

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

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

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.— <i>Singulier cas de diarrhée accompagnée d'obstruction intestinale et de rétention d'urine ; par M. J. PALARDY, M.D.</i>	393
CORRESPONDANCE.— <i>A propos de statistique ; Dr ST-GERMAIN</i>	396
REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.— <i>Le rhumatisme musculaire et son traitement (POTAIN)</i>	399
<i>Comment il faut rechercher l'hystérie (LE GENDRE)</i>	404
<i>Des paralysies faciales (LE GENDRE)</i>	409
CHIRURGIE.— <i>Etude clinique d'un calcul vésical (GUYON)</i>	416
<i>Traitement antiseptique des plaies traumatiques</i>	420
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.— <i>De la délivrance (DUBIN et CROUZAT)</i>	428
<i>Traitement de l'endométrite chronique</i>	434
PÆDIATRIE.— <i>Des accidents méningitiques de la syphilis héréditaire chez les enfants et en particulier chez les très jeunes (STOEGER)</i>	435
<i>Pleurésie purulente chez les enfants (COMBY)</i>	439
FORMULAIRE.— <i>Coqueluche ; Diphtérie nasale ; Diphtérie ; Aménorrhée ; Dentition douloureuse</i>	441
BULLETIN.— <i>Charlatanisme</i>	442
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.— <i>CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES</i>	444
NAISSANCE.....	446
VARIÉTÉS.....	447

BONNE CLIENTELE A CEDER, avec maison et dépendances, pour \$2,200.00, dont \$800.00 au moins comptant. S'adresser à G. A. Lacerte, M.D., Notre-Dame de Stanbridge, P.Q.

ASSORTIMENT COMPLET

— DE —

REMEDES BREVETES FRANCAIS

ainsi d'Eaux Minérales,

Vichy, Contrexeville, etc.

L'EAU SULPHUREUSE "BONNE"

connue pour son efficacité dans les affections Catarrhales, Herpétiques, Rhumatismales et Strumcuses de la gorge, du Larynx et des Bronches ; aussi LA LIQUEUR CONCENTRÉE DE

Goudron de Norwege,

dont on connaît si bien les mérites.

LAVIOLETTE & NELSON,

(Coin des rues Notre-Dame et Saint Gabriel)

MONTREAL

Dr. J. LEDUC & CIE
Pharmaciens - Chimistes

EN GROS ET EN DETAIL.

2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME
Carré Chaiboillez
MONTREAL.

La maison J. LEDUC & CIE., qui vient de transporter son siège d'affaires dans le splendide édifice Rodier (en face de son ancien magasin), est maintenant en mesure de fournir aux médecins, aux pharmaciens, hôpitaux, collèges, etc., en gros et en détail, toutes les drogues et tous les produits chimiques les plus purs et tout ce qui se rapporte au commerce de la pharmacie.

Préparations pharmaceutiques des meilleurs fabricants et médicaments nouveaux de tous les pays.

BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

Fleurs seches. - Parfums,

Articles de toilette, etc.

Prescriptions remplies avec soin.

Commandes par la poste exécutées sous le plus bref délai.

Dr J. LEDUC & Cie

2052 & 2054, RUE NOTRE-DAME

CARRE CHABOILLEZ, MONTREAL.

TRAVAUX ORIGINAUX

Singulier cas de diarrhée, accompagnée d'obstruction intestinale et de rétention d'urine ;

par M. J. PALARDY, M.D. (St. Hugues, P. Q.).

Vendredi dernier, 26 juin 1891, vers deux heures avant-midi, j'étais appelé pour voir une jeune fille âgée de 13 ans, qui n'avait pas encore subi d'époques menstruelles.

Elle souffrait, au moment de mon arrivée, de douleurs violentes dans le bas ventre, qui avaient débuté par une diarrhée abondante au commencement de la nuit. Trois ou quatre évacuations aqueuses et bilieuses avaient eu lieu.

Les symptômes généraux annonçaient certainement une affection spasmodique. Le cœur était dans un état presque normal, un peu d'excitation dans le pouls seulement, peau froide, aucune fièvre, langue humide, aucune douleur à la pression sur l'estomac ou sur l'abdomen ; au contraire, la pression semblait soulager. La vessie avait opéré la miction quelques heures avant mon arrivée. L'estomac paraissait tranquille ; pas de vomissement. La veille, l'enfant jouissait d'une santé parfaite ; l'attaque de cette maladie était donc soudaine.

En conséquence, je fis le diagnostic d'une affection spasmodique des intestins, et je prescrivis, sous cette conviction des anodins diffusibles qui eurent immédiatement le très bon effet d'apaiser la douleur. Je quittai, satisfait de l'action des remèdes, et de ma malade, promettant un rétablissement prochain, et laissant de nouveaux calmants à administrer à la demande des douleurs.

Vingt-quatre heures après, le samedi, le 27, vers 3 heures du matin, on revint quérir mes soins ; les douleurs étaient revenues de nouveau avec une plus grande intensité, de manière à produire des lamentations continuelles chez la jeune fille, au grand chagrin de ses parents.

À cette deuxième visite, les symptômes généraux présentaient le même caractère qu'à mon premier examen. Pouls S0 à S5, cœur : bon rythme. Dans la journée et dans la nuit, il y avait eu encore quelques selles aqueuses et bilieuses involontaires ou espèce de suintement à l'anus, ce qui la contrariait beaucoup. Pas de vomissement. Le ventre n'offrait pas de douleur à la pression, ni ballonnement.

Le diagnostic resta le même, maladie spasmodique de la région abdominale. Aucun symptôme encore pouvant nous faire croire à un étranglement ou à une obstruction.

Je prescrivis quelques poudres de morphine de $\frac{1}{2}$ grain, à répéter à la demande de la douleur, toutes les deux ou trois heures.

L'effet fut bienfaisant, tous les spasmes disparurent et un calme parfait se fit.

Le 27 juin, le samedi, vers 7 heures p.m., on vint de nouveau, pour la troisième fois, réclamer mes services. Il n'y avait pas eu émission d'urine depuis 24 heures. La vessie était remplie au point de faire saillie au ventre. Ses essais infructueux ayant été faits pour obtenir la miction, je procédai au cathétérisme. Je constatai au toucher des choses étranges dans le vagin. L'hymen était intact, mais le doigt rencontrait sur la cloison postérieure du vagin une tumeur considérable de la grosseur du poing, que la pression ne pouvait déprimer, et qui remplissait le canal.

Au premier abord, on aurait pu croire à la présence d'un fœtus; mais l'idée était de suite écartée, vu la jeunesse de l'enfant, la conservation de l'hymen, et un examen plus attentif. Une inspection rectale nous fit constater une tumeur volumineuse dont on ne put établir de suite le caractère. Il n'y avait pas raison de croire à l'obstruction par raison de matière fécale durcie, vu les évacuations abondantes qui avaient eu lieu le jour précédent et dans la nuit même, manifestées par de la diarrhée bilieuse et liquide.

J'appliquai le cathéter et je vidai la vessie qui contenait près d'un pot d'urine normale (quatre livres). Le calme fut complet après cette évacuation, et l'expression de souffrance de ma malade fut remplacée par un air de bien être visible. Je prescrivis des anodins au besoin, et ma patiente prit une nourriture suffisante. La nuit fut tranquille, accompagnée d'un sommeil réparateur.

Sur le matin, quelques essais pour opérer la miction furent faits, mais sans succès. Sur ce, le 28 juin, vers neuf heures avant-midi, le dimanche matin, on vint encore me chercher. Sur la route, nous fîmes la rencontre d'un homme à cheval, à la course, nous criant d'arriver plus vite, que la malade se mourait. Bien surpris de cette nouvelle, sans beaucoup y croire cependant, nous nous hâtâmes. En entrant dans la maison avec une certaine anxiété, nous trouvâmes en effet la jeune fille se tordant sur son lit par la douleur, et se lamentant avec des cris d'angoisse.

En prenant le pouls, je ne vis pourtant rien encore d'alarmant; les symptômes de mort prochaine n'existaient pas.

Les douleurs paraissaient revenues avec une grande intensité, les lamentations étaient continuelles. L'émission des urines était encore impossible. En faisant un examen vaginal, je remarquai en arrière de la cloison postérieure une tumeur plus dure et plus volumineuse encore qu'à mon premier examen, sensible à la pression; à l'inspection anale, la tumeur était plus descendue et plus

près du sphincter; on apercevait même l'apparition d'un corps étranger d'apparence noirâtre. Je constatai cette fois la nature de l'accident. C'était une agglomération de blé de sarrazin, que la jeune fille avait avalé le jeudi précédent, et qui avait parcouru le canal alimentaire sans être altéré.

Je fis avec le doigt, et assez facilement, l'extraction forcée de cette masse accumulée, ayant administré préalablement une préparation cocaïnée. La douleur fut bien diminuée. Le grain extrait représentait la valeur d'une chopine en volume. Il était parfaitement conservé dans sa première nature, seulement gonflé sous l'action de la chaleur et de l'humidité. La pression exercée par cette masse sur le sphincter de l'anus et sur le col de la vessie avait paralysé ces deux organes par les spasmes violents qu'elle provoquait. Après l'extraction, il vint un peu de sang.

Ce fut un bonheur pour l'enfant d'avoir eu en concomitance avec la descente de ce grain dans le canal intestinal, une diarrhée abondante et aqueuse qui permit plus facilement l'écoulement de ce corps étranger. Autrement, si la descente eut trop tardé à se faire, l'occlusion aurait pu avoir lieu vers l'appendice iléo-cécale qui prêtait mieux à l'obstruction. L'étranglement aurait probablement été incontrôlable si ce n'est par une opération chirurgicale, tout de même très dangereuse. D'ailleurs, dans ce cas là, le diagnostic aurait été difficile ou impossible à établir; on pouvait alors se trouver en face d'une affection mortelle. La sécrétion liquide de l'intestin s'infiltrait à travers cette masse qui était perméable. De sorte que tout le temps de l'obstruction, qui avait existé du vendredi au dimanche matin et qui avait été constatée par mon examen du samedi soir, il y avait eu évacuation stercorale facile à constater par l'odeur et la couleur; ce qui concourait à masquer le diagnostic et à éloigner l'idée d'une occlusion par fèces durcies.

Le débridement étant fait, je demandai à la jeune fille de vider la vessie par la tentative de quelques efforts naturels de miction. Elle ne put l'opérer, je fus encore obligé de faire l'application du cathéter. L'urine, cette fois, fut moins abondante que la veille, près d'une pinte seulement. Je fis laver et changer la malade de linge et de lit. Je prescrivis toutes les six heures des douches froides et chaudes, alternativement sur l'abdomen dans la région vésicale, et je partis.

La journée du 28, dimanche, fut tranquille et calme et la nuit aussi, sans narcotique. Le matin du 29, le lundi, l'urine ne pouvait pas encore passer volontairement. On requit encore mes services vers 7 heures du matin, mais en arrivant, j'appris que la jeune fille venait de faire un second effort, la vessie répondit à sa volonté, et l'acte physiologique eut lieu, à la grande satisfaction de la patiente et de son entourage.

Je la trouvai parfaitement à l'aise et calme cette fois, assise près d'une table et mangeant avec avidité.

Je prescrivis la teinture de noix vomique: six gouttes toutes les deux ou trois heures, et, quelques minutes avant l'heure de la miction habituelle, toutes les cinq ou six heures, des douches chaudes et froides alternativement sur le ventre. Sans doute elles devaient être données après essai de la fonction naturelle.

On n'est pas revenu me chercher. Le succès a été complet et le rétablissement de ma patiente parfait, sans complications ultérieures.

St. Hugues, 2 juillet 1891.

CORRESPONDANCE.

A propos de statistique.

Messieurs les Rédacteurs,

Je lis toujours avec intérêt tout écrit portant la signature de M. le Dr J. I. Desroches, le savant rédacteur en chef du *Journal d'hygiène populaire*. Les études sérieuses que ce distingué confrère a faites dénotent chez lui un ardent amour du travail et la bien louable ambition d'être utile. A ces titres, donc, il a droit à la reconnaissance et aux remerciements de ceux, qui, de près ou de loin, s'occupent de l'importante question de l'hygiène publique ou privée. C'est un sujet fécond et digne de l'attention des économistes. Ceci posé, M. le Dr Desroches me permettra bien, je l'espère, de m'inscrire en faux contre son article: "Statistique Vitale" paru dans le No de juin du *Journal d'hygiène*.

Tout d'abord je prie le savant auteur du "Catéchisme d'hygiène privée," de croire que je ne suis pas de ceux qui pensent et croient que tout est pour le mieux, en fait d'hygiène, dans la Province de Québec, et je pourrais ajouter, sans froisser *nos amis des autres provinces*, dans toute la Puissance, certes non! Mais de là à conclure, comme le fait M. le Dr Desroches, que l'état sanitaire de la Province de Québec est alarmant, il y a très loin.

L'augmentation du savant et érudit confrère pêche par la base.

Pour juger sainement l'état sanitaire d'une ville ou d'un pays, il ne suffit pas, pas plus que pour un recensement, de prendre quelques paroisses ou une ou deux années au hasard; il faut, pour être exact, s'appuyer sur la statistique fournie par la grande majorité des paroisses et sur une décade. Or, M. le Dr Desroches ne base sa statistique que sur deux années, 1889 et 1890, et encore la statistique présentée est-elle incomplète; c'est ainsi que sur neuf

paroisses du comté de St-Hyacinthe, et dix du comté de Bagot, il ne la donne que pour six paroisses dans les deux comtés; je pourrais mentionner Rouville, Richelieu, Drummond et Arthabaska et autres où elle ne figure que pour un tiers, un quart et même moins, des paroisses de ces divers comtés, sans parler des graves lacunes qu'on y constate. Qui sait si le rapport de la mortalité n'eût pas été beaucoup moindre si la statistique avait été prise dans les paroisses voisines.

Et les villes de 1er, 2ème et 3ème ordres qui brillent par leur absence, qu'en fait donc M. le Dr Desroches? est-ce quelles ne comptent pas? Allons donc, soyons sérieux.

Une autre considération qui n'est pas sans valeur, est celle-ci. Tout médecin qui a exercé sa profession pendant quinze ou vingt ans, devra convenir que les maladies éruptives ou autres dites de l'enfance: la scarlatine, la rougeole, la roséole, la coqueluche, et autres plus désastreuses encore, mais de tous les âges: la typhoïde, la picotte, la diphtérie exercent toujours leurs ravages séparément; jamais concurremment. Je ne pose pas une théorie, je constate seulement ce qu'une expérience de près de quarante ans m'a appris. Je n'ai jamais vu, à moins que ça ne fut par accident, par exception, deux de ces maladies sévir en même temps dans la même localité. Ainsi, une année ce sera la scarlatine avec ses divers caractères de malignité; une autre année, la roséole ou la rougeole, maladies bien bénignes celles-là mais généralement suivies de coqueluche, et qui néanmoins fournissent leur faible contingent de mortalité. Ainsi des autres maladies plus désastreuses, fièvres typhoïdes, variole, diphtérie qui se succèdent à tour de rôle.

Je ne crois pas faire acte d'hérésie médicale en affirmant ce qui précède; au reste, je serais fort heureux si des confrères, mieux informés que moi, me démontraient mon erreur, si erreur il y a. Donc, si les vues que j'émetts sont justes et fondées, il est évident que M. le rédacteur du *Journal d'hygiène* a fait fausse route dans ses prémisses et conséquemment dans ses conclusions. La statistique telle que publiée dans le dernier numéro du *Journal d'hygiène* est fautive et ne donne pas une idée juste de l'état sanitaire de la Province de Québec; bien plus, elle est de nature à jeter du discrédit et à faire croire aux étrangers que le Canada Français est un pays inhabitable, malsain, insalubre, où les lois les plus élémentaires de l'hygiène sont ignorées et où l'on meurt *dru comme mouches*. Si c'était le cas, comment expliquer l'augmentation extraordinaire de la population Canadienne-française, malgré l'émigration désastreuse qui la décime chaque année. L'excédant de la natalité sur la mortalité chez un peuple doit être un *criterium* certain de l'hygiène suivie par une population.

Loin de moi, assurément, l'intention d'amoinrir en quoi que ce soit l'importance des travaux auxquels se livre M. le Dr Desroches,

avec autant de zèle que de dévouement. Encore une fois mille fois non ; il faut rendre à César ce qui lui appartient ; le premier entré dans cette carrière en ce pays, il a ouvert la route et a tracé une voie que d'autres devront suivre après lui. Mon but dans cette critique a été de signaler les écueils méconnus dont on ne s'est pas soucié, et empêcher d'autres de venir s'y heurter.

Je suis convaincu que l'auteur ne m'en voudra pas, qu'au contraire il m'en saura gré dans l'intérêt de la vérité et de la justice.

Merci de votre hospitalité, messieurs les rédacteurs, et pardon de la longueur de cette correspondance,

Veillez agréer, etc,

J. H. L. ST GERMAIN.

St Hyacinthe, 28 juillet 1891.

Menu d'un dîner parisien.—Voici, d'après un journal scientifique, le *Cosmos*, l'agréable menu d'un dîner parisien :

“ Comme apéritif, un vermouth, lequel vermouth est agrémenté d'une bonne dose d'acide sulfurique.

Il attaque son potage, du tapioca composé... de fécule de pommes de terre additionnée de cuivre.

Puis il passe au hors-d'œuvre : du beurre fabriqué avec de la graisse de veau colorée avec du plomb.

Son rôti, de qualité inférieure, a été relevé dans le salpêtre ; il y découvre quelques truffes faites en terre moulée.

Le vinaigre de la salade est assaisonné de vitriol.

Les petits pois trop verts sentent le cuivre qui leur a donné leur couleur verte.

Dessert : une crème au chocolat ; le chocolat est fait de sucre de bois, d'oxyde rouge de mercure, de terre rouge ocreuse.

Comme café, on lui sert une tasse d'un mélange fait de foie de cheval cuit au four, de sciure de bois d'acajou et de caramel.

Le petit verre de kirsch, qui termine le dîner, contient jusqu'à vingt-deux centigrammes d'acide prussique par litre.

Après un pareil repas, le Parisien a une soif terrible, il veut boire de la bière, il en boit. C'est une décoction de têtes de pavot, de sureau, de belladone, de datura stramonium, d'uracé, d'écorce de tan et d'acide picrique !—Dr M. DE T., in *Journal d'Hygiène*.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

Le rhumatisme musculaire et son traitement.—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital de la Charité. Messieurs, nous avons en ce moment, couché au n° 21 de la salle des hommes un malade, âgé de 22 ans, qui se plaint de douleur généralisée aux deux membres supérieurs et occupant aussi un peu les membres inférieurs; il a en même temps une fièvre légère. Comme il est immobilisé dans son lit par ses douleurs, on pense, au premier abord, qu'il s'agit d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé. Mais si l'on cherche à préciser le siège des souffrances, on trouve que les articulations ne sont ni douloureuses ni tuméfiées, et qu'il s'agit de myalgies occupant la longueur des membres en dehors des régions articulaires.

