, elle ne présente pas d'altération de ce genre, et si le rétrécissement existe, on peut être certain qu'il y a association avec l'hystérie.

Il existe également un contraste manifeste pour l'achromatopsie: le tabétique perd en premier lieu la notion du vert et du rouge et c'est le jaune et le bleu qu'il continue à voir le plus longtemps. Dans l'hystérie, la couleur rouge est au contraire celle qui persiste la dernière, mais dans la sclérose en plaques, l'achromatopsie n'existe pas.

Tels sont, brièvement indiqués, les phénomènes oculaires de ces trois affections qui se touchent souvent de près par leur symptomatologie. Mais il y a encore dans la sclérose en plaques différents phénomènes céphaliques importants pour le diagnostic. C'est surtout l'embarras de la parole, qui est lente et scandée. Cette scansion est caractéristique et différente du trouble qu'on observe dans la paralysie générale, dans laquelle la parole est plus embrouillée, et multiplie les l et les r d'une façon tout à fait spéciale; mais elle se rencontre aussi dans la maladie de Friedreich.

Les phénomènes cérébraux peuvent manquer totalement; mais, sans parler des attaques apoplectiformes, il y a généralement un état mental assez spécial, sorte d'état béat, satisfait qui fait que le malade ne s'inquiète guère de sa situation, ni des progrès de son mal; il y a, en somme, une tendance vers la démence, avec un peu d'amnésie, et c'est là une ressemblance de plus avec la paralysie générale.

Ce qu'il faut considérer encore beaucoup dans la sclérose en plaques, au point de vue du diagnostic, c'est l'évolution de la maladie. Il y a, en effet, des alternatives, des temps d'arrêt extrêmement remarquables; la paralysie, le tremblement, la cécité, peuvent disparaître complètement, et il y a des sujets qui ont été ainsi paralysés jusqu'à cinq ou six fois avec des intervalles de restauration complète des mouvements.

Mais il y a de plus des cas où se montrent certains phénomènes anormaux; les troubles trophiques par exemple sont exceptionnels; cependant on peut voir se produire des atrophies musculaires et des troubles de la sensibilité. Ces faits rentrent alors dans la catégorie des scléroses frustes, atypiques, formes certainement fréquentes dans lesquelles peuvent manquer plusieurs des éléments du tableau symptomatique ordinaire, et qui sont par cela même d'un diagnostic plus difficile.—*Journal de médecine pratique.*

**De l'atrophie du nerf optique et de sa valeur pronostique dans la sclérose des cordons postérieurs de la moelle,** par M. JOANNES MARTIN.—On sait depuis longtemps que l'atrophie des nerfs optiques est une manifestation fréquente et souvent précoce du tabes; on a remarqué, d'autre part, que presque tous les tabétiques amaurotiques ne devenaient jamais ataxiques. Cette particularité, signalée pour la première fois par Benedikt, vient d'être mise en lumière par M. le docteur Joannes Martin, grâce aux nombreuses observations de tabétiques amaurotiques qu'il a recueillies dans le service de M. Dejerine, à Bicêtre.

Ces observations lui ont permis de vérifier l'exactitude de la proposition de Benedikt en ce qui concerne l'influence de l'atrophie du nerf optique sur le développement du tabes à sa période préataxique. Elles montrent qu'un tabétique frappé d'amaurose au début de son affection devient très rarement ataxique, et que, dans bien des cas, les phénomènes douloureux spécifiques, les douleurs fulgurantes diminuent d'intensité. En revanche, ces observations ne prouvent pas du tout que les troubles de la motilité, une fois bien établis, puissent rétrocéder sous l'influence de l'atrophie papillaire. Au reste, les tabétiques, arrivés à la période d'incoordination, sont rarement frappés d'amaurose, et, dans les quelques cas où cette éventualité s'est produite, M. J. Martin n'a constaté aucune atténuation des troubles locomoteurs.

Il est impossible actuellement de dire pourquoi, dans le tabes à début optique, on voit s'arrêter presque constamment l'évolution de la sclérose des cordons postérieurs, tandis que l'atrophie papillaire survenant chez un ataxique dont l'atrophie est déjà avancée, ne paraît modifier en rien l'évolution de cette dernière. On ne connaît pas davantage le processus qui relie l'altération du nerf optique à la lésion des cordons postérieurs, et, jusqu'à plus ample informé, cette altération doit être envisagée comme une des nombreuses manifestations périphériques du tabes, affection qui s'attaque à l'ensemble du système nerveux (Dejerine, Oppenheim, Siemerlins), et non pas simplement à la moelle, ainsi qu'on l'a cru pendant longtemps.—*Praticien.*

**Des sensations douloureuses dans les affections du cœur,** par le prof. NOTHNAGEL. — S'il est souvent possible de rattacher les phénomènes douloureux que les cardiaques éprouvent à une pleurésie sèche localisée, à la diathèse rhumatismale, à un trouble fonctionnel du système nerveux (hypéralgésie cutanée, névralgie intercostale), il est quelquefois nécessaire, en l'absence de toute modification de l'appareil cardio-pulmonaire, de conclure à une autre pathogénie. Le siège constant de ces douleurs à la moitié gauche du thorax, doit, d'après Nothnagel, faire songer à une relation causale avec le cœur. L'auteur a donc cherché à établir la fréquence des douleurs précordiales dans les affections du cœur,

tout en rejetant de ses observations les névropathes à manifestations douloureuses précordiales et les malades atteints de péri-cardite.

Sur un total de 483 cardiaques, Nothnagel a constaté l'extrême fréquence de la cardialgie chez les malades atteints d'insuffisance et de rétrécissement aortiques, et son extrême rareté dans l'insuffisance de la valvule mitrale. Il ne s'est pas seulement borné à noter les accès de sténocardie, englobant avec raison dans sa statistique tous les phénomènes douloureux constatés chez ses malades. Il signale aussi chez un grand nombre de sujets l'existence d'une hypéralgésie de la peau localisée à la région précordiale, et cela, même en l'absence de douleurs spontanées. Ces troubles de la sensibilité sont connus de tous les cliniciens et s'observent couramment.

Quant aux affections du muscle cardiaque, l'auteur "laissant de côté les cas de sclérose associée au rétrécissement et à l'oblitération des artères coronaires", n'étudie que les phénomènes douloureux observés dans les affections du myocarde sans lésions valvulaires concomitantes (myocardite simple, cœur gras, hypertrophie cardiaque dans l'artério-sclérose, hypertrophie cardiaque, dite idiopathique). Toutefois, ajoute Nothnagel, si ces douleurs peuvent à la rigueur confirmer le diagnostic de myocardite idiopathique, "l'examen physique est dans ce cas trop insuffisant et les manifestations symptomatiques sont trop mal caractérisées, ou bien n'ont aucun rapport avec le cœur". En somme, la cardialgie n'a rien de bien défini dans ces cas spéciaux.

"Elle n'est en réalité fréquente que dans l'artério-sclérose avec hypertrophie du cœur." L'aspect clinique est d'ailleurs absolument semblable à celui des cardialgies symptomatiques des affections valvulaires.

Nothnagel s'abstient de discuter la pathogénie de ces sensations douloureuses, en raison de l'obscurité de nos connaissances sur le système nerveux cardiaque. Mais l'extrême fréquence de la cardialgie chez les cardio-aortiques l'oblige à reconnaître une certaine valeur à la théorie artérielle de l'origine de la douleur. Les maladies des artères sont en effet très douloureuses, fait d'observation connu depuis longtemps, et qui concorde d'ailleurs avec la fréquence extrême des lésions des coronaires dans les cardiopathies en générale.—*Revue de clinique et de thérapeutique.*

**Les aboulies.**—On donne ce nom à cet état nerveux singulier dans lequel il y a impossibilité d'accomplir un acte désiré lorsqu'aucun autre obstacle, ni psychique ni physique ne semble exister. M. le docteur RIVIÈRE définit ainsi dans sa thèse cet état morbide qui n'a été réellement bien étudié que depuis un petit nombre d'années.

Au point de vue des symptômes objectifs, les malades peuvent

être divisés en deux grandes catégories : les uns ne peuvent rien faire ; d'autres, au contraire, peuvent tout faire, sauf un petit nombre d'actes, quelquefois les plus futiles et les plus insignifiants.

Dans cette seconde catégorie, se trouvent deux ordres de malades : ceux qui ne peuvent exécuter un travail intellectuel et ceux qui ne peuvent exécuter un travail physique.

Dans le premier cas, cet état morbide peut se manifester de différentes façons ; quelques-uns ne peuvent fixer leur attention sur une idée ; d'autres ne peuvent lire, ou suivre une conversation ou y prendre part ; ils trouvent difficilement le mot qu'ils veulent et sont obligés d'en prononcer plusieurs avant de rencontrer celui qu'ils cherchent.

Dans le second cas, lorsqu'il s'agit d'un trouble apporté dans la sphère motrice, l'altération peut être minime. L'une de ces manifestations les plus fréquentes, ainsi que le dit M. Régis, consiste dans l'impossibilité, pour le malade, de se lever d'un siège lorsqu'il est assis. Le désir de l'acte existe chez lui, et il fait effort pour l'accomplir, mais sa force d'impulsion est insuffisante et ses tentatives de plus en plus angoissantes n'aboutissent qu'à la crise émotive caractéristique de la neurasthénie.

L'impossibilité d'aller dans telle ou telle direction a été signalée par plusieurs auteurs. Un malade cité par M. Billod, par exemple s'appretait à sortir, et n'éprouve pas la moindre difficulté à faire sa toilette ; mais une fois rasé, habillé et même ganté, il ne peut, malgré les plus grands efforts, parvenir à franchir le seuil de sa porte. (Ce cas ne doit pas être rare ; nous avons longtemps observé un malade chez lequel l'aboulie se montrait sous forme de crises chaque année durant plusieurs mois. Il lui arrivait alors, étant prêt à sortir, de rester des heures entières, le front collé aux vitres de sa croisée, sans pouvoir se décider à franchir sa porte).

L'impossibilité de se vêtir n'est point rare non plus. Une malade de M. Rivière éprouvait les plus grandes difficultés à se lever ; elle restait parfois au lit jusqu'à une heure fort avancée de l'après-midi ; toute la matinée était passée en efforts successifs pour se lever, mais chaque effort n'aboutissait qu'à provoquer un état d'angoisse que la malade appelait une crise. Un autre ne peut se mettre à table ou ne s'y met qu'après les exhortations les plus vives de la part de ses parents.

L'influence des émotions est ici très variable : certains malades se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir un acte déterminé quand ils se trouvent en public, tandis qu'ils n'éprouvent aucune gêne pour accomplir ce même acte quand ils se trouvent seuls ; mais le contraire peut exister.

L'aboulie peut se montrer dans des états morbides assez variables. On le rencontre surtout dans la neurasthénie ; elle peut se présenter aussi dans la mélancolie, dans les maladies

mentales présentant des périodes de dépression avec conscience, dans la paralysie générale et surtout dans l'intoxication par différents poisons que l'on a appelés psychiques, comme la morphine, le haschich ou l'alcool. M. Ball a fait remarquer qu'il y avait un affaiblissement de la volonté chez la plupart des malades alcooliques, aboulie qui paraît avoir la plus grande analogie avec l'aboulie mélancolique.

La gravité ou la bénignité du pronostic dépend de la cause qui a produit la maladie ; ce pronostic est grave surtout quand l'hérédité tient la première place. Néanmoins, la guérison est fréquente même après un temps très prolongé. M. Rivière cite, à ce sujet, une malade qui, après avoir présenté pendant trente-cinq ans, l'impotence professionnelle la plus complète, guérit complètement à l'âge de soixante ans. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

**Signes pronostiques de la fièvre typhoïde,** par le docteur CONTENOT. — *Température*, 40° et audessus, matin et soir, indique une forme grave et prolongée.

39°, 5 est favorable ; 40° est ordinaire ; 41° est très sérieux ; 42° est mortel.

Sont favorables les rémissions matutinales marquées.

Les rémissions matutinales à peine indiquées pronostiquent une maladie très sévère.

Une chute thermique brusque, du quinzième au vingt-huitième jour, avec cessation des symptômes principaux, présage une prompt guérison.

Une grande chute thermique annonce une diarrhée excessive, une perforation, une hémorrhagie, ou une action thérapeutique sidérante.

Une température au-dessous de la normale, permanente et à une période avancée, annonce une convalescence marquée par la faiblesse et l'épuisement.

Un accès pernicieux algide au deuxième et au troisième septénaire est souvent mortel.

*Pouls*, — Habituellement fréquent, est défavorable.

Dans les cas heureux, il ne dépasse pas 116.

Quand chez l'homme le pouls reste plusieurs jours de suite à 116, quand chez la femme il reste à 130 plusieurs jours de suite, le cas est grave.

La fréquence du pouls est en raison directe du pronostic.

Le pouls ralenti, après une grande fréquence sans diminution des autres accidents graves, indique une mort prochaine.

Le pouls ralenti au-dessous de la normale, sans exaspération de la maladie, n'est pas d'un pronostic fâcheux.

Un pouls inégal, irrégulier annonce la diarrhée.

Un pouls à la fois petit, irrégulier, intermittent et fréquent marque les périodes extrêmes.

*Pouls critique.*—Il y aura un changement si le pouls critique est polycroto avec intermittence et irrégularité.

Un pouls dicrote et dur pendant vingt-quatre heures et plus est fâcheux, mais si l'épistaxis survient, il est favorable.

L'absence de choc précordial et la faiblesse du premier bruit révèlent un grand épuisement des forces nerveuses.

*Diarrhée.*—La gravité de la maladie est proportionnelle à l'intensité et à la persistance de la diarrhée.

Quand les selles sont involontaires, la moitié des malades succumbent.

La suppression brusque d'une diarrhée très marquée annonce une perturbation nerveuse imminente.

Après une diarrhée, les selles qui se lient et prennent de la consistance annoncent la convalescence.

*Facies.*—Le visage primitivement en stupour, redevenant expressif et intelligent, malgré la persistance de tous les autres symptômes, est d'un augure favorable.

Avec un facies amaigri, ratatiné, hippocratique la mort est proche.

L'humidité des narines, le retour de celle de la langue, sont un signe de convalescence.

Le décubitus latéral spontané est un signe favorable.

Les transpirations profuses au début ne valent rien.

Les sueurs tièdes, modérées au troisième septénaire, précèdent la convalescence.

*Système nerveux.*—Une grande prostration au début est un signe fâcheux.

Le délire seulement nocturne n'est pas grave.

La surdité ou la dureté de l'ouïe n'est pas un signe défavorable.

Le coma est fatal, lorsque le malade reste étranger à toutes les sensations extérieures avec dilatation, ou contraction de la pupille.

Les soubresauts continus et s'étendant à tout le corps laissent peu d'espoir.

La carphologie ne se montre pas très loin de l'agonie.

La dysphagie est un mauvais signe.

Le chant est le plus triste présage.

*Respiration.*—La respiration irrégulière présage le délire ou la convulsion (HIPP.).

La respiration plaintive est mauvaise (HIPP.).

La respiration froide est mortelle (HIPP.).

*Urine.*—Abondante, dense, de couleur orangée, sans sédiments et avec peu d'albumine est favorable :

L'urine rare, opaque, jaune verdâtre, de faible densité, très albumineuse, annonce une mort prochaine.

Les urines noires sont signe de mort (HIPP.).

*Complications.*—Toute complication, après plus de vingt jours de maladie, chez un sujet dans l'adynamie, comporte un pronostic grave.

