

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best 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.

Canadiana.org 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.

- 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.

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires: Continuous pagination.

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des Sciences
accessoire.

VOL. IV. MONTREAL, FEVRIER 1890. No 2.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Clinique du Dr Hingston.

CYSTOCÈLE VAGINALE.—CALCUL PHOSPHATIQUE.—ANKYLOSE.

Messieurs,

La première malade dont j'ai à vous parler m'a été envoyée par son médecin des Etats-Unis avec le diagnostic de tumeur de la paroi antérieure du vagin, et cette femme venait pour en faire faire l'ablation.

A l'examen, je remarquai que cette tumeur n'était pas d'une consistance bien solide et qu'elle diminuait à la pression. J'introduisis un cathéter dans la vessie et en remplaçant le doigt dans le vagin je sentis distinctement le bout du cathéter à travers les parois de la tumeur. Nul doute, c'était bien là une tumeur, mais pas du tout une tumeur du genre que nommait mon confrère; c'était simplement un déplacement de la vessie, cet organe rejeté en arrière faisait hernie dans le vagin (cystocèle vaginale)—le traitement changeait du tout au tout.

Je vous cite ce cas dont le diagnostic n'était pas difficile, comme vous le voyez, pour vous apprendre à faire vos examens avec attention—voyez la consistance de la tumeur, trouvez son origine—ne faites rien à la hâte. Certainement dans ce cas-ci, si le médecin avait pressé un peu sur cette tumeur il se serait aperçu qu'elle céda sous son doigt et que cette pression donnait à la malade des envies d'uriner; il

aurait vu que cette tumeur augmentait de volume pendant les efforts et lorsque la malade n'avait pas uriné depuis longtemps, de là au diagnostic il n'y a qu'un pas.

Maintenant quand à ce qui regarde le traitement, l'on a suggéré plusieurs méthodes. Certains auteurs conseillent d'enlever une partie de la paroi antérieure du vagin, en forme d'ellipse ; quelques-uns veulent même que l'on continue l'incision jusque dans l'intérieur de la vessie. Je n'ai pas jugé nécessaire d'avoir recours à ces méthodes ; de fait, il serait difficile de me faire adopter la seconde. J'ai pratiqué la première avec des avantages plus ou moins marqués. J'ai ordinairement constaté que l'évacuation complète de la vessie et que l'introduction d'un pessaire en anneau où à bulbe suffisaient dans la majorité des cas. C'est cette méthode que nous adopterons ici.

*
* * *

Le patient que vous voyez devant vous est âgé de 64 ans. Depuis quelque temps il se plaint d'uriner très souvent, aussi souvent la nuit que le jour. Au niveau de la région hypogastrique, il éprouve constamment de la douleur. Ses urines ont le même aspect qu'à l'ordinaire. Ces signes sont des indications ou de calcul ou de productions morbides dans la vessie.

Toutefois dans les calculs, les mictions sont plus fréquentes pendant le jour que pendant la nuit : cela se conçoit facilement par les occupations auxquelles l'homme doit vaquer. Ces mouvements déplacent le calcul et augmentent l'irritation de la paroi vésicale.

La douleur est aussi moindre quand le patient est en repos ; elles reviennent ordinairement à la fin de chaque miction, alors que le calcul entraîné par l'urine vient tomber dans le trigone vésical.

Un autre symptôme de calcul que l'on remarque pendant la miction, — mais surtout chez les enfants, — c'est l'arrêt subit du jet de l'urine : cela est dû à ce que le calcul vient fermer le col vésical.

L'homme que nous avons sous les yeux présente une fréquence de micturition, et une douleur continuelle. Le calcul, si calcul il y a, n'est donc pas libre, il doit être stationnaire ou reposant sur une des parois de la vessie : telles sont les conclusions auxquelles nous arrivons par l'histoire que nous donne notre malade.

Venons en maintenant à l'examen par la sonde :

A la partie postérieure et inférieure de la vessie l'on rencontre une série de petites indurations, comme du papier sablé ; de calcul, nous n'en sentons point. Il y en a cependant, si nous ne pouvons le sentir, nous l'entendons parfaitement : donnez un coup sec avec la sonde

dans l'endroit où nous avons senti des rugosités et vous entendrez un bruit métallique.

Comment expliquons-nous maintenant cette douleur et cette fréquence de micturition continuelle ? Par la situation du calcul. Nous l'avons trouvé en effet, tout à fait au bas de la vessie, dans la région prostatique. Comme il ne se déplace pas, sa présence dans cette région produit une irritation continuelle du col de la vessie et y cause les désordres que cet homme nous rapporte. Comment expliquer le fait que le sens du toucher ici fait défaut. On l'entend, vous l'entendez, et cependant le sens tactile ne le constate pas ! Mais le lithotrite éclaircira la difficulté.

Nous allons maintenant procéder à l'extraction de ce calcul :

Au moyen de cet instrument, nous le saisissons facilement et nous le délogeons. C'est donc la lithotritie que nous emploierons. Le calcul, ou plutôt les calculs, car il y en a plusieurs, sont facilement broyés ; évidemment ce sont des phosphates. Pour aujourd'hui nous ne ferons que les broyer—déjà cette seule opération soulagera le malade ; —ces jours-ci les urines du patient contiendront des fragments ; nous ferons l'extraction de ce qui restera plus tard.

Les calculs étant très friables, et facilement réduits en poudre, on ne fera pas le lavage de la vessie par la méthode de Bigelow. Aujourd'hui, les parcelles des phosphates qui passeront par l'urethre ne produiront pas beaucoup d'irritation et après une seconde séance le lavage pourrait être pratiqué.

Quand vous saisissez un calcul avec le lithotrite avant d'en faire le broyement vous devez toujours faire faire quelques mouvements à l'instrument afin de vous assurer que vous ne saisissez aucune partie de la muqueuse vésicale : vous pourriez ainsi occasionner une lacération de la vessie, dont il pourrait résulter des accidents très graves.

Quant à la direction à donner à l'instrument pour saisir le calcul, excepté dans les cas où celui ci est adhérent, vous ne devez pas vous attendre à le trouver plutôt dans la partie déclive de la vessie qu'ailleurs. La différence entre la gravité spécifique du calcul et celle de l'urine n'est pas très grande et au moindre mouvement le calcul surnage ; vous devez donc diriger votre instrument dans toutes les directions.

* * *

Notre troisième cas est un cas de fausse ankylose. Cette jeune fille, âgée d'une quinzaine d'années, s'est présentée à la clinique, il y a environ deux semaines, avec une ankylose de l'articulation du genou. A l'examen nous avons vu que cette déformité était due à la contrac-

tion des muscles situés à la partie postérieure de la cuisse. Si l'ankylose eut été récente, nous aurions de suite redressé le membre, mais comme elle datait de plusieurs années, et que les fléchisseurs de la jambe étaient très contractés, il a été jugé prudent de les diviser. Nous avons commencé par faire la ténotomie : nous avons divisé le demi-membraneux et le demi-tendineux. Le biceps cruris ne semblait pas beaucoup en faute.

Dans ces cas, quelle est la conduite à tenir ? elle est bien simple : divisez les tendons de tous les muscles qui s'opposent au redressement du membre. Procédez ensuite à l'extension forcée et donnez immédiatement au membre sa position normale ; l'extension immédiate complète ne fait courir au malade qu'un danger ; tandis que dans l'extension graduelle, le danger d'arthrite se renouvelle chaque fois que vous augmentez l'extension déjà obtenue.

Avant d'appliquer un bandage au plâtre de Paris, il est prudent d'attendre que les muscles aient perdu leur contractilité, dans ces cas où ils n'ont pas été divisés ; pendant ce temps, on place le membre en extension forcée dans une gouttière ; quand il n'a plus de tendance à la flexion, on applique un bandage au plâtre de Paris.

MEDECINE PRATIQUE

Traitement des hémorragies par l'opium.—(HUCHARD.)