Les douleurs occupent donc les masses musculaires. Au cou, où elles sont très marquées, c'est surtout du sterno-mastoïdien que le malade se plaint; aux avant-bras, les muscles de la partie antérieure sont les plus atteints. Sur les membres inférieurs, la douleur, tout en occupant une partie de la longueur de la cuisse, prédomine sur la partie externe de la hanche à l'endroit où se trouve le tenseur du fascia lata. On n'augmente pas la souffrance lorsque l'on presse les muscles atteints, tandis que les mouvements qui mettent en jeu les muscles malades, les exaspèrent. C'est ainsi que, quand l'on dit au malade de serrer quelque chose dans la main, il ressent une douleur vive au niveau de l'avant-bras. De même pour les membres inférieurs, les souffrances sont nulles au repos et ne se produisent guère que dans les mouvements d'adduction et d'abduction. Au cou, ce sont naturellement les mouvements de la tête qui les provoquent.

Finalement, on trouve là tous les caractères du rhumatisme musculaire: des douleurs profondes, tensives, sans élancements notables siégeants au niveau des masses musculaires, non provoquées par les mouvements communiqués, peu augmentées par la pression et exaspérées par les mouvements. Il est facile de faire mouvoir le poignet dans tous les sens sans provoquer de la douleur.

Il s'agit donc là de rhumatisme musculaire qui, cependant,

affecte une forme exceptionnelle ; en effet, ce rhumatisme est presque toujours limité, circonscrit et mono-musculaire ou du moins n'occupe qu'un petit groupe de muscles, une région musculaire. Ce n'est que rarement qu'il est diffus, voyageur comme celui qui occupe les articulations dans le rhumatisme articulaire aigu.

On a même émis des doutes sur la nature rhumatismale de la maladie. Nous n'avons, en effet, aucun caractère absolu qui puisse nous permettre d'affirmer l'essence rhumatismale d'une affection quelconque. Il est très probable qu'il s'agit d'un agent infectieux : mais, jusqu'à présent, cet agent n'a pas été cultivé et on n'a pu reproduire la maladie en l'inoculant. Néanmoins, quand une manifestation morbide se produit chez un malade qui a eu les articulations atteintes à un certain moment de ce qu'on est convenu d'appeler un rhumatisme articulaire aigu, et que cette manifestation coïncide avec les phénomènes articulaires ou alterne avec eux, on admet qu'il s'agit d'affection de même nature et que le malade est atteint de diathèse rhumatismale.

Au cours du rhumatisme articulaire aigu ou plutôt subaigu, les manifestations musculaires occupent surtout les extrémités fibreuses ou tendineuses du muscle ; mais, dans certains cas, le corps du muscle est aussi atteint.

Il faut bien distinguer le rhumatisme musculaire de certains troubles musculaires qui surviennent dans le cours du rhumatisme articulaire aigu et ne dépendent pas de l'agent rhumatifère. Les muscles qui entourent une articulation atteinte s'atrophient lorsque la lésion articulaire se prolonge assez longtemps ; par exemple l'atrophie du triceps se voit fréquemment après le rhumatisme du genou. Dans ce cas, comme l'articulation est entourée par le muscle, on pourrait dire que ce dernier a pâti directement de la fluxion articulaire, et on pourrait aussi faire la même supposition pour le deltoïde. Mais cette hypothèse ne peut être proposée pour expliquer à la main l'atrophie des lombriçaux qui donne aux doigts des rhumatisants leur attitude si spéciale. Elle ne peut expliquer non plus l'atrophie des muscles de l'avant-bras dans l'arthrite du poignet. Enfin, comme l'atrophie se produit aussi dans les lésions articulaires généralement quelconques, il est certain qu'elle n'est pas à rattacher aux rhumatismes.

Le rhumatisme musculaire se rattache très facilement au rhumatisme articulaire quand il se montre dans le cours de ce dernier ; c'est ainsi que le torticolis peut s'y rencontrer avec ses douleurs spéciales en dehors de toute atteinte des articulations de la colonne vertébrale. On peut voir aussi, chez le même sujet, le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme musculaire survenir indépendamment l'un de l'autre sous l'influence de causes analogues.

Notre malade a eu, il y a deux ans, un rhumatisme articulaire aigu caractéristique, et, du reste, il regarde la maladie qui le frappe aujourd'hui comme identique à la première.

Ainsi que je vous l'ai déjà dit, le rhumatisme musculaire aussi généralisé que nous le voyons dans ce cas est un peu une exception, et il est généralement limité. Vous connaissez tous le rhumatisme épiceranien, celui du cou qui est bien plus fréquent, celui des lombes ou lombago, celui de l'épaule qui occupe surtout le deltoïde; les muscles des membres inférieurs sont bien plus rarement frappés; enfin le rhumatisme des muscles abdominaux n'est pas absolument rare.

Généralement on ne recueille pas les observations de rhumatisme musculaire, car il semble qu'il s'agisse là d'une affection banale. Ce manque d'observations est regrettable, parce que les suites de la maladie nous sont mal connues.

Que se passe-t-il dans les muscles atteints? L'anatomie pathologique ne nous le dit pas. Il n'y a pas d'atrophie, sauf dans les formes chroniques, et l'on ne meurt pas de la maladie, sauf s'il y a des lésions en dehors d'elle. Mon collègue, le professeur Hayem, n'a trouvé qu'une fluxion assez peu développée pour ne pas augmenter le volume du muscle. Dans les myosites, au contraire, il y a tuméfaction de la fibre musculaire elle-même. Dans la myosite chronique, on peut observer une transformation scléreuse du muscle; mais il s'agit alors de lésions différentes de celles du rhumatisme. Sont-ce les fibres contractiles qui sont atteintes, sont-ce les nerfs ou enfin est-ce le substratum conjonctif? Nous ne pouvons pas donner de réponse à ces questions dont la solution n'offre au reste que peu d'intérêt pratique.

Le rhumatisme musculaire n'est reconnaissable que par sa douleur spéciale; aussi le diagnostic en est-il quelquefois très délicat. Quand il s'agit d'une lésion articulaire, d'une lésion séreuse, il y a généralement des caractères cliniques assez nets pour que l'on puisse affirmer ou non la nature rhumatismale des cas en présence duquel on se trouve. Quand les muscles ou les muqueuses sont atteints par le rhumatisme, les troubles fonctionnels existent seuls avec la douleur qui est très accentuée dans le second cas et peu dans le premier. Il y a une grande importance à distinguer le rhumatisme musculaire des autres maladies à douleur diffuse sur la longueur des membres ou de certaines intoxications qui s'accompagnent de myalgies, l'intoxication saturnine, par exemple. Cependant toutes les infections offrent des caractères spéciaux, et je ne vous dirai un mot pour le diagnostic que de la forme de méralgie qui accompagne la fièvre herpétique, fièvre passagère, synoque caractérisée par la présence de petites vésicules sur les lèvres. Cette fièvre s'accompagne assez fréquemment de douleurs des membres; mais ces douleurs sont plus diffuses, ne prédominent pas dans des muscles ou des

groupes de muscles; enfin les souffrances sont à peu près continues, ce qui n'existe pas, comme vous le savez, dans le rhumatisme.

Le traitement de la forme aiguë du rhumatisme musculaire ne diffère pas beaucoup du rhumatisme articulaire aigu; il y a analogie de nature et cela légitime l'emploi des moyens analogues. Le salicylate de soude est donc indiqué chez ces malades et donne des succès; ces derniers sont cependant moins nets que dans le rhumatisme articulaire aigu. Vous savez, en effet, que le médicament agit d'autant mieux que la forme du rhumatisme est plus aiguë et que, dans le rhumatisme articulaire chronique, il n'a plus d'action. Il en est de même dans le rhumatisme musculaire subaigu, et surtout chronique. Cependant, il y a des cas où, même dans la forme chronique, mais non fibreuse, on a obtenu des succès. Je l'ai vu agir sur des douleurs épiciariennes très douloureuses qui avaient résisté à différentes médications. L'antipyrine peut encore être très utile dans les formes chroniques.

Bien différent en cela du rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme musculaire réclame un traitement spécial. Les ventouses scarifiées, si communément prescrites, ont une action rapide et complète plutôt par dérivation cutanée que par la petite perte sanguine qu'elles entraînent. On peut obtenir des effets identiques avec de petites scarifications qu'on ne fait pas saigner ou, comme l'a fait un empirique allemand, en frappant la peau avec un marteau garni d'aiguilles multiples et en frottant ensuite avec un peu d'huile irritante. La faradisation, qui provoque une rougeur intense de la peau, donne aussi de très bons résultats.

On peut encore faire disparaître la douleur en injectant sous la peau un liquide un peu irritant, l'eau pure, par exemple, et le professeur Dieulafoy, alors qu'il était mon interne, a beaucoup préconisé ces injections d'eau. Elles font cesser la douleur au prix d'une douleur très vive, mais momentanée; s'il n'y a pas de douleur, il n'y a pas d'effet thérapeutique. Les premiers effets se produisent à la suite de l'injection d'un liquide quelconque pouvant causer de la douleur, tel que l'alcool et l'éther. Le rhumatisme peut encore disparaître immédiatement et radicalement, quand on fait simplement passer un courant électrique à travers une canule sans rien injecter, ce qui entraîne une douleur vive. Il faut bien savoir qu'il y a des précautions à prendre en faisant les injections d'eau. D'abord, cette dernière doit être absolument aseptique, sinon il pourra se développer des abcès. Ensuite, il faut se méfier des syncopes. Un jour, j'ai injecté à un malade atteint d'un rhumatisme musculaire très douloureux de l'épaule, et qui désirait en être débarrassé très vite, une seringue pleine d'eau sous la peau de la région. A peine mon injection était-elle faite que le malade, qui était debout, tombait à terre sans connaissance. Cet accident n'eut pas de suites, mais vous savez qu'une

syncope de ce genre pourrait être très grave chez un malade atteint d'affection cardiaque.

Les pulvérisations de chlorure de méthyle, qui ont été très vantées, ont été rendues plus faciles par le stypage; qui consiste à diriger le jet de liquide sur un tampon de coton que l'on applique ensuite sur le point révulsé. Cette pratique peut rendre des services. Tous ces traitements réussissent lorsqu'il s'agit de rhumatismes sur le point de céder, mais l'on a souvent des échecs, quand le rhumatisme appartient à la forme chronique. Alors on recourra, suivant les cas, à l'emploi de la chaleur, des douches de vapeur, du massage, des douches sulfureuses chaudes, etc.

Je ne veux, du reste, pas vous faire tout le traitement du rhumatisme musculaire et vous ferai simplement remarquer que ce traitement diffère beaucoup suivant les formes.

Chez notre malade, il s'agit d'une forme aiguë et occupant un grand nombre de muscles. Aussi la médication générale est-elle la plus indiquée et avons-nous eu recours au salicylate de soude. Si son action était lente, les bains de vapeur administrés dans le lit seraient tout indiqués.

Le pronostic du rhumatisme musculaire est bénin, et la guérison, la règle; il est beaucoup moins grave pour l'avenir des muscles que certaines affections nerveuses, la sciatique, par exemple. Cependant on a vu des pleurites survenir à la suite de pleurodynie; on a vu aussi se produire des péricardites. Je ne sais pas par exemple, qu'on ait observé de cas d'endocardite aiguë ou chronique consécutifs au rhumatisme musculaire aigu généralisé. Mais cela ne veut pas dire que le cœur soit toujours indemne; il peut, en effet, être touché d'une façon spéciale. On peut observer des arythmies, de l'augmentation de l'énergie des battements, des palpitations parfois très pénibles, de l'oppression, de l'anhélation, du pseudo-asthme nocturne. Il n'y a que fort peu de modifications dans le volume de l'organe; pas de souffles intra-cardiaques.

Notre malade n'a ni irrégularité, ni arythmie, mais il présente un souffle extra cardiaque intense qui n'est localisé ni à la pointe, ni à la base, et est pour ainsi dire en l'air. Comme les souffles de ce genre, il occupe le siège du souffle qui existe dans les communications interventriculaires, mais est superficiel, doux, un peu grave et ne s'accompagne pas de frémissements. De plus, le souffle de la communication interventriculaire occupe la systole entière et la remplit complètement. Celui de notre malade est, au contraire, médio-systolique; son origine extra-cardiaque est donc certaine. Pouvons-nous dire que, certainement, le cœur est intact? Non, car le souffle extra cardiaque résulte, comme vous savez, de l'influence des contractions du cœur sur le poumon, et ces modifications de contraction peuvent dépendre d'une myocardite. Je ne pense pas que ce soit ici le cas, car le souffle est

mobile dans son intensité, vu qu'il a diminué beaucoup depuis hier ; il n'y a pas d'indice de myocardite, pas d'accélération des battements, pas d'affaiblissement des contractions ni d'irrégularités. Enfin, on ne peut même penser à une endocardite, car les bruits normaux sont bien frappés. Le cœur, dans ce cas, est donc normal.

Notre malade raconte qu'au début de sa maladie, il a eu une angine, puis des douleurs dans les pieds et qu'à ce moment on a constaté la présence de l'albumine dans les urines. Doit-on donc penser qu'il s'agit là d'une scarlatine larvée suivie d'un rhumatisme scarlatineux ? En aucune façon. Tout d'abord, le rhumatisme scarlatineux n'offre aucun des caractères du rhumatisme musculaire que présente notre malade ; ensuite il est survenu trop tardivement après les premières manifestations. Il est donc probable que l'origine a été un rhumatisme du pharynx, que l'albuminurie, qui a été très transitoire, dépendait d'une fluxion rénale et que le rhumatisme musculaire ne s'est développé qu'ensuite.

En définitive, notre malade guérira, et très probablement sans complications, car, dans l'état actuel de la science, il est impossible de dire si, oui ou non, des manifestations cardiaques peuvent se développer à la suite du rhumatisme musculaire aigu.—*Union médicale.*

Comment il faut rechercher l'hystérie.—Sydenham disait qu'il faut toujours soupçonner l'hystérie chez la femme. M. Charcot nous a appris qu'il fallait aujourd'hui la soupçonner chez tout malade sans distinction de sexe ; peut-être y a-t-il, au moins dans certaine classe sociale, plus d'hystériques mâles. P. Marie, faisant la recherche de l'hystérie à la consultation du bureau central des hôpitaux où viennent affluer chaque jour tant de vagabonds et de désemparés de la vie, a donné par des chiffres la preuve irrécusable de la fréquence de l'hystérie parmi les pauvres gens du sexe masculin.

Depuis longtemps les médecins d'enfants ont étudié l'hystérie chez la petite fille et chez le petit garçon ; et dernièrement M. de Fleury nous décrivait l'hystérie sénile. Aujourd'hui le devoir s'impose donc au clinicien de rechercher l'hystérie chez tout malade au même titre que les diathèses, les grandes intoxications et les infections dont peut se trouver grevé son passé pathologique.

C'est dans l'enquête sur les commémoratifs et l'anamnèse, dans l'établissement du bilan de son malade que le médecin prouve ses connaissances en pathologie, c'est là qu'il puise les plus utiles indications non seulement pour le diagnostic, mais pour le pronostic et la thérapeutique.

Parmi les tares importantes qui peuvent grever l'état présent d'un malade, les trois questions qu'il faut poser de suite sont : est-il syphilitique,—alcoolique,—hystérique ?

On répondra à la première, non seulement par l'interrogatoire du malade qui peut vouloir nier ou n'a jamais su ou a oublié l'accident initial de la syphilis, mais par la recherche des cicatrices, des ganglions, des exostoses, etc. A la seconde permettront de rassembler les renseignements tirés des fonctions digestives (gastro-rrhée pituiteuse, congestion hépatique), cérébrales et médullaires, (sensibilité et motricité, cérébrales et médullaires, zoopsie, anesthésie des extrémités avec troubles vaso-moteurs, zones d'hyperesthésie, tremblement des mains et de la langue, crampes des mollets, etc).

Quant à l'hystérie qui peut exister seule, mais qui vient si souvent s'ajouter à l'infection syphilitique et à l'intoxication éthylique qu'on a pu la considérer comme engendrée par elles (hystérie toxique), comment doit-on s'y prendre pour la rechercher ?

Si on ne diagnostiquait l'hystérie que chez les sujets qui ont présenté des attaques convulsives, on la laisserait passer sans la voir neuf fois sur dix ; c'est ce qui arrivait avant les recherches de l'école de la Salpêtrière. Nous savons aujourd'hui que, chez la plupart des individus entachés d'hystérie, les manifestations convulsives sont rares : elles le sont surtout dans le sexe masculin, chez les enfants et chez les femmes âgées. Mais l'hystérie latente se révèle à qui sait la chercher par des *stigmates* qui peuvent être nombreux, qui acquièrent d'autant plus de valeur au point de vue du diagnostic qu'ils sont en plus grand nombre, mais qui, même réduits à un très petit nombre, à un ou deux, peuvent déjà éclairer singulièrement un problème clinique obscur.

Le *facies* est quelquefois assez révélateur ; en ce sens que l'éclat particulier du regard, le brillant humide des conjonctives, le regard effronté ou au contraire sournois sous des paupières battantes et promptement abaissées, la mobilité des traits, l'air éveillé et intelligent forment les caractères d'un certain type d'hystérique féminin et qui se rencontre chez la jeune fille et la femme. Mais il ne peut constituer qu'une présomption bien mince, car l'hystérie peut exister avec tous les *facies* possibles avec un air endormi et atone, avec des traits rigides et sévères avec des yeux mornes, avec une barbe de sapeur et des moustaches de Hongrois. Cependant il faudra noter, quand on la rencontrera, cette déviation latérale avec abaissement d'une des commissures buccales qui peut simuler la paralysie faciale d'un côté et que M. Charcot et ses élèves nous ont appris être un hémispasme des muscles du côté opposé de la face, qu'accompagne une déviation de la langue quand on la fait sortir de la bouche (hémispasme glosso-labial des hystériques). De plus récentes communications sur ce sujet ont d'ailleurs montré qu'il peut exister chez les hystériques des parésies faciales véritables.

En première ligne on examinera la SENSIBILITÉ, qui peut être

affectée dans ses différents modes, pervertie par excès ou par défaut, et dans les différentes régions du corps.

L'*anesthésie* est le trouble le plus fréquent, mais pour le rechercher, il ne faut se contenter du procédé par trop simple dont se contentent trop de médecins et qui consiste à pincer plus ou moins brutalement la peau des mains et des avant-bras en demandant à la personne examinée si elle sent le pincement ; on ne peut trouver ainsi qu'une anesthésie grossière. Il faut prendre une épingle propre, couvrir avec une main les paupières closes, et toucher légèrement d'abord, puis progressivement plus fort, mais toujours avec la même force dans deux points symétriques, en disant à la personne examinée : " Qu'est-ce que je vous fais ? " et en attendant une réponse précise avant de porter l'épingle ailleurs. On passera ainsi rapidement en revue l'état de la sensibilité à la piqûre dans les divers segments des membres et des deux moitiés du corps. On pourra trouver ainsi soit une *hémianesthésie totale* soit une anesthésie qui occupe tout un segment de membre en cessant brusquement à sa racine en suivant une ligne presque circulaire, (*anesthésie en gigot* de M. Chargot), soit des *plaques d'anesthésie* plus restreintes et irrégulièrement disséminées en divers points du corps.