Un frisson dans la période évolutive indique une complication.

La péritonite, suite de perforation intestinale, est mortelle.

L'érysipèle de la face est une complication redoutable.

Les parotidites, abcès, etc., dans le cours de la convalescence, sont l'indice d'une pyohémie, dont les ulcérations sont la source.

L'hypostase pulmonaire ou pneumotyphoïde est grave proportionnellement à son étendue et à l'état général du sujet.

Les eschares sont une source de souffrances, mais n'engagent pas le pronostic.

Il en est de même des suppurations extérieures.—*Bulletin médical du Nord.*

**Hémorrhagies gastro-intestinales dans la cirrhose.** — Ces hémorrhagies ont été l'objet d'un assez grand nombre de travaux depuis un certain temps et présentent un grand intérêt, car, comme elles se montrent quelquefois de très bonne heure, leur diagnostic peut être fort difficile. M. le docteur Ehrardt vient de réunir un grand nombre de cas de ce genre dans sa thèse où il cherche à démontrer que cet accident n'est pas lié le plus souvent à une lésion ulcéreuse du système veineux.

Sur 24 observations constituant un premier groupe de malades, M. Ehrardt montre que dans la grande majorité des cas, l'hémorrhagie a précédé, et de fort loin, tout autre symptôme de la cirrhose. Dans les deux tiers des cas, c'est au milieu d'une santé parfaite en apparence, ou tout au moins à peine troublée par quelques légers phénomènes dyspeptiques que survient l'hémorrhagie. Lorsque l'hématémèse a fait défaut au début de l'affection, elle ne survient ordinairement pas en dehors de la période terminale, alors que le malade, déjà épuisé par l'ascite et par les progrès du mal, n'est plus en mesure d'opposer une résistance suffisante en face de pareilles pertes sanguines. Elles ne font, en ce cas, que hâter un dénouement qui n'était déjà plus lointain.

D'une façon générale, l'hématémèse est brusque, soudaine, brutale. Elle prend tout de suite les proportions d'un accident grave, tant par son abondance que par sa répétition. Les malades sont unanimes à déclarer qu'ils ont rendu le sang à pleine cuvette.

La terminaison de ces accidents est essentiellement variable. L'hématémèse, par son abondance et sa répétition à intervalles de moins en moins éloignés, peut emporter le malade rapidement sans qu'aucune intervention la puisse arrêter. M. Debove a cité ainsi le cas de mort en 36 et 48 heures. D'autres fois, le sang cesse de couler; le malade, qui ne souffre pas, peut reprendre ses occupations; puis après une période de durée variable, un nouveau vomissement se produit. Ainsi vont les symptômes, jusqu'à l'heure plus du moins proche où apparaît l'ascite, amenant avec elle la dilatation des veines sous-cutanées; la seconde période est ouverte; la cirrhose est définitivement diagnostiquée. Il n'est pas rare, pen-

dant cette seconde période, d'observer une assez longue interruption des hémorrhagies. Dans une observation citée par M. Ehrardt, le malade est resté près de dix ans sans voir réapparaître ces accidents ; le plus souvent ce sont des rémissions de plusieurs mois.

Le diagnostic doit être discuté avec les différentes causes d'hémorrhagies : cependant, l'on peut dire que, lorsqu'on se trouve en présence d'un sujet manifestement alcoolique, qui se plaint depuis un certain temps de troubles dyspeptiques vagues, sans douleur localisée à l'estomac ; chez qui la palpation et la percussion de la région hépatique soit particulièrement sensibles, et que sur ces entrefaites survienne brusquement une hématomèse considérable, il faut songer, immédiatement, à la cirrhose, même avant l'apparition de tout autre symptôme du côté du foie. Et pour admettre que l'on a très probablement affaire à un début de cirrhose, c'est justement sur l'absence absolue de tout autre phénomène du côté de l'estomac qu'il faudra se fonder.

Il est tout un groupe de faits que l'on a attribués à la rupture des varices de l'œsophage, mais cette rupture est souvent difficile à démontrer ; il est plus probable qu'il se produit des modifications circulatoires en rapport avec les altérations du système de la veine porte à la suite desquelles surviennent des ruptures des vaisseaux capillaires.—*Abeille médicale.*

---

## CHIRURGIE.

---

**Pratique de la lithotritie**, par le Dr. E. DESNOS.—On sait quelles profondes modifications ont été introduites par Bigelow dans la pratique de la lithotritie, il y a une douzaine d'années ; à l'ancienne opération de Civiale, excellente d'ailleurs dans beaucoup de cas, mais lente dans ses résultats et laissant le malade longtemps exposé à des accidents, le chirurgien américain substitua une opération rapide qui permet de débarrasser la vessie en une seule fois, abrège considérablement la durée du traitement et qui, dès les premiers essais, a prouvé sa supériorité sur la méthode ancienne. Un peu violente, brutale même en apparence entre les mains de son inventeur, cette opération fut quelque peu modifiée par Otis, Thompson, Guyon, etc., et ne tarda pas à entrer dans la pratique courante. Il ne fallait rien moins pour sauver la lithotritie de l'oubli. En effet, la découverte de Bigelow coïncidait avec le moment où l'antisepsie, perfectionnée et vulgarisée, venait de conférer aux opérations sanglantes une benignité inconnue jusque là ; la taille reprenait faveur et la section hypo-

gastrique en particulier, modifiée et transformée, étendait le champ ouvert aux manœuvres intravésicales.

La lithotritie dut, elle aussi, se faire antiseptique et aseptique ; les progrès dans ce sens ont été continuels depuis 12 ans et cette opération n'est plus ce qu'elle était à ses débuts. Les résultats se sont aussi améliorés sans cesse et aujourd'hui, en France, en Angleterre, en Amérique, la lithotritie constitue l'opération de choix contre les calculs vésicaux. Les chirurgiens allemands, au contraire, préférèrent la taille dans la majorité des cas ; on a été jusqu'à dire en plein congrès que la lithotritie n'avait plus qu'un intérêt historique et devait être regardée comme un reste de vieille chirurgie. C'est montrer à quel point on ignore ce que permet d'atteindre l'opération par les voies naturelles : on peut hardiment avancer que la plupart des chirurgiens allemands connaissent mal la lithotritie, et ce qui démontre ce fait, c'est leur étonnement lorsqu'ils viennent en France voir pratiquer cette opération comme elle doit l'être. Mais la période d'engouement pour les opérations sanglantes quand même paraît toucher à sa fin ; même en Allemagne, aujourd'hui, on cherche surtout à préciser de mieux en mieux les indications et à constater le résultat éloigné ; cette tendance ne tardera pas à faire rentrer partout la lithotritie en faveur.

Il faut reconnaître d'ailleurs que cette opération est, suivant les cas, ou très facile ou des plus difficiles, nous verrons tout à l'heure quelles en doivent être les limites ; elles varient essentiellement avec l'habitude plus ou moins grande que chaque chirurgien possède de cette opération. Mais en n'envisageant que les cas simples, une pierre d'un volume moyen, par exemple, dans une vessie ni enflammée ni irritable, avec un bon canal, il serait, à mon avis, blâmable de recourir à autre chose qu'au broiement par les voies naturelles. J'ajouterai que cette opération peut et doit être pratiquée par un praticien quelque peu habitué aux manœuvres intra-vésicales ; c'est pour cela que je crois utile de retracer rapidement le manuel opératoire de la lithotritie, en insistant sur quelques détails dont la pratique m'a fait apprécier l'importance.

Pour la majorité des calculs, l'instrumentation est relativement peu compliquée. Il est bon d'avoir à sa disposition une série de brise-pierre de volume et de puissance divers, mais ordinairement deux brise-pierre suffisent, un à mors fenêtré, modèle de Bigelow ou de Reliquet, No. 1 $\frac{1}{2}$  ou 2, c'est-à-dire passant par les Nos. 22 ou 25 de la filière Charrière, et un brise-pierre à mors plat. Les mors du premier, très puissants, permettent de faire éclater, de démolir le calcul ; mais ils sont un peu offensifs et on se trouvera bien de se servir du lithotriteur à mors plats pour achever le broiement. On aura, en outre, une sonde évacuatrice, d'un numéro 21, 23 ou 25, suivant le calibre du canal connu d'avance ; elle est percée de deux yeux latéraux et munie d'un mandrin

métallique; un marteau métallique; deux seringues à anneaux d'une contenance de 150 à 200 grammes avec deux embouts de rechange, gros et petits, des sondes de gomme, forme béquille et enfin un aspirateur.

Une table d'opération est inutile; le malade peut rester dans son lit, à condition que celui-ci ne soit pas trop bas, que le matelas ne soit ni mou, ni trop dépressible. On préparera un coussin assez haut et épais: une couverture de voyage roulée remplit parfaitement le but; des cuvettes, et en particulier une cuvette longue dite de bidet, un seau de toilette, des draps, etc. Enfin on aura 6 à 10 litres d'une solution boriquée à 50% (avec addition de 5 grammes de borate de soude par litre), récemment préparée, une solution phéniquée à 5 %, de l'huile phéniquée (récemment stérilisée au bain-marie), de la vaseline à l'acide borique ou au salol (10 0%,) du chloroforme; enfin des compresses ayant séjourné longtemps dans une solution de sublimé ou d'acide phénique, ou mieux de la gaze antiseptique.

Le malade, purgé la veille de l'opération, aura pris un grand lavement le matin même. L'administration de 4 à 6 grammes de salol à l'intérieur, pendant les 2 jours qui précèdent l'opération, est utile. Pour éviter tout refroidissement, les jambes seront entourées de lainages; le malade est placé très près du bord droit du lit, horizontalement et la tête basse; on relève alors le bassin au moyen du coussin ou de la couverture roulée, placée sous les fesses. Alors seulement, on donne le chloroforme et on ne commence aucune manœuvre avant que l'anesthésie soit complète.

Le gland, la verge, les régions scrotale et hypogastrique sont lavés au savon, puis à la solution boriquée; on recouvre toutes ces surfaces de compresses antiseptiques ou mieux de gaze phéniquée sèche qui n'expose pas le malade au refroidissement; quant au chirurgien, il prendra pour ses mains les mêmes précautions que pour toute grande opération. On procède au lavage de l'urèthre, au moyen de la seringue métallique, dont la canule est introduite à quelque distance dans ce canal, assez peu profondément pour que le liquide injecté puisse refluer librement. Quand on a fait passer une seringue ou deux de solution boriquée, on recommence la même manœuvre, mais plus doucement et en comprimant légèrement l'extrémité de l'urèthre, de manière à ce que la solution franchisse la portion membraneuse et lave l'urèthre postérieur. Quand il y a suppuration ou infection préalable, il est bien de faire ces lavages avec une solution de nitrate d'argent au millième.

Une sonde béquille, d'un calibre assez gros, 20 à 22, est introduite dans la vessie qu'on lave abondamment avec une solution boriquée. Il faut que le liquide soit injecté avec une force assez grande, sans quoi les mucosités ne se détachent pas de

la paroi. Le professeur Guyon recommande d'appuyer en même temps sur la région hypogastrique et d'imprimer une série de secousses à la vessie; lorsque celle-ci est infectée, un lavage nitraté est nécessaire. Enfin, on injecte dans la vessie la quantité de solution boriquée nécessaire pour exécuter les manœuvres. Cette injection se fait lentement, d'un mouvement uniforme du piston et sans secousse; la quantité ne peut être évaluée ni fixée d'une manière absolue, elle varie essentiellement d'un sujet à un autre; il faut s'arrêter dès que les contractions vésicales se font sentir et opposent une résistance à la progression du piston. Vouloir distendre la vessie dans le but de se donner plus de place pour manœuvrer, est une illusion que l'expérience détruit bientôt. On provoque ainsi des contractions partielles qui enserrant les mors de l'instrument, dissimulent le calcul ou ses débris. Le lithotriteur se meut bien plus facilement dans un espace relativement petit, mais dont les parois sont souples et non rétractées. Plus d'une fois, il nous est arrivé de parfaire le broiement d'un calcul presque à sec, quand la vessie était intolérante. D'une manière générale et dans les conditions ordinaires d'une vessie non enflammée, 150 grammes de liquide représentent une quantité suffisante. Dans les vessies les plus vastes et les plus atones, on ne dépassera jamais 300 grammes: il est difficile de ne pas laisser échapper des fragments dans un trop grand espace.

Une fois la vessie remplie, on introduit le lithotriteur qu'on aura choisi de dimensions en rapport avec le volume et la dureté probable de la pierre. Les gros instruments sont d'un emploi exceptionnel, les manœuvres sont difficiles, les prises moins fréquentes et, somme toute, on fait plus de besogne avec un lithotriteur moyen qui donne moins de débris à chaque prise, mais qui permet de saisir les fragments avec plus de facilité. L'introduction se fait suivant les règles du cathétérisme avec les sondes à petite courbure que je ne puis rappeler ici; les divers temps s'exécutent lentement, avec une douceur d'autant plus grande qu'un lithotriteur est un instrument puissant et offensif pour l'urèthre; c'est surtout au passage du cul-de-sac du bulbe qu'il faut redoubler d'attention et ne commencer le mouvement d'abaissement que lorsque le bec se sera engagé dans la partie membraneuse. Il en sera de même dans la prostate; lorsque cette glande est développée et irrégulière, on se guidera utilement par le toucher rectal.

Dès que les mors sont dans la vessie, il faut se rendre compte rapidement de sa topographie, de ses saillies et de l'espace dans lequel on se meut facilement; puis on recherche la pierre avec le lithotriteur fermé: cet instrument constitue un assez mauvais explorateur, et souvent le contact de la pierre n'est pas facilement entendu ou même senti. Sans perdre de temps à ces recherches, on exécutera tout de suite les manœuvres de préparation. Le

lithotriteur est maintenu sur la ligne médiane, les mors en haut; ceux-ci sont écartés et un mouvement de rotation sur l'axe les amène dans une position qui dépasse un peu la ligne horizontale, de telle sorte qu'ils soient un peu inclinés en bas. Très doucement, très lentement ils sont alors rapprochés l'un de l'autre; s'ils peuvent être ramenés au contact, c'est que le calcul n'était pas compris dans leur écartement; on recommence alors la même manœuvre sur un autre point et il arrive qu'on éprouve une résistance qui empêche la fermeture complète. Cet obstacle peut être constitué soit par un calcul, soit par un pli de la vessie; il est facile de se rendre compte de la nature de la prise. D'abord le contact d'un calcul donne une sensation nette, particulière et caractéristique, très différente de la mollesse, de la dépressibilité dont on a conscience quand on a pris une portion de la vessie. Mais c'est là une certitude qu'on n'acquiert que par l'habitude. Lorsqu'une saisie est faite, il faut se contenter tout d'abord de maintenir les mors en contact avec le corps étranger en n'exerçant qu'une pression des plus faibles, puis de faire tourner l'instrument sur lui-même afin d'éloigner les mors du point où la saisie a été faite: les mouvements sont-ils libres? le corps enserré est mobile: c'est le calcul. Si, au contraire, on sent une résistance, on éloigne les mors l'un de l'autre, car c'est la muqueuse qui se trouve entre les mors.