Il arrive souvent que certaines hémoptysies sont rebelles aux moyens ordinaires, et j'ai assez dit et répété qu'il y a des métrorrhagies qui *n'aiment pas l'ergot de seigle*. Cela veut dire que certaines hémorragies sont parfois aggravées par les médicaments vaso-constricteurs. L'exemple suivant, relatif à une hémoptysie rebelle, va le prouver :

Une malade de mon service, atteinte de dilatation bronchique avec gangrènes des extrémités bronchiques, avait des hémoptysies qui avaient résisté à tous les moyens : ergot de seigle à l'intérieur, injections d'ergotine, sulfate de quinine, ipéca à dose vomitive ou à doses réfractées. J'avais même essayé la révulsion hépatique recommandée par Verneuil, et j'avais fait appliquer un vésicatoire sur le foie. Car, ainsi qu'on peut le dire plaisamment : pour combattre les hémorragies, il n'y a que le foie qui sauve.—C'est alors que je prescrivis de guerre lasse des injections de morphine à la dose de 4 à 5 par jour (chaque injection représentant 5 à 6 milligrammes ($\frac{1}{10}$ à $\frac{3}{8}$ grain) de principe actif), et j'eus la satisfaction de voir disparaître ces hémopty-

sies rebelles dès le premier jour. Or, en interrogeant la malade, j'appris qu'elle se trouvait au moment de la période cataméniale. Il était alors facile de comprendre l'action hémostatique de la morphine dans ce cas : le travail de la menstruation s'accompagne toujours d'une élévation de la tension artérielle, et l'ergot de seigle le sulfate de quinine, ainsi que tous les médicaments vaso-constricteurs qu'on emploie d'une façon trop banale, avaient pour résultat d'augmenter l'intensité de ces hémoptysies entretenues par cet état de surtension artérielle. L'opium, au contraire, abaisse celle-ci, et c'est de cette manière et aussi par le repos qu'il triomphe de certaines hémorrhagies rebelles. Ainsi donc, à certaines hémorrhagies ou hémoptysies conviennent les médicaments vaso-constricteurs (ergotine, sulfate de quinine, etc.) ; et à d'autres, au contraire, sont applicables des médicaments vaso-dilatateurs parmi lesquels il faut placer l'opium et la morphine.

Des symptômes de l'insuffisance aortique.

Résumé d'une leçon professée à la Faculté de médecine, par M. HANOT, professeur agrégé, et recueillie par le Dr PAUL RODET (de Vittel).

Début.—Il peut se faire, dans des cas rares, que le début soit brusque, comme cela arrive lorsqu'il se fait une rupture des valvules. Dans ces cas, il est impossible d'admettre que les valvules étaient normales ; il est bien plus probable qu'elles étaient le siège d'une altération pathologique. D'autres fois, tout en étant rapide, le début est moins brusque. Par exemple, au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, l'endocardite se portant sur les valvules donne lieu à de l'insuffisance aortique. Le plus souvent le début est insidieux. En général, c'est l'athérome qui est la cause des altérations des valvules qui produisent l'insuffisance. On peut donc dire que le début est graduel, insidieux ; aussi la maladie peut-elle passer inaperçue pendant de longues années.

Les symptômes du début sont des symptômes fonctionnels. Ils sont très légers, très atténués et ne s'observent que quand la compensation s'est établie. Ce sont : de la céphalalgie, des vertiges, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles qui peuvent durer pendant un temps plus ou moins long. Le facies du malade est caractéristique, on observe une pâleur extrême de la face sur laquelle se détachent de temps en temps des poussées de congestion.

Un peu plus tard, plusieurs mois ou plusieurs années après, le malade se plaint de pesanteur-épigastrique, de constriction à la base du thorax, de dyspnée survenant surtout à l'occasion d'efforts.

Plus tard ce sont des phénomènes plus importants et plus marqués qui attirent l'attention, tels que l'angoisse précordiale et parfois de la

pseudo angine de poitrine. Des crises gastriques, survenant surtout après des marches forcées, des crises de dyspnée, asthmatiforme, qui avaient été si bien observées par Trousseau. Cet état peut se maintenir ainsi pendant très longtemps.

Si l'on examine le cœur, on trouve d'abord des signes d'hypertrophie ; le développement de l'organe est extrême, la pointe vient battre dans le 6^e espace intercostal. L'hypertrophie et la dilatation du ventricule sont telles qu'on appelle ce cœur le "cœur de bœuf." Au palper on perçoit un frémissement diastolique qui se prolonge durant toute la diastole. A l'auscultation, on entend un souffle diastolique, c'est-à-dire qui se produit pendant toute la diastole, son maximum est au niveau du 2^e cartilage costal droit et se propage de ce point vers l'appendice xyphoïde.

Il est doux, moelleux, aspiratif, quelquefois cependant assez dur. La production se fait en raison de cette loi de Marey, à savoir que chaque fois que le sang passe dans un espace rétréci, au point de séparation des deux cavités il se produit un souffle. Il peut même y avoir un double bruit de souffle dont la production reconnaît probablement pour cause la présence sur les valvules d'aspérités insuffisantes pour déterminer un rétrécissement, mais suffisantes pour produire un souffle quand le sang passe sur elles.

Le pouls est plein, ample, brusque et bondissant. Le tracé sphygmographique est caractéristique. On voit une ascension brusque qui se fait en peu de temps, car le ventricule étant hypertrophié lorsqu'il se contracte, il lance une grande quantité de sang dans l'orifice aortique avec une brusquerie énorme. Quelquefois on constate aussi ce qu'on appelle le pouls capillaire qui n'est autre chose qu'un mouvement d'expansion systolique qui se produit au niveau des capillaires, ce qui n'a pas lieu à l'état normal.

Double souffle intermittent crural de Durosiez.—Pour le constater, on applique le stéthoscope sur la crurale, en appuyant d'une certaine façon ni trop fort ni trop doucement. On entend un premier bruit coïncidant avec la diastole artérielle, il est normal et a lieu au moment où l'artère revient sur elle-même. Puis on perçoit un second bruit anormal, plus faible, plus doux. On en explique l'existence de la façon suivante : à l'état anormal le sang circule par ondes successives et, au moment de la systole, l'une d'elles est très exagérée et devient sonore parce que, dans l'insuffisance aortique, au moment où l'artère revient sur elle-même sa tension est suffisante pour faire vibrer l'onde progressive qui arrive à ce moment.

La plupart du temps l'insuffisance aortique est associée au rétrécissement. Dans ce cas, au sphygmographe, on constate une ascension

verticale, mais moins brusque et moins haute, le crochet est moins net, il y a un plateau. Le double bruit de souffle crural de Durosiez n'existe pas.

Quand la compensation cesse d'exister, toute une autre phase se déroule, celle de l'asystolie. Cela résulte non seulement de l'état des valvules, mais aussi des circonstances diverses qui agissent sur le muscle cardiaque.

Quelquefois le malade est enlevé avant par la mort subite. On a prétendu que celle-ci survenait par anémie bulbaire, les petites artérioles comprimant les noyaux du bulbe en supprimant le fonctionnement et la vie était arrêtée. Mais on a objecté, avec raison à cette hypothèse que, dans ces cas de mort subite, la respiration continuait quelques instants et qu'il n'y avait jamais de vomissements; ce qui prouve bien que les noyaux du bulbe sont intacts. On admet habituellement que, sous l'influence de lésions des artères coronaires, il y avait une ischémie chronique du muscle cardiaque et qu'à un moment donné ce muscle pouvait être frappé de syncope. L'angine de poitrine, quand elle enlève l'individu très rapidement, peut aussi être considérée comme une cause de mort subite.

(*Journal de Médecine de Paris.*)

Néphrite parenchymateuse.—Albuminurie rebelle.

M. le professeur JACCOUD.

Messieurs,

Je me propose de vous parler aujourd'hui de cette malade qui est couchée au No. 5 de la salle Laennec; elle est vraiment digne d'attention. L'apparence est satisfaisante; elle ne présente actuellement aucun accident, elle ne se plaint de rien et pourtant voilà 28 mois qu'elle est atteinte d'une néphrite parenchymateuse grave, qui a provoqué chez elle, à plusieurs reprises, les accidents initiaux de l'urémie et qui a donné des chiffres considérables d'albumine.