On explorera ensuite non plus avec la pointe de l'épingle, mais avec la tête de celle-ci, la pulpe de l'index ou le manche d'une cuiller, certaines muqueuses, la conjonctive bulbaire par exemple, l'entrée des fosses nasales, la langue et surtout l'isthme du gosier. Ce dernier mode d'exploration est d'une importance toute particulière : un individu normal ne peut tolérer, sans éprouver aussitôt avec une énergie extrême le réflexe nauséux, le contact de l'index ou du manche d'une cuiller sur la base de la langue, les piliers du voile du palais et surtout l'épiglotte, et vous pouvez être assuré qu'un sujet qui a une *anesthésie pharyngo-épiglottique*, est suspect d'hystérie, n'eût-il aucun autre stigmate de la névrose.

Après la sensibilité au contact, on explorera utilement la *sensibilité au chatouillement* de la plante des pieds, de la muqueuse pituitaire, et la sensibilité aux températures extrêmes en plaçant au contact de la peau successivement une cuillère froide ou une cuillère trempée dans l'eau chaude.

Après les anesthésies, il faut rechercher les zones d'*hyperesthésie* ; celles-ci d'ordinaire beaucoup plus restreintes ; on promènera la pulpe de l'index en différents points du corps surtout du tronc, de l'abdomen, du cuir chevelu ; la face interne et antérieure des cuisses, les flancs, l'épigastre et les hypochondres, les espaces intercostaux, la région sous-mammaire, la fosse sous-épineuse, les gouttières vertébrales et les apophyses épineuses, les régions cervicales latérales, mastoïdiennes et occipitale, le vertex, sont les points à explorer. La zone d'*hyperesthésie* aura pu être signalée par le malade lui-même ; on en rencontre qui se plaignent qu'ils

ont en un certain point de la peau la sensation d'une brûlure ou d'une plaie vive, qui rend insupportable par moment le contact des vêtements. Ces zones d'hypéresthésie peuvent être dans certains cas de véritables *points hystéroènes* dont la pression peut provoquer une attaque convulsive. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; au contraire la peau peut avoir perdu toute sensibilité au toucher, au pincement, à la piqûre en un point dont la pression forte peut provoquer une attaque hystérique.

Dans le même ordre d'idées se place la recherche de la *sensibilité des ovaires* ou des *testicules* à la pression. On déprime avec une certaine force la région ovarienne avec la pulpe des doigts d'une main, renforcés par ceux de l'autre main ; cette pression doit être d'abord faible, puis progressivement croissante, sans être jamais brusque ni brutale. On demande à la malade ce qu'elle éprouve, et toute hystérique répondra au bout de quelques secondes qu'elle se sent la gorge resserrée, qu'elle sent comme une boule qui remonte de l'abdomen vers le larynx ; elle fait des mouvements de déglutition à vide, les joues se colorent, le regard plus brillant prend une expression inquiète, la malade cherche à se soustraire à la pression du médecin et, si elle est sujette à l'hystérie convulsive, l'attaque peut alors éclater. Mais l'ovarie ou hypéresthésie ovarienne est bien loin d'exister chez toutes les hystériques et son absence ne suffit pas à faire écarter l'idée d'hystérie.

La compression du testicule qui est très pénible et angoissante chez tout homme sain, pour peu qu'elle soit assez forte, peut chez un hystérique ou provoquer, faite même légèrement, une angoisse tellement extrême qu'une lipothymie ou une attaque convulsive en soit la conséquence, ou au contraire être supportée avec une insensibilité aussi absolue que l'analgésie du testicule scléreux de certains syphilitiques.

Passons à l'*examen des sens* : avant tout, la vision, qui doit être explorée au point de vue de l'acuité comparée des deux côtés (*amblyopie hystérique*), de la perception des couleurs (*dyschromatopsie* ou *achromatopsie*), le violet et le vert sont les couleurs que les hystériques cessent de percevoir les premières, en général, puis le jaune, le bleu et le rouge ; le *rétrécissement du champ visuel*, stigmate fréquent d'hystérie, se recherche de la façon suivante : vous dites au malade de fixer avec ses deux yeux le bout de votre nez ou l'un de vos index que vous placez juste en face de lui, pendant ce temps vous écarterez plus ou moins l'index de votre autre main. Un individu normal peut très bien voir à la fois les deux doigts, si le second n'est pas écarté du premier de plus de 80 centimètres à 1 mètre. Beaucoup d'hystériques ne perçoivent guère les deux objets que s'ils sont à 50 ou 30 centimètres l'un de l'autre, ou même moins encore.

L'*acuité auditive* est à explorer aussi comparativement des deux côtés ainsi que la perception des *odeurs* et des *saveurs*. L'anosmie

bilatérale plus ou moins accentuée est fréquente chez une foule de gens non hystériques pour des causes locales, mais ce qui est rare en dehors de l'hystérie, c'est l'anosmie unilatérale; la même réflexion s'applique à la perception des saveurs amère et sucrée sur les deux moitiés de la langue. La suppression du goût est quelquefois si accentuée chez des hystériques qu'elle est à elle seule une révélation; je connais une dame qui avale sans sourciller de la teinture d'asa foetida et de valériane.

Un ordre de troubles qu'il faut rechercher, quand on veut dépister l'hystérie, c'est la *tendance aux contractures*; elle existe aussi dans certaines intoxications, notamment dans l'alcoolisme, mais pas de la même façon; l'alcoolique éprouve souvent des crampes nocturnes des mollets, mais bon nombre d'hystériques, à l'occasion d'un effort quelque peu prolongé, de la fixation de certains groupes musculaires dans une attitude un peu forcée, ou par la compression énergique d'un segment de membre, y éprouvent aussitôt une contracture assez durable. C'est le phénomène qu'on a appelé, aussi improprement que possible, diathèse de contractures; il n'y a rien de diathésique dans cette hyperexcitabilité neuromusculaire ou réflexivité exagérée des cordons latéraux de la moelle. Pour la mettre en évidence dans les cas frustes, l'École de la Salpêtrière a conseillé l'application d'un lien élastique assez serré, comme la bande d'Esmarch, sur un segment de membre; presque aussitôt la contraction se manifeste avec intensité sur le membre ischémié, si le sujet est entaché d'hystérie à un degré assez accentué.

Il y a bien d'autres symptômes à rechercher chez un hystérique. Mais ce que j'ai voulu indiquer, ce sont ceux qui permettent d'affirmer l'hystérie chez un individu atteint d'ailleurs d'une autre maladie, et cette mise en évidence du terrain névropathique sur lequel évolue cette autre maladie est fort utile, je n'ai pas à y insister, au point de vue du diagnostic, et du traitement. Ce n'est pas le moment de traiter à fond cette question.

Quelques exemples suffiront à fixer les idées. Un syphilitique présente un certain nombre de symptômes nerveux de nature à faire soupçonner une lésion systématique ou diffuse, scléreuse ou gommeuse, des centres nerveux; mais ces symptômes sont assez vagues; avant d'affirmer qu'il s'agit bien d'une lésion essentiellement syphilitique, recherchez les stigmates de l'hystérie, car il est certain que la syphilis soit par elle-même, soit agissant sur un prédisposé, développe l'hystérie. L'importance du problème réside surtout en ceci, que le traitement iodo-hydrargyrique, qui fait disparaître si promptement les accidents vraiment syphilitiques, ne peut rien contre les troubles hystériques, et souvent les aggrave, si même quelquefois il ne contribue pas à les provoquer, du moins par l'intermédiaire de l'hydrargyrisme. Tirez encore de la fréquence de l'hystérie chez les syphilitiques cette conclusion

que, si le traitement spécifique a échoué contre certains troubles nerveux survenant chez un syphilitique, il ne faut pas immédiatement en conclure que celui-ci est atteint de lésions destructives scléreuses, mais essayer les moyens qui guérissent l'hystérie, les agents esthésiogènes et anti-spasmodiques; l'électricité et l'hydrothérapie, la strychnine et la valériane, voire l'hypnotisme pourront faire ce que ne feraient pas des kilogrammes d'iodure et de mercure.

Rappellerai-je aussi les modifications que l'existence de l'hystérie chez les malades peuvent apporter dans le diagnostic et le pronostic de certaines affections, même non hystériques du tube digestif, de certaines maladies aiguës infectieuses: les pseudo-méningites et les pseudo-péritonites survenant au cours de la fièvre typhoïde par exemple? — Dr P. LE GENDRE du *Concours médical*.

Des paralysies faciales. — La paralysie faciale peut se montrer isolée ou associée à d'autres symptômes, notamment à la paralysie d'autres groupes musculaires que ceux de la face; elle peut frapper tous les muscles innervés par le nerf de la VII^e paire ou seulement quelques-uns d'entre eux. Les deux moitiés de la face peuvent être paralysées dans des cas exceptionnels. Ce sont autant de circonstances qu'il faut envisager successivement quand on veut remonter comme il convient de la constatation du phénomène à sa cause et par suite aux indications thérapeutiques.

Le diagnostic étiologique et pathogénique d'une paralysie faciale est un problème délicat de clinique, dont la solution réclame un souvenir très précis des notions anatomiques; celles-ci, malheureusement, s'oublie facilement, aussi ne devons-nous pas hésiter à les rappeler en peu de mots.

La paralysie des muscles animés par un nerf peut être la conséquence de toute cause de compression ou d'inflammation agissant sur un point quelconque de ce nerf, depuis ses noyaux d'origine dans les centres nerveux jusqu'à sa terminaison; mais la cause qui peut altérer le nerf, n'abolit pas également toutes ses fonctions en quelque point qu'elle se manifeste. Un nerf étant composé à son origine de noyaux multiples et émettant sur son parcours un grand nombre de rameaux, les muscles auxquels il se distribue, si c'est un nerf exclusivement moteur, et les autres fonctions auxquelles il préside, si c'est un nerf mixte, pourront être isolément frappés, si la cause paralysante atteint isolément tel ou tel noyau d'origine; ou bien si elle siège en tel ou tel point du parcours du tronc, paralysant tous les filets qui se détachent de ce tronc en aval du point lésé. Si la cause de compression ou d'irritation siège sur un point où tous les filets du nerf sont réunis en un faisceau unique, la paralysie sera complète.

Le nerf facial présente, comme tous les nerfs crâniens, deux sortes de noyaux d'origine: les uns dans la substance grise

corticale des circonvolutions, encore peu connus, d'autres dans le bulbe, beaucoup mieux précisés. Les *centres corticaux* paraissent être au nombre de deux, l'un siégeant au pied de la circonvolution frontale ascendante, tout près du siège du langage articulé, paraît être commun au facial inférieur (muscles de la joue et des lèvres) et à la branche motrice du trijumeau (qui anime les muscles de la mastication), de manière à constituer le centre des mouvements de la face; l'autre, celui du facial supérieur (orbiculaire de la paupière, frontal, sourcilier), appartiendrait à la région du pli courbe.

Le trajet suivi par les fibres parties de ces centres pour gagner les noyaux bulbaires est imparfaitement connu aussi; cependant on sait que les fibres venues du noyau du facial inférieur suivent la capsule interne avec les autres fibres du tractus moteur des membres, le faisceau pyramidal; tandis que les fibres du facial supérieur traversent le noyau lenticulaire du corps strié et suivent l'anse lenticulaire pour rejoindre dans le pédoncule cérébral le faisceau du facial inférieur qui, lui, a suivi la capsule interne. Ces deux faisceaux réunis occupent la *partie inférieure du pédoncule cérébral*, et s'entrecroisent à l'intérieur de la protubérance, vers sa partie moyenne, avec le facial du côté opposé pour s'accoler plus bas aux fibres nées des noyaux bulbaires.

Dans la *moitié inférieure de la protubérance*, à côté des fibres cérébrales du facial déjà entrecroisées se trouve aussi le tractus moteur des membres, mais dont les fibres ne sont pas encore entrecroisées (l'entrecroisement ne se fait que plus bas, au collet du bulbe). Aussi une lésion de cette portion de la protubérance, atteignant à la fois les fibres déjà entrecroisées du facial et le tractus moteur des membres avant son entrecroisement, produit la paralysie croisée ou alterne de Gubler, c'est-à-dire une paralysie de la face directe, siégeant du même côté que la lésion, et une paralysie des membres croisée, c'est-à-dire siégeant sur les membres du côté opposé à la lésion.

Dans le bulbe le facial a deux noyaux: un supérieur qui lui est commun avec le nerf moteur oculaire externe, situé sur le plancher du 4^e ventricule; un noyau inférieur, qui lui est commun avec le nerf masticateur (portion motrice du trijumeau) et qui est compris entre les noyaux de l'hypoglosse et du spinal.

Sorti du bulbe, le facial pénètre dans le conduit auditif interne et traverse le rocher dans l'aqueduc de Fallope, canal inextensible où, en se gonflant par suite de l'inflammation, il peut se trouver étranglé. Soit par le *ganglion géniculé* qui se trouve sur son trajet soit directement, il émet les filets nerveux suivants: nerf *grand pétreux superficiel* et nerf *petit pétreux superficiel*, nerf de l'étrier, qui animent les muscles du marteau et de l'étrier, dont la fonction est de tendre la membrane du tympan pour modérer l'intensité des ondes sonores, et certains muscles du voile du palais (palato-

staphylin, péristaphylins interne et externe) et la glande sous-maxillaire, la *corde du tympan* qui donne la sensibilité gustative aux deux tiers antérieurs de la langue, soit en modifiant la circulation de la muqueuse (Brown Séquard), soit en influençant la contractilité des papilles (Cl. Bernard), et gouverne la sécrétion parotidienne.

Enfin, *sorti du rocher*, le facial donne les filets qui innervent les muscles auriculaires postérieur et supérieur, occipital, stylo-hyoïdien et digastrique, stylo-glosse et glosso-staphylin; il traverse la parotide dans laquelle il se divise en deux branches :

La supérieure ou *temporo-faciale* (qui innerve les muscles de la région temporale et du front), l'orbiculaire des paupières et les muscles de la partie supérieure de la face :

L'inférieure ou *cervico-faciale* qui anime les muscles buccinateur, orbiculaire des lèvres et autres muscles péribuccaux et mentonniers.

Quand un individu se présente avec les signes d'une paralysie faciale, il faut donc rechercher si elle est *complète ou incomplète*, et dans ce cas quels sont les rameaux atteints d'après les connaissances anatomiques et physiologiques.

Toutes les paralysies faciales unilatérales *complètes* ont des SYMPTÔMES COMMUNS qui tiennent à l'inertie des muscles concourant à l'expression mimique de la moitié de la face, symptômes qu'on peut diviser en :

Déformation : effacement des rides, sillons et saillies du côté malade, donnant l'aspect lisse et uni à cette moitié du front et de la face.

Déviation. translation en bloc de toute la face vers le côté sain; commissure labiale du côté sain tirée en haut et en dehors, commissure du côté paralysé abaissée (il faut ne pas confondre avec la paralysie d'un côté la contracture des muscles du côté opposé, mais en cas de contracture les autres signes manquent); ouverture permanente de l'œil par inertie de l'orbiculaire, toutes déformations et déviations que rendent plus apparentes les mouvements du côté sain.

Troubles fonctionnels : impossible d'exprimer aucun sentiment avec une moitié du visage; écoulement involontaire de la salive le long de la commissure abaissée; entrave à la mastication par impossibilité de maintenir les débris alimentaires entre les arcades dentaires; impossibilité de siffler, de souffler, de prononcer les consonnes labiales; impossibilité de fermer la paupière (lagophthalmos); rougeur de la conjonctive exposée aux poussières de l'air; renversement des points lacrymaux; écoulement des larmes sur la joue (épiphora); siccité de la fosse nasale correspondante.

Quand le facial inférieur seul est atteint, l'orbiculaire de la paupière, les muscles du front et de la partie supérieure du visage

ont conservé leurs fonctions, tout se borne aux troubles des muscles péribuccaux et mentonniers.

Après les symptômes communs qui permettent de diagnostiquer l'existence d'une paralysie faciale, il faut placer la recherche des PHÉNOMÈNES VARIABLES, spéciaux à telle ou telle catégorie de paralysie, permettant le diagnostic de la forme topographique.

Toutes les paralysies PÉRIPHÉRIQUES, c'est-à-dire celles qui dépendent d'une altération siégeant en dehors de la protubérance soit dans le crâne, soit après la sortie du canal de Fallope, ont pour trait commun l'abolition des mouvements réflexes et souvent de la contractilité électrique. Dans les cas légers il n'y a aucune modification de l'excitabilité électrique des muscles ni des nerfs (Erb). Dans les cas graves surtout, mais même dans quelques cas qui guérissent rapidement (Brenner), il y a réaction de dégénérescence, c'est-à-dire, diminution ou abolition des contractions faradiques, conservation et même exagération des contractions galvaniques.

On distingue les paralysies portant seulement sur l'épanouissement extra-crânien du facial de celles qui tiennent à une lésion *intra-temporale* en ce que celles-ci, dites *interstitielles*, s'accompagnent de phénomènes en rapport avec la suppression des fonctions propres à un ou plusieurs des filets nerveux qui se détachent du tronc dans l'épaisseur du rocher. C'est une analyse clinique minutieuse à faire, qui permet même quelquefois de préciser en quel point du rocher porte la lésion. On recherchera donc s'il existe la déviation de la langue du côté sain (rameau du digastrique et du stylo-mastoidien), la difficulté d'en recourber la pointe en haut (rameau lingual), la diminution du goût dans les deux tiers antérieurs (corde du tympan), l'exaltation de l'ouïe (hyperacousie) surtout pour les sons extrêmes (petit pétreux), la diminution de la sécrétion salivaire (corde du tympan, petit pétreux); la déviation du voile du palais qui est alors abaissé et flasque du côté paralysé, la luette étant tirée en totalité du côté sain, tantôt ayant sa pointe déviée vers le côté paralysé, (périestaphylin, palato-staphylin). Toutefois, Gowers, H. Jackson et Byrom-Bromwell considèrent la paralysie du voile du palais comme extrêmement rare dans la paralysie faciale.

Les paralysies d'origine intra-crânienne, par lésions du nerf entre la protubérance et le conduit auditif interne, ont les mêmes symptômes que la paralysie intra-temporale complète.

Les paralysies d'origine *bulbo-protubérantielle*, s'accompagnent, pour les raisons anatomiques que nous avons dites, d'une hémiplegie croisée des membres (hémiplegie alterne); elles sont complètes, c'est-à-dire frappent également l'orbiculaire palpébral (facial supérieur) et l'orbiculaire des lèvres.