Lorsqu'on est certain d'avoir le calcul et rien que lui, on abaisse le levier qui actionne l'érou brisé et qui permet de faire agir la branche mâle au moyen de la vis sans fin avec une puissance considérable. On fait tourner le volant en déployant une force progressivement croissante, jusqu'à ce qu'on sente et qu'on entende produire un craquement caractéristique: le calcul a éclaté. Quelquefois il résiste à la pression du volant; on relève alors la bascule pour désengrener la vis sans fin et on se met en demeure de démolir le calcul par percussion. De la main gauche le lithotriteur est saisi, et le mors maintenu dans une position immuable, calé pour ainsi dire par l'avant-bras du chirurgien qui s'appuie sur la crête iliaque de façon à ce que les mors et le calcul soient et restent bien au centre de la vessie; de la main droite on percute au moyen d'un marteau métallique à petits coups, sans trop de violence ou de brusquerie, dans la crainte de briser l'instrument. Si le calcul résiste encore, on essaie les mêmes manœuvres avec un lithotriteur plus puissant; en cas de nouvel échec, il faut renoncer à la lithotritie.

Dans la grande majorité des cas, le calcul éclate sous l'action de la vis de pression; on va à la recherche des fragments en répétant la même manœuvre toujours aussi prudente, et surtout en s'assurant après chaque prise que l'instrument est parfaitement libre: les fragments doivent être pris et repris un très grand nombre de fois, réduits en poussière; c'est le meilleur moyen

d'assurer l'évacuation et le professeur Guyon insiste avec raison sur la nécessité d'y consacrer tout le temps nécessaire.

Dès qu'on ne trouve plus de fragment d'un volume notable, on rapproche les mors une dernière fois, et on exerce des pressions énergiques pour les vider complètement et empêcher qu'un fragment ne puisse érailler l'urètre. Puis on retire le lithotriteur et on lui substitue une sonde évacuatrice d'un calibre n° 25. Si l'urètre est suffisamment large, le liquide s'écoule entraînant une certaine quantité de débris ; on procède aux lavages évacuateurs avec une sonde dont l'embout est aussi large que possible. Il faut en effet injecter le liquide (une solution boriquée à 5 0/0) par petites masses, de 40 à 50 grammes au plus, mais avec force pour soulever les fragments ; les contractions de la vessie sont éveillées par l'irruption du liquide et suffisent pour expulser liquide et débris.

Lorsque les contractions sont énergiques, l'évacuation se fait presque entièrement au moyen des lavages ; en cas contraire, c'est à un appareil aspirateur que ce rôle est réservé et, de toute façon, il est bon de terminer les manœuvres d'évacuation par l'emploi de cet instrument. Différents modèles ont été inventés ; je me sers le plus souvent de celui du professeur Guyon ; ceux de Bigelow, de Thompson, de Wickham donnent également de bons résultats ; mais ils ont l'inconvénient d'être munis de soupapes, complication qu'on peut éviter et qui empêche de maintenir l'appareil absolument aseptique.

Une fois l'évacuation pratiquée, on est souvent obligé de réintroduire un lithotriteur : dans quelques cas on est certain qu'il reste des fragments et on a suspendu le broiement parce que la vessie se contractait trop violemment, par exemple, ou s'était vidée complètement ; dans d'autres cas on croyait le broiement achevé, mais l'aspirateur a fait entendre un bruit de cliquetis, produit par le choc sur la sonde de fragments qui avaient échappé aux dernières recherches ; à ce point de vue l'aspirateur est un excellent instrument d'exploration. Quoi qu'il en soit, on choisira pour une deuxième introduction un lithotriteur plus petit, qui permet des manœuvres faciles et qui convient mieux à des fragments moins volumineux. Il est rare qu'on soit obligé de recourir à une troisième introduction. De toute façon chaque broiement sera suivi d'une évacuation au moyen des seringues et de l'aspirateur.

Depuis quelques années le professeur Guyon a l'habitude de terminer ses lithotrities par un lavage au nitrate d'argent à 1/1000 ; il a même fait argenter les parties métalliques de son aspirateur pour pratiquer l'évacuation à l'aide de ce liquide. L'antisepsie est assurément plus parfaite par ce moyen, mais on peut faire d'excellentes évacuations avec de l'eau boriquée ; toutefois, on terminera l'opération, dans les cas où la vessie était préalablement infectée, par un lavage à la solution nitratée. Cette dernière occupe

le premier rang parmi les antiseptiques et est ordinairement bien supportée par la vessie ; lorsque cependant il est nécessaire de placer une sonde à demeure, l'injection nitratée rend les contractions vésicales tellement violentes que la sonde ne peut fonctionner. Dans ces cas je laisse dans la vessie une certaine quantité d'une mixture tenant de l'iodoforme en suspension ; je pratique même toute l'opération au milieu de ce liquide quand la vessie est infectée.

Il n'est indispensable de placer une sonde à demeure que dans les cas suivants : chez les prostatiques qui ont de la rétention, complète ou incomplète ; lorsqu'une lésion de la muqueuse vésicale, de quelque importance, a eu lieu pendant les manœuvres ; lorsque le cathétérisme a fait saigner le canal ; lorsqu'enfin le cathétérisme est difficile. D'une façon générale, il est prudent de laisser une sonde pendant quelques heures tout au moins, excepté dans les cas où l'opération a été des plus simples et de très courte durée.

On suspend alors l'anesthésie et on se borne à retirer le coussin placé sous le siège du malade qui reste dans la position horizontale ; on lui laisse les couvertures aux jambes, et des bouteilles d'eau chaude sont placées dans son lit. Pour éviter les vomissements il est bon de ne donner ni boisson ni aliment pendant 6 à 8 heures au moins et plus longtemps encore si des nausées se montraient ou ne cessaient pas. En général, l'urine du premier jour est rare et quelquefois un peu rosée ; dès le lendemain elle devient claire ; il est rare qu'on y rencontre du sable ou des graviers de quelque importance depuis que l'aspiration est régulièrement employée.

La vessie complètement vidée retrouve rapidement la régularité de ses fonctions et les mictions, fréquentes pendant un jour ou deux après l'opération, redeviennent peu à peu normales. C'est entre le 6<sup>e</sup> et le 7<sup>e</sup> jour que les malades se lèvent ordinairement. Une vérification est inutile dans la majorité des cas ; elle doit cependant se faire si le chirurgien n'a pas acquis la conviction, immédiatement après l'opération, que l'évacuation était complète ou si des symptômes accusés par le malade laissent place à un doute. Alors la vérification est indispensable ; par exemple, en présence de vessies irrégulières, à colonnes très contractiles ou plus souvent encore de vessies trop vastes et anfractueuses. Il est rare dans ces cas que la lithotritie soit complète en une séance.—  
*Concours médical.*

**Sur les opérations portant sur la glande thyroïde goitreuse,** par le docteur T. STOKER.—En se basant sur les résultats de son expérience personnelle, M. Thornley STOKER conclut ce qui suit, relativement aux opérations portant sur le corps thyroïde :

1<sup>o</sup> L'extirpation partielle de la glande thyroïde est une opération dangereuse, car elle expose à des hémorragies graves, même dans les cas simples ;

2° En raison des dangers de myxœdème qu'elle entraîne, l'extirpation de la totalité du corps thyroïde n'est justifiée qu'autant qu'on transpose un fragment de la glande dans une autre région du corps ;

3° La dissection de l'isthme de la glande paraît entraîner des suites fâcheuses ; il est vrai qu'elle peut faire cesser la compression mécanique qui s'exerce sur la trachée ou sur d'autres organes ;

4° L'opération de la thyroïdectomie est trop grave pour qu'on l'entreprenne dans un simple but cosmétique ;

5° L'ablation d'une moitié du corps thyroïde entraîne consécutivement l'atrophie de l'autre moitié de la glande.—*Gazette médicale de Paris.*

**Sur le diagnostic différentiel et le traitement de la scoliose essentielle des adolescents,** par le Dr P. BOCLAND. — Il est quelquefois très-difficile et même impossible de distinguer immédiatement une flexion pathologique simple d'une scoliose osseuse au début, on sait qu'en général la première s'efface complètement dans la position horizontale ou par quelques efforts de redressement suffisamment énergiques, tandis que la déformation osseuse, laisse sur le squelette des traces irréductibles. Mais lorsque la flexion est déjà ancienne, que le sujet n'est pas souple, il peut exister une roideur articulaire qui empêche les vertèbres d'obéir à l'action des muscles et le buste de se redresser complètement, même dans la position horizontale. Dans ces cas il n'est pas rare de constater une certaine irrégularité des deux côtés de la région postérieure du tronc qui rappelle celle que l'on observe dans la première période de la vraie, avant la déviation visible des apophyses épineuses.

En présence de ce signe douteux, le plus prudent est d'ajourner son jugement et de prescrire les exercices spéciaux de la scoliose. Ils auront raison de l'obstacle ligamenteux et, après quelque temps, l'asymétrie dorsale ou lombaire aura disparu. Dans le cas contraire il est à peu près certain qu'il s'agit d'une scoliose commençante dans laquelle l'élément flexion prédomine. C'est le résultat du traitement qui seul tranchera la question.

Les flexions pathologiques simples guérissent toujours sans laisser de traces, mais elles récidivent facilement surtout chez les jeunes filles. Il ne faut pas les négliger quoiqu'on les voie quelquefois disparaître spontanément. En effet on ne doit pas oublier que s'il existait une scoliose latente, une flexion permanente la ferait progresser, alors qu'elle serait peut être arrêtée. C'est dans ces cas que l'on a considéré à tort les flexions pathologiques comme l'origine d'une scoliose vraie.

Le traitement des flexions est très simple : S'occuper d'abord de l'état général ; examiner les membres inférieurs au point de vue de l'égalité de longueur et de l'état électro-musculaire ; supprimer

les causes de l'attitude vicieuse; apprendre au sujet à se tenir droit et à se redresser sans se cambrer; s'il n'est pas trop faible, prescrire la gymnastique générale limitée à des exercices doux et bien gradués: haltères légers, petites barres, petites masses, corde à nœuds, corde lisse, marche sur l'échelle horizontale, pas sur place, (la tête, le bassin et les talons étant appuyés contre un mur) et faradiser avec un courant moyen de quantité, les sacro-spinaux, les grands dorsaux, les obliques de l'abdomen; repos diurne dans la position horizontale. Faire porter un corset d'attitude embrassant exactement le bassin et garni de buses latéraux sans béquillons ni plaques de pression. Ce bandage aide à se tenir droit, c'est un soutien, il ne redresse pas; on le lace, le sujet étant couché sur le ventre ou légèrement suspendu. Chez les jeunes garçons le corset est souvent inutile.

*Scoliose osseuse* — Dans la scoliose osseuse, affection essentiellement trophique, le traitement général joue un rôle prépondérant. Parmi les moyens dont on dispose, l'hydrothérapie occupe le premier rang. Quant à la difformité, lorsque la déformation vertébrale est arrivée à un degré avancé, il faut avoir recours à l'orthopédie mécanique qui, malgré tout ce qu'on en a dit n'a d'autre inconvénient que celui d'exiger un séjour prolongé dans un établissement spécial.

Mais si la flèche de la courbure principale ne dépasse pas 30 à 35 millimètres, que l'élément flexion prédomine, certains exercices appropriés peuvent suffire, on en a proposé un très grand nombre. Quand on les étudie au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, on voit que la plus grande partie répond à des indications imaginaires comme la relaxation du trapèze, du rhomboïde etc, on vise une impossibilité matérielle, telle que la détorsion du rachis confondant ainsi, par erreur d'anatomie pathologique, la torsion résultat d'une déformation irréductible, avec la rotation, mouvement articulaire que déterminent la flexion latérale et qui disparaît comme elle sans laisser de traces. En somme il est très peu de ces exercices qui aient une utilité réelle.

Je me suis arrêté depuis longtemps à des mouvements actifs d'extension oblique du rachis exécutés dans la station droite, la contre extension étant produite par la tension des membres inférieurs et la pression que les pieds exercent sur le sol. Le sens de la courbure supérieure indique celui de l'obliquité. L'attitude que donne ce mode d'extension doit devenir une habitude pour le scoliotique. Ce sera toujours pour lui le seul moyen de se tenir aussi droit que lui permet l'état de son squelette.

Si la scoliose est compliquée d'une cyphose, on fait exécuter des mouvements de flexion en avant et de redressement en arrière, contre la résistance de la main placée au centre de la courbure antéro-postérieure.

Pendant les mouvements, il est important de respirer très libre-

ment et en outre, durant les repos, il faut faire des exercices de respiration.

Quant à la position allongée, elle doit être conservée aussi longtemps que possible. Les promenades seront faites d'un pas soutenu et coupées de repos.

L'usage d'un corset est nécessaire, mais seulement comme soutien du buste préalablement redressé par l'auto-suspension ou simplement par le décubitus, quand la flexion est très prononcée.

L'expérience a démontré que l'exécution de ces exercices est assez simple pour permettre aux parents de soigner eux-mêmes leur enfant sous la surveillance du chirurgien et que, dans ces conditions, le traitement, continué avec régularité pendant toute la durée de la croissance, peut modifier le sujet au point de le rendre méconnaissable. Vous pouvez voir dans la collection que j'ai donnée à l'École de Médecine de cette ville plusieurs exemples des résultats obtenus tant par cette méthode que par l'orthopédie mécanique.

Les exercices orthorachidiens sont contre-indiqués lorsqu'il existe une laxité ligamenteuse très accusée. Dans ce cas il faut obtenir la roideur articulaire par le bandage plâtré inamovible de Sayre qui immobilise le rachis et laisse leur liberté aux membres inférieurs. Pour la confection du bandage il suffit de soulever légèrement les talons par l'auto-suspension, une traction plus forte écarterait les vertèbres qui perdraient leurs rapports articulaires. Ce bandage doit être renouvelé jusqu'à ce que la tige ostéo-ligamenteuse ait acquis la résistance normale.

La gymnastique générale, l'escrime, l'équitation sont contre-indiquées dans la scoliose osseuse.—*Annales d'orthopédie.*

### **Gonorrhée chez un enfant de trois ans, par le prof. ABBE.—**

M. ABBE a communiqué à l'Académie de médecine de New-York le cas d'un enfant de trois ans qui lui fut amené avec une prétendue incontinence d'urine. Le petit malade éprouvait des douleurs dans l'urèthre qui était le siège d'un léger écoulement hémorragique. Les parents racontèrent à M. Abbe que la semaine auparavant une jeune femme, qui était occupée dans leur maison, avait abusé de leur enfant. Quinze jours plus tard celui-ci avait eu la verge tuméfiée; il avait de l'incontinence et il souffrait dans le membre. Le pus qui s'écoulait par la verge contenait des gonococcus.

Des injections de sublimé à 1/8000 procurèrent une guérison rapide. Six semaines plus tard, la mère remarqua que l'enfant ne pouvait plus uriner. L'examen pratiqué par M. Abbe fit constater l'existence d'un rétrécissement de l'urèthre, infranchissable par les plus petites sondes. Il fallut ponctionner la vessie; avec un appareil aspirateur on retira de cette cavité trois quarts de litre d'urine. L'enfant fut ensuite anesthésié au moyen des inhalations.

d'éther, et par le cathétérisme on constata l'existence de trois rétrécissements dans l'urèthre antérieur et d'un quatrième dans la portion membraneuse. On vint à bout des trois premières par le cathétérisme progressif, mais pour remédier au quatrième il a fallu pratiquer l'uréthrotomie externe. L'enfant s'est rétabli.—*Gazette médicale de Paris.*

**Varicocèle et neurasthénie.**—M. WIEDERHOLDT attire l'attention des médecins sur les relations fréquentes de la neurasthénie et du varicocèle, relations qui ont une grande importance au point de vue thérapeutique. Cette association morbide s'observe surtout chez des jeunes gens de famille saine, n'ayant jamais fait d'excès, et qui deviennent neurasthéniques à une époque où on exige de leur part une somme de travail exceptionnelle, à l'approche d'un examen, par exemple. Ces jeunes gens se plaignent alors d'une grande inaptitude au travail intellectuel, en même temps que de fatigues corporelles. Du côté de l'appareil sexuel, ils présentent les symptômes de ce qu'on a appelé la faiblesse irritable. Avec cela on constate un grand affaiblissement psychique, qui jette le malade dans des idées de désespérance et même de suicide.