Comment se fait-il alors que cette malade résiste à ce point qu'aujourd'hui elle a toute l'apparence de la santé? Cela tient uniquement, messieurs, au traitement mis en œuvre et suivi avec une persévérance rare. Si cette malade est encore là aujourd'hui, alors que nous savons que sa maladie remonte déjà loin, alors que nous l'avons vue nous-mêmes sous le coup de l'urémie, c'est qu'elle a montré une constance peu ordinaire à observer le traitement que je lui avais prescrit. Au point de vue chimique, par contre, le résultat n'est pas aussi satisfaisant et de ce côté le traitement s'est montré absolument nul. Cela dit, voyons l'histoire de cette femme.

Elle a 31 ans. En 1886, au mois d'août, mariée depuis trois ans,

elle devient enceinte pour la première fois. Elle était alors en parfaite santé et n'avait jusque-là fait aucune maladie. Dès le premier mois de sa grossesse, des symptômes sont survenus qui auraient dû attirer l'attention du côté des reins. Je ne fais pas allusion aux vomissements, qui pouvaient être facilement mis sur le compte de la grossesse ; mais en même temps, elle avait de la céphalalgie, une constipation opiniâtre, de l'enflure des membres inférieurs. Ces phénomènes ont persisté le deuxième mois en s'accroissant. Avant la fin du troisième mois, elle a fait une fausse couche. A la suite de cet avortement, l'œdème des membres inférieurs s'accroît et c'est alors que la sage-femme a enfin l'idée d'examiner l'urine, qu'elle trouve chargée d'albumine. Si vous vous rappelez, qu'avant la grossesse, la santé était irréprochable, vous êtes comme moi fixés sur les causes de la néphrite qui a débuté dès le premier mois de la grossesse.

Après la fausse couche, malgré l'augmentation de l'hydropisie, la santé ne fut pas très compromise et cette femme put travailler jusqu'en janvier. Mais en janvier 1887, à la suite d'un refroidissement dont la malade a eu conscience, car elle a eu à cette époque une amygdalite suppurée, elle fut prise de céphalalgie intense, de vomissements incessants, l'hydropisie augmenta aux membres inférieurs et se montra à la face. A ces symptômes déjà connus par elle, s'en joignit un nouveau, une douleur vive au creux épigastrique. Le médecin appelé institua le régime lacté qui, assez rapidement, délivra la malade des symptômes gênants, laissant l'urine chargée d'albumine.

La période de janvier 1887 au 10 avril 1887 fut assez satisfaisante. Mais, vers cette date, retour des mêmes phénomènes plus accentués : vomissements incoercibles, céphalalgie, douleur au creux épigastrique et, de plus, dyspnée vive, et c'est ainsi qu'elle nous arrive vers le 15 avril 1887 dans un état grave, présentant l'ensemble des symptômes qui dénotent le début d'une attaque d'urémie.

A son entrée, elle présente de l'anasarque, mais très peu d'œdème pulmonaire. J'administre des drastiques qui conjurent les accidents immédiats et la malade est délivrée de ses symptômes urémiques. A son entrée, la quantité de l'urine était de 2 litres $\frac{1}{2}$ (2 $\frac{1}{2}$ pintes) par jour et il y avait 9 grammes d'albumine par litre (2 $\frac{1}{4}$ drachmes par pinte). A la fin d'avril 1887, elle urinait 3 litres (3 pintes) par jour et nous trouvions 3 gr. $\frac{1}{2}$ d'albumine par litre (50 grains par pinte) ; quand à l'urée, il y en avait 11 gr. par litre (3 drachmes par pinte) soit 33 grammes (1 once) d'urée à peu près pour les 24 heures. La malade arrivait à prendre par jour quatre litres (4 pintes) de lait, aussi à la fin d'avril avais-je lieu de me féliciter du résultat obtenu. Cette femme resta ensuite dans notre service jusqu'à la fin de février 1888, suivant le traitement.

lacté dans toute sa rigueur avec adjonction de quelques autres moyens thérapeutiques dont je vous parlerai tout à l'heure ; et pendant ces 10 mois $\frac{1}{2}$, malgré la persistance exceptionnelle du régime lacté, *imparturbablement* le chiffre d'albumine s'est maintenu à cette quantité de 3 grammes $\frac{1}{2}$ par litre (50 grains par pinte) ; les chiffres ne variaient jamais que de quelques dixièmes et, lorsque la malade, se trouvant fort bien à la fin de février 1888, a voulu sortir, débarrassée de son hydropisie et de tous les symptômes pénibles, il y avait 2500 grammes (2 $\frac{1}{2}$ pintes) d'urine, 3 grammes $\frac{1}{2}$ (50 grains) d'albumine et 9 grammes (2 $\frac{1}{2}$ drachmes) d'urée.

Comment la malade s'était-elle comportée pendant ces 10 mois $\frac{1}{2}$ de séjour à l'hôpital ? Elle avait eu un nombre vraiment considérable d'accès urémiques. Ce n'est pas trop de dire qu'elle a eu, *au moins* une fois par mois, le retour des mêmes accidents : mal de tête, vomissements, douleur au creux épigastrique, dyspnée. Que faisons-nous alors quand apparaissent les accès ? Nous administrions un drastique, généralement l'eau-de-vie allemande associée au sirop de nerprun à la dose de 30 gr. (1 once) chacun ; la malade se trouvait mieux et le régime lacté reprenait ses droits.

La malade sortit donc du service le 25 février 1888 en parfaite santé à son avis, et elle put reprendre son travail. Puis, au mois de juin, elle devint de nouveau enceinte, et fit, au bout de deux mois, une seconde fausse-couche. Mais elle n'éprouva aucun accident ni pendant sa courte grossesse, ni à l'occasion de sa fausse-couche.

Les choses vont ainsi jusqu'au commencement de décembre 1888 ; à cette époque, elle est reprise de ces fameux accidents, que je ne vous énumérerai pas, encore une fois, sans qu'elle puisse dire si elle s'est refroidie et elle rentre le 12 décembre 1888 dans le service avec la totalité des symptômes de la première fois. Je lui administre des drastiques, l'hydropisie diminue, une amélioration sensible se produit et bientôt l'état de la malade est aussi satisfaisant que possible. Quant à l'urine, elle est toujours dans le même état ; invariablement, on y trouve 3 grammes à 3 grammes $\frac{1}{2}$ d'albumine par litre (40 à 50 grains par pinte). Ainsi donc, depuis deux ans $\frac{1}{2}$ bientôt, cette femme rend quotidiennement 3 grammes d'albumine par litre (40 grains par pinte). Jamais, messieurs, je n'ai vu un cas de néphrite parenchymateuse où le régime lacté, tout en améliorant l'état général de la malade, soit resté aussi impuissant contre l'albumine, et je ne suis positivement amené à dire que cette quantité d'albumine ne changera pas.

En présence d'un état aussi tenace, je n'ai pas cru devoir m'en tenir au régime lacté et j'y ai fait des associations successives. En premier

lieu, j'ai prescrit l'oxygène et aujourd'hui encore ces inhalations font partie du traitement ; j'ai d'abord ordonné 30 litres (8 gallons) par jour ; puis, voyant que cela n'amenait aucun changement appréciable, j'ai donné 60 litres (16 gallons) par jour, dose vraiment insolite. Je crois que c'est à cela que je dois l'éloignement progressif des accès urémiques, mais je n'ai rien gagné du côté de l'urine.

J'ai douté, un moment que le régime lacté pût réussir dans ce cas bizarre, et alors j'ai institué une espèce de régime mixte ; j'ai dû bientôt cesser, car la constipation et la céphalalgie ne tardèrent pas à se montrer, et je revins au régime lacté et à l'oxygène, intervenant à l'occasion avec les drastiques.