Elles offrent les mêmes troubles de la contractilité électrique que les paralysies périphériques.

Les paralysies DE CAUSE CÉRÉBRALE s'accompagnent presque toujours d'une autre paralysie : hémiplegie vulgaire ou monoplé-gie. Elles sont moins complètes que les paralysies périphériques : l'orbiculaire des paupières est respecté en général ; dans les lésions de la capsule interne, le facial inférieur seul est pris.

"Il faut remarquer pourtant, dit Féré, que, au début de l'attaque d'hémiplegie l'orbiculaire est souvent pris ; il revient rapidement, peut-être en raison des connexions bilatérales des noyaux d'origine. Souvent en outre la parésie de l'orbiculaire peut être ainsi mise en lumière : lorsque le malade veut former isolément l'œil du côté hémiplegique, ce mouvement est généralement impossible, tandis que le même mouvement s'exécute facilement des deux côtés simultanément (Byrom-Bromwell et Revilliod).

Dans les paralysies d'origine cérébrale les mouvements réflexes sont conservés.

La contractilité faradique est intacte.

M. Straus a fait connaître encore un moyen de distinguer les paralysies faciales cérébrales des paralysies périphériques : c'est la réaction sudorale. Quand la paralysie est cérébrale, l'injection hypodermique d'un centigramme de pilocarpine provoque une sudation qui se montre en même temps du côté sain et du côté paralysé ; quand la paralysie est périphérique, la sudation se produit du côté paralysé avec un retard sur le côté sain. "Mais, fait observer Féré, cette distinction n'existe que dans l'hémiplegie faciale récente : chez les hémiplegiques anciens avec contractures surtout chez les hémiplegiques de l'enfance, la réaction sudorale est retardée et diminuée comme dans la paralysie périphérique."

Il y a encore lieu de distinguer la paralysie cérébrale centrale avec hémiplegie de la paralysie cérébrale corticale, qui n'est accompagnée que de monoplé-gie des membres, et surtout d'aphasie vu la dissociation des noyaux corticaux du facial et le voisinage du noyau du facial inférieur avec le centre du langage de Broca.

Dans l'hémiplegie d'origine cérébrale avec contracture, la face se dévie du côté paralysé, de telle sorte qu'à première vue le malade peut paraître affecté d'hémiplegie alterne.

La paralysie faciale périphérique peut d'ailleurs aussi être suivie de contracture, quelquefois spontanément, souvent à la suite d'excitations artificielles. Cette contracture est souvent précédée de spasmes, de secousses spontanées, de douleurs névralgiques, dues à une névrite du facial à laquelle prennent part les filets sensibles provenant de l'anastomose du facial avec le pneumogastrique, et des filets récurrents du trijumeau. Dans ces cas on doit renoncer au traitement électrique. Les douleurs sont quelquefois accompagnées de zona (Festaz).

Parmi les CAUSES les plus fréquentes de la paralysie faciale périphérique, la plus admise par les classiques était l'influence du

froid : la paralysie dite à *frigore* ou rhumatismale, dans un temps où on appelait rhumatismale toute affection attribuée au froid, paraît ne devoir être admise qu'avec réserve depuis les travaux récents de Neumann. Suivant cet auteur, le froid n'agirait le plus souvent que comme cause occasionnelle. Dans un très-grand nombre de cas, comme l'a vérifié G. Despaigne (Thèse de Paris, 1888), et comme l'enseigne M. Charcot, la véritable cause est l'existence d'une *prédisposition nerveuse*, ainsi que le prouvent les antécédents névropathiques personnels ou héréditaires (nervosisme, hystérie, épilepsie, aliénation mentale, hémiplégie), ou même l'*hérédité similaire* de la paralysie faciale (dans trois générations successives d'une famille israélite (Charcot) ou l'*hérédité neuro-arthritique* (goutte, diabète, obésité, lithiase), enfin la *récidive* étonnante chez les mêmes sujets. Despaigne a réuni 15 cas de récidive double ou triple. Un malade d'Eulenburg a eu cinq paralysies faciales !

M. Fournier admet que dans l'*ataxie* il existe une paralysie faciale apparaissant presque toujours dans la période préataxique et remarquable comme les autres paralysies du tabes par sa mobilité, sa fugacité, son alternance avec des paralysies oculaires, les ptosis par exemple. Il existe encore des paralysies de la face se montrant après un *zona* de la face et du cou, plus rarement en même temps que lui. La paralysie faciale est très rare, si même elle existe, dans les intoxications (plomb, alcool, oxyde de carbone). Elle se montre quelquefois dans les *maladies infectieuses* telles que la diphthérie, le tétanos, la syphilis à sa période d'infection aiguë et quelquefois dans des maladies infectieuses mal déterminées.

On a pensé d'abord que les déviations faciales que présentent certains *hystériques* étaient le résultat d'une contracture des muscles d'un côté simulant la paralysie de l'autre (*hémispasme glosso-labé* de Brissaud, Marie); mais depuis quelque temps on a signalé des paralysies faciales véritables chez des hystériques (Ballet, Chantemesse). La contracture peut aussi succéder à un moment donné à la paralysie (Babinski).

À côté de ces causes récemment étudiées, qui peuvent être le résultat de troubles dynamiques passagers portant sur les noyaux bulbaires du facial, il y a les causes anciennement connues de compression (otite, fracture ou carie tuberculeuse du rocher, exostoses syphilitiques de l'aqueduc de Fallope ou de la base du crâne) et les causes cérébrales, foyers de ramollissement ou hémorragies, tumeurs, tubercules, gommes siégeant dans les noyaux centraux ou la zone corticale du cerveau.

M. Charcot attirait l'attention dans de récentes cliniques sur une variété de paralysies faciales d'*origine auriculaire*, qui, au lieu d'être causées par une lésion profonde telle que la carie du rocher, dépendent seulement d'une *otite moyenne bénigne*, telle que celle-

qui peut suivre une amygdalite avec catarrhe de la trompe d'Eustache propagé à la muqueuse de la caisse. Cette paralysie peut s'accompagner ou être précédée de vertige, de diminution de l'ouïe, de strabisme et de diplopie. Ces derniers symptômes, qui résultent d'une propagation de l'irritation au labyrinthe, pourraient indûment faire soupçonner quelque lésion cérébrale, noircir à tort le pronostic et dévoyer la thérapeutique.

A propos des paralysies faciales congénitales ou obstétricales (compression par le forceps), nous avons cité, dans le dernier numéro, le travail récent de Comby exposant à fond la question.

Du diagnostic topographique et pathogénique découlent le pronostic et la thérapeutique.

Pour les paralysies d'origine centrale, le traitement sera celui de la cause : syphilis, tuberculose, tumeurs, hémorrhagies ou ramollissement. Je sais un cas où l'hémiplégie faciale et des membres pouvait être attribuée aussi bien à une gomme qu'à un tubercule, le sujet étant à la fois suspect de tuberculose et de syphilis héréditaire : l'emploi simultané du traitement ioduré et des injections hypodermiques de créosote fut suivi d'une guérison radicale. Il ne faut rien négliger pour donner au malade dans les cas analogues le maximum de chances de guérison.

Pour les caries tuberculeuses, les hémorrhagies de la caisse, les otites suppurées, certaines interventions chirurgicales pourraient être légitimes, suivant les cas.

Quand on soupçonnera la névrose pure, l'hystérie, l'hydrothérapie, l'action des aimants, celle de l'électricité statique, voire la suggestion seront la base du traitement.

Dans les paralysies périphériques ordinaires dites à frigore, les règles de l'électrisation faradique ou galvanique ont été bien formulées par Féré, d'après Erb : " Les applications électriques peuvent être dirigées sur plusieurs points du nerf facial. On peut atteindre le tronc à l'aide d'une fine électrode que l'on pousse sous le conduit auditif externe d'arrière en avant, en dedans et en haut, vers le bord de la mâchoire inférieure (Erb). Les points d'excitation des parties situées au devant de l'oreille se trouvent sur l'os zygomatique, immédiatement au-dessus de cet os et enfin sur le bord de la branche ascendante de la mâchoire inférieure. Pour l'excitation des branches du facial au milieu de leur parcours, Erb a choisi trois points situés l'un au-dessus de l'autre, presque sur la même ligne droite et situés : 1^o à la tempe ; 2^o à l'extrémité antérieure et tout près du bord inférieur de l'os zygomatique ; 3^o au milieu du bord inférieur de la partie horizontale de la mâchoire inférieure. Les points d'excitation de chaque muscle doivent être recherchés isolément."—Dr P. LE GENDRE, in *Concours médical*.

CHIRURGIE.

Etude clinique d'un calcul vésical.—Clinique de M. le professeur Guyon, à l'hôpital Necker.—Je vais pratiquer devant vous la lithotritie pour un calcul vésical, mais avant d'opérer le malade, je désire vous faire connaître en quelques mots son histoire; cela me permettra, chemin faisant, de discuter avec vous certaines particularités cliniques que vous rencontrerez fréquemment dans ce genre d'affections, et dont la connaissance exacte doit vous permettre d'arriver, le plus souvent, au diagnostic, même avant qu'une exploration physique vous ait donné la certitude de ce diagnostic.

Il s'agit d'un homme de 67 ans qui, jusqu'à ces dernières années, avant la maladie qui l'amène dans nos salles, a toujours joui d'une excellente santé, ainsi d'ailleurs cela est de règle chez la plupart de nos calculeux qui, pour cette raison, se rencontrent plus fréquemment en ville qu'à l'hôpital. Une bonne alimentation, et, par conséquent, une bonne santé, sont en effet nécessaires pour que l'organisme puisse produire un calcul. J'ajoute que les calculs développés dans de semblables conditions sont presque toujours des calculs d'acide urique, et que, par suite, comme vous le voyez, les antécédents du malade constituent déjà un premier élément de diagnostic qui aura sa valeur lorsque, plus tard, il s'agira d'établir la nature d'une pierre que vous aurez reconnue.

Le début des accidents observés chez cet homme remonte environ à deux ans, mais à cette époque ils étaient tellement peu prononcés que le malade ne songea même pas à consulter un médecin. Ses mictions étaient plus fréquentes surtout la nuit; son jet d'urine était d'un calibre plus petit qu'à l'ordinaire, mais il n'éprouvait que des douleurs vagues, peu intenses, et ses urines étaient très claires.

Il y a huit mois, il rendit quelques petits calculs par l'urètre et peu de temps après, il constata des douleurs vésicales plus vives, et parfois il nota que le jet de son urine s'arrêtait brusquement.

Ce symptôme de l'arrêt brusque de l'urine a été considéré à bon droit comme ayant une très grande valeur dans le diagnostic précoce d'un calcul vésical. Bien que je ne veuille en aucune façon méconnaître cette valeur, je désire cependant vous mettre quelque peu en défiance contre ce symptôme, précisément parce que l'on a généralement de la tendance à lui donner une importance, à mon sens, trop considérable.

L'arrêt brusque de l'urine peut, en effet, se rencontrer chez certaines personnes qui n'ont pas de pierre, alors que, par contre, il manquera chez des calculoux avérés. C'est ainsi qu'il manque souvent chez les vieillards, parce que le volume de la prostate s'oppose aux conditions nécessaires à sa production, à savoir que le calcul soit véhiculé jusqu'au col et appliqué contre son orifice. On comprend fort bien, en effet, que chez ces malades l'orifice vésical étant situé au-dessus du bas fond, et le calcul restant dans ce bas fond pendant la durée de la miction, les conditions mécaniques de cette dernière ne sont à aucun moment entravées. Les choses se passent d'autant plus facilement de la sorte, qu'à cet âge la force des contractions vésicales étant fort amoindrie, la véhicularisation du calcul a d'autant moins de chance de se produire.

En présence d'un malade chez lequel vous soupçonneriez la pierre, vous ne devrez donc pas vous contenter de rechercher si, oui ou non, l'urine s'est brusquement arrêtée à un moment donné ; vous examinerez toutes les autres particularités qu'a pu présenter la miction de votre malade, et, chose importante, cette recherche devra être faite dans les conditions les plus variées. Vous interrogerez le malade sur la miction debout et couché ; souvent vous apprendrez que l'arrêt brusque de l'urine se produit lorsqu'il urine debout, que cet arrêt ne se produit jamais quand il est couché.

Vous rechercherez si l'envie d'uriner est la même après le repas ou à la suite d'une marche, d'une fatigue, et vous apprendrez presque toujours que, dans ces conditions, la miction est sensiblement plus fréquente. Ceci s'explique fort bien par ce fait que la calcul, mis en mouvement par la marche, vient irriter le col et produire un ténésme plus ou moins intense.

C'est à cette irritation vésicale que l'on doit attribuer les douleurs vésicales qu'accusent ces malades. On doit attacher la plus grande importance aux circonstances dans lesquelles apparaissent les douleurs. D'une façon générale, elles ne se produisent que pendant la locomotion, elles disparaissent avec le repos : c'est à ce point que l'on peut dire de ces malades qu'ils vont très bien le matin, souffrent à midi, sont malades le soir, mais qu'ils sont guéris pendant la nuit. Si l'on veut poursuivre l'analyse du phénomène, — ce qu'on ne doit jamais manquer de faire — on doit interroger le malade sur la manière dont se comportent ces douleurs suivant que la locomotion a lieu à pied, en voiture et en chemin de fer. C'est la voiture, surtout la voiture de place, qui est le mode de véhicule le plus pénible ; l'omnibus et le tramway sont moins offensifs. Par contre, le chemin de fer est le mode de véhicule que les malades supportent le mieux. Cela est si constant, que, bien souvent, j'arrive au diagnostic rien qu'en faisant préciser aux malades les sensations qu'ils éprouvent suivant le mode de locomotion qu'ils emploient.

Lorsqu'un malade arrive de province, je lui demande toujours

ce qui l'a le plus fatigué dans son voyage, du chemin de fer ou de la voiture. S'il me répond : la voiture, si surtout j'apprends que ce n'est pas seulement la voiture qui l'a amené du chemin de fer chez moi (dans ce cas, en effet, on pourrait incriminer la fatigue due au voyage en lui-même), mais la voiture qui l'a conduit de chez lui au chemin de fer, je suis à peu près fixé ; il a un calcul dont mes recherches ultérieures me révèlent presque toujours la présence.

Il y a, cependant, même sous ce rapport, quelques différences individuelles, du moins en ce qui concerne la locomotion à pied et la locomotion en voiture. Quelques malades sont plus influencés par la marche que par la voiture, et c'est dans cette catégorie que rentre notre malade actuel ; d'autres sont dans des conditions tout opposées.

Aux douleurs vésicales perçues par le malade se rattache un autre symptôme, considéré comme très significatif.

Je veux parler d'une sensation douloureuse au bout du gland. Comme cette sensation se produit toutes les fois que la sensibilité de la vessie est mise en jeu d'une façon anormale, elle ne saurait par elle-même avoir une très grande valeur, mais il en est tout autrement si on s'enquiert des circonstances dans lesquelles se montre le phénomène. Or, la plus importante de ces circonstances est, précisément, que cette douleur, nulle au repos, comme la précédente, se manifeste après la marche ou après une secousse quelconque.

Pour en revenir à notre malade, notons qu'il y a quatre ou cinq mois est apparu un autre symptôme, dont la valeur diagnostique ne le cède en rien aux précédents ; je veux parler de l'hématurie. Ce symptôme, tout comme les précédents, n'a de valeur réelle que lorsqu'on l'entoure des circonstances au milieu desquelles il se produit. Nous en avons une preuve chez ce malade dont le calcul est incontestable, et chez lequel cependant je ne crois pas devoir porter le diagnostic d'hématurie vésicale, parce que l'hémorrhagie, après s'être produite sans mouvement, à la suite d'un repas copieux, a cessé pour ne plus reparaitre. Bien que le malade n'ait pas eu de coliques néphrétiques, je penche plutôt vers l'hypothèse d'une hémorrhagie provoquée par la migration d'un calcul au travers de l'uretère.

L'hématurie vésicale, en effet, naît quand le malade a été secoué, mais elle cesse dès qu'il se repose ; en d'autres termes, elle a une cause déterminante facilement appréciable, mais elle n'a pas de durée. Méfiez vous des hématuries qui n'offrent pas ces caractères ; elles indiquent que la vessie a d'autres lésions qu'un simple calcul, bien souvent un néoplasme. Vous m'avez vu tout à l'heure m'arrêter et interroger devant vous un malade atteint d'un cancer vésical ; vous avez pu l'entendre confirmer, avec la plus grande netteté, cette manière de voir ; sa première hématurie a été spon-

tanée et, bien qu'il se soit immédiatement reposé, elle a duré plusieurs jours.

Tels sont les symptômes présentés par le malade. Étudiés, comme je vous l'ai indiqué, avec méthode, et en s'enquérant de toutes les circonstances qui les entourent, ils suffisent, comme vous le voyez, à faire le diagnostic avant toute exploration vésicale. J'ajoute que les malades atteints de cette affection fournissent le plus souvent, avec beaucoup de précision, les renseignements que vous réclamerez d'eux. Presque toujours il vous sera possible de reconnaître par correspondance leur maladie. Il m'arrive parfois d'engager des malades à venir se faire opérer alors que je n'ai sur leur compte d'autres renseignements que ceux qu'ils me fournissent eux-mêmes, et je puis dire que chaque fois l'exploration directe m'a permis de confirmer le diagnostic que j'avais fait à distance d'après les seules indications fournies par le malade.

Mais ces renseignements cliniques ne sont pas toute l'histoire de notre malade ; il s'est produit chez lui un phénomène sur lequel je crois devoir appeler toute votre attention.

Dès que l'on eut constaté l'hématurie dont je vous ai parlé, on lui proposa un cathétérisme explorateur, ce qui était parfaitement légitime, et ce dernier fut pratiqué. A la suite de cette petite opération, il se produisit une modification d'une grande importance sur laquelle je ne saurais trop insister, parce que, à mon sens, elle comporte un enseignement d'une grande valeur.

Jusqu'à là, les urines du malade étaient parfaitement claires, et, sauf l'hématurie dont je viens de parler, elles n'avaient présenté rien d'anormal. Or, aussitôt après le cathétérisme, elles devinrent troubles, louches, laissant un léger dépôt purulent : les mictions augmentèrent de fréquence, et la douleur fut plus vive qu'elle ne l'avait jamais été ; bref le malade présenta tous les caractères d'un homme atteint de cystite, d'ailleurs légère. Je ne puis voir une simple coïncidence entre cette cystite et le cathétérisme qui l'a précédée ; j'y vois, au contraire, une relation de cause à effet ; autrement dit, à mon avis, c'est le cathétérisme qui a provoqué la cystite.