D'autres fois les troubles psychiques s'effacent devant des symptômes à localisation périphérique, névralgies de siège variable, mais affectant surtout le caractère intercostal, battements de cœur renforcés et irréguliers, troubles dyspeptiques, phénomènes de parathésie, sueurs exagérées du côté où siège le varicocèle. Dans d'autres cas encore, on observe des troubles qui simulent ceux du petit mal comital, vertige, incertitude de la marche, avec prédominance du côté du varicocèle.

Dans tous les cas où chez un neurasthénique existait cette complication, l'auteur, en dirigeant contre elle un traitement approprié, a obtenu une amélioration rapide de l'état nerveux, telle qu'il a été impossible de l'obtenir chez d'autres névropathes non affectés d'un varicocèle. Il conclut de là que, dans certains cas, cette dernière lésion entretient un état d'irritation neuropathique qui a son point de départ dans les organes génitaux, et dont on vient à bout en relevant le tonus des veines du cordon spermatique, à l'aide des ressources de l'électrothérapie et de l'hydrothérapie. Voici le traitement qu'institue l'auteur, en pareil cas.

Une électrode à bout olivaire garni d'amadou et de toile est mise en communication avec le pôle négatif d'une pile. L'électrode en communication avec le pôle positif est maintenue par le patient au-dessus de l'anneau inguinal, pendant qu'avec l'autre électrode on exerce des frictions douces le long du cordon (environ 100 mouvements de friction par séance). On emploiera un courant de la force d'un milliampère. Puis une électrode convexe, de la longueur du doigt, est appliquée le long du cordon et reliée au pôle négatif d'un appareil faradogalvanique, l'électrode positive étant

appliquée au-dessus de l'anneau inguinal. Le courant de pile qui alimente l'appareil à faradisation sera également de la force de 1 milliampère. Au bout d'une minute, on élimine le courant faradique et on applique le seul courant galvanique. Puis, au bout d'une nouvelle minute, on élimine, au moyen du rhéostat, le courant galvanique.

L'eau est appliquée sous forme de bains de siège et de demi-bains tièdes, sous forme de douches et pluies dirigées le long du cordon, enfin, sous forme de la douche ascendante dirigée sur le périnée et sur les bourses. Durant le jour, le malade porte un suspensoir bien conditionné.

Chez la femme, l'ovaire joue parfois, dans le développement de la neurasthénie, le même rôle que le varicocèle chez l'homme. Un traitement analogue, dirigé contre l'état pathologique de l'ovaire, donnera des résultats thérapeutiques tout aussi satisfaisants.—*Revue de thérapeutique générale.*

**Les tumeurs adénoïdes de la cavité nasopharyngienne et les laryngites striduleuses**, par J. RAGONEAU.—On sait que le Dr. Coupard a, le premier, montré les relations qui unissent les tumeurs adénoïdes nasopharyngiennes avec les laryngites striduleuses. L'auteur rapporte de nouvelles observations où ce rapport est établi.

Chez l'enfant les tumeurs adénoïdes du pharynx se traduisent par des accès de pseudo-asthme, de toux quinteuse persistante, ou revenant par accès, souvent la nuit, ou encore par une céphalagie intense avec inaptitude au travail. Ou bien l'enfant pâlit et maigrit, il s'essouffle facilement, sa salive est souvent teintée en rose. A cela s'ajoutent des symptômes fonctionnels dus au rétrécissement du pharynx nasal et l'enfant peut arriver au spasme laryngé de deux façons différentes. Ou bien parce qu'il respire uniquement par la bouche et que l'air inspiré dessèche les lèvres de la glotte—cause à laquelle Niemeyer a attribué les accès de faux croup qu'on observe aux premières heures de la nuit—ou bien l'enfant ne sait pas respirer par la bouche et l'insuffisance de son aération pulmonaire aboutit au spasme respiratoire.

C'est là l'accès de laryngite striduleuse qui peut lui-même être provoqué par une laryngite aiguë.

M. Coupard signale un fait qu'il a observé fréquemment et qui est capable de montrer l'importance de la perméabilité parfaite du canal naso-pharygien, sur la facilité et la régularité de la respiration. Le grattage prolongé du larynx, parfois même les simples cautérisations sont souvent suivis de spasme de la glotte; il suffit pour faire disparaître celui-ci, de fermer avec énergie la bouche du malade en l'incitant à respirer par le nez; les premiers efforts sont suivis de disparition du spasme; à partir de ce moment le malade peut respirer même par la bouche sans inconvénient.

Chez 56 malades atteints de tumeurs adénoïdes naso-pharyngiennes les renseignements les plus minutieux, relativement aux accidents dyspnéiques, ayant été pris, on relevait :

La laryngite striduleuse (diagnostic porté par différents médecins..... chez 45.

La coqueluche..... chez 5.

En résumé, l'auteur conclut :

Que chez un grand nombre d'individus, surtout d'enfants, une simple laryngite catarrhale prend le caractère spasmodique, par suite de l'existence antérieure de végétations adénoïdes dans la pharynx nasal ; ou d'une rhinite hypertrophique quelle qu'en soit la cause.

Que beaucoup de cas, rangés sans plus de détails sous le nom laryngites striduleuses, se rapportent à des accès nocturnes de suffocations, symptomatiques de la présence des végétations adénoïdes dans le pharynx nasal.

Que l'impaludisme peut, dans quelques cas, agir directement sur la muqueuse naso-pharyngienne, en y déterminant une rhinite hypertrophique, et produire de la sorte, par voie réflexe, des accès de stridulisme.—*Gazette médicale de Paris.*

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

---

**Le prolapsus utérin.**—Clinique de M. le Dr L. G. RICHELOT.  
—La déviation de l'utérus, surtout en arrière, est souvent liée au prolapsus. Néanmoins, l'histoire clinique des déviations utérines diffère profondément de celle des abaissements, car, bien souvent, l'utérus est rétroversé ou rétrofléchi, tout en restant à sa place dans le petit bassin. Il y a relâchement du plancher pelvien, mais résistance du plancher périnéal. La thérapeutique du prolapsus est toute particulière, justement à cause du relâchement de l'anneau vulvaire.

L'abaissement peut à la rigueur se produire brusquement au moment d'un effort ; il est alors comparable aux "hernies de force." Mais d'ordinaire il se produit lentement, progressivement, chez les femmes à tissus flasques, et rappelle les "hernies de faiblesse." Pendant la grossesse, les parois vaginales s'hypertrophient et les ligaments utérins sont distendus ; aussi est-ce après l'accouchement, et comme si l'involution normale qui lui succède faisait défaut, que se produisent les prolapsus.

Il peut y avoir, en dehors de l'accouchement, une prédisposition congénitale inexplicable. J'ai traité pendant plusieurs années une

jeune fille vierge qui avait un prolapsus utérin complet, survenu à l'âge de seize ans, et que je n'ai pu guérir qu'après plusieurs opérations successives.

La chute des parois vaginales précède toujours l'abaissement de l'utérus, à part les cas très rares où il y a une sorte de précipitation en bloc de tous les organes. On peut donc admettre que c'est le vagin qui attire l'utérus au dehors. En avant, la paroi vaginale entraîne la vessie, c'est la cystocèle; en arrière, elle entraîne le rectum, c'est la rectocèle. Quand les parois du vagin font saillie au dehors, les culs-de-sac péritonéaux peuvent descendre avec elles et contenir l'intestin grêle; il y a donc des entéroèles qui viennent compliquer les grands relâchements et les prolapsus complets.

La chute de l'utérus est secondaire et se produit par suite de la traction exercée par le vagin sur le col. L'insertion utéro-vaginale s'abaisse, le museau de tanche s'efface, puis la matrice descend peu à peu. En même temps, et à titre de lésion consécutive, il se produit une hypertrophie sus-vaginale, un allongement hypertrophique du col.

Or, en 1860, Huguier a prétendu opposer au prolapsus vrai cette hypertrophie de la portion sus-vaginale du col; nier, pour ainsi dire, le premier et lui substituer la seconde comme étant le fait le plus ordinaire. Nous savons aujourd'hui que l'allongement hypertrophique pur, sans abaissement, qu'on peut facilement reconnaître par le toucher, en constatant la profondeur des culs-de-sac et la situation normale du corps utérin, est, au contraire, beaucoup plus rar. que la chute véritable, dans laquelle le vagin est retourné en doigt de gant.

Le prolapsus s'accompagne d'un certain nombre de complications: versions et flexions utérines, métrites, ulcérations du col. La muqueuse vaginale, qui fait saillie au dehors, s'épaissit et prend les caractères de la peau. De plus, les microbes pullulent au niveau de ces surfaces, et, quand on opère, il faut faire des désinfections prolongées.

Le prolapsus amène des douleurs par tiraillement, de la dysurie, de la gêne dans la marche. Le cathétérisme de l'utérus est utile, car il nous renseigne sur les dimensions de sa cavité et sur le degré d'allongement hypertrophique; si ce dernier est considérable, il faut diminuer la longueur et le poids de l'utérus, avant toute opération anaplastique, par l'amputation du segment inférieur. A l'aide du toucher et du cathétérisme, on doit rechercher la situation de la vessie, du rectum, et au besoin de l'intestin grêle.

Le diagnostic avec les diverses tumeurs est très facile. Cependant, il y a des erreurs curieuses; on a pu prendre l'utérus pour un polype, et je pourrais vous raconter l'histoire d'un charlatan qui mit un jour le forceps sur un utérus prolabé, tira de toutes ses forces

et arracha bel et bien l'utérus et les annexes. Heureusement, les plaies par arrachement ne saignent pas toujours, comme vous savez; la femme eut la chance de guérir. Cela se passait en 1881, avant les premières hystérectomies vaginales faites en France sous le couvert de l'antisepsie. Or, le plus drôle, c'est que le charlatan m'écrivit pour se vanter de son opération et revendiquer la priorité dans la renaissance de l'hystérectomie vaginale en France.

Voyons un peu les traitements qui conviennent au prolapsus.

La ceinture abdominale peut avoir quelque utilité, quand on l'applique après réduction, la femme étant couchée, elle soutient alors l'intestin grêle, dans une certaine mesure, et l'empêche de peser sur l'utérus.

Les pessaires ne tiennent pas, car le vagin est relâché. Il faudrait refaire d'abord le périnée, pour pouvoir se livrer ensuite aux délices du pessaire.

Certaines femmes ne veulent pas d'opération; chez d'autres, qui sont vieilles et obèses, elles n'ont pas beaucoup de chances de succès. Alors, mais alors seulement, je comprends les (hystérophores), tiges qui soutiennent directement l'utérus avec plus ou moins de succès.

La matrice prolapsée peut être irréductible. Il faut alors décongestionner les tissus par le repos, les bains émollients; je vois dans les cas de ce genre une bonne indication du massage utérin. Je vous ai déjà parlé de l'amputation du col dans les grandes hypertrophies susvaginales; elle seule convient naturellement, aux faux prolapsus d'Huguier.

Le traitement opératoire répond à deux indications: soutenir l'utérus par en bas, à l'aide d'opérations plastiques sur le vagin; l'accrocher par en haut, à l'aide d'opérations sus-pubiennes.

Les procédés de colpo-périnéorrhaphie sont nombreux. Le meilleur, à mon avis, est celui d'Hégar. Il consiste à faire une surface d'avivement triangulaire sur la paroi postérieure; on rapproche ensuite par des fils les deux lèvres de l'incision, et il s'ensuit que les parois latérales sont attirées vers la ligne médiane et le vagin notablement rétréci dans une bonne hauteur. J'emploie pour faire l'avivement un *modus faciendi* indiqué par Doléris: je fais une incision transversale au niveau de la commissure postérieure, puis je prends avec une pince à disséquer la lèvre antérieure de cette incision, et je décolle la muqueuse avec mon doigt de bas en haut. Quand le décollement paraît suffisant en hauteur, je coupe obliquement de chaque côté avec des ciseaux de manière à circonscrire un lambeau triangulaire que j'enlève.

L'avivement ainsi terminé, il reste à faire la suture. Voilà encore un point sur lequel les sous-procédés abondent, quand à la nature des fils et à la manière de les disposer; mais ils n'ont pas grande importance et je vous conseille, là encore, de ne pas

chercher midi à quatorze heures. Je me borne, quant à moi, à échelonner de haut en bas une série de points séparés en crins de Florence; il n'est même pas indispensable d'avoir une régularité mathématique, le tout est de rétrécir suffisamment le vagin. Je laisse ordinairement le fils jusque vers le quinzième jour. Le crin de Florence coupe très lentement les tissus; on peut même oublier quelques fils sans inconvénient. Si l'opération et les pansements sont proprement faits, la réunion est très facile, et je vous déclare que, sur un grand nombre d'opérations, elle ne m'a jamais manqué jusqu'ici.

Mais ce qui peut arriver, c'est une récurrence après l'anaplastie la mieux faite. J'en ai vu très peu, et je considère l'anaplastie vaginale comme une méthode très ordinairement suffisante. Mais il y a des femmes prédisposées; il y en a dont la puissance de relâchement, pour ainsi dire, est indéfinie.

En cas de récurrence, ou quand on la craint, on a comme ressources l'Alexander ou mieux l'hystéropexie abdominale. Seulement, ces deux opérations, même bien réussies, peuvent laisser se reproduire la chute des parois vaginales, l'utérus restant accroché. Il faut donc, l'anaplastie vaginale restant la base du traitement, considérer les opérations sus-pubiennes comme des auxiliaires puissants, mais seulement comme des auxiliaires.

Dans le cas de cystocèle rebelle, on a proposé d'accrocher la vessie elle-même à la paroi abdominale (cystopexie); je crois qu'il vaut beaucoup mieux, l'utérus ayant été fixé par l'hystéropexie, revenir à la colporrhaphie antérieure, si la vessie reste abaissée, et rétrécir une seconde fois la paroi antérieure du vagin.

Enfin, disons un mot de l'hystérectomie vaginale appliquée à certains prolapsus. Elle est très facile et très bénigne; j'y ai eu recours deux fois avec succès. Mais sachez bien que, si elle est fort utile en supprimant le poids de l'utérus, elle n'empêche pas les parois vaginales de retomber. Il faut donc la considérer comme une opération préliminaire, et s'attendre à faire ultérieurement, soit un cloisonnement par le procédé de Le Fort, soit une colporrhaphie. Cela fait, notre malade sera bien guérie, sans possibilité de récurrence.—*Union médicale.*

**La mortalité des femmes en couches à la clinique d'accouchements de M. le professeur Tarnier.** — Pendant l'année scolaire 1890-1891, soit du 1er novembre 1890 au 1er novembre 1891, il a été fait à la clinique de M. Tarnier, 1,340 accouchements qui ont fourni 14 décès. Il y a 30 ans, à la Maternité de Paris, où la mortalité était de 9 pour 1,000, on eut à enregistrer 120 décès sur 1,340 accouchements. Il y a huit ans seulement à la clinique où la mortalité était encore de 2,5 pour 100, on eut ou 33 décès sur 1,340 accouchements, ajoute M. le professeur Tarnier, nous n'avons eu que 14 décès, c'est-à-dire une mortalité de 1,04 pour

100, et ce n'est pas un chiffre exceptionnel, car en 1889, la mortalité avait été moindre encore, notablement au-dessous de 10%.