Je me suis décidé alors à associer quelques médicaments au régime, et j'ai commencé par l'iodure de sodium ; le passage s'en faisait bien, ainsi que nous avons pu le constater par l'analyse des urines ; mais avant une huitaine de jours la malade se trouva moins bien et je dus cesser. Je profite de l'occasion pour vous dire que j'ai vu souvent cela et que dans le mal de Bright l'iodure de sodium ne reste jamais inactif : s'il ne fait pas de bien, il fait inévitablement du mal.

Puis successivement, j'ai essayé le tannin, le perchlorure de fer, la noix vomique et dans un autre ordre d'idées, l'hydrothérapie et les bains de vapeur pris au lit ; rien n'y a fait et aujourd'hui que cette malade nous est connue depuis plus de deux ans, je vous répète encore une fois que jamais je n'ai rien vu de pareil. Notez que les autres qualités de l'urine sont très satisfaisantes.

Mais, me direz-vous comment expliquer le maintien apparent de la santé avec cette dose constante d'albumine ? Cela, messieurs, tient à ce que c'est une albumine innocente, de l'albumine rénale, de l'albumine brightique.

Pour la régularisation des autres fonctions de l'urine, il faut l'attribuer au régime lacté et nous avons constaté ce que j'ai déjà dit il y a longtemps, c'est que sous l'influence de ce régime, la quantité d'urée augmentait ; nous sommes depuis longtemps à un chiffre qui constitue presque de l'azoturie. Quand à l'acide urique, jamais il n'a été en quantité dosable ; ceci est une preuve que chez notre malade les opérations organiques se font avec une régularité parfaite ; d'ailleurs le régime lacté régularise les fonctions nutritives.

Que va-t-il advenir de cette femme ? Vraiment, je ne puis pas imaginer qu'elle soit menacée dans sa vie, pourvu qu'elle suive son régime très rigoureusement et à condition qu'elle interviendra avec les drastiques, chaque fois qu'elle sentira son mal de tête.

Je veux en terminant appeler votre attention, messieurs, sur un fait que j'ai déjà bien souvent signalé : c'est une faute grossière dans le

mal de Bright de baser la pronostic sur le chiffre de l'albumine, ainsi que sur la persistance de cette albumine dans les urines. Rappelez-vous que l'albuminurie n'est qu'un des symptômes du mal de Bright et il faut tenir grand compte de la tolérance du malade et baser votre pronostic, non pas seulement sur les caractères chimiques de l'urine, mais sur l'état du malade, sur la manière dont il est impressionné par son albuminurie et tel malade qui n'aura que 0 gr. 25 centigrammes (5 grains) d'albumine par litre sera dans un état beaucoup plus grave que cette femme avec ces trois grammes (45 grains). Il y a donc une importance énorme à ne pas se contenter de rechercher dans l'urine d'un brightique la quantité d'albumine, il faut aussi s'occuper du chiffre de l'urée qui vous indiquera où en est votre malade et vous permettra de porter un pronostic sûr et précis.

CHIRURGIE.

Influence de la toux sur la réduction des hernies.

Par le Dr VANDENABEELF.

Je n'ai pas l'intention de vous lire un long mémoire sur une question qui mériterait cependant de long développements.

Je viens simplement attirer votre bienveillante attention sur un fait curieux que j'ai observé en réduisant une hernie.

Obs. I.—En 1884, je fus appelé près d'un marchand de futailles de Bercy.

Cet homme, d'une constitution robuste, était atteint, depuis plusieurs années, d'un emphysème pulmonaire.

A la suite de violents accès de toux, une hernie était survenue.

Il la vit un jour s'étrangler et essaya de la réduire.

Bref, il me fait demander.

J'isole du testicule gauche la hernie qui avait le volume d'une petite orange et je commence le taxis.

Après vingt minutes, je n'obtiens aucun résultat.

Tout d'un coup, malgré ma défense, le malade tousse violemment.

Je ne lâche pas cependant la hernie !

Je sens au même moment un *glouglou*. La hernie était réduite de moitié.

Je laisse reposer le malade et je reprends ensuite la hernie.

Je recommande cette fois au malade de tousser.

La hernie est réduite instantanément.

En quittant ce malade, je me demandais si je devais réellement à la toux la dilatation de l'anneau inguinal, dilatation qui a permis à l'anse intestinale de reprendre son chemin.

Mon attention était désormais fixée sur ce point.

J'attendais une occasion pour en avoir le cœur net.

Obs. II.—Quelques mois plus tard, l'on me fait demander près d'une femme dont la hernie crurale venait de s'étrangler.

En mon absence, l'on était allé chercher mon excellent confrère le Dr Cahen.

La hernie avait le volume d'une grosse noix.

Pendant plus d'une demi-heure, il avait essayé le taxis.

J'arrive au moment où, épuisé, il conseillait à la malade de se faire transporter à l'hôpital, et je lui demande la permission de faire une petite tentative.

J'essaye pendant une ou deux minutes le taxis qui ne me donne aucun résultat.

Vous voyez, lui dis-je, le taxis ne me réussit pas plus qu'à vous.

Voyez maintenant ma méthode.

Je saisis la hernie et recommande à la malade de tousser violemment.

Aussitôt, un *glouglou* se fait entendre... la hernie était réduite.

Mon confrère fut stupéfait et me pria de publier l'observation.

Je ne le fis pas. J'en parlai cependant à M. le professeur Verneuil et à M. le Dr Séria, chirurgien des hôpitaux.

Obs. III.—Il y a quelques mois, l'on me fait demander chez le concierge du 240 rue de Charenton.

Cet homme avait déjà eu la visite de M. le Dr Rolin du XII^e arrondissement pour la réduction d'une hernie inguinale.

Mon confrère, n'ayant rien obtenu après une demie heure de taxis, venait de se retirer, conseillant le transport du malade à l'hôpital.

J'essaye également le taxis qui ne me donne aucun résultat.

Je saisis alors la hernie à pleine main et je fais tousser le malade avec force.

Après quelques tentatives, la hernie est réduite.

Depuis cinq années, j'ai réduit ainsi quatre hernies crurales chez des femmes, et sept hernies inguinales chez des hommes sans compter les observations précédentes.

Je n'ai envoyé qu'un seul malade à l'hôpital pour hernie.

Il avait 80 ans et n'avait pu tousser. Il est mort dans le service de M. le professeur Verneuil, sans que l'on ait tenté une opération, tant il était débilité.

Dis-je maintenant entrer dans le mécanisme de cette réduction ?

Il est de toute évidence que la toux est capable de dilater les anneaux inguinaux et cruraux.

Les gaz renfermés et comprimés dans l'intestin étranglé peuvent, dans un moment d'élargissement de l'anneau, se précipiter vers l'intestin de l'abdomen.

La hernie étranglée ne devient plus alors qu'une hernie simple, en un mot réductible.

Telle est mon explication.

J'ai toujours opéré dans les cinq heures qui ont suivi l'étranglement.

Je crois donc avoir trouvé un procédé simple, facile, commode, supérieur au taxis et à tout ce que l'on a écrit sur ce sujet jusqu'à ce jour, pour la réduction des hernies

(Journal de Médecine de Paris.)

Opération de trachéotomie. - (GILLET DE GRANDMONT).

La trachéotomie n'est pas l'opération que je suis appelé le plus souvent à faire, assurément; aussi comprendra-t-on mon embarras au sujet de la méthode à employer, lorsqu'il y a quelques jours, un honorable praticien vint me trouver à ma clinique pour me prier d'opérer du croup une de ses petites malades. Pour couper court à mes fins de non recevoir, basées sur mon manque d'habitude, le père de l'enfant vint joindre ses objurgations et ses larmes à la requête du confrère; il fallut céder.