Il ressort, en effet, de l'observation attentive des nombreux calculoux que j'ai eu l'occasion de soigner, que le calcul vésical par lui-même ne peut pas produire la cystite, et quand celle-ci existe, ou bien elle a précédé le calcul, ainsi que nous l'avons vu chez une femme opérée devant vous il y a quelques jours—dans ce cas la cystite est fort ancienne, le calcul est plus récent—ou bien elle a été provoquée par une véritable inoculation due à l'introduction dans la vessie d'instruments non stérilisés. Comme c'est, certainement, ce qui s'est produit dans le cas particulier, retenez le fait et concluez-en à la nécessité impérieuse de ne sonder vos calculoux—comme, du reste, tous vos autres malades—qu'avec des instruments parfaitement aseptiques.—*Nice médical.*

Traitement antiseptique des plaies traumatiques.—La méthode anti-septique a depuis quelques années considérablement élargi le champ de la chirurgie. Elle a permis d'intervenir avec succès, dans les affections de l'utérus et de ses annexes, dans certaines maladies du rein, du foie, de la rate... La chirurgie de luxe, la chirurgie de complaisance, a pu, sous son couvert, naître et se développer. Aussi bien n'est-ce pas ce sujet que nous voulons traiter. Plus modeste, mais non moins utile, notre but est de montrer combien la chirurgie journalière, ce qu'on appelle trop dédaigneusement peut-être la petite chirurgie ou même l'ancienne chirurgie, a bénéficié des conquêtes de Lister et de Pasteur. Nous répondrons ainsi au désir exprimé par plusieurs de nos confrères de voir exposé dans ce journal le traitement actuel des plaies traumatiques.

Il n'est pas loin encore le temps où toute solution de continuité était, comme on l'a dit, une porte ouverte pour la mort. La septicémie, l'infection purulente, l'érysipèle, le tétanos guettaient tout blessé, atteint de fracture compliquée ou de plaie pénétrante articulaire : il ne guérissait, du moins dans nos milieux hospitaliers, qu'au prix de suppurations prolongées, souvent de la perte d'un membre, souvent aussi d'infirmités incurables.

Tous ces accidents ont aujourd'hui disparu ; la chirurgie conservatrice affirme de plus en plus ses droits. Et pour obtenir ces résultats, il ne s'agit pas de procédés compliqués, à la portée seulement des grands maîtres : il suffit d'être *propre*, la propreté, n'étant pas, il est vrai, toute l'antisepsie, mais son élément primordial, souvent suffisant, en tout cas indispensable. Ces conditions, le praticien peut les réaliser toujours et partout.

Après quelques détails sur le matériel antiseptique nécessaire, nous esquisserons le traitement applicable à toute plaie. Nous terminerons par un exposé sommaire de la conduite à tenir dans certains cas particuliers : plaies de tête et des membres, fractures compliquées, plaies pénétrantes des articulations.

La trousse classique doit disparaître : outre qu'elle renferme nombre d'instruments démodés, difficiles à nettoyer, dont on ne se sert guère, elle manque de certains autres, d'usage commun. Aussi tout praticien doit se créer un petit arsenal chirurgical : deux bistouris à manche métallique, une douzaine de pinces hémostatiques, une pince à disséquer, des aiguilles droites et courbes, fortes, avec ou sans porte-aiguille, un stylet, une sonde cannelée. • L'aiguille de Reverdin est commode, mais son prix est élevé, sa construction délicate, sa propreté difficilement assurée. Qu'on y joigne du fil de soie, de lin ou de chanvre, assez gros, quelques paquets de coton hydrophile et gaze iodoformée, salolée ou phéniquée, on aura tout ce qui est nécessaire pour la chirurgie courante : inciser, débrider, lier, suturer, panser. On pourrait à la rigueur faire une amputation

Dans les cas urgents, on peut se servir avec avantage d'eau de fontaine, bouillie et refroidie, pour nettoyer la plaie, tremper les instruments, imbiber les tampons d'ouate. L'eau-de-vie, qu'on trouve dans toutes les maisons, est un précieux adjuvant. Mais quand la plaie est souillée, il est bon d'user d'antiseptiques. L'acide phénique et le bichlorure de mercure sont les plus employés. On les formulera ainsi:

- a) R. Acide phénique..... 50 gr.
 Alcool 50 gr.
 Eau filtrée et bouillie.....900 gr.
- b) Bichlorure de mercure..... 1 gr.
 Alcool..... 50 gr.
 Eau filtrée et bouillie.....900 gr.

Dédoubler ces solutions, avec de l'eau filtrée et bouillie avant de s'en servir.

Le bichlorure est remplacé avantageusement par le biiodure de mercure, qui est plus antiseptique.

- c) R. Biiodure de mercure..... 0,50 centigr.
 Iodure de potassium..... 0,50 "
 Alcool.....50 gr.
 Eau filtrée et bouillie.....950 "

Les solutions boriquées sont indiquées quand la plaie intéresse une muqueuse ou avoisine un organe délicat tel que l'œil. Peu antiseptique l'acide borique ne possède qu'un degré de solubilité faible dans l'eau (4 pour 100 à chaud).

Le naphthol est plus antiseptique, mais plus irritant: on le prescrit en solution saturée dans l'eau.

La teinture d'iode, le chlorure de zinc à 1 pour 10, la créosote constituent des antiseptiques puissants très précieux dans les plaies virulentes.

Le praticien aura chez lui des solutions mères titrées d'acide phénique et de sublimé, afin de pouvoir à tout instant improviser une solution antiseptique. Il lui sera loisible d'utiliser à cet effet les petits paquets antiseptiques, qu'un décret récent vient de mettre entre les mains des sages-femmes.

Peut-être nous saura-t-on gré aussi d'indiquer un procédé rapide et pratique pour se désinfecter les mains, quand ayant assisté une femme atteinte d'infection puerpérale, par exemple, on est appelé à traiter une fracture compliquée, une plaie articulaire... Il suffit de faire dissoudre dans l'eau quelques cristaux de permanganate de potasse, conservés dans un flacon bouché à l'émeri et d'y plonger les mains et les avant-bras, préalablement lavés, à la brosse et au savon, jusqu'à ce que la peau soit colorée en brun foncé. Le permanganate de potasse détruit toutes les matières organiques, par suite les micro-organismes en les oxydant. Pour enlever l'excès de permanganate et rendre à la peau sa blancheur on se lavera dans une solution de bisulfite de soude à 5 pour 100.

Les instruments seront toujours l'objet d'un soin spécial: ils doivent être maintenus dans un état de propreté parfaite. La brosse et le savon sont indispensables. Avant de s'en servir on les plongera pendant dix minutes dans l'eau bouillante, ou bien on les passera dans la flamme d'une lampe à alcool, ou mieux on les fera flamber pendant une minute dans un récipient métallique contenant de l'alcool en flamme. Pendant l'intervention on les déposera dans un plat contenant une solution phéniquée.

Quelques tampons d'ouate hydrophile, gros comme une noix, seront placés dans une solution d'acide phénique ou de sublimé: exprimés, ils constituent de bonnes éponges.

Dès que le médecin arrive auprès d'un blessé, il doit momentanément recouvrir la plaie de pièces antiseptiques, quelle que soit sa variété. Cela fait, on pourra transporter le malade, le déshabiller...sans risquer de le contaminer, si la contamination n'est pas déjà faite. Il faut procéder ensuite à un nettoyage soigné de toute la région qui entoure la plaie. User largement de la brosse et du savon, raser, s'il en est besoin. Laver toujours en allant de la plaie vers la périphérie. Laver, la plaie restant couverte par le pansement provisoire, avec éther, chloroforme, alcool, solution d'acide phénique ou de sublimé, avec de l'eau commune bouillie, en un mot avec ce qu'on a sous la main. Le champ opératoire étant très propre, découvrir la plaie, la déterger soigneusement, enlever tous les corps étrangers: caillots de sang, graviers, débris de vêtements, fétus de paille, éclats de verre, esquilles osseuses. La nettoyer avec une solution d'acide phénique ou de sublimé. Il faut se montrer très sobre d'exploration dans les plaies des parois abdominales, des parois thoraciques, des grandes articulations, à moins qu'il n'y ait indication d'intervention immédiate. En tout cas, on ne "sonde la plaie" qu'avec des instruments idéalement propres, c'est-à-dire bouillis et flambés. On se gardera d'aller à la recherche d'une balle, pour en pratiquer l'extraction. On n'est autorisé à l'extirper qu'autant qu'elle est superficielle, à fleur de peau, et encore faut-il s'entourer de précautions antiseptiques. Y a-t-il hémorrhagie, on cherche l'artère coupée, on en pince les deux bouts, autant que possible, avec des pinces hémostatiques et on les lie.

Les plaies des tendons, des nerfs seront la source d'indications spéciales, que nous allons retrouver plus loin.

Le drainage donne beaucoup de sécurité: aussi ne faut-il pas craindre de l'employer. Il permet de faire des sutures, même avec des tissus meurtris. On se sert de crins de Florence ou de fils de soie.

Les pansements exclusifs avec le collodion iodoformé ou salolé donnent de bons résultats dans certaines plaies nettes et étroites. Quand, par exemple, on a à soigner des malades atteints d'une plaie de l'abdomen, pénétrante ou non, ce mode de pansement est

excellent. Mais, dans les circonstances ordinaires, c'est à la gaze iodoformée ou salolée et à la ouate hydrophile qu'on donne la préférence. Les plaies virulentes, infectées, exigent des bains locaux antiseptiques, suivis de l'application de compresses imbibées d'une solution de sublimé ou d'acide phénique.

A l'exception du pansement humide, tous les pansements doivent être rares. On peut, suivant les cas, les laisser en place pendant 8 jours, 15 jours, 3 semaines ou un mois. On se laisse guider par la marche de la température.

Plaie du cuir chevelu.—Elles sont variables dans leur étendue et leurs lésions anatomiques. Habituellement, quel que soit le corps vulnérant, les lèvres de la solution de continuité sont nettement coupées. Une disposition fréquente, c'est le décollement du cuir chevelu, qui a glissé sur le plan résistant formé par les parois du crâne. L'hémorrhagie n'est pas chose rare, et, comme les vaisseaux sont maintenus béants par les tissus fibreux dans lesquels ils cheminent, il peut être difficile de les rechercher pour les lier. La compression est un moyen efficace, auquel on ne manquera pas d'avoir recours.

Autrefois une plaie du cuir chevelu était souvent suivie d'érysipèle, d'infection purulente, de phlébite des sinus, etc. Aujourd'hui, toutes ces complications n'existent plus, si on a le soin de traiter la plaie antiseptiquement et de réunir la solution de continuité. Après avoir lavé les téguments et pratiqué une large tonsure autour de la plaie, on débarrasse cette dernière de tous les corps étrangers qu'elle peut contenir et on la nettoie avec une solution antiseptique. Les lambeaux sont soulevés, soigneusement abstergés à leur partie profonde: parfois un petit caillot obstrue une artère, il suffit de l'enlever, pour voir l'hémorrhagie disparaître; on l'arrête soit par la ligature, soit par la compression. Si le vaisseau ne peut être saisi, on passera un fil de suture, de telle sorte qu'après striction, le vaisseau soit lié.

Il ne reste plus qu'à affronter les lèvres de la plaie et pratiquer des sutures, soit avec le crin de Florence, soit avec le fil de soie. Si la plaie est suspecte, on pourra la drainer avec une petite mèche de gaze antiseptique; c'est au pansement iodoformé qu'on donnera ici la préférence. La compression doit être énergique: elle constitue un élément important de réunion primitive.

Le malade, mis au repos, sera surveillé et sa température prise matin et soir. S'il se produit au bout de 24 ou de 48 heures une élévation thermique, il y a lieu d'enlever le pansement, pour se rendre compte de l'état des parties. Si celles-ci sont gonflées, turgides, soulevées par des liquides accumulés au-dessous du cuir chevelu, il faut sans tarder enlever les points de sutures. La réunion primitive a échoué: on ne peut compter que sur la réunion secondaire. Cette éventualité, qu'il faut bien connaître pour ne pas s'exposer à des mécomptes, est heureusement rare.

A l'ordinaire, les suites opératoires sont apyrétiques. Le 6^e ou le 8^e jour on défait le pansement, la réunion est réalisée, on enlève les fils de sutures. Il suffit d'un 2^e pansement laissé en place pendant une huitaine pour obtenir une réunion parfaite.

Plaies de la face.—Elles méritent toute l'attention du médecin : un double intérêt d'attente à la réunion primitive. Une cicatrisation vicieuse des paupières, des lèvres, du nez sera non seulement *disgracieuse*, mais encore accompagnée de troubles fonctionnels variés (symblépharon, ectropion, trichiasis, atrésie des points lacrymaux) La face se prête merveilleusement à toutes les réparations. L'étendue des délabrements, la contusion des tissus ne doivent pas arrêter le praticien : les résultats obtenus dépasseront les espérances.

Nous avons peu de chose à dire touchant les sutures et le pansement. Les petites aiguilles courbes montées sur un porte-aiguille conviendront admirablement à la petitesse des lambeaux.

Dans les plaies des paupières, le pansement recouvrira l'œil complètement. On interposera une rondelle d'ouate ou de linge fin, pour éviter à la conjonctive et à la cornée le contact de l'air ou de liquides irritants. Il est impossible d'appliquer un pansement régulier sur les lèvres ; des ablutions et des irrigations buccales fréquentes, des compresses boriquées en permanence y suppléeront. On pourra employer aussi le collodion salolé.

Plaies des doigts, du poignet, de l'avant-bras.—Elles offrent certains types de lésion, qui demandent une description spéciale.

Aux doigts, nous envisagerons deux lésions : la piqûre anatomique et la plaie par arrachement. Comment traiter une piqûre anatomique et par suite toute plaie infectée ? comment traiter une plaie par arrachement ?

Jamais une piqûre des doigts, surtout si elle est produite par un objet manifestement infecté, ne doit être négligée ; depuis longtemps déjà on sait qu'il faut la laver, la faire saigner. Si elle est profonde, un peu infractueuse, il faut pratiquer un débridement avec le bistouri ou ordonner des maniluves antiseptiques. On recouvre les doigts de gaze à l'acide phénique et au sublimé. Grâce à ces précautions, l'infection sera conjurée ou restera limitée. Si elle survenait, on se comporterait comme dans les panaris, les phlegmons de la cuisse ou de l'avant-bras, on incise largement, profondément, on draine, on donne des bains de bras antiseptiques, on poursuit les clapiers purulents par des attouchements avec des antiseptiques forts (teinture d'iode, chlorure de zinc) et au besoin par des cautérisations ignées ; en même temps on relève les forces du malade par les toniques et les boissons alcooliques.—Voici un blessé, dont la main a été prise dans un engrenage, les doigts sont en partie détachés, les articulations sont ouvertes, les phalanges fracturées, les parties molles plus ou moins bien détruites : le bout des doigts ne tient plus que par les téguments. Les

vieux chirurgiens se gardaient bien de rien enlever. Après des péripéties variées et des accidents souvent graves, les parties détachées se séparaient et l'on était surpris de voir tel lambeau, qui paraissait voué au sphacèle, se souder ; en sorte que, finalement, la mutilation était moins grande qu'on ne le supposait au premier abord. Aujourd'hui cette règle est absolue. Les parties ayant été bien nettoyées et lavées avec une solution antiseptique, on s'occupe de chaque doigt isolément. Après avoir coapté les fragments d'une façon parfaite, on enroule tout autour du doigt un morceau de gaze iodoformée, qui remplace avantageusement la lanière de diachylon dont se servaient les anciens chirurgiens. La gaze ainsi enroulée sert à la fois d'attelle et de pansement antiseptique. Chaque doigt ayant été traité de la même manière on les isole avec de la ouate hydrophile. Le pansement est complété avec de la ouate ordinaire et une bande. Il faut emprisonner non seulement la main, mais encore l'avant-bras. Surveiller la température du malade. Ne pas enlever le pansement avant un mois. On trouvera les lambeaux soulevés, la plaie franchement bourgeonnante. Nous proscrivons la planchette des anciens chirurgiens. Elle a l'inconvénient d'ankyloser les doigts et le poignet dans la rectitude. Il sera impossible plus tard d'obtenir la flexion. Dans tous les pansements de la main, on doit placer les doigts dans la demi-flexion. On réalise facilement cette attitude, en plaçant dans la paume un tampon d'ouate gros comme une orange, que le malade tient serré ; par-dessus on applique le pansement. Le tétanos, si fréquent autrefois dans les plaies par arrachement, est maintenant exceptionnel.

Voici un autre malade qui vient de se faire avec des éclats de verre, une plaie de la paume de la main, du poignet, ou du coude. Précisons davantage et supposons qu'il s'agit d'une solution de continuité intéressant le poignet. La plaie occupe la face antérieure, elle est transversale ou oblique, assez profonde. Il y a hémorrhagie, les tendons sont coupés, le cubital et le médian sont intéressés. Que faire ? Passer d'abord au plus pressé.

Si les artères coupées (radiale ou cubitale) ne sont pas rétractées dans leur gaine, on jette rapidement sur elles des pinces hémostatiques. Mais il se peut qu'elles ne soient ni visibles, ni accessibles : dans ce cas on peut employer un autre procédé, surtout applicable quand le praticien est seul, privé d'aides et des ressources offertes par un service hospitalier. Après avoir appliqué sur la plaie une compresse antiseptique, car l'antisepsie ne doit jamais perdre ses droits, on roule seulement une bande d'Esmarch ou, à son défaut, une bande ordinaire, qu'on assujettit au tiers inférieur du bras. Grâce à cette hémostase, le praticien peut à son aise répondre à toutes les indications. Il recherche les bouts des artères et les lie. Au besoin il fait les débridements nécessaires. Les tendons sectionnés sont rapprochés et suturés. Parfois ils sont

rétractés dans leurs gaines et difficiles à atteindre : on fléchit le poignet pour rapprocher leurs extrémités, on presse sur les masses musculaires pour les faire descendre, on débride les gaines pour aller les saisir. S'ils sont sectionnés, le nerf cubital et le nerf médian seront réunis ; à cette suture nerveuse s'attache un intérêt capital. On utilisera pour les sutures le catgut ou, à son défaut, le fil de soie.

Drainage profond et sutures des téguments. Pansement iodoformé et ouaté, la main et le poignet sont placés dans la demi-flexion et immobilisés dans cette situation par le pansement. La surveillance du malade au point de vue de la température permet d'apprécier le moment opportun où le pansement pourra être renouvelé. En détergeant la plaie, il faut avoir bien soin de la débarrasser de tous les éclats de verre qui peuvent l'obstruer ; sinon on sera étonné de voir que la plaie ne se referme pas, qu'il survient des hémorrhagies secondaires jusqu'au jour où ils auront été éliminés. Cette remarque est d'autant plus importante, qu'elle s'applique à tous les corps étrangers qui empêchent la réunion primitive.

Fractures compliquées.—La fracture compliquée, la fracture avec plaie, ne doit plus aujourd'hui entraîner la mort du blessé ; ce n'est même que dans des circonstances rares qu'elle indique l'amputation. Autrefois la mutilation des membres n'était pas discutable et nombre d'opérés, malgré ce sacrifice, mouraient d'infection purulente, de gangrène gazeuse, d'érysipèle, d'embolie et de phlébite...