Cette différence tient à l'emploi des antiseptiques. Aussi les décès par infection puerpérale ont presque complètement disparu, et l'on n'a plus à déplorer que les décès par accidents de parturition, ou par maladies indépendantes de la grossesse et de l'accouchement.

Les 14 décès observés à la clinique se décomposent ainsi : 4 par hémorrhagie due au placenta prævia ; 3 par éclampsie apportée de la ville ; 2 par rupture de l'utérus, l'une spontanée, l'autre apportée de la ville après traitement ; 2 par tuberculeuse pulmonaire ; 1 par pleuro-pneumonie franche ayant débuté avec les douleurs ; 1 par syncope mortelle, survenue peu d'heures après l'accouchement 1 sans hémorrhagie ; par hémorrhagie externe chez une brightique ; 1 par thrombus sous-péritonéal chez une femme cachectique.

M. Tarnier fait remarquer en passant que tous les cas d'éclampsie avaient été amenés de la ville, et que *parmi les nombreuses albuminuriques entrées à la clinique pendant leur grossesse, il n'y a eu aucun décès, ce qui montre une fois de plus les bienfaits du régime lacté absolu prescrit à ces dernières femmes.*

M. Tarnier emploie sans exclusivisme les cinq antiseptiques suivants :

- (a) Le sublimé à 20 centigrammes pour 1000 ;
- (b) Le sulfate de cuivre à 5 pour 1000 ;
- (c) La microcidine (sulfate de naphтол) à 4 pour 1000 ;
- (d) Le permanganate de potasse, 0,50 pour 1000 ;
- (e) L'acide phénique à 20 pour 1000.

M. Tarnier n'emploie pas indifféremment ces antiseptiques ; il reconnaît à la solution de sulfate de cuivre l'inconvénient de salir les mains, de former avec le sang une bouillie noirâtre un peu adhérente au vagin, et d'exercer sur la muqueuse de celui-ci une action corrugatrice, rendant quelquefois les manœuvres difficiles.

La solution de permanganate de potasse aurait toutes ses préférences si elle n'avait le petit inconvénient de tacher les doigts et le linge. C'est l'injection de choix dans les cas graves, quand il s'agit de pratiquer une injection intrautérine pendant les suites de couches.

Le sublimé, le plus puissant de tous, n'est plus employé à cause de sa toxicité pour les injections utérines, et il est réservé pour le lavage des mains, la désinfection des instruments et pour les toilettes externes des organes génitaux et des seins, et pour les injections vaginales chez les femmes qui ont subi quelque opération, ou menacées d'avoir des suites de couches pathologiques.

La microcidine paraît avoir toutes les préférences du professeur

Tarnier. Aussi l'emploie-t-il à la salle de travail en injections vaginales et en injections intra utérines après la délivrance.

La solution d'acide phénique ne sert guère qu'à baigner les instruments d'acier après flambage. Son emploi a une indication toute spéciale dans l'infection putride due à la prolifération du vibrion septique. Il semble résulter des expériences de M. Vignal que le vibrion résiste moins à l'acide phénique qu'à tous les autres agents antiseptiques, sublimé compris.—*Gazette des hôpitaux*.

**Curettage précoce dans l'infection puerpérale.**— Nous trouvons dans les *Archives générales de médecine*, quatre observations d'infections puerpérales au début, guéries par le curettage de la matrice, publiées par M. le Dr. CHARRIER, élève de M. le docteur Pozzi.

C'est là une opération moins dangereuse qu'on pourrait le croire et qu'on peut considérer comme un remède héroïque permettant de sauver la vie à des femmes vouées à une mort certaine. Il faut cependant que l'opération soit faite avec toutes les précautions antiseptiques et aseptiques requises. Voici le manuel opératoire indiqué par M. Pozzi.

Après avoir examiné la malade et s'être convaincu que la fièvre a pour point de départ l'utérus, ainsi que le prouve la sensibilité abdominale, la flaccidité de la matrice qui revient mal, la fièvre, les lochies fétides, la malade est couchée dans la position dorso-sacrée, les deux jambes maintenues par des aides.

La vulve, l'anus, sont soigneusement rasés, savonnés, lavés au sublimé, etc.; on procède avec une attention méticuleuse à la toilette du vagin, qui est rendu aussi aseptique que possible par des irrigations chaudes d'eau phéniquée légère, 1 0/20 ou de sublimé au 2000'; puis, après avoir, avec deux valves (placées en haut et en bas) et au besoin avec des écarteurs latéraux mis le col à découvert, l'opérateur (qui a eu soin, s'il a pratiqué lui-même la toilette de la malade, de se laver à nouveau) saisit le col avec une pince de Museux; l'utérus s'abaisse. En général, le col est largement entr'ouvert. On mesure la cavité utérine très augmentée de volume. Ceci fait et tandis qu'un aide fait couler un filet d'eau antiseptique par l'irrigation continue sur le champ opératoire le chirurgien commence avec une curette du modèle de M. Pozzi, qui est émoussée et non tranchante, le nettoyage de la cavité. Il faut manœuvrer avec une extrême douceur, caresser pour ainsi dire les parois et non les violenter, en ayant soin, avec les doigts de la main qui ne tient pas la curette, de soutenir la paroi sur laquelle passe l'instrument, tandis qu'un aide maintient sa main largement appuyée sur le globe utérin. Il faut avoir soin aussi de repasser plusieurs fois à la même place jusqu'à ce que l'on ne ramène plus de débris; on fait alors une injection chaude à 45°,

soit avec une sonde à double courant, soit avec une sonde ordinaire, pourvu qu'elle joue librement dans la cavité du col; on se sert encore pour cela d'eau phéniquée faible 1 0/20, jusqu'à ce que le liquide ressorte à peine rosé. Cette injection a pour but non seulement d'achever de nettoyer la cavité, mais encore de provoquer la rétraction de l'utérus. On procède ensuite de la façon suivante au tamponnement de la cavité: on saisit avec une pince longue et droite l'extrémité d'une lanière quadruple de gaze iodoformée, large de deux travers de doigt et longue d'environ 40 centimètres; on la pousse jusqu'au fond de l'utérus et on l'y tasse comme on plombe une dent. On enfonce ainsi deux ou trois lanières et même davantage, en les marquant par un signe distinct, de façon à pouvoir retrouver plus tard l'ordre dans lequel elles ont été mises, et cela jusqu'à ce que la cavité soit modérément remplie et sans que ce tassement ait été fait avec effort.

Le tamponnement effectué de cette manière a un double but; il est hémostatique et, en sollicitant les contractions, facilite l'involution de l'organe. La dernière bandelette de gaze placée est enlevée le lendemain. Quant aux suivantes, on les retire successivement dans l'espace de trois à quatre jours, suivant que la malade les supporte plus ou moins bien. On fait suivre l'ablation totale du tamponnement d'une irrigation intra-utérine chaude, renouvelée matin et soir.

Ainsi pratiqué, le curetage ne réclame point d'anesthésie.

D'après M. Pozzi, l'opération doit être faite dès qu'il y a des frissons et que la température dépasse 39° dans l'aisselle. Plus on tarde, plus l'infection risque de dépasser les limites de l'utérus.

### Traitement de l'endométrite chronique par l'acide borique.

—M. Alexandre DUKE (de Dublin) a obtenu des résultats satisfaisants en traitant les douleurs vaginales chroniques et aiguës et les ulcérations du col utérin par l'acide borique. Il a appliqué le même remède à l'endométrite chronique, et trouve que ce traitement mène plus fidèlement à la guérison que les moyens ordinaires (cautérisation, etc.), usités dans ces cas.

Pour l'introduction de la poudre boriquée dans la cavité utérine, l'auteur se sert d'un tube légèrement recourbé muni d'un mandrin, s'appliquant bien au calibre du tube.

Il retire le mandrin à 5 centimètres de son extrémité utérine, et plonge ce dernier dans un verre rempli de poudre d'acide borique.

Après avoir débarrassé la cavité utérine des mucosités avec une curette en fil de fer (inventée par l'auteur), il introduit le tube dans le col utérin et presse sur le mandrin.

Il fait ainsi entrer "un bâtonnet de poudre boriquée pressurée."

Il saupoudre abondamment le vagin et la muqueuse externe du col.

On répète les séances tous les 3 à 4 jours.

Les cas les plus invétérés exigent 12 séances au plus.

Ce moyen est simple, facile et plus agréable, pour les malades et le médecin, que les différentes pommades et liquides usités.

L'auteur attribue l'action de l'acide borique à ses propriétés antiseptiques et astringentes, ainsi qu'à son affinité avec l'eau qui empêche l'hyperhémie des tissus.—*Abeille médicale.*

**Métrite aiguë ; traitement antiseptique.**—Deux indications à remplir : 1<sup>o</sup> rétablir le calibre du canal cervical oblitéré par la muqueuse enflammée ; 2<sup>o</sup> réaliser l'antisepsie utérine. Dans le service de M. LABADIE-LAGRAVE, à la Maternité, voici comment on y satisfait :

*Première indication. Restituer au canal cervical son calibre.*—

1<sup>o</sup> On commence par rendre le vagin aseptique par des injections bi-quotidiennes avec la solution de sublimé aux deux millièmes.

2<sup>o</sup> Dilatation avec la laminaire préalablement rendue aseptique par un séjour dans une solution de sublimé à 1 pour 1000, et suivie d'une irrigation antiseptique. Tamponnement vaginal avec le coton hydrophile au sublimé. Répéter la dilatation quotidienne, jusqu'à rétablissement du calibre du canal.

*Deuxième indication. Réaliser l'antisepsie utérine.*—Dans ce but, tamponnement quotidien avec des bandelettes de gaze iodoformée, larges de deux centimètres et imbibées de glycérine créosotée au tiers.

Cette médication convient seulement quand la métrite n'est pas ancienne et qu'il est possible de mettre le topique antiseptique en contact avec tous les points de la muqueuse. Autrement, il y a indication de pratiquer le curettage.—*Scalpel.*

**Folie consécutive aux opérations de gynécologie.**—M. BALDY communique à l'*American Gynecological Society* les résultats d'une enquête qu'il a faite et d'après laquelle un huitième des aliénées soignées dans les asiles de Pennsylvanie a subi antérieurement une laparotomie ! Mais, ajoute-t-il, la fréquence de la folie après les opérations gynécologiques est encore plus grande que ne semble l'indiquer ce chiffre : beaucoup de femmes en effet n'entrent pas dans les asiles, soit parce que les phénomènes mentaux guérissent, soit parce que la mort est survenue rapidement après l'opération. Voici les conclusions de l'auteur :

1<sup>o</sup> Des désordres mentaux graves se produisent souvent, à la suite d'une opération, chez les sujets dans la famille desquels on ne trouve aucune tare héréditaire de folie.

2<sup>o</sup> Ces troubles mentaux succèdent plus souvent aux opérations pratiquées sur les organes génitaux qu'à toutes les autres opérations.

3<sup>o</sup> L'opération est bien la cause de cette aliénation, mais celle-ci survient surtout chez les personnes fortement impressionnables.

40 Cette émotivité est donc un facteur important à considérer en chirurgie et le chirurgien ne doit se décider à opérer une personne très impressionnable que s'il y a nécessité absolue.

50 La folie post-opératoire est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit.—*Bulletin médical.*

---

## PÆDIATRIE.

---

**Sur quelques formes de céphalée chez les enfants,** par M. J. SIMON.—Parmi les céphalées décrites sous le nom de céphalées de croissance, il en est un certain nombre qui n'ont aucun rapport avec cette évolution organique. Une de celles qu'on observe assez souvent chez les enfants ou chez les jeunes gens, est due à des troubles des voies digestives. On voit fréquemment des enfants présentant des maux de tête non pas le matin, mais après le repas; ils ont des pandiculations, sont somnolents, pâles, bouffis: or, cet état dépend de la dyspepsie, qui est elle-même due à des conditions fort diverses, comme repas trop nombreux qui font que la digestion n'est jamais faite complètement, heures des repas mal choisies, mauvaise alimentation, mastication insuffisante, etc... L'heure tardive du repas du soir, par exemple, après lequel les enfants se couchent aussitôt, est souvent une cause de mauvaise digestion. Aussi est-il utile en général d'alléger beaucoup le repas du soir, quelquefois même de le supprimer complètement, en augmentant celui du matin. Les boissons chaudes, et au besoin le massage abdominal ou l'électrisation, pourront encore rendre des services en pareil cas.

Il est encore une forme de céphalée qui est purement nerveuse: elle tient au milieu, à l'éducation que reçoivent les malades qui vivent dans une sorte d'énerverment perpétuel. Cette céphalée s'accroît vers le soir et peut, d'ailleurs, se rattacher à trois états nerveux distincts: l'hystérie naissante, l'épilepsie et la chorée.

La première s'accompagne de l'état général particulier à l'hystérie, et c'est surtout cette dernière maladie qui doit être traitée.

La céphalée épileptique est généralement facile à reconnaître. Alors même qu'il n'y a pas d'attaques, le malade a des accès de céphalalgie qui durent une ou deux heures pendant lesquelles il est obligé de s'arrêter. Cet état se termine généralement par une miction et se reproduit souvent toutes les semaines ou tous les mois. Il y a souvent alors des perturbations momentanées du caractère.

Ici le bromure agit généralement très bien, ainsi que la bella-

done ; s'il ne réussit pas, il faut employer les polybromures. Mais il ne faut pas négliger les règles d'hygiène et savoir que ces malades, surtout les plus jeunes, sont très sensibles au froid ; il faut donc qu'ils soient vêtus en conséquence.

La céphalée peut être aussi d'origine choréique : elle peut être difficile à diagnostiquer dans sa cause, au début, ou lorsque les mouvements choréiques sont extrêmement peu accentués. Ici, c'est la médication de la chorée, c'est-à-dire l'antipyrine qui réussira contre cette céphalée : elle doit être donnée à haute dose, dans certains cas, jusqu'à 6 grammes par jour.

A côté de ces diverses céphalées, il en est d'autres qui, pour être moins particuliers à l'enfance, n'en sont pas moins fort importantes à connaître : ainsi, il existe des céphalées d'ordre rhumatismal chez des sujets nés de parents rhumatisants ou goutteux. M. Simon a cité un fait fort curieux à cet égard. Il observait un enfant de dix ans sujet à des céphalalgies, dont le frère était mort de méningite, et qui, un jour, fut pris de phénomènes pseudo-méningitiques. Il fut soumis à un traitement dont l'élément principal consistait en 10 à 12 grammes de bromure par jour. Au bout de trois jours, une détente se produisit et la guérison était complète après 10 jours, bien qu'il eût été considéré à un moment donné comme voué à une mort certaine. Or, en étudiant ce cas, on pouvait le ranger, en raison de l'hérédité et de la nature des accidents, parmi ceux de céphalée rhumatismale.

Dans un autre cas, chez une jeune fille de quinze ans, rhumatisante, un peu hystérique, survinrent des douleurs de tête persistantes avec des poussées congestives. Pendant trois mois, malgré l'emploi du bromure, il n'y eut aucune amélioration. M. Simon, se fondant sur ses antécédents rhumatismaux, lui donna du salicylate de soude à petites doses, puis du colchique et de la valériane. Or, cette médication amena un changement rapide dans son état.