Tandis que j'envoyais chercher les instruments chez le fabricant du voisinage, je repassai dans ma tête les divers procédés préconisés par nos maîtres. Emploierais-je la méthode en un temps de M. de Saint-Germain? Je reculai devant la crainte de ne pas pénétrer d'emblée dans la trachée, ou du moins de n'y entrer que sur le côté et d'éprouver par cela même du retard dans l'opération qu'on réclamait d'urgence. Donnerais je le chloroforme? Je réservai cette question, me promettant de la trancher au lit de la malade. Si l'enfant asphyxiait, je devais la repousser; c'est ce que fis, en effet, ne sachant pas alors ce que je viens d'apprendre par l'intéressant travail de M. Luc que le chloroforme, loin d'augmenter la dyspnée la calme et régularise la respiration. En tout état de cause, je résolus de pratiquer l'opération en deux temps comme j'avais appris à la faire avec mon maître Chassaing; mais je pris soin d'ajouter à mes instruments ceux qu'on doit à la chirurgie moderne, les pinces hémostatiques de Péan. Bien m'en prit

Je trouvai, en effet, une enfant de 6 à 7 ans, très grasse, car la diphthérie ne datant que de quelques jours, n'avait point eu le temps d'a-

mener l'amaigrissement, mais asphyxiant, et étant incapable de proférer un son, malgré les efforts désespérés qu'elle faisait.

Un matelas sur une table, une bouteille sous le cou constituèrent notre installation et avec l'aide du médecin qui fixait la tête, de mon chef de clinique qui immobilisait les mains et les pieds, je commençai l'opération par une longue incision cutanée qui mit à découvert les veines thyroïdiennes, grosses comme des crayons, et un tissu adipeux des plus abondants. Je saisis et j'écartai l'un de ces vaisseaux avec les pinces de Péan et je disséquai et excisai le tissu cellulaire.

En opérant, j'ouvris la veine thyroïdienne que j'avais laissée libre et je dus la saisir avec les pinces afin de continuer à sec l'opération. La trachée m'apparut alors exsangue ; je l'ouvris sur la partie moyenne et j'introduisis la canule par laquelle l'enfant rejeta une foule de membranes épaisses.

Tout marcha très bien, et, le 21^e jour, l'enfant ne portait plus de canule et partait pour la campagne.

Ayant interrogé l'enfant sur la douleur qu'elle avait ressentie, elle déclara avoir peu ou point souffert, ce qui semble indiquer qu'à la période asphyxiant la sensibilité est bien émoussée.

Les pinces hémostatiques permettant de rendre l'opération aussi exsangue que possible, il n'y a pas lieu de redouter les pertes de sang, sur le danger desquelles on appelait tout à l'heure notre attention.

Telles sont mes conclusions ; il n'y a que la conclusion du chloroforme, telle que l'a traitée notre confrère Luc, qui reste toute entière. Il est certain que, si de nouveaux et nombreux cas confirment le soulagement constaté dans la dyspnée, je n'hésiterai plus, dans une occasion semblable, à employer le chloroforme. Et qu'on ne l'oublie pas : la trachéotomie est une opération que chaque médecin peut être appelé à pratiquer à l'improviste. (*Bul. Soc. méd. pratique.*)

Greffes de peau de grenouille pour une brûlure et présentation de malade. — (Par le Dr DUBOUSQUET-LABORDERIE.)

Le nommé Monnard, est âgé de 29 ans, n'a jamais eu qu'une fièvre typhoïde et jouit d'une bonne santé.

Pas de syphilis, pas d'alcoolisme et, de prime abord, il m'a paru être un excellent terrain. Il est fondeur, demeure à Saint-Ouen, 45, rue Montmartre, et travaille 19, rue de la Voûte. C'est à son atelier que son pantalon a pris feu le 25 février dernier. Je n'ai été appelé auprès de lui que le 4 mars. A partir de ce jour jusqu'au 10 mars, je déterge et panse la brûlure. Le 10 mars, la plaie qui siège au mollet gauche mesure 14 centimètres (6 pouces) de long sur $7\frac{1}{2}$ (3 pouces) de large ; c'est une brûlure du 3^e et 4^e degré. Sur trois petits points, il y a

encore trace de tissu cellulaire, mais sur la plus grande surface le muscle est à nu et la douleur est nulle sur toute la plaie.

Le 10 mars au matin, j'applique 6 greffes un peu plus larges que l'ongle du pouce, après avoir fait baigner une grenouille dans une solution boriquée et passer les lambeaux dans une solution phéniquée à 2½ 0/0. Comme il n'y a que fort peu de suppuration, je fais un premier pansement avec de la gaze et du coton boriqués. Compression assez forte et immobilité absolue, la jambe allongée, pendant 24 heures.

Le 12, j'enlève le premier pansement avec la plus grande précaution ; la suppuration est assez abondante. La moitié d'une greffe est entièrement résorbée, les autres sont adhérentes. A cause de la suppuration, après avoir doucement nettoyé la plaie avec une solution phéniquée, je la poudre d'iodoforme et j'applique un pansement phéniqué.

Le 14, la suppuration est à peu près nulle, les greffes sont adhérentes, mais on les distingue avec peine. Celle dont la moitié avait disparu dans les premières 24 heures, est complètement résorbée, mais à sa place il y a un flot large comme une pièce de 50 centimes, qui pousse déjà des prolongements sur toute la périphérie et la cicatrisation a visiblement progressé sur tout le contour de la plaie.

Le 16, il n'y a plus trace de greffes ; mais, à leur place et dans leur intervalle, il y a un très grand nombre d'îlots épidermiques avec prolongements sur toute la surface de la plaie. A la périphérie, la cicatrisation a considérablement gagné et la plaie très rétrécie est en voie de complète cicatrisation.

Le 19, la plaie est entièrement couverte et, le 23, la cicatrisation est assez complète pour que je permette au malade de sortir.

C'est donc en 13 jours, à partir du moment où j'ai pratiqué les greffes, que la guérison de cette plaie, de 14 centimètres (6 pouces) de long sur 7½ (3 pouces) de large, a été obtenue.

J'attribue ce rapide succès au terrain d'abord, puis aux pansements qui ont tari et supprimé la suppuration, et ce cas vient encore à l'appui de la remarque si juste que faisait notre éminent collègue M. Poillaillon, lors de ma communication, que les greffes zooplastiques servent plutôt de point de départ à des restaurations autoplastiques que réellement zooplastiques

(*Journal de Médecine de Paris.*)

GYNECOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Étude sur les moyens pratiques employés pour provoquer l'accouchement prématuré.

Dans un travail analytique très complet publié dans la *France médicale* (10 janvier 1890), M. Boissard, chef de clinique d'accouchements, étudie les moyens les plus fréquemment employés pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel, qui constitue une des plus heureuses conquêtes de l'obstétrique moderne.

Ces moyens ont tous pour but de provoquer la contraction utérine en se rapprochant le plus possible des conditions physiologiques du travail normal.

Pour atteindre ce but, il faut agir directement sur l'utérus. Les principaux agents employés sont :

- 1^o Les douches utérines ;
- 2^o L'introduction de corps dilatants ;
- 3^o L'introduction de corps excitants ;
- 4^o L'introduction de corps à la fois dilatants et excitants.

Les corps dilatants ou excitants sont représentés par des cônes d'éponge préparée, des tiges de laminaire, des bougies, des sacs ou ballons.

Les douches utérines (procédé de Kivisch) constituaient il y a une douzaine d'années, un moyen fréquemment employé ; le professeur Depaul y recourait volontiers, et il est encore d'un usage répandu en Russie ; c'est un *procédé absolument à rejeter* ; il doit être abandonné parce qu'il est *très lent, infidèle et dangereux* ; il fallait en effet faire chaque jour sur le col de l'utérus trois ou quatre douches et les répéter deux, trois, quatre, cinq jours et plus ; souvent même il fallait recourir à un autre procédé ; bien plus, quand il réussissait, il était dangereux, car les *douches utérines n'agissent que par le traumatisme qu'elles déterminent* ; c'est, en quelque sorte, une *aquapuncture* ; un procédé qui ne peut être efficace qu'au prix de dangers ou d'accidents doit être abandonné ; c'est, du reste, à la suite d'accidents dus à une perforation, à la production d'embolies, que ce procédé a été définitivement rejeté de la pratique (accidents rapportés par Depaul, Tarnier, Tourin, Salmon, Simpson, Esterle, Ulrich, Olshausen, Lozzati) ; d'autres accidents mortels seront encore publiés, si l'on a recours à ce procédé de force.