Et cependant, y a-t-il chose plus simple que le traitement d'une fracture compliquée ?

Prenons pour exemple, la fracture des jambes classique, la fracture en V avec issue du tibia à travers les téguments. Laissons de côté les grands délabrements produits par les roues de tombereau, les éboulements, les chemins de fer, où il y a attrition de tous les tissus, depuis la peau jusqu'au squelette. Ce n'est plus une fracture ordinaire, c'est un écrasement total. L'amputation est commandée. Ici encore, l'antisepsie a fait ressentir ses bienfaits. Si le malade ne meurt pas du shock ou d'hémorrhagie (l'hémorrhagie est rare) et si le praticien est appelé à temps, avant que les tissus contus aient été infectés, il peut par une amputation immédiate, pratiquée très haut et avec des précautions antiseptiques, avec les seuls instruments que nous avons indiqués, conjurer tous les accidents d'infection et notamment de gangrène gazeuse, auquel succombaient jadis les malades. Il sera prudent, en l'espèce, de drainer largement et de ne réunir qu'imparfaitement la plaie. L'apparition de fièvre et de symptômes généraux obligerait à faire sauter tous les points de sutures. Ordinairement, avec le drainage, la réunion se fait en deux temps ; dans une partie, elle est primitive, dans l'autre elle est secondaire.

Revenant à la fracture compliquée, nous allons donner avec quelques détails, la conduite à tenir par le chirurgien. Le malade étant couché, il faut recouvrir la plaie d'un antiseptique (poudre d'ioforme et gaze iodoformée, compresses phéniquées, compresses au sublimé, etc.) Cela fait on procède à un nettoyage parfait du membre autour de la plaie. On lave ensuite avec une solution d'acide phénique ou de sublimé. La plaie se trouve au milieu d'un large champ antiseptique.

Nous la traitons comme nous l'avons déjà fait plus haut. S'il y a hémorrhagie, on l'arrête. Nous pratiquons des attouchements avec des tampons d'ouate imbibés d'une solution phéniquée à cinq pour cent ou de liqueur de Van Swieten, ou d'alcool. Nous évitons de pénétrer profondément de peur d'apporter nous mêmes dans nos manœuvres les germes infectieux au foyer même de la fracture. Là dessus, nous saupoudrons d'iodoforme, nous réduisons la fracture, et nous faisons un pansement avec une couche assez légère d'ouate hydrophile et d'ouate ordinaire.

On prépare des attèles plâtrées dont les dimensions soient en rapport avec le volume de la jambe entourée d'un pansement. Nous recommandons le plâtre de préférence à l'appareil de Scultet ou au silicate.

Le plâtre étant sec, on pratique avec les cisailles de Liston une fenêtre au niveau du siège de la plaie. Les jours suivants, on surveille la température du malade ; habituellement elle ne dépasse pas la normale et le malade guérit sans encombre à la fois de sa fracture et de sa plaie.

Parfois cependant, sans phénomène infectieux graves, la plaie fournit un peu de suintement séro-sanguin et même séro-purulent (on n'est jamais sûr d'éviter une légère infection ; il peut être utile au cours de la consolidation de renouveler le pansement. La chose est d'autant plus aisée qu'à travers la fenêtre taillée sur le plâtre, on peut découper le pansement, voir la plaie, surveiller son évolution, la déterger, la toucher avec des antiseptiques, le tout sans mobiliser les fragments et nuire à leur consolidation. Dans quelques cas, le fragment osseux soulève la peau à tel point qu'il y a imminence de plaie ou de gangrène ultérieure par compression. Ce sera une invitation formelle à se comporter comme s'il existait une plaie.

On nettoiera la région, on recouvrira d'un pansement antiseptique et, après réduction de la fracture, on appliquera des appareils inamovibles. On pourra attendre sans crainte toutes les éventualités. Si la peau s'ulcère et si la plaie vient à communiquer avec le foyer de la fracture, le blessé sera à l'abri de tout danger, parce que ces phénomènes se seront passés dans un milieu aseptique.

Après les fractures compliquées, nous devons dire quelques mots des plaies articulaires. Elles doivent rentrer dans le cadre des fractures avec plaie, sinon au point de vue de l'étiologie, du moins

au point de vue des complications possibles, de la gravité du pronostic, du mode de traitement. L'articulation est-elle largement ouverte, y a-t-il en même temps fracture, esquilles osseuses, corps étranger ? On pratique avec minutie l'antisepsie de la région. On draine avec de gros tubes en caoutchouc : dans certains cas même on suture la synoviale et les téguments. Après avoir appliqué un pansement iodoformé et ouaté compressif, on immobilise la jointure dans une gouttière plâtrée. S'il survient des accidents infectieux généraux et locaux, on n'hésitera pas à débrider largement la jointure.

En résumé, l'antisepsie est facile à réaliser en toute circonstance. Elle n'exige qu'un outillage peu compliqué, tant au point des instruments que des substances anti-septiques et des pièces de pansement. En l'absence même de cet outillage, la propreté obtenue par des lavages minutieux avec la brosse et le savon peut, sinon le remplacer, au moins le suppléer. L'eau bouillante qu'on peut obtenir partout suffit pour avoir des instruments et des pièces de pansement antiseptiques ; de plus le médecin ne doit pas manquer de se désinfecter soigneusement les mains chaque fois qu'il pansé un blessé.—*Concours médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

De la délivrance (1).—Par les Drs DUBIN et CROUZAT.—On désigne sous le nom de *délivrance* l'expulsion ou l'extraction de l'arrière-faix. Il y a *expulsion* lorsque la délivrance s'accomplit sous l'action des seules forces de la nature, c'est-à-dire quand elle est déterminée par les contractions utérines, par les contractions du vagin et par l'effort combinés. Il y a *extraction*, au contraire, lorsque la personne qui assiste à l'accouchement intervient en tirant sur l'arrière-faix.

Nous employons l'expression d'*arrière-faix* et non celle plus couramment usitée de *placenta*, car il ne faut pas oublier la présence des membranes ; elles font partie de l'arrière-faix, comme le placenta et le cordon, et leur sortie a une grande importance au point de vue clinique, au point de vue des suites de couches.

Le mécanisme de la délivrance comprend trois temps : dans le premier temps, il y a décollement du placenta ; dans le deuxième temps, passage du placenta de la cavité utérine dans le vagin ;

(1) Extrait d'un volume qui a paru le 10 août et intitulé : *La Pratique des Accouchements à l'usage des sages-femmes.*

dans le troisième temps, expulsion de l'arrière-faix hors des voies génitales.

1er Temps.—DÉCOLLEMENT DU PLACENTA.—D'après Baudelocque, le décollement du placenta commencerait soit par le centre, soit par un point de sa circonférence. Si c'est le centre qui se détache le premier, "le milieu du placenta est poussé en avant, cette masse se renverse sur elle-même, elle vient offrir sa surface recouverte de membranes et de vaisseaux à l'orifice de la matrice, et dans la suite à l'entrée du vagin, et elle forme en arrière une poche qui se remplit de sang." On a comparé l'aspect que présentent alors le placenta et le cordon à celui d'un parapluie retourné par le vent. Il s'échappe après l'arrière-faix une notable quantité de sang qui s'était accumulée dans la poche constituée par les membranes.

Lorsque le décollement a lieu par la *périphérie*, tantôt il commence par le bord supérieur du placenta, tantôt par son bord inférieur. Si c'est le bord supérieur qui s'est détaché, il se forme également une poche, contenant du sang ou des caillots. Si c'est le bord inférieur qui se sépare le premier, cette séparation a lieu de bas en haut, "le placenta se roule sur lui-même en forme de cylindre ou d'ovale selon la longueur de la matrice." Sa sortie sera toujours précédée alors d'un peu et quelquefois de beaucoup de sang fluide (Baudelocque).

Matthews Duncan a invoqué un autre mécanisme. Il a remarqué qu'il existe un certain nombre de délivrances dans lesquelles les femmes ne perdent absolument pas, c'est à peine si une légère couche de sang barbouille alors la surface des cotylédons: de plus, il croit que ce sont les tractions intempestives exercées sur le cordon qui déterminent le plus souvent le renversement du placenta. Pour lui, cet organe s'avance généralement en présentant son bord; sa surface utérine glisse le long de la matrice. Les parois musculaires demeurent appliquées sur l'arrière-faix qu'elles poussent en bas et l'utérus est bientôt globuleux et vide; il y a peu d'écoulement sanguin.

2e Temps.—PASSAGE DU PLACENTA DE LA CAVITÉ UTÉRINE DANS LE VAGIN.—Les contractions chassent le placenta décollé de l'utérus dans la cavité vaginale, les membranes le suivent. Cette descente s'opère d'autant plus facilement que les vaisseaux fœtaux du placenta ne contiennent presque plus de sang; ce dernier résultat a été obtenu si on a fait la ligature tardive ou si on n'a pas placé du fil sur le bout placentaire du cordon. Quelquefois, les membranes restent adhérentes pendant un certain temps à la paroi de la matrice, mais grâce aux tiraillements qu'exerce alors le placenta, elles finissent par se détacher et l'arrière-faix arrive jusqu'à l'orifice vulvaire. Au bout de 20 à 30 minutes environ ce second temps est en général terminé.

3e Temps.—EXPULSION DE L'ARRIÈRE-FAIX HORS DES VOIES GÉ-

NITALES.—D'après les expériences qui ont été faites à l'instigation de P. Dubois, le placenta arrivé dans le vagin y séjournerait un certain temps, pendant une heure, une heure et demie, deux heures et même davantage, car les parois de cet organe très distendues par le passage du fœtus ne reviennent que lentement sur elles-mêmes. Il n'est pas rare cependant de voir le troisième temps s'accomplir beaucoup plus vite si l'accouchée contracte ses parois abdominales et fait un effort.

Toutes les fois que les trois temps de la délivrance s'exécutent seuls, toutes les fois que l'arrière-faix se détache de l'utérus, franchit le col, le vagin et la vulve sous la seule influence des contractions utérines et de l'effort, on dit que la délivrance est *spontanée*.

Si le placenta étant complètement détaché et le premier temps étant accompli, on intervient pour extraire l'arrière-faix retenu dans la cavité vaginale, c'est à-dire pour le troisième temps, ou même pour extraire le placenta retenu dans le segment inférieur de l'utérus, c'est-à-dire pour le deuxième et pour le troisième temps, la délivrance est dite *naturelle*. Lorsqu'on est obligé d'introduire la main dans la cavité utérine pour déterminer ou compléter le décollement du placenta, on fait une *délivrance artificielle*. Dans ce cas, on intervient pour opérer le premier temps.

De la conduite à tenir au moment de la délivrance.—Après l'accouchement, la sage-femme doit surveiller attentivement sa cliente; elle mettra de temps en temps la main sur l'abdomen pour s'assurer si l'utérus est bien rétracté, s'il se contracte régulièrement d'une façon intermittente, formant alors au-dessus du pubis un globe arrondi et dur, ou si, au contraire, il se laisse distendre par du sang qui s'accumule dans son intérieur. La sage-femme s'assurera également s'il ne s'écoule pas trop de sang par la vulve, si l'accouchée ne pâlit pas, en un mot, s'il n'existe aucun signe d'hémorrhagie externe ou interne. Elle devra attendre très patiemment, se gardant bien d'intervenir.

Après vingt ou trente minutes, si la délivrance spontanée n'a pas eu lieu, la sage-femme, après s'être lavé les mains avec grand soin dans la solution de sublimé, peut introduire doucement le doigt à travers l'orifice vulvaire pour chercher si l'arrière-faix est tout entier descendu sur le plancher périnéal; c'est seulement quand les membranes sont complètement séparées de la paroi utérine que le placenta arrive, en général, jusqu'à la partie inférieure du vagin. Si le placenta décollé est encore dans l'utérus ou même s'il n'est qu'en partie descendu dans le canal vaginal, il faut attendre; les contractions de la matrice l'amèneront peu à peu jusqu'à l'orifice vulvaire. Vouloir intervenir plus tôt, c'est risquer de déchirer les membranes et de les laisser dans la cavité utérine.

Il faut surtout et absolument attendre lorsque le placenta est encore adhérent à la paroi utérine. Exercer alors des tractions-

sur le cordon, c'est s'exposer à le rompre, ou à détacher le placenta de la surface non rétractée de la matrice et provoquer, en ouvrant les sinus utérins qui restent béants, une hémorrhagie plus ou moins grave; c'est s'exposer encore, si le placenta demeure quand même adhérent, à entraîner la paroi de la matrice et à déterminer son renversement, son inversion.

Délivrance par tractions.—Lorsqu'on s'est assuré que le placenta est complètement décollé et qu'il repose sur le plancher pelvien, on peut faire la délivrance par tractions. Le cordon ayant été enroulé autour d'un ou de deux doigts recouverts ou non d'un linge, on tire en avant puis en haut, suivant l'axe du canal vaginal et de la vulve; on tire doucement, afin que les membranes sortent sans se déchirer. On recueille avec soin l'arrière-faix dans un vase propre, une petite cuvette par exemple, car il devra être ensuite examiné.

Si le doigt constate que le placenta est engagé à travers l'orifice utérin, mais n'est pas complètement descendu, il faut attendre; faire alors la délivrance, c'est s'exposer à voir les membranes se déchirer et rester en partie dans la matrice. Lorsqu'on patiente, au contraire, les contractions utérines, excitées par la présence de l'arrière-faix dans le col, poussent le placenta qui entraîne peu à peu les enveloppes de l'œuf.

Il arrive parfois que le placenta, bien que totalement décollé, reste dans l'utérus au-dessus de l'orifice du col. Quand le travail a été long et difficile, par exemple, quand le segment inférieur de l'utérus a été tirailé, aminci, les parois de cette région demeurent flasques, et la masse des cotylédons peut ne pas franchir le col; l'excès de volume de l'arrière-faix, l'antéflexion du corps sur le col favorisent aussi cette rétention du placenta.

Dans ce cas, il faut encore patienter; on peut attendre tant que l'orifice utérin ne revient pas sur lui-même et ne menace pas d'emprisonner l'arrière-faix; mais si, après une heure ou une heure et demie, le placenta n'est pas sorti, on doit faire la délivrance par tractions.

Une main est alors appliquée sur le fond de l'utérus, tandis que l'autre saisit le cordon. Cette dernière tire aussi en arrière et en bas autant que possible et, quand le placenta se trouve descendu près de l'orifice vulvaire, les tractions sont faites en avant, puis en haut.

Il arrive parfois que l'arrière-faix, bien que totalement décollé, ne descend point, car les tractions ne sont pas faites réellement dans l'axe du détroit supérieur, mais exercées trop en avant. Il est mieux, les mains étant bien aseptiques, d'introduire deux doigts, l'index et le médium, dans la cavité vaginale, tandis que l'autre main saisit la tige funiculaire. Le cordon contournant l'extrémité des deux doigts qui lui constituent une poulie de renvoi, le placenta ne butte plus contre la paroi antérieure de l'utérus du col, il

descend dans le vagin, d'où il est entraîné au dehors. Du moment où on s'est bien assuré que le placenta décollé repose sur l'orifice utérin, on ne court aucun risque de produire une inversion et la présence d'une main sur le fond de la matrice n'est plus nécessaire.

En général, si on a suffisamment attendu, les membranes sont complètement détachées et elles sortent avec facilité; parfois cependant (le plus souvent alors, l'arrière-faix n'est pas arrivé jusque sur le plancher périnéal) elles sont partiellement adhérentes à l'utérus et on rencontre quelques difficultés pour les extraire. Il faut procéder avec une très grande douceur sous peine de les rompre. On a conseillé plusieurs manières d'agir: on peut, après avoir saisi le placenta à pleine main, lui imprimer un assez grand nombre de mouvements de rotation sur lui-même; on enroule ainsi les enveloppes de l'œuf qui forment une corde assez résistante et se détachent peu à peu de la paroi utérine. Cette méthode est commode, mais on ne se rend pas exactement compte de ce qui se passe; si les membranes se déchirent et restent en partie dans la cavité de la matrice on ne s'en aperçoit que plus tard, en examinant l'arrière-faix.

On peut aussi, après avoir introduit deux doigts jusqu'au voisinage de l'orifice utérin, tirer doucement sur le lambeau resté adhérent; quelquefois même, on fait sur lui poulie de renvoi avec un doigt de l'autre main. Si les membranes se séparent, on continue d'opérer leur décollement; si on les sent se déchirer, on s'arrête et on laisse le placenta pendant quelque temps à l'orifice vulvaire, entre les cuisses de la mère; les tiraillements qu'il exerce par son poids achèvent quelquefois de détacher les membranes.

Dans les cas où on sent que ces dernières se déchirent quoi qu'on fasse, on jette sur elles un fil aussi haut que possible et on les coupe avec des ciseaux en dehors du fil. Au bout de un ou plusieurs jours, des tractions douces faites sur le fil entraîneront le fragment resté dans la cavité utérine.

Délivrance par expression.—On a beaucoup parlé dans ces dernières années de la délivrance par expression et elle est presque exclusivement recommandée dans certains pays. Voici comment on peut la pratiquer.

La sage-femme, après avoir suffisamment attendu et avoir constaté que l'arrière-faix tout entier repose sur le plancher périnéal, place une main sur l'utérus à travers la paroi abdominale: quatre doigts sont passés en arrière de l'organe et appliqués sur la face postérieure de la matrice, tandis que le pouce est mis sur sa face antérieure. Lorsque les contractions surviennent, l'utérus est comprimé en même temps qu'il est poussé de haut en bas, vers l'excavation pelvienne. Il chasse ainsi devant lui l'arrière-faix qui s'échappe alors à travers l'orifice vulvaire.

Si le placenta se trouve en partie dans le vagin et en partie dans

l'utérus, ou bien s'il est retenu en totalité dans le segment inférieur distendu, on peut procéder de la même manière. L'expression, s'ajoutant à la contraction, détermine la sortie de la masse hors de la matrice ; de plus, en appuyant de haut en bas, on l'expulse de la cavité vaginale. L'expression, dans ces cas, accomplit le deuxième et le troisième temps de la délivrance.

Cette méthode présente assurément un avantage : on n'est pas obligé d'introduire les doigts dans le vagin et à travers l'orifice vulvaire plus ou moins lésé ; mais, en revanche, la pression exercée sur l'utérus est quelquefois douloureuse ; de plus, le placenta étant chassé comme un noyau de cerise comprimé entre l'extrémité des doigts, il n'est pas rare, si on est intervenu trop tôt, de voir les membranes se déchirer et rester en partie ou en totalité dans la cavité de la matrice.

Nous conseillons donc aux sages-femmes de pratiquer de préférence la délivrance par tractions, après avoir suffisamment attendu, après s'être assurées que le premier et le second temps se sont accomplis spontanément ; elles doivent cependant connaître la méthode par expression à laquelle elles pourront avoir recours dans certains cas particuliers, dont nous parlerons en étudiant les difficultés et les accidents de la délivrance.