La céphalalgie rhumatismale, en dehors des antécédents personnels ou héréditaires, présente dans son aspect clinique quelques caractères assez spéciaux. Elle s'accompagne souvent de névralgies sus-orbitaires, ou de la nuque, avec arthralgies, avec mobilité des symptômes qui peuvent intéresser les différents systèmes à un degré plus ou moins marqué. En même temps, les urines sont troubles, boueuses, contiennent des urates en quantité anormale. Ces malades ont souvent aussi des sueurs profuses et sont quelquefois atteints, sans cause apparente, de diarrhée colliquative. Ce sont tous ces faits qui entraînent le diagnostic. On s'attaque d'abord à la douleur, mais les vrais médicaments sont les décongestifs comme le bromure qui, cependant, n'agit pas toujours ; il faut avoir recours au salicylate de soude et au colchique et surtout bien régler le régime. Le salicylate de soude se donne à faible dose, 0.30 centigrammes au moment du repas pendant huit à dix jours ; mais on le remplace par 15 gouttes de teinture de colchique

au repas du soir pendant le même temps. Les alcalins peuvent être prescrits en même temps. Il faut ajouter que ces enfants sont souvent paresseux d'esprit et de corps et rebelles à l'exercice; il faut veiller cependant à ce qu'ils en prennent et les stimuler par des frictions sèches et des lotions chaudes.

Enfin, certaines céphalalgies sont le fait d'une intoxication, et parmi les empoisonnements, l'impaludisme est souvent le plus difficile à reconnaître. On l'observe assez souvent à Paris même où l'on voit de petits enfants avec des céphalalgies intermittentes, s'accompagnant de névralgies, de sueurs, en même temps que leur caractère se modifie et qu'ils deviennent irritables. Dans ces cas, le quinquina, la quinine et l'hydrothérapie réussissent parfaitement.

On peut rapprocher de la céphalalgie par intoxication, celle qui est due à certains médicaments: c'est ainsi que l'usage prolongé de la belladone peut donner lieu à un mal de tête persistant malgré l'emploi de petites doses. De même l'opium, l'iode et même la digitale peuvent produire chez certains enfants un état analogue.

**Le phimosis dans l'enfance, ses complications et son traitement.**—“Le phimosis, dans l'enfance, est une affection des plus fréquentes; chez presque tous les enfants, il est difficile de découvrir le gland que le prépuce déborde de 1 ou 2 centimètres. On ne doit toutefois regarder comme vraiment atteints de phimosis que les enfants chez lesquels il y a non seulement longueur exagérée, mais étroitesse congénitale du prépuce. C'est alors seulement que le phimosis expose à un certain nombre de complications qui justifient pleinement l'intervention chirurgicale. Parmi ces complications, une des fréquentes est l'accumulation de matières sébacées, accumulation qui peut entraîner des inflammations et des suppurations, qui peut, surtout par les démangeaisons qu'elle entraîne, devenir une cause de masturbation.

La gêne de la miction est également fréquente; il y a souvent, pendant la miction une véritable rétention préputiale; l'urine s'accumule dans le prépuce qui se gonfle, se dilate; elle trouve difficilement sa sortie par l'orifice rétréci ou déplacé du prépuce. À côté de cette rétention incomplète, dans le prépuce, la plus commune, on peut même observer des rétentions vésicales. Enfin, soit dans l'adolescence, quand surviennent les premières érections, soit dans l'enfance, par suite des manœuvres de masturbation, le phimosis amène souvent une autre complication assez sérieuse, le paraphimosis. Le prépuce une fois ramené en arrière du gland est trop étroit pour pouvoir être replacé dans sa situation normale. L'enfant, craignant les reproches, cache son mal un jour, deux jours, jusqu'au moment où l'inflammation et les douleurs qui surviennent le forcent à tout avouer. Le gland est alors tuméfié, le prépuce forme en arrière un énorme bourrelet oedémateux; à

la base de ce bourrelet est un sillon constitué par la peau serrée et tendue.

Comme vous aurez souvent occasion de traiter des paraphimosis, je tiens à bien insister sur ce point que la réduction est d'ordinaire possible, même après plusieurs jours. Embrassez vigoureusement de la main gauche la racine de la verge, pressez énergiquement sur le bourrelet muqueux qui, le plus souvent, crève sous la pression. Puis, avec le pouce et l'index de la main droite, refoulez en arrière le gland; parfois vous réussirez mieux en vous servant pour ce refoulement de la pulpe de l'index. Presque toujours vous obtiendrez la réduction. Cette méthode, qui permet de mesurer exactement l'effort déployé, n'expose pas aux accidents: rupture des corps caverneux, rupture de l'urèthre que peuvent produire les tractions aveugles sans refoulement. L'opération est d'ordinaire assez rapide pour que vous puissiez la faire sans chloroforme. C'est surtout si le paraphimosis est le résultat de manœuvres de masturbation qu'il ne faut pas craindre d'opérer sans anesthésie. Le souvenir de la douleur éprouvée vaut mieux, comme correctif moral, que toutes les objurgations possibles. Si vous échouez dans la réduction, fait très exceptionnel, il faut pratiquer trois incisions profondes portant sur toute l'épaisseur de la peau, l'une sur la partie dorsale du prépuce, les deux autres sur les parties latérales. Grâce à ces incisions, le lendemain, le surlendemain, la réduction devient possible. Mais les hémorragies, les déformations cicatricielles qu'entraînent souvent les incisions, sans être autrement graves, doivent tout au moins vous amener à n'employer ce moyen que comme ressource ultime.

Ces diverses complications, la gêne qui résulte du phimosis dans l'âge adulte, sont assez sérieuses pour justifier les opérations dirigées contre cette affection. Vous savez que, chez les Juifs, les mahométans, la circoncision est appliquée, de parti pris, à tous les enfants. Les Israélites pratiquent la circoncision au dixième jour de la naissance. J'ai vu deux fois, à la suite de ces opérations vraiment précoces, des enfants hémophiliques atteints d'hémorragies très graves, très menaçantes, que j'eus la plus grande peine à arrêter.

Les mahométans ne pratiquent la circoncision que quand le jeune garçon atteint douze ou treize ans, ce qui en diminue beaucoup les dangers. Mais ces circoncisions religieuses n'offrent, au point de vue chirurgical, que cet intérêt historique, d'être la plus ancienne opération connue.

Des procédés très nombreux ont été proposés pour la circoncision chirurgicale. Presque tous ont pour but de couper la peau et la muqueuse exactement au même niveau. Je ne sais pas s'il n'y a pas dans cette section parfaitement symétrique plus d'inconvénients que d'avantages. La ligne de réunion est plus abrupte, plus dure que quand la muqueuse un peu débordante peut être

rabattue sur la peau. Entre tous ces procédés, le plus simple, l'incision dorsale de Ricord suffit dans un très grand nombre de cas. Ricord introduisait, entre le gland et le prépuce, un bistouri dont la pointe était recouverte d'une petite boule de cire; il s'assurait bien que cette boule était sous la peau, puis, par un mouvement brusque, faisait saillir la pointe et sectionnait le prépuce sur la ligne médiane et sur sa face dorsale. Les deux lambeaux latéraux qui résultent de ce procédé forment deux saillies assez disgracieuses pendant trois à quatre mois, mais ces saillies s'atténuent vite et le résultat esthétique est finalement très suffisant. On peut, d'ailleurs, à la condition de s'attacher à pratiquer à droite et à gauche une section aussi égale que possible et à respecter le frein, faire, après l'incision dorsale, l'ablation de ces deux lambeaux.

Pour la coaptation de la muqueuse et de la peau, on peut employer soit les serre-fines, soit les sutures. Les serre-fines sont d'application facile pendant la fin de l'anesthésie chloroformique, mais il faut les enlever au bout de douze à quatorze heures pour éviter les sphacèles partiels qu'entraînerait leur pression prolongée. Il y a souvent alors une véritable bataille. Les fils, au contraire, permettent d'attendre au dixième jour où l'enfant, ne souffrant plus, est plus docile. On peut même employer des fils de catgut qui se résorbent seuls. Mais l'application des sutures est plus délicate que celle des serre-fines.

Cette opération ne va pas toujours sans complications. Avant de la faire, il faut, par un interrogatoire minutieux, vous assurer que l'enfant n'est pas hémophilique. Ordinairement, les enfants, grâce à la rétractilité de leurs vaisseaux, saignent à peine dans toutes nos interventions, mais, quand ils saignent, ils saignent bien. Chez les hémophiliques les serre-fines sont souvent impuissantes à arrêter l'hémorragie de la circoncision et il faut appliquer un nombre parfois énorme de ligatures.

La diphthérie de la plaie est une complication plus grave encore. Par un hasard singulier, j'ai vu trois fois en ville cette complication que je n'ai jamais rencontrée à l'hôpital. Deux des enfants guérirent; le troisième, bien que traité également par des badigeonnages répétés au jus de citron, puis par des cautérisations énergiques, succomba à une diphthérie généralisée.

Les complications inflammatoires ne sont pas non plus très rares. Chez un enfant fort indocile qui remuait constamment, se donnait même des coups de talon sur sa plaie, j'ai vu survenir un phlegmon diffus de la verge qui, malgré des incisions profondes, entraîna la mort.

Je préfère donc, d'ordinaire, à la circoncision, une autre opération plus simple, beaucoup plus bénigne, tout aussi efficace dans la grande majorité des cas: la dilatation.

La dilatation du prépuce fut imaginée par Nélaton. Nélaton

la pratiquait au moyen du dilatateur à trois branches qu'il ouvrait d'un mouvement brusque. Cette opération donnait lieu à des accidents assez fréquents, en particulier à des ulcérations profondes entraînant des difformités cicatricielles. Elle était à peu près abandonnée quand une expérience bien simple me permit d'indiquer la cause de ces accidents. Essayez de dilater un doigt de gant avec un dilatateur à trois branches ; la peau de ce gant craquera en divers endroits ; faites la même tentative avec un dilatateur à deux branches ; la dilatation se fera sans éraillures. En employant un dilatateur à deux branches, en procédant progressivement d'abord dans le sens vertical, puis dans le sens horizontal, je produis une très grande dilatation du prépuce sans érailler ni la peau, ni la muqueuse. Avant de faire la dilatation, je m'assure bien que le bec de l'instrument est sous la peau et n'a pas pénétré dans le méat. La dilatation faite, j'essaye de découvrir le gland. Il y a le plus souvent des adhérences qu'il faut libérer à la sonde cannelée ; puis le gland se découvre facilement, surtout si l'on a soin de bien faire partir la traction de la base de la verge. Le gland est recouvert de vaseline, le prépuce est ramené en avant. L'opération est si simple qu'elle peut parfaitement être faite sans chloroforme.

Huit jours après cette dilatation, il faut, pour maintenir le résultat produit, découvrir de nouveau le gland. Ayez soin de placer l'enfant sur un plan résistant, une table par exemple, pour que ses mouvements soient plus limités et moins gênants. Il faut saisir la verge à la racine, tirer directement sur le fourreau et non chercher à refouler, à déplier le prépuce. J'ai toujours pu de cette façon refouler le prépuce, même chez un enfant qu'on ne m'avait ramené qu'un mois après la dilatation. Il suffit de répéter deux ou trois fois cette manœuvre à intervalles éloignés pour n'avoir pas à craindre de récidives.

La dilatation réussit à tous les âges, aussi bien chez les enfants que chez les adolescents et chez les adultes. Voici sa seule contre-indication. Une fois sur cinquante ou soixante cas environ, vous trouverez la peau du prépuce très épaissie. La dilatation et surtout le décalottement se font alors mal, avec des éraflures, des hémorrhagies. Il faut, dans cette forme exceptionnelle de phimosis, employer la circoncision. Mais presque toujours la dilatation vous donnera, avec des dangers moindres, d'aussi bons résultats.

**La fausse méningite tuberculeuse de nature hystérique chez les enfants,** par M. AUGUSTE OLLIVIER.—En parcourant les monographies spéciales et les recueils périodiques, on rencontre un certain nombre d'observations de méningites tuberculeuses, qui se seraient terminées par la guérison. Il y a des exemples authentiques de guérison de méningite tuberculeuse, c'est incon-

testable. Mais il est probable que dans plusieurs cas, donnés comme des exemples de méningites tuberculeuses guéries, il y a eu des erreurs commises. À côté des méningites tuberculeuses vraies, il y en a des fausses, c'est à dire, des affections à complexus symptomatiques assez semblables à ceux qui caractérisent cette maladie, pour qu'on se méprenne sur leur provenance. Les accidents de dentition, les constipations opiniâtres, le tænia, les insolations, certaines lésions de la syphilis héréditaire tardive, des fièvres typhoïdes surtout ont été pris plus d'une fois pour des méningites.

Voici le résumé d'une observation qui paraît précisément rentrer dans la catégorie des méningites hystériques. En 1884, une fillette de 6 ans, née d'un père tuberculeux, se présentait avec les signes suivants. Depuis huit à dix jours elle était somnolente, maussade, avait de la photophobie, de l'hypéresthésie cutanée, du grincement des dents; son ventre était en bateau, elle présentait la raie méningitique; son pouls était lent, irrégulier. Plus tard, il y eut de la mydriase, du nystagmus, des mouvements convulsifs des membres, du délire nocturne; enfin elle tomba dans le coma.

M. Ollivier pensa que la malade mourrait, mais il n'en fut rien; les symptômes s'améliorèrent rapidement et au bout de six semaines la malade était guérie. Il considérait ce cas comme une méningite tuberculeuse guérie, lorsque, 7 ans après, il revit l'enfant. Elle avait repris les apparences de la santé parfaite; mais c'est une nerveuse; elle pleure, elle rit pour un rien; son sommeil est agité; elle a souvent des névralgies, son réflexe pharyngien est diminué, son regard est celui d'unhystérique.

En présence de cette constatation, M. Ollivier revint sur les antécédents d'ordre nerveux trop négligés lors de son premier examen et apprit que déjà, à ce moment, elle était d'une émotivité extrême, qu'elle avait des incontinenances nocturnes d'urine, que sa mère était également une hystérique, et son grand-père maternel un alcoolique.

Dans ces conditions, il modifia son diagnostic et admit une manifestation hystérique à forme méningitique.

M. le prof. Charcot et ses élèves ont montré que l'enfance n'est nullement, comme on le croyait autrefois, indemne de l'hystérie. Elle se présente sous des formes insidieuses, bizarres, et bien propres à induire en erreur, si l'on ne tient pas suffisamment compte du caractère protéique et fugace de beaucoup de symptômes de la maladie. L'émotivité extrême, les cauchemars, les réveils en sursaut, les terreurs nocturnes, le grincement de dents pendant le sommeil, l'urticaire, l'anesthésie, l'incontinence d'urine, voilà ce qu'on rencontre dans bien des cas.

Seeligmuller a publié comme un cas de méningite spinale chronique une observation où il s'agit probablement d'une fausse méningite spinale de nature hystérique.

Il s'agit d'une jeune fille de 12 ans, blonde, anémique, délicate, irritable et égoïste à tel point que sa maladie semble avoir été causée par un accès de jalousie contre sa sœur qui avait été en traîneau à sa place. Le début de la maladie fut marqué par des vomissements, une fièvre légère, un état saburral de la langue, de la constipation et des douleurs siégeant à l'épigastre, dans le dos et aux extrémités. Il survint des vomissements abondants qui durèrent une quinzaine de jours, puis disparurent ; mais à la suite d'écart de régime, ils reprirent de nouveau et se manifestèrent presque sans interruption pendant neuf semaines. En même temps on observait des contractions cloniques dans les muscles des bras, des cuisses et du dos. Vers la neuvième semaine, ces contractions, qui provoquaient de la douleur, étaient suffisamment fréquentes pour paraître choréiques.