Le professeur Pinard, voulant démontrer l'action traumatique des

douches utérines quand on provoque l'accouchement, a démontré, dans une série d'expériences faites sur des femmes qu'il devait faire accoucher prématurément, que l'irrigation, la balnéation vaginale *douce, lente, continue*, était impuissante à provoquer le travail ; ces irrigations vaginales, faites sous une douce pression, continuées pendant deux jours, furent toujours impuissantes à amener un début de travail ; dans une observation rapportée dans la thèse Gouvry en 1887, on fit passer 967 litres d'eau à la température de 46 ou 48 degrés sans provoquer de travail.

Parmi les agents mécaniques introduits dans la cavité du col, les plus répandus sont les cônes d'éponge préparée et les tiges de laminaire ; s'il est difficile de rendre aseptiques les cônes d'éponge, il n'en est pas de même des tiges de laminaire qu'on laisse séjourner vingt-quatre heures dans l'éther iodoformé ; c'est donc à cet agent qu'on devrait donner la préférence ; il agit avec douceur, sans produire de lésions, de solutions de continuité dans la muqueuse cervicale, comme le font les cônes d'éponge qui vont s'incruster, pour ainsi dire, dans la muqueuse cervicale et ouvrir autant de portes aux agents septiques.

Si les tiges de laminaire sont faciles à introduire, à placer, elles sont, par contre, difficiles à maintenir, et tombent bientôt dans la cavité vaginale ; toute action cesse donc à ce moment ; en outre, la dilatation ainsi obtenue est minime, et on est obligé d'introduire successivement des tiges de plus en plus volumineuses ; ce procédé lent, inconstant, est en outre difficilement applicable chez les multipares, dont la cavité cervicale est largement perméable, il doit donc être abandonné ; c'est tout au plus s'il peut être conservé dans des cas rares pour obtenir, chez des primipares, un commencement de dilatation qui permettra l'introduction d'un ballon, par exemple, ainsi que le faisait Borner, dont la méthode ne s'est pas généralisée.

Somme toute, ce procédé est plutôt du domaine de la gynécologie que de l'obstétrique.

Avant de discuter les résultats fournis par les agents excitateurs et excito-dilatateurs, il nous faut dire un mot de la perforation des membranes comme moyen de provoquer l'accouchement : ce procédé est *infaillible*, ce qui est une supériorité incontestable, mais il offre de tels inconvénients, parfois de tels dangers, qu'il est banni de la pratique, à part quelques cas exceptionnels que nous signalerons.

Si ce procédé est infaillible, il est, par contre, *d'une extrême lenteur*, l'expose en outre à des lésions du côté de la mère ou du côté du fœtus, il favorise dans une certaine mesure les précipitations et les présentations vicieuses ; enfin, en raison de sa lenteur, si le fœtus vient à

succomber, on peut se trouver en face d'accidents graves déterminés par la putréfaction des fœtus ; on voit que la supériorité de l'infaillibilité ne compense pas la somme des inconvénients ou des accidents ; pourtant, il est quelques cas où il faudra recourir à ce procédé pour amener une déplétion de l'utérus : en prenant des précautions particulières de douceur et de lenteur, on devra, dans certains cas d'hypertrophie, d'accidents gravido-cardiaques, recourir à ce moyen qui, en amenant une évacuation lente, mais continue, d'une partie du contenu de l'utérus, permettra à la femme de résister efficacement aux menaces d'une mort rapide déterminée par la dyspnée et la cyanose.

Nous arrivons enfin aux procédés excitateurs et excito-dilatateurs, les seuls employés aujourd'hui ; nous ne parlerons que du procédé de la bougie, dit procédé Krause, et des ballons du professeur Tarnier et du Dr Champetier de Ribes.

L'emploi de la sonde qui va décoller les membranes et exciter par sa présence les contractions utérines est avant tout un *procédé commode*, ne réclamant pas un outillage spécial, ce qui a bien sa valeur ; malheureusement il est lent à agir, parfois il reste inefficace et peut amener des accidents.

En somme, lenteur, inconstance, possibilité d'accidents sont les trois raisons qui nous empêchent de donner la préférence à ce procédé.

La lenteur des résultats est démontrée par toutes les observations ; ce n'est en général qu'après 2, 3, 4 jours que l'accouchement est terminé ; parfois même en raison de son inefficacité, malgré l'introduction successive de sondes de plus en plus grosses, on est dans l'obligation de renoncer à ce moyen ; de plus la sonde expose à des accidents ; outre le danger qui résulte du contact prolongé d'un corps étranger directement appliqué contre la paroi utérine, on peut perforer les membranes ou rencontrer le placenta qu'on va décoller.

Pour toutes ces raisons, nous préférons les agents excitateurs, ou mieux encore excito-dilatateurs, quoiqu'ils soient eux-mêmes passibles d'un certain nombre de reproches ; parmi ces agents, deux nous paraissent supérieurs à tous ceux proposés jusqu'ici, ce sont l'excitateur du professeur Tarnier, et le ballon excito-dilatateur du Dr Champetier de Ribes.

L'excitateur du professeur Tarnier donne des résultats rapides ; sur les observations prises par nous, la moyenne du temps écoulé entre l'introduction du ballon et l'expulsion des fœtus fut de 20 à 24 heures ; aujourd'hui l'ampoule de caoutchouc ne se rompt plus sous l'influence de la pression du liquide injecté ; mais cette ampoule atteint à peine le volume d'un œuf, si bien que chez les multipares, ou même chez

les primipares, après quelques heures de travail, elle est expulsée de l'utérus et tombe dans le vagin : l'on voit alors le travail s'arrêter, ce qui nécessite l'emploi d'un autre instrument ; c'est pour obvier à cet inconvénient, et diminuer la durée du temps nécessaire pour provoquer l'accouchement, que le professeur Tarnier a construit un appareil spécial auquel il a donné le nom d'accélérateur du travail.

En 1888, le Dr Champetier de Ribes fit connaître un nouveau modèle de ballon ; les caractères spéciaux de ce ballon sont :

- 1^o La forme.
- 2^o Les dimensions ou volume.
- 3^o Son inextensibilité.

Il a une forme conique : sa plus grande circonférence mesure 10 à 12 pouces, et sa capacité maxima est de 20 onces de liquide ; il est inextensible, ce qui en fera un agent dilateur, dilateur non seulement du col, mais encore de tout le canal vagino-vulvaire.

Le Dr Champetier de Ribes rapporte 18 observations ; nous pourrions nous-même en rapporter plusieurs.

Deux faits principaux ressortent de l'emploi de ce ballon : la rapidité de l'accouchement et la constance des résultats ; en effet la moyenne de la durée de l'accouchement est de 12 à 14 heures. On comprend l'importance de pareils résultats dans les cas où il faut agir vite, comme lorsque le fœtus est putréfié ou qu'on est obligé de rouvrir le canal cervical pour aller à la recherche d'un placenta.

Ceci dit, voyons si ce procédé est applicable à tous les cas, chez toutes les femmes, et s'il ne présente pas d'inconvénients.

Au débat, le Dr Champetier de Ribes se servait d'un ballon à enveloppe épaisse et résistante, ce qui lui donnait au moment de l'introduction un volume relativement considérable, tout en étant soigneusement enroulé et enserré dans les mors fenêtrés d'une longue pince courbe ; son application nécessitait alors l'usage du chloroforme ; c'était un ennui, une complication de plus ; aujourd'hui, le tissu employé est si mince que le ballon avec la pince ne dépasse guère le volume du pouce ; on peut donc renoncer à l'emploi du chloroforme ; malgré cette heureuse modification, il est évident que si l'on voulait pratiquer un accouchement prématuré chez une primipare non encore arrivée au huitième mois de sa grossesse, on rencontrerait des difficultés sérieuses, pour ne pas dire des impossibilités, ainsi que nous avons pu l'observer.