Examen de l'arrière-faix.—L'arrière-faix ayant été recueilli, comme nous l'avons dit, dans un vase propre, il faut que la sage-femme l'examine avec soin pour s'assurer qu'il est complet. Elle relève les membranes sur la face fœtale du placenta dont la face utérine se trouve ainsi mise à découvert. L'inspection de cette face utérine permet de voir s'il ne manque aucun cotylédon ; quant aux membranes, elles présentent l'ouverture par laquelle est sorti l'enfant. Si elles sont très déchirées, il faut s'assurer que les lambeaux sont suffisamment étendus pour permettre de reconstituer toutes les parois de l'œuf.

Il existe quelquefois, des *cotylédons supplémentaires* : l'un de ces cotylédons a pu se détacher de l'arrière-faix et rester dans la cavité utérine. Il suffira de se rappeler que tout cotylédon reçoit des vaisseaux fœtaux ; si donc un cotylédon supplémentaire s'est détaché de l'arrière-faix, en examinant avec soin les membranes, on verra que les vaisseaux cheminant dans leur épaisseur ont été rompus et laissent des ouvertures béantes.

Au moment de la délivrance, il s'échappe par les organes génitaux externes une quantité de sang qui avait été estimée autrefois à 700 gr. environ. Cette évaluation est certainement exagérée, et on considérerait aujourd'hui comme ayant une hémorragie une femme qui perdrait autant. En procédant ainsi que nous l'avons indiqué, l'écoulement sanguin ne dépassera guère en moyenne 150 ou 200 grammes.

De la délivrance dans la grossesse gémellaire.—Dans la grossesse gémellaire il peut exister deux placentas, mais le plus souvent la

masse formée par l'arrière-faix est unique. Aussi ne doit-on pas, après la sortie du premier enfant, exercer la moindre traction sur le cordon. En le faisant, on s'exposerait à décoller le placenta, à déterminer une hémorrhagie grave pour la mère, grave et souvent mortelle pour le second fœtus. Ce n'est qu'après la sortie du deuxième enfant qu'on fera la délivrance, en opérant comme nous l'avons dit pour l'accouchement simple, c'est-à-dire en ayant soin d'attendre que l'arrière-faix soit tout entier descendu sur le plancher périnéal. Si cependant, deux placentas distincts existant, on constatait, avant le second accouchement, la présence à l'orifice vulvaire de l'arrière-faix appartenant au premier enfant, on serait autorisé à l'extraire.

Traitement de l'endométrite chronique.—Le traitement de cette lésion consiste en un drainage de la cavité utérine et l'application d'astringents légers ou caustiques sur l'endométrium. On doit accorder la préférence à la teinture d'iode, cependant on peut appliquer, une fois au début du traitement, du phénol iodé. Il faut avoir soin de protéger les parois du vagin, surtout au niveau des culs-de-sacs, au moyen de ouate ou de toute autre matière absorbante [gaze, etc.], car l'acide phénique ou l'iode détruisent l'épithélium du vagin.

Cette application se fait au moyen d'une petite parcelle de ouate qu'on entoure autour d'une tige métallique moussée ou d'une baleine. Cette tige, imprégnée du liquide choisi, est introduite dans la cavité utérine, et maintenue en place pendant une minute au plus, car en retirant l'instrument trop rapidement, il peut arriver qu'on arrache l'eschare qui vient d'être produite par le liquide caustique. Vous pouvez placer sur le col des tampons préparés à l'avance au tannin et à l'iodoforme, dès que l'application du caustique est terminée. Il faut recommander à votre malade de garder le repos le reste de la journée, d'enlever les tampons le lendemain matin, et de prendre immédiatement après, une injection d'eau à 45° degrés, injection qui sera prise couchée. Quatre jours après, vous pouvez recommencer à faire une application intra-utérine et quand vous vous apercevrez qu'il n'y a que peu ou point d'écoulement, vous pourrez en conclure que la cautérisation a été suffisante. C'est alors que vous pourrez appliquer de la teinture d'iode par le même procédé. Ces badigeonnages de teinture d'iode peuvent être répétés pendant plusieurs semaines, même pendant plusieurs mois.

Des gynécologues éminents prétendent que les applications intra-utérines ne guérissent pas les maladies.

J'admets que ce traitement n'est pas aussi efficace qu'on pourrait le désirer, cependant les malades peuvent en retirer des avantages. J'ai certainement guéri un certain nombre d'endométrites chroniques par ce procédé, et si je n'avais pas essayé de les guérir par des applications intra-utérines, je n'aurais jamais eu de succès.

Ces applications sur l'endomètre peuvent être faites par d'autres moyens que ceux que j'ai indiqués au commencement de cet article. L'injection de teinture d'iode ou d'un autre liquide dans l'utérus au moyen d'une seringue est un procédé plus efficace, mais il peut se montrer si efficace, qu'il vous enlèvera toute envie de l'employer une seconde fois. J'ai vu apparaître à sa suite des coliques utérines très violentes, si violentes même que la malade tombait en syncope. Il y a eu des cas de mort par péritonite à la suite de ces injections intra-utérines. Aussi je vous engage vivement à ne pas vous servir de ce procédé pour introduire des agents médicamenteux dans la cavité utérine.

J'emploie fort souvent, en application intra-utérine, une solution de chlorure de zinc à 50/100. C'est un remède très efficace, mais il est absolument nécessaire de faire garder le lit à la malade immédiatement après cette application. On peut l'employer, une fois tous les dix jours, mais un petit nombre de fois dans chaque cas.

La condition *sine qua non* des applications intra-utérines est que le canal utérin soit perméable, et que les orifices interne et externe soient assez ouverts pour mettre l'introduction d'une tige assez volumineuse, garnie d'une couche de ouate, jusqu'au fond de la cavité utérine. Bien entendu, il faut tout d'abord faire disparaître la cause de l'endométrite par un traitement approprié, si vous pouvez en découvrir la véritable cause, telle que congestion pelvienne, prolapsus, constipation, pléthore abdominale ou toute autre condition.—*Gazette de gynécologie.*

PÆDIATRIE.

Des accidents méningitiques de la syphilis héréditaire chez les enfants et en particulier chez les très jeunes.—Ces accidents sont facilement confondus avec la méningite tuberculeuse. M. le Dr STÆBER en a observé deux cas à l'hôpital des Enfants malades, dans le service de M. Hutinel et il a pu réunir 34 observations qui lui ont permis de faire sur ce sujet un très intéressant travail (*thèse, 1891*).

M. Fournier, qui s'est occupé de la méningite syphilitique héréditaire, la considère comme moins rare qu'on ne le croit généralement.

Il existe dans la science des observations de méningites dites tuberculeuses qui ont cédé au traitement anti-syphilitique.

L'influence de la syphilis héréditaire sur les facultés intellectuelles a été établie par un certain nombre d'observations. Les affections cérébrales déterminées chez les enfants par l'hérédité syphilitique sont les mêmes que celles que l'on rencontre chez les adultes.

M. Bouchut a vu au dixième jour d'une éruption de syphilides chez une petite fille de six semaines, une paralysie subite et générale des quatre membres, qui laissant intacte la sensibilité, enleva toute faculté motrice.

L'enfant et la nourrice prirent de la liqueur de Van Swieten. Au troisième jour, les jambes reprirent le mouvement, tandis que les deux bras restèrent paralysés. Le traitement fut continué et au sixième jour les bras commencèrent à se mouvoir.

Les courants continus furent employés alors concurremment avec la liqueur de Van Swieten et l'enfant guérit.

L'enfant peut contracter la syphilis après la naissance et être contaminé par des causes diverses. On sait que la syphilis acquise détermine quelquefois des accidents cérébraux et médullaires précoces. Bien qu'il n'existe pas d'observations analogues chez l'enfant, il n'est pas impossible que de pareils accidents se produisent chez lui dans les mêmes conditions, c'est-à-dire dans un délai très court après la contamination.

D'après M. Fournier, l'enfant est déjà puissamment prédisposé à la méningite de par le fait même qu'il est syphilitique. "Un point qui ne fait pas de doute, dit-il, c'est que les enfants issus d'ascendants syphilitiques, présentent une prédisposition intense aux affections du système nerveux. Un grand nombre, par exemple, meurent de convulsions. Les mêmes enfants sont encore puissamment prédisposés à la méningite. Je ne serais pas surpris que les prétendus succès de l'iodure de potassium dans la méningite tuberculeuse fussent explicables par le caractère spécifique des lésions contre lesquelles le remède était administré. En d'autres termes, il ne me paraît pas impossible que l'iodure ait guéri, en autant que syphilitiques, des méningites indûment réputées tuberculeuses." (Alf. Fournier, *Syphilis et mariage*).

En ce qui concerne l'âge, dit M. Stœber, il y a une différence entre la méningite syphilitique et la méningite tuberculeuse en ce sens que la première peut atteindre des enfants très jeunes, âgés à peine de quelques jours ou de quelques mois aussi bien que des enfants plus âgés et même des adolescents et des adultes comme dans les cas de syphilis héréditaire tardive, tandis que la méningite tuberculeuse est considérée comme rare avant un an. Elle existe cependant dans les premiers mois de la vie et son développement à cette période n'est plus contesté.

C'est avec certaines formes de méningite tuberculeuse que l'on pourra confondre les accidents méningitiques déterminés par la syphilis héréditaire et réciproquement. Il n'est pas impossible

qu'ils puissent en imposer momentanément pour une des affections qui sont quelquefois prises pour une méningite tuberculeuse au début, mais l'erreur ne pourra être de longue durée.

Avec les tumeurs de l'encéphale et notamment avec le tubercule, le diagnostic sera des plus difficiles et souvent impossible. Il faudra étudier les antécédents du malade, son état général, son aspect extérieur particulier suivant qu'il sera hérédosyphilitique ou tuberculeux, la tuberculisation d'autres organes pourront faire pencher en faveur d'une tumeur de nature tuberculeuse plutôt qu'en faveur d'une gomme ou inversement, mais quelquefois ces éléments réunis d'appréciation, joints même à l'influence du traitement ne permettront aucune affirmation et l'autopsie seule pourra trancher la question microscopiquement.

M. Fournier a relevé dans sa pratique plusieurs cas de ce genre qui ont donné le change à divers médecins et à lui-même. L'erreur se conçoit et de nombreuses raisons rendront la méprise possible et facile.

Les deux maladies en question affectent d'abord les sujets du même âge, elles ont ensuite toutes deux les mêmes prodromes.

En certaines conditions, le diagnostic différentiel de la syphilis cérébrale et de la méningite tuberculeuse est non pas difficile, mais impossible même. D'abord il est impossible manifestement dans la période de début. De plus il est non moins impossible quelquefois dans une phase plus avancée, alors que le médecin ne dispose que d'un petit nombre de symptômes équivoques, susceptibles d'être rattachés tout aussi bien à l'une qu'à l'autre maladie.

Ainsi, il y a entre les deux maladies des analogies telles, au point de vue clinique, qu'au début et même dans le cours de l'affection, il est impossible de se prononcer plutôt en faveur de l'une que de l'autre et cela, en dépit de la longue durée des accidents, de leur évolution, de l'influence favorable de la médication antisypilitique et des antécédents les plus nets d'une syphilis héréditaire.

Bien plus, les manifestations de ces deux infections ont entre elles de telles analogies qu'il est souvent difficile de les distinguer. Dans les deux cas, ce sont des processus irritatifs à évolution lente, à tendance progressive, qui peuvent amener l'ulcération, la suppuration ou la sclérose des parties envahies. La syphilis détermine dans les organes l'apparition de gommes qui ressemblent singulièrement à des noyaux tuberculeux ou à des amas caséux.

Voici cependant quelques signes donnés par M. Fournier :

1o Dans la syphilis cérébrale, absence constante de fièvre, sauf en certains cas rares et même exceptionnels.

2o On ne rencontre pas dans la syphilis cérébrale ces symptômes habituels de la méningite tuberculeuse tels que : les alternatives subites de rougeur et de pâleur du visage ; le ventre en bateau, les variabilités du pouls, ses irrégularités ; le manque de

concordance entre la température qui peut être élevée avec un pouls ralenti, etc.

3o On ne trouve pas, au moins aussi communément, dans les encéphalopathies de la syphilis que dans la méningite tuberculeuse les cris hydrocéphaliques (que M. Fournier déclare n'avoir jamais entendus chez ses malades), la constipation intense du début, les vomissements "en fusée", le délire, la photophobie, les contractures, le grincement, le mâchonnement, l'opisthotonos, etc., etc.

4o L'aspect "presque hostile et haineux", la physionomie spéciale du malade, le décubitus en chien de fusil appartiennent plutôt à la méningite tuberculeuse.

5o L'amaigrissement, les modifications dans l'état général sont plus rapides dans la méningite tuberculeuse. "Plus souvent encore, ajoute M. Fournier, la syphilis cérébrale héréditaire a été confondue avec des tumeurs de l'encéphale, notamment avec la plus commune de ces tumeurs, le tubercule. L'erreur est, en l'espèce, naturelle et facile, d'autant que la syphilis détermine parfois des tumeurs de l'encéphale et en affecte par conséquent la symptomatologie."

Toutefois il ne faut pas perdre de vue les prédispositions héréditaires, les antécédents personnels, l'influence momentanément heureuse du traitement spécifique.

Le plus souvent le diagnostic se posera donc entre le tubercule cérébral provoquant des accidents méningitiques et une lésion cérébrale de nature spécifique ayant amené soit de la pachyméningite, de l'arachnitis, avec adhérences des méninges entre elles ou au cerveau, soit des gommès, soit encore des lésions osseuses du crâne ayant retenti sur l'encéphale par compression ou irritation. Les autres tumeurs sont assez rares sur l'enfant.

Toute l'importance de la question gît dans le diagnostic. Le pronostic et le traitement en sont la conséquence.

Le méningite syphilitique et la méningite tuberculeuse ne diffèrent entr'elles que par des nuances. Toutefois il ne faut point perdre de vue que dans la méningite tuberculeuse, les paralysies ouvrent rarement la scène, tandis qu'elles sont plus souvent signalées au début de la méningite syphilitique.

Dans la méningite syphilitique on trouvera souvent de l'apyrexie au lieu de trouver de la fièvre; le cri sera plaintif au lieu d'avoir le caractère du véritable cri hydrocéphalique; le pouls sera régulier ou irrégulier, mais non ralenti comme à certains moments de la méningite tuberculeuse, la respiration moins souvent irrégulière et affectant rarement le type de Cheyne-Stokes.

La rétraction du ventre en bateau, les vomissements en fusée, la constipation, le délire, les contractures, le mâchonnement ont encore été signalés comme étant plutôt le propre de la méningite tuberculeuse.

Il en est de même de l'habitus des malades et du décubitus téral en chien de fusil.

L'amaigrissement serait plus rapide chez les tuberculeux.

Mais si l'on a affaire au tubercule de l'encéphale ayant provoqué des accidents méningitiques, les nuances s'effacent, et qu'il s'agisse d'une lésion syphilitique ou d'une lésion tuberculeuse, les mêmes symptômes deviennent communs à l'une et à l'autre. Les mêmes nuances, les mêmes irrégularités qui différenciaient la méningite tuberculeuse de la méningite syphilitique vont rapprocher celle-ci du tubercule de l'encéphale.

Ces nuances doivent être néanmoins relevées avec soin, elles peuvent faire songer à la possibilité d'accidents dus à la syphilis héréditaire. faire ouvrir une enquête sur les antécédents héréditaires et personnels du petit malade et faire instituer un traitement rationnel.

Les résultats affirmatifs de l'enquête au point de vue de la syphilis héréditaire et l'amélioration produite dans l'état du malade par le traitement spécifique, autorisent-ils à se prononcer en faveur d'une lésion syphilitique plutôt que tuberculeuse? Même dans ce cas il faut réserver le diagnostic et chez des hérédo-syphilitiques, le traitement par le mercure et l'iodure de potassium peut avoir sur des accidents méningitiques d'origine tuberculeuse une influence favorable.

Ce traitement devra donc être institué chez les enfants dans certains cas de méningite à forme irrégulière, même en l'absence de renseignements précis sur les antécédents, car la syphilis peut être la cause des symptômes observés, et s'il n'y a pas lieu de conclure trop hâtivement des résultats obtenus, que l'on se trouvait en présence d'accidents syphilitiques, il n'en faut pas moins prescrire, suivant les préceptes du professeur Fournier, c'est-à-dire en frappant vite et fort, le seul traitement qui puisse offrir au malade des chances de s'améliorer et peut-être de guérir.—*Paris médical.*

Pleurésie purulente chez les enfants.—A la Société médicale des hôpitaux, M. le Dr COMBY a rapporté les observations de trois enfants de 3, 4 et 6 ans et demi qui ont été atteints de pleurésies purulentes dans des circonstances identiques, à la suite de pneumonie ou bronchopneumonie aiguë. C'étaient des pleurésies métapneumoniques. Elles l'effraient moins que les pleurésies séreuses, car elles ne sont presque jamais dues au bacille de Koch, mais au pneumocoque ou au streptocoque et elles guérissent généralement par la pleurotomie antiseptique.

M. Comby ne croit pas que les ponctions simples, principalement chez les enfants, suffisent, et qu'avant d'avoir recouru au bistouri, il faut en faire une série indéfinie. Les pleurésies à pneumocoques commandent la pleurotomie, comme les pleurésies

à streptocoques. La ponction simple n'amène qu'une guérison incertaine ; la pleurotomie est la règle.

L'incision de la plèvre doit se faire là où l'on est le plus sûr de rencontrer le pus ; l'incision simple d'un espace intercostal est suffisante, la résection des côtes n'est qu'exceptionnellement indiquée. Les lavages post-opératoires ne doivent pas être fréquents ; M. Comby donne la préférence au sublimé à un gramme pour deux mille ou trois mille grammes d'eau distillée. On passe les drains dans une bande de caoutchouc qui forme ceinture et on les coud solidement à cette bande, afin qu'ils ne puissent se perdre dans la plèvre ni en sortir.

MM. Debove, Bucquoy et Fernet ne partagent pas entièrement l'opinion émise par M. Comby en ce qui concerne le pronostic des pleurésies purulentes.—*Scalpel.*

Les femmes pharmaciens en Russie—Le Conseil de l'Empire vient d'être saisi d'un projet au terme duquel les femmes seront admises à exercer la profession de pharmacien. Des cours sont ouverts dans chacune des universités russes, où les jeunes filles et les femmes âgées de 16 ans au moins et de 40 ans au plus, seront admises à étudier la pharmacie et pourront, après trois années d'études, subir les examens en vue d'obtenir le diplôme.