Dans la troisième semaine, des symptômes paralytiques se manifestèrent au cou et au tronc, de telle sorte que la malade ne pouvait ni soulever sa tête, ni se mettre sur son séant. Vers la septième semaine, la paralysie frappa les extrémités inférieures qui devinrent rigides ; quant aux supérieures, elles furent moins éprouvées. Hyperesthésie de la colonne vertébrale (sensibilité spinale) ; ce signe manque à la peau et aux muscles. Analgésie complète à la piqûre d'épingle (Aucune localisation n'est indiquée.) Constipation opiniâtre, légère incontinence d'urine.

La malade fut examinée vers le quatrième mois par Seeligmuller ; elle était alors sans force, portée comme une poupée sur les bras d'un serviteur : elle était incapable de relever la tête et avait les extrémités inférieures absolument flasques. Sauf pour les orteils, tout mouvement volontaire était impossible, pied légèrement équin. On ne constatait cependant ni émaciation ni contractures et la réaction électrique était à peine diminuée. Par contre les réflexes patellaires et plantaires étaient abolis.

Le traitement consista dans l'emploi de l'électricité, de l'hydrothérapie et des fortifiants ; il fut suivi pendant dix semaines et n'amena qu'une légère amélioration. On se procura alors un solide appareil pour soutenir la malade ; elle put s'en servir le jour même où on l'apporta, quoique jusqu'à ce moment elle n'eût pas fait le moindre exercice. Six semaines plus tard, l'amélioration était très grande, et, en décembre, la guérison était complète.

La très grande émotivité, les vomissements, les mouvements d'apparence choréique, l'hypéresthésie rachidienne, la conservation de la contractilité électrique, l'absence d'atrophie et de contracture, la facilité avec laquelle la malade se servit d'un appareil d'une application assez difficile, voilà des particularités qui conviennent bien à l'hystérie.

Ainsi donc, avant de déclarer que chez l'enfant, aussi bien que chez l'adulte, une affection grave du cerveau ou de la moelle à forme méningitique, qui a définitivement guéri, était une ménin-

gite tuberculeuse, il est indispensable d'éliminer les fausses méningites de toute nature, celles de l'hystérie en particulier, dont il n'a pas été suffisamment question jusqu'ici et qui prêtent avec une facilité extrême à la confusion.—*Concours médical.*

**L'hystérie chez le nouveau-né et les enfants au-dessous de deux ans.**—Déjà, en 1885, dans un travail " sur les maladies dites de dentition " lu au Congrès de Grenoble, j'indiquais l'hystérie comme une des causes des convulsions infantiles; mais, pour l'étudier chez le nouveau-né et le nourrisson et en noter les formes rares, il fallait un nombre considérable d'observations. Le présent travail repose sur plus de deux cents faits recueillis par moi.

L'hystérie est restée inaperçue dans le très jeune âge, parce que toutes ses manifestations sont mises sur le compte de *l'éclampsie*, chapitre de la pathologie infantile plein d'obscurité et d'erreurs.

Chez l'hystérique souvent une contrariété fait naître une attaque complète ou avortée. Il en sera de même chez le jeune enfant hystérique. Il sera exigeant, il se fera obéir; il gouvernera déjà la maison. Si, dès son réveil, la mère ne le prend pas dans ses bras; si elle tarde à lui donner le sein; si au lieu de sa mère il voit apparaître une personne inconnue, il se mettra en colère; et, si on tarde encore à le satisfaire, il pourra survenir une attaque.

Le degré le plus faible consiste en colères vives à répétitions, sans causes suffisantes, et se manifestant par des cris.

A un degré de plus l'enfant raidira ses membres; sa face sera violacée et turgescence; plus rarement pâle. Le tremblement pourra accompagner ou suivre ces ébauches d'attaques.

Certains enfants se rouleront sur le parquet ou sur leur lit, faisant de grands mouvements de bras et de jambes, sans toutefois perdre complètement connaissance.

A un degré plus élevé encore, l'enfant cesse tout à coup de crier et perd complètement connaissance. Le corps est le plus souvent rigide et la bouche grande ouverte. D'autres fois le corps se laisse aller et il n'existe aucune contracture. Quelquefois la bouche est fermée, les mâchoires serrées. Rarement, il existe des secousses et des grands mouvements.

Les parents appellent cela *pâmoison*: ils disent que " leur enfant se pâme," ou bien " qu'il ne peut jeter son cri." J'ai observé un grand nombre de cas de ce genre.

Les enfants hystériques peuvent être pris de la même " pâmoison " au milieu de la toux; qu'il s'agisse de la coqueluche, d'une bronchite ou d'un simple rhume. Mais il y a là un écueil: il ne faut pas confondre l'attaque convulsive en question avec les accès de faux croup.

J'arrive aux grandes attaques. Après une contrariété ou sans cause connue, l'enfant perd connaissance pendant plus ou moins longtemps, depuis quelques secondes jusqu'à plusieurs heures. Le

plus souvent son corps est rigide, ainsi que ses membres, et ses mains sont fermées. Dans quelques cas la paume est tournée en dehors par suite de la rotation du bras. Les yeux sont souvent convulsés et portés en haut.

Il se joint quelquefois des secousses dans les membres contracturés; plus rarement, l'enfant se livre à des mouvements désordonnés.

D'autres fois, il n'existe aucune rigidité, l'enfant se laisse aller comme un corps inerte.

Ces attaques peuvent être isolées, ne se présenter qu'une seule fois; ou se répéter à des intervalles plus ou moins longs, plus ou moins réguliers, tous les 2 mois, tous les mois, tous les huit jours, tous les jours, plusieurs fois par jour.

L'enfant est pris parfois d'un véritable état de mal hystérique. Cet état de mal est souvent confondu avec la méningite et explique le nombre assez grand de méningites suivies de guérison.

Il est presque impossible chez le nourrisson de noter l'hémianesthésie ou l'hyperesthésie, bien qu'elles doivent exister; mais la contracture et la paralysie ne sauraient échapper, pas plus que l'absence du réflexe oculaire ou pharyngien, que j'ai notée dans la plupart des observations. Les auteurs ont cité des contractures des membres spontanées ou succédant à des convulsions, et disparaissant, soit spontanément, soit à la suite d'une nouvelle attaque convulsive.

J'ai recueilli cinq cas de ce genre: un de trismus; un de contracture des mains dans l'extension; un de contracture des mains dans la flexion; un avec les pieds étendus et les mains fléchies; dans le 5e les pieds seuls étaient contracturés dans l'extension.

J'ai également recueilli quatre observations de paralysie hystérique, et deux de tremblement.

Plus rarement, on voit des attaques consistant en pâleur, larmes et frissons; en secousses convulsives d'un seul côté, sans perte de connaissance. La toux hystérique, les vomissements périodiques, des troubles locaux dans la circulation de la peau produisant des taches bleues éphémères peuvent se rencontrer.

J'ai vu une attaque de sommeil qui dura 24 heures. A 4 ans le même enfant dormait pendant 4 jours et faillit être enterré vivant. On avait déjà apporté le cercueil.

Le nystagmus et le strabisme qui s'observent chez l'adulte hystérique prennent souvent naissance au milieu d'attaques convulsives à l'âge qui nous occupe.

Les terreurs nocturnes, qui existent aussi bien chez le très jeune enfant que chez les enfants plus âgés, doivent rentrer dans l'hystérie; et leur cause, la sténose naso-pharyngienne, peut être considérée comme une cause puissante d'hystérie infantile.

Le diagnostic sera facile dans les cas de pâmoison, qu'on ne pourrait confondre qu'avec des lésions laryngiennes ou trachéales.

Pour les autres formes, la difficulté sera plus grande, surtout s'il s'agit de différencier l'hystérie de l'épilepsie; mais dans beaucoup de cas le diagnostic pourra être fait après une courte observation.

Les méningites aiguës ou chroniques et les diverses lésions cérébrales seront une autre cause d'erreur; mais dans la plupart des cas il sera possible d'arriver à la vérité. Le pouls et la température seront d'un puissant secours dans les cas aigus.

On ne confondra guère non plus l'hystérie avec l'encéphalopathie athrepsique des nouveau-nés, ou avec les convulsions agoniques des diverses maladies.

Ce diagnostic est d'une grande importance, l'hystérie ne comportant pas un pronostic bien sérieux au point de vue de la léthalité et les autres maladies étant pour la plupart mortelles ou produisant des lésions irrémédiables.

Le traitement sera très sévère. L'hystérie a d'autant plus de chances de guérir que le sujet est plus jeune. Il faudra étouffer la névrose dès sa naissance, et se rappeler des rapports que j'ai signalés entre l'hystérie et les lésions naso-pharyngiennes, car souvent une opération hâtera la guérison.—Edmond CHAUMIER, in *Concours médical*.

---

—Ne vaccinez pas un enfant souffrant d'eczéma ou même d'un simple exanthème dentaire.

—Ne prenez pas un air rogue dans la chambre d'un malade, surtout quand ce malade est un enfant.

—Chez l'enfant, ne commencez pas la percussion de la poitrine par la partie antérieure, mais bien par la partie postérieure.

—Ne prenez pas pour habitude de rapporter à l'hystérie les craintes et les angoisses de la maman d'un enfant malade. Ecoutez-la attentivement et faites votre profit de ses suggestions.

—N'oubliez pas que la tuberculose du péritoine et des glandes mésentériques est fréquente chez l'enfant et est ordinairement indiquée par l'augmentation de volume de l'abdomen.

—N'oubliez pas que chez l'enfant le murmure respiratoire, surtout à l'inspiration, est normalement plein et bien timbré, d'où le nom de *respiration puérile* qu'on lui a donné.

—Quand vous êtes appelé auprès d'un enfant malade, ne manquez pas, avant de procéder à examiner le petit patient, de vous renseigner aussi complètement que possible auprès de la mère ou de la bonne, sur l'histoire de la maladie.—Dr. N. DORLAND, in *Medical Progress*.

## FORMULAIRE

**Urticaire.**

P.—Acide borique .....	30 grains.
Hydrate de chloral.....	5 “
Eau distillée.....	180 minimes.

M.—En lotions.

**Anémie.—DaCosta.**

P.—Arsénite de soude.....	$\frac{1}{4}$ grain.
Sulfate de fer.....	2 grains.
Carbonate de potasse .....	2 “

M.—Pour une pilule, à prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

**Spasme musculaire.—Hare.**

P.—Teinture de belladone.....	$\frac{1}{2}$ once.
Liniment de savon.....	6 onces.

M.—Usage local.—*College and Clinical Record.*

**Sciatique.—Starr.**

P.—Teinture de colchique.....	} aa $\frac{3}{4}$ gttc.
Teinture de cimicifuga.....	
Teinture d'aconit.....	
Teinture de belladone.....	

M.—A prendre en une seule dose.

**Diphthérie.—Gaucher.**

P.—Camphre .....	20 parties.
Huile de ricin .....	15 “
Alcool absolu.....	10 “
Phénol .....	5 “
Acide tartrique.....	1 partie.

M.—Appliquer sur la partie malade, après ablation des fausses membranes, plusieurs fois par jour.

**Bronchite.—Hare.**

P.—Sulfate de morphine.....	1 grain.
Muriate d'ammoniaque.....	$1\frac{1}{2}$ drachme.
Mixture de réglisse comp .....	4 onces.

M.—Une cuillerée à dessert toutes les deux ou trois heures.—*College and Clinical Record.*

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

*Propriétaire et Administrateur:* - - Dr A. LAMARCHE.

*Rédacteur-en-chef:* Dr H. E. DESROSIERS.

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

---

---

MONTRÉAL, FÉVRIER 1892.

---

---

## BULLETIN.

### Toxicité de la cocaïne.

L'attention des praticiens a été, depuis quelque temps, attirée vers un fait assez alarmant au sujet de la cocaïne. Ce médicament, dont les propriétés toxiques ne sont ignorées de personne, serait encore plus dangereux qu'on n'a été porté à le croire au premier abord, des doses réputées physiologiques ayant déterminé des accidents mortels.

Dans une étude publiée sur ce sujet par Mattison, et reproduite par toute la presse médicale des Etats-Unis, l'auteur résume comme suit sa manière de voir : " La cocaïne est souvent toxique, quoique la dose mortelle n'en soit pas encore déterminée d'une manière certaine. Des symptômes alarmants et même la mort peuvent résulter de l'emploi de doses réputées physiologiques. Des effets toxiques peuvent accompagner l'administration de doses fortes ou faibles, chez des malades jeunes ou vieux, chez des sujets affaiblis ou robustes. Le danger, immédiat ou éloigné, est surtout prononcé quand le médicament est introduit sous la peau. L'asthénie cardiaque ou rénale augmente le danger. Le degré de pureté du produit ne diminue pas le danger d'un empoisonnement. Dans tous les cas, il faut prendre beaucoup de précautions. L'injection doit se faire par la méthode de Reclus ou celle de Corning, et avec l'aide de la bande d'Esmarch. On doit avoir toujours à sa disposition, au cas d'accident, du nitrite d'amyle, une solution hypodermique de morphine, de l'éther, de l'alcool, de l'ammoniaque et de la caféine."

Or, depuis quelque temps, de nouveaux faits sont venus appuyer l'importance des précautions recommandées par Mattison. C'est

ainsi que le *Centralblatt für Gynécologie* a publié trois cas d'intoxication, non suivis de mort toutefois, le premier à la suite d'une injection de 277 gr., le second avec 177 gr. seulement, le troisième enfin après une injection de 75 milligrammes. A la *Société de Chirurgie* de Paris, M. Berger a relaté, le 16 décembre dernier, un cas de mort rapide consécutive à l'injection dans la tunique vaginale affectée d'hydrocèle, de une cuillerée à soupe d'une solution de cocaïne au 1750e, cette injection se faisant après l'évacuation du liquide et devant précéder l'injection iodée; le malade avait une insuffisance mitrale prononcée.

Cette communication de M. Berger a naturellement donné occasion à nombre de chirurgiens de signaler les cas de leur clientèle où des accidents avaient eu lieu à la suite de l'emploi de la cocaïne. Ainsi M. Reclus a eu des accidents graves à la suite d'une injection de 25 centigr. dans un cas d'hydrocèle. M. Labbé a observé des symptômes alarmants, dans un cas analogue, avec 25 à 30 centigr. M. Reynier connaît deux accidents chez des cardiaques avec des injections de 177 gr. M. Quénu a observé des symptômes alarmants avec 3 à 5 centigr. Lorenz a publié trois cas d'accidents non mortels à la suite d'injections de 1 à 2 centigr. de cocaïne dans la cavité du col utérin.

Mais les faits les plus nombreux ont été apportés par M. le professeur Germain Sée, qui a publié deux articles à ce sujet, au cours desquels figurent une statistique de 90 accidents dont 10 mortels, et une autre de 170 accidents avec 11 morts.

En somme, nous pouvons conclure avec M. Sée que la cocaïne est un remède infidèle et dangereux. M. Berger croit qu'il n'y a pas de *dose maniable* pour ce médicament, et que, quand on fait une injection, on ne peut pas savoir ce qui se passera, quelle que soit la dose employée. Cela ne veut pas dire, ajoute M. Berger, qu'il ne faille jamais employer cet anesthésique, mais seulement qu'il est aussi dangereux que le chloroforme quand il est administré à des doses suffisantes pour être réellement efficaces. D'un autre côté, M. Reclus maintient qu'il existe une dose maniable pour la cocaïne, à condition de tenir compte du titre de la solution employée. Pour lui, on n'a pas d'accidents à une dose inférieure à 10 centigr. si la solution est à 2 070 et surtout à 1 070; il fait osciller la dose maniable entre 5 et 20 centigr.; en ce qui le concerne il n'a jamais eu d'accident avec la cocaïne.