Enfin ce procédé présente un certain nombre d'inconvénients possibles, examinés et discutés par l'auteur lui-même.

Ces inconvénients sont :

- 1^o La rupture des membranes.

2° Le décollement du placenta.

3° Les procidences des membres et du cordon.

4° Le refoulement et le déplacement du fœtus.

Sur 18 cas, la rupture des membranes a été observée 2 fois, le décollement du placenta 1 fois, les procidences 3 fois, ce qui donne une proportion de 33/100 comme inconvenients, car nous devons dire que dans tous ces cas les terminaisons ont été heureuses pour les mères et les enfants, mais il ne faut pas oublier que ces observations sont prises dans un service hospitalier où les femmes constamment surveillées reçoivent les soins les plus intelligents ; serait-il possible d'obtenir dans la pratique privée le même nombre de succès ?

Enfin il est bien certain que dans tous les cas où on introduit dans l'utérus un ballon aussi volumineux, on déplace ou refoule la partie qui tend à s'engager, ce qui peut ne pas avoir de grand inconvenient dans les cas de bassins rétrécis au détroit supérieur, si l'on a soin de surveiller de très près la parturiente, pour ramener au moment opportun l'extrémité céphalique au niveau du détroit supérieur.

Nous nous demandons cependant si l'on devrait ou si l'on pourrait repousser l'extrémité céphalique *profondément engagée*, comme dans les cas où l'on devrait provoquer l'accouchement prématuré pour un *rétrécissement du détroit inférieur*.

Pour terminer cet étude, nous dirons :

1° Que de tous les moyens préconisés jusqu'ici pour provoquer l'accouchement prématuré, les ballons du professeur Tarnier et du Dr Champetier de Ribes nous paraissent les instruments de choix.

2° Que, malgré les inconvenients ou les difficultés qui peuvent résulter de l'introduction d'un ballon volumineux dans la cavité utérine, le ballon du Dr Champetier est celui qui donne les résultats les plus rapides et les plus constants.

Rétention du placenta après l'avortement.

M. P. BUDIN lit une note à l'Académie de médecine sur la conduite à tenir dans les cas de rétention du placenta après l'avortement.

Cette question a été très discutée dans ces dernières années. Deux complications principales peuvent survenir dans ces cas, l'hémorrhagie et la septicémie. Contre ces accidents les interventions manuelles et instrumentales sont-elles rationnelles et nécessaires ? Pour les faire accepter de tous, il faudrait démontrer deux choses : 1° que la rétention du placenta est réellement une source d'accidents fréquents ; 2° que toutes les manœuvres digitales et instrumentales auxquelles on a recours n'offrent aucun danger.

A la première question, M. Budin répond par des faits qu'il em-

prunte à son service de la Charité et à la Maternité ; sur un total de 210 cas d'avortement (57 à la Charité, 153 à la Maternité), il y a eu 46 fois rétention du placenta, soit 22 0/0 ; or, à la Charité, il n'y a pas eu d'hémorragie, à la Maternité il y a eu deux fois une légère hémorragie au moment de la délivrance tardive. Les accidents septiques ont été presque nuls. Il n'y a eu qu'un décès, celui d'une femme entrée à la Maternité avec de la bronchite et de la fièvre, qui a expulsé son placenta au bout de soixante heures et qui est morte de pneumonie quinze jours après son avortement.

Donc, sur 210 avortements s'accompagnant 46 fois de rétention du placenta, il n'y a qu'un seul décès dont la cause ne paraît guère imputable à l'avortement.

Quant aux manœuvres digitales, instrumentales, etc., ou elles sont inefficaces ou dangereuses. Différents opérateurs ont constaté des hémorragies graves, de l'endométrite, des phlegmons pelviens et même des cas de mort à la suite d'interventions de ce genre.

Le traitement suivi à la Maternité et à la Charité se résume ainsi :

Dans les cas simples, toilettes et injections vaginales antiseptiques et l'arrière-faix s'élimine en général spontanément. S'il survient des complications graves : contre l'hémorragie on emploiera le tamponnement exécuté avec toutes les précautions antiseptiques ; contre la septicémie au début, les injections vaginales antiseptiques faites toutes les deux heures et même toutes les heures ; si les symptômes d'infection sont graves, on fera des injections intra-utérines antiseptiques (sublimé 1 pour 2,000 ou pour 3,000, acide phénique à 3 0/0). Les lavages intra utérins doivent être pratiqués avec une sonde assurant le retour du liquide, par exemple avec la sonde à canal en forme de fer à cheval. L'état général ne sera pas négligé et on administlera le sulfate de quinine. C'est cette méthode expectation et antiseptie—qui a donné les résultats énoncés ci-dessus et il semble difficile d'en obtenir de meilleurs. Elle a en outre l'avantage de pouvoir être mise en pratique par tous les médecins et par les sages-femmes.

PÆDIATRIE.

Du chloral dans la coqueluche. — Par le Dr E. SOLLES, médecin de l'hôpital St-André.

1^{er} cas. — Vers le 15 juillet, j'eus à soigner une petite fille de trois mois atteinte de coqueluche.

L'enfant était débile, petite ; les chairs étaient molles. La mère,

qui nourrissait, était d'une excellente santé ; le papa, au contraire, était un petit homme, maigre, sec, et, sans être malade, était anémique et très vif.

L'enfant avait de sept à huit accès de suffocation pendant le jour et presque autant pendant la nuit. Sa coqueluche était violente ; les accès s'allongeaient et se terminaient par ces syncopes si angoissantes, la terreur des mères, aussi bien que l'effroi du médecin.

Deux vésicatoires dirigés contre des menaces de broncho-pneumonie, deux vomitifs à l'ipéca étaient restés sans résultat. Au lieu d'amener amélioration, il y avait, au contraire, une fatigue extrême qui me faisait redouter une issue promptement fatale.

L'enfant ne pouvait, en raison de sa dyspnée, prendre le sein assez longtemps pour se réparer. C'est ainsi qu'en redoutant tous les jours la fin de ce petit être, je résolus de prendre un parti plus énergique. Je fis boire à la mère, tous les jours, 6 gouttes d'acide phénique dans du sirop de punch et de l'eau, puis je fis administrer à l'enfant un lavement avec 8 grains de chloral dans une cuillerée d'eau tiède.

De ces deux moyens qui furent administrés le même jour, je ne tiens pas un compte aussi sérieux du premier que du second. Avec une ingéniosité et une tenacité toute maternelle, la maman fit garder le premier lavement. C'était le soir, il y eut un changement subit dans les allures de la maladie. Cette nuit-là, l'enfant n'eut qu'un accès de suffocation et encore moins violent que les précédents. Le sommeil fut possible. Je ne puis juger l'action de l'acide phénique pris par la mère. Mais la sédation presque immédiate, l'engourdissement des actes réflexes de la respiration qui font la toux suspicieuse et coqueluchoïde, ces accès qui chez les jeunes bébés peuvent les asphyxier, surtout dans les trois premiers mois de la vie, m'ont paru s'amender sous l'influence immédiate de l'action sédative du chloral.

Ce lavement fut répété deux fois encore à deux jours d'intervalle ; mais l'amélioration était déjà acquise depuis l'administration du premier.

Avant le 15 août, presque un mois après le début du mal tout péril était écarté. Une bronchite d'intensité modérée fut la terminaison de cette coqueluche.

Pour parfaire la guérison et malgré cette toux qui avait s'affaiblissant de jour en jour, je conseillai des bains salés chauds qui aidèrent beaucoup au rétablissement de cet enfant.

En somme, la durée totale de cette coqueluche qui se présentait dans des conditions de gravité extrême chez un enfant chétif a atteint un mois et demi.

2^e cas — Cette deuxième coqueluche est très précoce au point de vue de l'efficacité du traitement par le chloral.