Robes longues et robes courtes.—Au Conseil sanitaire de la Basse-Autriche, le docteur Oser professeur extraordinaire de médecine interne à la Faculté de Vienne, a proposé de demander au gouverneur de la capitale de prescrire l'enlèvement de la poussière des rues de la ville et de ses faubourgs, afin d'éviter que le port des robes traînantes ne soit une cause constante d'insalubrité.

Il vaudrait peut-être mieux, *par persuasion*, obtenir des dames qu'elles renoncent à une mode, hygiéniquement funeste, parce qu'elle véhicule en effet les poussières et les germes morbides absolument partout. Car quelle que soit la vigilance de l'autorité en Autriche ou ailleurs, il est à présumer que les rues auront toujours de la poussière, des crachats, des déchets organiques et les robes viendront les ramasser.

Il serait si simple de mettre à la mode les robes courtes.

FORMULAIRE

Coqueluche—Naurcelaers.

P.—Bromoforme	20 gouttes.
Alcool.....	2½ drachmes.
Solution de gomme adragante.....	ââ
Sirop de tolu.....	15 drachmes.

M.—Dose : Une cuillerée à café toutes les heures. Bien agiter la fiole.—*Medical and Surgical Reporter.*

Diphthérie nasale—Raulin.

P.—Acide lactique.....	30 grains.
Acide carbolique	45 “
Glycérine pure	1 once.

M.—Appliquez localement lorsque les exsudats auront été enlevés par irrigation.—*Revue de clinique et de thérapeutique.*

Diphthérie. Caldwell.

P.—Papaine.....	2½ drachmes.
Hydronaphtol.....	2 grains.
Acide muriatique.....	15 gouttes.
Eau distillée	3 onces.
Glycérine	2 drachmes.

M.—Dose : En pulvérisations toutes les demi-heures pour dissoudre les exsudats.—*Medical News.*

Aménorrhée.

P.—Bichlorure de mercure.....	3 grains.
Arsenite de soude.....	3 —
Sulfate de strychnine	1½ —
Carbonate de potasse.....	—
Sulfate de fer.....	ââ 45 —

M.—et faire 60 pilules.....

Dose : Une pilule après chaque repas.—*Revue des maladies des femmes.*

Dentition douloureuse

P.—Muriate de cocaïne.....	1½ grain.
Sirop.....	2 drachmes.
Teinture de conium.....	20 gouttes.

M.—Frictionner les gencives plusieurs fois par jour.—*Bulletin de Merck.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTRÉAL, AOUT 1891.

BULLETIN.

Charlatanisme.

Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable,

a dit un poète, et la vérité de ce diction s'affirme tous les jours. La *lettre-circulaire* que nous publions ci-après, pour l'édification de ceux de nos lecteurs qui croient que le charlatanisme est tout en dehors de la profession, nous vient comme une nouvelle confirmation du proverbe. Cette lettre, que nous transmet un confrère indigné, a été distribuée à profusion dans notre bonne ville de Montréal. Comme elle fait désormais partie de la *chose publique*, nous n'avons aucune espèce de scrupule à lui donner, dans les pages de notre journal, une publicité que l'auteur n'a pas cherchée, il est vrai, mais qui procurera à nos lecteurs une *petite fête d'étiquette*. Nous citons *textuellement* :

LA DYPSONMANIE, L'INTEMPÉRANCE, L'ALCOOLISME ET L'ABUS DES
NARCOTIQUES.

Cher Monsieur,

Votre position importante dans la société ne me permet pas de douter de vos dispositions philanthropiques et de vos sentiments dévoués envers la population de notre cher pays; et je ne crois pas me tromper en pensant que vous donnerez connaissance de la présente information aux personnes honorables et fâchées de leur malheur qui ne peuvent manquer de se trouver au nombre de ceux qui sont touchés par le sujet.

Un traitement préservatif est offert aux personnes qui craignent de devenir intempérantes, et un traitement curatif à celles qui le sont devenues.

Cure quasi magique du *Delirium Tremens*, des tremblements, vomissements, piquements, crampes, hallucinations, insomnies, inappétences, etc., etc.

Au lieu de s'aliter pendant plusieurs jours pour souffrir, physiquement et moralement, au-delà de ce qui est imaginable, le patient revient agréablement à lui-même, à son état normal, en 24 heures. Il se trouve ainsi promptement sorti de cette affaiblissement, cette prostration si souvent suivie par la mort. L'intervention du traitement au milieu même d'une fête, qui semble interminable, y met fin soudainement et sans suites fâcheuses.

Des consultations minutieuses sont données, où chaque sujet est informé de la cause de son intempérance et des moyens à employer pour y remédier outre l'emploi de remèdes spéciaux qui ne laissent après leur usage que de la répugnance, de la haine même pour les spiritueux.

A la consultation chaque patient devrait être accompagné d'un parent.

La médecine n'a pu faire que si peu jusqu'aujourd'hui pour les alcooliques, que la publication de la présente est pleinement justifiée, justifiée même aux yeux de la profession, je l'espère, par le sujet récent et philanthropique qu'elle traite.

Remède spécifique : \$5.00 la bouteille. Visite (si nécessaire) \$5.00 pour Montréal ; des extras sont chargés pour les places étrangères, suivant les distances. La consultation est gratuite pour les personnes qui sont traitées. Une bouteille suffit pour la guérison.

Quelques gouttes du Spécifique remettent d'une petite fête d'étiquette!

Votre dévoué serviteur,

Dr., M. D. C. M. V. S. U.

Heures de Consultations :

DE 9 A 11 A. M.

DE 1 A 3 P. M.

DE 7 A 9 P. M.

Médecin-Chirurgien et Oculiste,

Nos,

Montréal.

SPECIALITÉ :—Traitement de la Dypsomanie, de l'Intempérance, de l'Alcoolisme et de l'Abus des Narcotiques.

N'est-ce pas que c'est joliment tourné, grammaire à part ? Eh bien, si nos lecteurs ne le trouvent pas mauvais, nous leur servirons encore de temps à autre de ces petits plats cueillis pour la plupart dans la presse quotidienne, et qui leur donneront une idée de la façon dont certains membres de la profession—*rari nantes*, fort heureusement—ravale la dignité professionnelle,

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LEFORT.—La pratique journalière des hopitaux de Paris par le professeur P. LEFORT. Ce nouveau formulaire est destiné à présenter la *Pratique journalière* des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de Paris,—MM. Ch. Bouchard, Charcot, Debove, Dieulafoy, Dujardin-Beaumetz, Alfred Fournier, Grancher, Félix Guyon, Hallopeau, Hayem, Jaccoud, Landouzy, Lannelongue, LeDentu, Péter, Pinard, Potain, Germain Sée, Pélégand, Segond, Tarnier, Terrier, Tillaux, Vernouil, etc.,—sur les maladies qui se présentent chaque jour à l'observation de tout médecin, et leur traitement par les méthodes nouvelles et en particulier la tiseptie.

Ce formulaire contient le traitement des *maladies classiques* du système nerveux, de la peau, du tube digestif, de l'appareil génito-urinaire, du cœur, de la poitrine, etc. Il contient aussi le traitement des *maladies nouvelles* : ataxie, neurasthénie, tabes, hystérie hémianesthésique, morphinomanie, atonie intestinale, dilatation de l'estomac, dyspepsie, hyperchlorhydrie, névroses gastriques, insuffisance urinaire, métrite, fibromes, influenza, tuberculose, hémoglobinurie, etc.

Cet ouvrage, dû à la collaboration de 135 praticiens, renferme 518 consultations sur les cas les plus nouveaux et les plus variés.

Le médecin est toujours certain, quel que soit son choix, de s'appuyer sur les conseils d'un confrère dont le nom fait autorité.

Pour faciliter les recherches, on a adopté une classification uniforme : *Traitement local, Traitement général, Régime, Prophylaxie*.

Ce formulaire, spécialement consacré aux *médications nouvelles*, complète heureusement le formulaire des *médicaments nouveaux* de Bocquillon-Limousin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le cinquième volume du *Traité de Chirurgie*, publié sous la direction de Duplay et Reclus, a été livré au public à la fin de mai. Écrit par MM. Broca, Heydenreich, Hartmann, etc., il traite de toutes les maladies chirurgicales de l'homme. C'est un excellent livre qui, certainement, est à la tête de quatre prédécesseurs.

Nécrologie.—A Montréal, M. le Dr R. L. MACDONNELL, professeur de clinique médicale à l'Université McGill, médecin du *Montreal General Hospital*.—M. le Dr T. A. RODGERS, chirurgien en chef de la compagnie du chemin de fer le Grand Tronc.—M. le Dr A. G. A. RICARD, ancien professeur de matière médicale à la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, médecin de l'hôpital Notre-Dame.—A Varennes, M. le Dr C. F. PAINCHAUD.

Excellent exemple.—En Bulgarie, il existe une loi en vertu de laquelle le vendeur d'une spécialité médicale est passible de dommages-intérêts, si cette spécialité a été annoncée comme devant guérir telle ou telle maladie et si elle n'a pas atteint son but. Le vendeur peut être même emprisonné, pendant un temps plus ou moins long, pour avoir annoncé une chose contraire à la vérité et préjudiciable à la santé publique.

On n'en arrivera pas à décréter une pareille mesure chez nous, parce que l'on aurait à constater à bref délai, une insuffisance des prisons, ce qui entraînerait du même coup, l'obligation d'agrandir celles-ci ou d'en faire des nouvelles.—*Le Scalpel*, de Liège.

Qui fait appeler le médecin le paie.—Il arrive assez fréquemment que des gens peu scrupuleux, pour se donner vis-à-vis du public, un vernis de générosité et de philanthropie, demande à un médecin de soigner un malade ou un blessé avec les chaleureuses recommandations que l'on sait. Puis ils refusent de régler les honoraires, tout en répétant partout qu'ils ont fait soigner le malade à leurs frais. Toute question pécuniaire à part, le médecin joue un rôle de dupe et devient l'instrument complaisant d'une popularité acquise sur son dos. Il existe à ce sujet un arrêt de la Cour de cassation trop peu connu et qu'il est bon rappeler :

“ Par un arrêt du 2 décembre 1872, la Cour a décidé que celui qui a pris l'initiative d'appeler un médecin auprès d'un malade, peut être considéré par là comme s'étant obligé.” — *Lyon médical*.

Association médicale du Canada.—La réunion annuelle de l'Association médicale du Canada aura lieu à Montréal, les 16, 17 et 18 septembre, dans les salles d'école de l'église St Georges, 15 rue Stanley.

Les travaux dont suit l'énumération sont déjà inscrits au secrétariat.

Adresse en chirurgie.—Dr. PRAEGER, (Napanee, C.B.)

Adresse en médecine.—“ La fièvre intermittente; ses rapports avec les autres maladies et l'influence qu'elle exerce sur elles.”—Dr. GIBNEY, (Chatham, Ont.)

Thérapeutique.—“ De l'eau et de ses usages thérapeutiques de la façon — Dr SPENCER, (Brandon, Man.)

Diagnostique.—“ Du diagnostic précoce du malade Pott comme élément principal du traitement.”—Dr GIBNEY, (New-York)

- Dr John Bidlow (New-York)— La spondylite.
 Dr John Price (Philadelphie) — Plaidoyer en faveur de l'hyss
 térectomie précoce.
 Dr F. Buller (Montréal)— Anomalies fonctionnelles des muscles
 oculaires. (Prendront probablement part à la discussion : les Drs
 Stevens, Roosa et Webster, de New-York.)
 Dr Mullin (Hamilton, Ont.) — Quelques notes sur des cas d'hé
 morrhagie post-puerpérale.
 Dr Cotton, (Cowansville, Qué.)—Appendicite.
 Dr Slack, (Farnham, Qué.)—Cas de chirurgie à la campagne.
 Dr Small, (Ottawa)—Affection maligne du col utérin compliquant
 le travail.
 Dr W. S. Muir, (Truro, N.E.)—Maladie de Graves.
 Dr Geo. Fenwick, (Montréal.)—Pyélite calculuse.
 Dr F. J. Shepherd, (Montréal.)—Cas de hernie coecale étranglée.
 Dr Buller, (Montréal.)—Chirurgie conservatrice de l'œil.
 Dr A. A. Foucher, (Montréal.)—Contribution à l'étiologie des
 dacryocystites.
 Dr James Bell, (Montréal.) — Traitement local de la tuberculose
 vésicale par incision suprapubienne.
 Dr R. F. Ruttan, (Montréal.)—Le plomb et l'eau potable.
 Dr Wyatt Johnson, (Montréal.)—De l'examen microscopique des
 crachats dans les maladies du cœur.
 Dr Phelps, (New-York.)—Traitement mécanique des maladies de
 l'articulation coxo-fémorale.
 Dr MacCallum, (Toronto.)—Pathologie de l'anémie.
 Des communications seront également faites par les Drs T. J.
 Alloway, Major, G. E. Armstrong, H. Lafleur et Laphorn-Smith,
 de Montréal.

Cette année, la réunion de l'Association présentera un trait
 aussi nouveau que plein d'intérêt dans le fait que les membres
 iront visiter les trois grands hôpitaux de Montréal : le *Montreal
 General Hospital*, l'hôpital Notre-Dame et l'Hôtel-Dieu. Les
 chefs de clinique feront les honneurs de leurs services respectifs
 et feront voir aux visiteurs les cas les plus intéressants.

Un dîner sera enfin donné aux délégués et aux membres visi-
 teurs par la profession médicale montréalaise, dans les salles de
 l'Hôtel Windsor.

Les membres qui ont l'intention de présenter des travaux à
 l'Association sont priés de vouloir bien communiquer le plus tôt
 possible au Secrétaire, M. le Dr H. S. Birkett, 123 rue Stanley,
 Montréal, le titre de leurs communications.

Naissance.

TURCOT.—A St. Hyacinthe, le 10 juillet 1891, la femme du Dr
 Gaspard Turcot, un fils.

VARIÉTÉS.

Des monstres.

Tout Paris a entendu parler, et même a pu voir sur des affiches de deux mètres de haut, deux jeunes filles réunies entre elles par une sorte de pont au niveau des reins. Ce phénomène n'est pas nouveau et Rosa-Josepha ont de nombreux et célèbres prédécesseurs. Aujourd'hui, simple objet de curiosité, les *monstres* ont compté parmi leurs ancêtres un bouffon en titre d'office (1).

Mais avant, rappelons brièvement ce qu'il faut entendre par ce mot : monstres.

Sous ce titre, on entend désigner des êtres bizarres qui présentent une conformation insolite dans la totalité de leurs parties ou seulement dans quelques unes d'entre elles.

Les monstres, d'après ces différentes conformations, ont été divisés en : *Monstres par défaut*, c'est-à-dire qui sont privés d'un ou plusieurs organes ou de diverses parties du corps. *Monstres par excès*, qui ont des organes plus nombreux qu'à l'ordinaire. *Monstres doubles*, individus qui ont été liés l'un à l'autre d'une façon plus ou moins complète. Ce sont ces derniers qui présentent le plus d'intérêt, ce sont eux aussi que nous étudierons plus spécialement.

Il y a quelques années, l'attention publique a été rappelée sur ces individus étranges par la communication que M. P. Bert a faite sur l'un de ces phénomènes observés par lui.

Il s'agissait d'un enfant de cinq ans, du sexe masculin, qui avait deux têtes, deux thorax, quatre bras, un seul abdomen et une seule paire de jambes. La fusion de ces deux individus se faisait à l'ombilic, ou si l'on veut, c'était un être double au-dessus de l'ombilic, simple au-dessous. Il y avait deux cœurs, quatre poumons, deux estomacs, deux duodénums. Au-dessous, l'unité anatomique était nette pour l'anus, les organes génitaux et les membres inférieurs. Mais si, dans cette partie inférieure, il y avait nettement unité anatomique, il y avait dualité physiologique. Chacun de ces deux monstres se rapportait au membre inférieur qui était de son côté. Ils jouaient, se battaient à l'aide de leurs jambes qu'ils opposaient l'une à l'autre. Ces deux êtres se ressemblaient par les

(1) Dr P. Moreau de Tours, *Fous et Bouffons*, étude physiologique, psychologique et historique.—J.-B. Baillière et fils, édit. Paris 1885.

traits du visage. Ils jouissaient d'une intelligence assez développée. Ils parlaient français, italien et allemand. Ils étaient bien portants. Ils ne pouvaient marcher; ils étaient distincts et indépendants l'un de l'autre dans leurs efforts intellectuels; ils dormaient et mangeaient alternativement. La sensation de la faim et de la soif étaient également indépendantes. Si l'un mangeait, ça ne suffisait pas à l'autre. La dualité de l'estomac entraînait la dualité de la réplétion et de la satisfaction.

Sous le rapport psychique, les monstres doubles, quand ils parviennent à vivre, peuvent avoir des constitutions psychiques différentes.

Sans vouloir faire l'histoire des monstres doubles les plus célèbres, citons parmi eux les frères Siamois, qui vécurent jusqu'à l'âge de 63 ans, se marièrent et eurent des enfants. Distincts et indépendants l'un de l'autre dans leurs efforts intellectuels, la dualité morale était chez eux bien tranchée; tristesse de l'un, joie de l'autre, le calme et la colère, l'entretien entièrement différent qu'ils pouvaient soutenir avec plusieurs personnes, la sobriété de l'un et la tendance de l'autre à se livrer à la boisson, etc.

De même en était-il de Retta et de Christina observées par M. Serres.

Les jumelles de Presbourg, qui étaient réunies seulement par l'extrémité postérieure du thorax, différaient complètement de caractère. L'une était belle, douce, posée, peu sensuelle; l'autre, laide, méchante, querelleuse, ardente. Les violences de la dernière contre sa sœur et leurs disputes étaient si fréquentes que, dans le couvent où le cardinal de Saxe, Zeits, les avait placées, on se vit obligé de leur affecter une surveillante qui ne les quittait pas.

Elles vécurent, en dépit de leur désunion, jusqu'à l'âge de 22 ans.

Paris n'a pas encore oublié Millie-Christine, ce monstre double qui, il y a quelques années, se fit voir dans divers théâtres. Chez elles aussi il y avait dualité psychique bien marquée.

Enfin, nous disions en commençant que les bouffons comptaient dans leurs ancêtres un monstre double. C'était le fou en titre d'office du roi Jacques IV d'Ecosse (1488-1513).

Des deux êtres qui le composaient, l'un était plein d'intelligence et de verve; il était bon musicien et, par sa beauté, aussi bien que par son esprit, charmait les dames de la cour. L'autre, au contraire, était lourd, idiot, ivrogne, à tel point qu'il finit par tuer son frère en mourant lui-même alcoolique (1). Ces deux frères n'étaient jamais d'accord. Ils se battaient et s'arrachaient la bouteille des mains, l'un pour boire, l'autre pour la jeter.—(A suivre)

(1) Dans ces cas, lorsque l'un des deux êtres est mortellement atteint, c'est l'autre, celui qui est bien portant qui meurt le premier. C'est là un fait d'observation qui n'a pas encore reçu d'explication satisfaisante, la mort de l'un entraîne la mort de l'autre, presque instantanément.