Sans vouloir intervenir dans le débat, nous pouvons ajouter que dans la détermination des dangers de la cocaïne, il faut, comme pour la plupart des analgésiques et des anesthésiques, faire la part des maladies intercurrentes et ne pas oublier le rôle que doit nécessairement jouer toute affection prédisposant à la syncope.

La cocaïne doit avoir ses contre-indications tout comme le chloroforme, auquel on l'a assimilée, et par conséquent être d'un emploi dangereux dans plus d'une circonstance: maladies orga-

niques du cœur non compensées, surtout les affections aortiques, la dégénérescence graisseuse du cœur, l'athérome de l'aorte, etc.

Enfin il faut se souvenir, avec M. Reclus, que le titre de la solution de cocaïne fait varier les chances d'intoxication, et que certaines parties du corps offrent plus de chances à l'absorption. A ce dernier point de vue, la face interne de la tunique vaginale offrirait une porte des plus faciles à l'absorption.

---

### Le bacille de la grippe.

---

Pfeiffer, de Berlin, a réussi à découvrir le bacille de l'influenza. Ce bacille apparaît comme de très petits bâtonnets; il est immobile. On ne le trouve que dans les cas de grippe. Il correspond en quantité avec le plus ou moins de violence de l'affection. Avec la diminution de la sécrétion bronchique purulente, les bacilles commencent à disparaître. Dans les cas d'influenza simple, le bacille a été trouvé seul et généralement en grande quantité. Si la maladie a attaqué des personnes ayant déjà une affection du poumon—des cavernes—autre ces bacil<sup>l</sup> s, on en trouve d'autres. Leur structure est très délicate et leur culture difficile.

Tout cela est fort beau sans doute, et nous ne pouvons qu'applaudir aux découvertes du savant allemand, mais nous nous demandons si, en dehors des mesures prophylactiques, la thérapeutique saura trouver l'agent microbicide assez énergique pour atteindre le bacille non seulement dans les voies respiratoires, ce qui peut sembler relativement facile, mais aussi dans le sang, où Canon a constaté sa présence. L'avenir se chargera de nous répondre.

---

La direction scientifique du *Therapeutic Gazette*, de Philadelphie, vient de passer aux mains des Drs. R. A. HARE, professeur de thérapeutique au *Jefferson Medical College*, G. E. de SCHWEINITZ, professeur d'ophtalmologie à la Poly-clinique de Philadelphie, et Edward MARTIN, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Pennsylvanie. M. Hare, le rédacteur en chef, s'occupera de thérapeutique générale; M. de Schweinitz traitera spécialement de la thérapeutique des maladies des yeux et des oreilles; M. Martin enfin se charge de la thérapeutique chirurgicale et de celle des maladies des voies génito-urinaires. Il suffit de connaître les noms des membres de ce comité de rédaction pour être assuré du succès de notre confrère.

Nous recommandons spécialement à nos lecteurs l'article de M. le docteur DOLÉRIS sur la *gynécologie conservatrice*, tel que reproduit à la page 33 de notre livraison de janvier. Il est difficile, croyons-nous, de dire autant de vérités en aussi peu de mots et de les dire si bien. En s'élevant contre les abus de la gynécologie opératoire, M. Doléris, éminent gynécologue s'il en est, n'a pas un mince mérite. Mais il veut être avant tout honnête homme et opérateur consciencieux, ce que nous ne saurions trouver mauvais. Dans ce siècle de blague et de charlatanisme scientifique, ce n'est pas déjà si mal que d'élever la voix en faveur de la vérité et du bon sens.

\* \*\*

Le *Medical Record* de New-York nous informe qu'un médecin de Philadelphie vient de recevoir un legs de \$10,000 de la part d'un client aussi généreux que reconnaissant et..... décédé. A la bonne heure! il y a loin de là aux récriminations des héritiers avides qui disputent au médecin du *cher défunt* des honoraires rudement gagnés, et qui calculent sur le degré plus ou moins prononcé de pénurie de l'Esculape pour lui faire réduire la note. Dieu sait si cela arrive souvent chez notre brave peuple canadien, resté normand en dépit du frottement anglo-saxon.

\* \*\*

Un cas d'accouchement a été relaté dernièrement où la sortie du fœtus tardant à se faire, un accès d'éternement détermina l'expulsion en deux temps, deux mesures. Conclusion pratique : prescrire des *prises de tabac* en poudre ou simplement de poivre ou de tout autre sternutatoire, dans les cas d'inertie utérine à la seconde période. Si l'ergot n'était déjà très enfoncé, il le serait de ce coup-ci.

\* \*\*

Si la thérapeutique a ses partisans et ses défenseurs, elle a aussi ses sceptiques. Ainsi, au milieu du concert quasi unanime qui acclame et préconise contre la grippe : le sulfate de quinine, l'antipyrine, la phénacétine, le salol, etc., voici qu'un éminent clinicien français vient d'émettre l'aphorisme suivant : "Ne prenez rien contre l'influenza. La guérison se fait toute seule, peu à peu, les pieds sur les chenêts."

En face de cette attitude décidément anti-microbienne, on est porté à se demander à quoi pourra bien servir la découverte, annoncée il y a quelque temps, du bacille de la grippe.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Bocquillon-Limousin.**—**Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles pour 1892**, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de 1re classe, avec une introduction par H. Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. 1 vol. in-18 de 322 pages, cart. 3 fr.

Un grand nombre de substances nouvelles ont été récemment introduites dans la thérapeutique. Or les indications sur l'origine, le mode d'emploi de ces médicaments sont éparses dans des publications multiples. Réunir dans un petit volume, clair, bien distribué, très concis et en même temps très complet tous ces renseignements est donc faire chose utile. Il faut dès lors louer l'auteur de ce petit manuel, qui est tout à la fois un recueil de renseignements fort utiles pour le médecin aussi bien que pour le pharmacien lorsqu'il s'agira de prescrire ou de préparer une substance récemment introduite dans la thérapeutique.

C'est le formulaire le plus complet, le plus au courant, celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

Parmi les 500 articles importants qu'il renferme, nous citerons : l'*antipyrine*, les *antiseptiques*, les *aseptiques*, la *cafféine*, la *cocaïne*, l'*exalgine*, l'*ichthyol*, les *injections d'huile*, le *menthol*, la *naphthaline*, la *phénacétine*, la *pitocarpine*, la *saccharine*, la *salipyrine*, le *salol*, la *spermine*, le *strophanthus*, le *sulfonal*.

L'édition de 1892 contient un grand nombre d'articles nouveaux, parmi lesquels nous signalerons les suivants : *anticamine*, *apionine*, *benzeugénol*, *bromol*, *carpaine*, *cocaïne (phénate de)*, *cradine*, *dermatol*, *diodosalicylique (acide)*, *europène*, *gallacetophénone*, *glutinopeptonate de sublimé*, *glycero-alcoolès*, *huile camphrée*, *iodopyrine*, *iodure de carvacrol et de terpène*, *microcidine*, *phénocolle*, *phénylpropionique (acide)*, *salicylbromanilide*, *spermine*, *styracol*, *thialdine*, *tuberculine*, etc., qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

Le *Formulaire des médicaments nouveaux* de Bocquillon-Limousin est donc le complément indispensable des Formulaires officiels et magistraux précédemment parus, et notamment du *Formulaire* de JEANNEL, qui reste toujours le plus complet de tous. Librairie J. B. Baillière et Fils 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

**JAMES.**—**Manuel de l'étudiant en pharmacie**, par Ludovic JAMES, pharmacien de 1re classe, inspecteur des pharmacies. Nouvelle collection de volumes in-18, cartonnés, à 3 fr. le volume.

Le *Manuel de l'étudiant en pharmacie* de M. JAMMES est une collection d'élégants petits volumes exposant, en un tableau clair, précis et en même temps complet, les différentes matières des examens de validation, de stage, de fin d'année et de fin d'études. Chaque matière est traitée dans un volume à part où les recherches sont aisées, facilitées par un plan net et lucide. La collection comprendra 10 volumes d'environ 300 pages, illustrés de figures et cartonnés, au prix uniforme de 3 francs par volume. Sont déjà en vente: l'*Aide-mémoire d'analyse chimique et de toxicologie*, l'*Aide-mémoire de botanique*, l'*Aide-mémoire d'hydrologie, de minéralogie et de géologie*, l'*Aide-mémoire de physique* et l'*Aide-mémoire de chimie*.

Les volumes suivants traiteront de la *Micrographie* et de la *Zoologie*, de la *Pharmacie chimique*, de la *Pharmacie galénique*, de la *Matière médicale*, des *Essais et dosages*.

Cette collection est appelée à rendre les plus grands services aux étudiants en pharmacie et même aux étudiants en médecine qui y trouveront, condensé et exposé avec autant de simplicité que de clarté, tout ce qu'il leur est indispensable de connaître pour suivre leurs cours avec fruit et passer leurs examens avec succès.

Ces Aide-mémoire seront également utiles aux pharmaciens qui n'ont pas le temps de lire de gros volumes, et qui tiennent néanmoins à ne pas oublier ce qu'ils ont appris sur les bancs de l'école et à se tenir au courant des progrès incessants de la science.— Librairie J. B. Baillière et Fils, 19 rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

PILCHER-KEEFLEY. — *Annals of Surgery*.—Revue mensuelle de chirurgie théorique et pratique, rédigée par le Dr. L. S. PILCHER, de Brooklyn, E. U., et le Dr. C. B. KEEFLEY, de Londres, Angl. Octavo de 80 pages par livraison. Chaque numéro contient un ou plusieurs mémoires originaux de la plume des chirurgiens les plus autorisés d'Europe ou d'Amérique et une revue de tous les progrès notables accomplis en chirurgie.

Le chirurgien y trouvera tout ce qui lui est nécessaire pour se tenir au courant de la chirurgie du jour. L'abonnement est de \$5.00 par année. S'adresser à J. H. Chambers & Co., 914 Locust Str., St. Louis, Mo., U. S.

DIXON.—*Annual address before the State Board of Health of Pennsylvania*, by Prof. S. G. DIXON, M. D. Read May 15, 1891.

—*Apparatus for collecting water for bacteriological examination*, by S. G. DIXON, M. D. Reprinted from the *Times and Register*, Philadelphia, 1891.

LYDSTON.—*Addresses and Essays*, by G. Frank LYDSTON, M. D. Prof. of Genito-Urinary Dis. and Syphilology, Chicago Coll. Phys. and Surg.

PAQUIN.—**Microscopical diagnosis of Tuberculosis**, by Paul PAQUIN, M. D. Battle Creek, Mich.

BOUCHER.—**Etude critique des théories évolutionnistes**, par le Dr L. BOUCHER. Rouen, 1891.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La vaccination est devenue obligatoire en Italie.

On dit que depuis dix ans c'est la profession médicale qui fournit le plus de cas de suicide, et que ça va même en augmentant.

La *Revue médico-chirurgicale* de Constantinople annonce qu'un *iradé* impérial interdit l'emploi de la cocaïne et du sulfonal dans toute l'étendue de l'Empire Ottoman.

Un médecin exerçant à Ubeda, Espagne, vient de se suicider parcequ'à la suite d'une consultation, son mode de traitement avait été désapprouvé par les deux confrères consultants. Qu'il y aurait de suicidés au sein de la profession médicale si tous les praticiens avaient de ces délicatesses de conscience !

**Nécrologie.**—A Paris, M. DE QUATREFAGES, professeur au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Institut. — A Londres, M. le Dr. MORELL-MACKENZIE, le laryngologiste bien connu.—M. Mathew Berkeley HILL, M.B. Lond., F.R.C.S. professeur (*Hunterian*) de Chirurgie et de Clinique chirurgicale à l'*University College Hospital*. — Sir George PAGET, K.C.B., M.D., F.R.S., professeur (*Regius*) à l'Université de Cambridge.

**La Grippe.**—A Paris, l'épidémie suit une marche progressive. Elle frappe un très grand nombre de personnes plus ou moins grièvement. La mortalité par affections pulmonaires est encore plus élevée que celle de la semaine dernière. C'est ainsi que le service de la statistique municipale a compté pour la première semaine de janvier :

Bronchite ziguë.....	48 décès.
Bronchite chronique.....	63 —
Broncho-pneumonie.....	60 —
Pneumonie .....	83 —

Total..... 254

auxquels il faut ajouter 5 décès attribués à la grippe par les médecins traitants.

La semaine précédente, ces chiffres étaient seulement de 36, 47, 47, 73, soit au total 203, plus 4 décès par grippe dûment diagnos-

tiquée (!). La moyenne de la première semaine des années 1886 à 1890 donnait les chiffres suivants 25, 35, 25, 50, soit un total de 135 décès par affections pulmonaires.

Il paraît donc bien légitime d'affirmer que la grippe a tué à Paris, dans la première semaine de janvier, le plus grand nombre des 259 sujets morts d'affections pulmonaires plus ou moins diagnostiquées par les médecins et rangées sous le rubriques vraisemblablement assez artificielles indiquées ci-dessus. Il est mort un peu moins de tuberculeux que la semaine précédente 202 au lieu de 233 probablement parce que les plus malades ont déjà été frappés.

A l'étranger la maladie sévit aussi fortement.

En Angleterre; on annonce de Londres, à la date du 6 janvier, que l'influenza fait des progrès à Jersey, Kidderminster et dans le sud du comté de Devon, où elle a occasionné plusieurs décès.

Dans certains districts d'Ecosse ses ravages sont considérables; la mortalité générale dans ce dernier pays s'est élevée à 31 pour mille.

Les décès dus à l'influenza se sont élevés à 39 à Londres pendant la semaine dernière.

A la date du 9 janvier on télégraphie que les soldats des bataillons de chasseurs à pied de la garnison de Londres sont presque tous atteints de l'influenza. La caserne de Chelsea est tout particulièrement frappée par l'épidémie.

En Belgique, grande extension de la maladie qui frappe toutes les classes de la société, aussi bien les ouvriers que les membres de la famille royale. Les élèves de l'Ecole normale de Mons ont été licenciés à cause de l'épidémie.

En Espagne, grande extension de la maladie. A Bilbao, des épidémies de variole et d'influenza font de nombreuses victimes. La mortalité augmente dans de grandes proportions.

En Danemark, la grippe sévit aussi avec intensité. D'après les statistiques officielles, dix personnes sont mortes de l'influenza à Copenhague, du 26 décembre au 2 janvier, et on a signalé 2,438 nouveaux cas. La semaine précédente, il y avait eu 68 morts et 2,816 cas.

L'influenza est très fréquente à Stockholm, à Gothembourg et dans d'autres villes suédoises, mais paraît y garder un caractère bénin.

La grippe sévit aussi avec une intensité variable en Allemagne, en Russie et en Italie, en somme dans toute l'Europe.—*Tribune médicale* du 28 janvier.

Aux Etats-Unis, la grippe a sévi avec autant de rigueur qu'en Europe. Dans notre province de Québec, la maladie est actuellement en pleine décroissance, et les cas nouveaux ont été assez rares depuis le commencement de février. Le chiffre de la mortalité a été beaucoup moins élevé qu'en 1890, et les complications ont été plus rares.