Il s'agit ici d'un enfant de vingt-trois mois, de forte complexion, qui fut pris de coqueluche au commencement du mois de novembre dernier. Il avait des accès très fréquents de cette toux que l'on sait ; ces accès très intenses, surtout la nuit, menaçaient d'enlever un minimum de repos bien nécessaire. La coqueluche était établie depuis un septenaire. Je fus appelé à la période d'état. Ce qui préoccupait les parents c'était le manque de sommeil et la succession des accès, qui n'étaient pas très longs ni très pénibles, mais très répétés.

Instruit par l'expérience de ma première petite malade, je n'essayai même pas la médication usitée en pareil cas et ne voulus pas user du vomitif. En outre, je n'eus pas besoin d'avoir recours à la voie rectale pour le chloral.

Une cuillerée de sirop très légèrement phéniqué pour la première partie de la journée ; 5 grains de chloral, dans du lait, pour l'après-midi, furent la seule médication employée. Pendant cinq jours, ce traitement fut appliqué. Le résultat fut très rapide. Les accès si fréquents de la nuit disparurent graduellement. Ce fut l'affaire d'une semaine. L'enfant a conservé une bronchite qui s'est atténuée rapidement. En un mois, cette coqueluche était guérie.

Pour tous ceux qui savent combien est longue la coqueluche, même chez des enfants robustes ; pour ceux qui ont assisté à ces redoutables complications : l'asphyxie, la syncope, la congestion pulmonaire et aussi surtout cette forme si fréquente chez les plus jeunes enfants de la broncho-pneumonie, ces deux faits méritent de retenir l'attention. Des deux médicaments mis en jeu, je ne veux pas m'appesantir—au moins aujourd'hui—sur leur valeur comparée. Ce que j'en pourrais dire est évidemment justiciable d'une expérimentation plus répétée.

On me demandera pourquoi je donne de l'acide phéniqué ; c'est que je suis toujours mû par la préoccupation de l'organisme microscopique qui fait l'essence même de cette maladie ; mais ce n'est pas là la raison déterminante ; c'est parce que j'ai vu dans un cas des effets tout à fait merveilleux de ce désinfectant que je l'ai appliqué à ces deux petits malades.

Je le rappelle brièvement : Un mien ami, père de quatre filles, eut ses quatre enfants prises, en même temps, de coqueluche. Depuis un mois, le mal durait en s'accroissant. La médication ordinaire, les vomitifs, les opiacés, les révulsifs et *tutti quanti* avaient été mis en œuvre sans résultats. C'est alors que tout à fait empiriquement, mais cependant dans le secret espoir d'éteindre une virulence cause de la maladie, je conseillai de donner aux quatre sœurs de l'acide phéniqué. La dose fut ainsi calculée : autant de gouttes par jour que d'années dans l'âge de chacune des petites malades.

Un mois de ce traitement si simple a suffi. C'est en souvenir de ces succès que je prescris encore de l'acide phénique dans les coqueluches. En second lieu, si j'emploie concurremment du chloral, c'est en vue de moderer les réflexes broncho-laryngiens. Au surplus, il est possible que le chloral jouisse de la double action d'antispasmodique et d'antiseptique.

C'est pourquoi ne vou'ant pas théoriser à l'infini sans l'appui constant des faits, je me contente de signaler ces observations à mes confrères.

(*Journal de Médecine de Bordeaux.*)

Des révulsifs chez les enfants.—Par le Docteur H. PIERKON.

Quand on a étudié tous les agents physiques, mécaniques et chimiques qui peuvent servir de révulsifs externes dans les maladies des organes respiratoires chez les enfants, on se trouve surpris du nombre, de l'espece et des indications que tous ceux-ci remplissent. Le praticien n'en connaît guère que deux ou trois et va au plus pressé. Il lui semble que du moment qu'un enfant tousse et que l'auscultation lui a révélé des désordres dans l'appareil respiratoire, il doit faire une espèce d'équation dont le second terme est vésicatoire.

Tel est le nec plus ultrâ de sa science, et son erreur est encouragée par la tradition et l'entourage du petit patient. Les bonnes femmes du voisinage s'informent tout de suite si le praticien a fait appliquer un vésicatoire : où, n'importe comment, à la poitrine, aux pieds ou à la tête, il leur faut un vésicatoire, nors de là on n'est qu'un âne. Si on en prescrit un, et tout au début de l'affection, l'enfant peut mourir, on est à l'abri de toute critique.

Le praticien confiant dans son art et son diagnostic, s'il est assez téméraire pour le refuser et employer d'autres moyens de révulsion, se verra critiquer, surtout s'il lui arrive un accident ou si la maladie traîne seulement trop en longueur ; il apprendra que dans une clientèle il ne faut pas trop en savoir pour se faire valoir. Toutefois, je ne veux aucunement faire de procès au vésicatoire, mais seulement montrer que, comme dit Boileau :

Il en est d'autres qui le sauraient valoir,

car appliqué en temps utile et opportun, il est encore le meilleur de nos révulsifs.

Les maladies de la peau, au point de vue de leurs lésions primitives, sont classées : 1^o colorations, 2^o vésicules, bulles, papules, pustules, etc. Les révulsifs employés présentent des lésions élémentaires semblables à ces lésions primitives ; la peau, par suite de leur action, est plus ou moins altérée, et, circonstance particulière, la classification

des effets qu'ils produisent sur la peau est dans le même ordre que leur énergie.

La chaleur acquise, conservée ou produite est le premier moyen de révulsion. C'est toujours ce moyen si doux, si bon, si pratique, qu'on néglige. Cependant, si on réfléchit au plaisir fait aux mères de famille qui voient leur enfant être douillettement et chaudement entouré d'une cuirasse de coton cardé ou d'ouate préalablement chauffée et appliquée directement sur la peau de la poitrine, on s'empressera de s'en servir. Une bande de flanelle ou un gilet de flanelle complètera cet appareil si simple, qui, par suite de son pouvoir non conducteur, emmagasine la chaleur, favorise une transpiration douce, et par suite provoque un léger exanthème de la peau. Ce topique excellent, très apprécié des petits malades et de leurs parents, est très bien supporté, très propre et jouit d'une action révulsive incontestable.

Un moyen de révulsion plus actif que le coton et agissant par la chaleur propre est le vulgaire cataplasme. Topique mou, chaud et humide, il remplit un but plus défini. Il défluxionne en attirant comme on disait autrefois à l'extérieur les inflammations ou plutôt en favorise la résolution. Presque toutes les maladies des organes respiratoires chez nos petits malades sont justiciables du coton ou du cataplasme, surtout dans la période de délut, et c'est le cataplasme classique bien fait qui est encore le meilleur. L'odeur de la farine de lin ou son extrême facilité à se répandre au dehors de son enveloppe lui ont fait préférer les cataplasme d'amidon ou les cataplasme Lelièvre ou Hamilton à la gelée de fucus. On maintient longtemps leur chaleur et leur humidité en les recouvrant d'une feuille de tissu imperméable par-dessus lequel on applique une couche très épaisse d'ouate.

L'essence de térébenthine, surtout celle non rectifiée, est plus active, elle agit d'une façon plus rapide et plus durable; la rougeur inflammatoire qui soit son emploi persiste longtemps et s'accuse par une sensation de chaleur vive, mais peu douloureuse. Les frictions se font une ou plusieurs fois par jour, selon la réaction qu'on veut obtenir, à l'aide d'un tampon d'ouate ou d'une pièce de flanelle imbibée d'essence. On frotte la peau jusqu'à ce qu'elle devienne rouge. L'effet obtenu est toujours très satisfaisant, supérieur à la teinture d'iode. Depuis longtemps je me sers de ce moyen à mon entière satisfaction. Lorsqu'on veut prolonger l'action bienfaisante de l'essence de térébenthine sans augmenter le nombre des frictions qui, faites en trop grand nombre, ont l'inconvénient de produire une exfoliation de l'épiderme, on applique immédiatement après l'opération la cuirasse de coton dont j'ai parlé tout d'abord.

Les effets de l'essence sont non seulement révulsifs externes, mais.

les vapeurs émises agissent sur les poumons, comme je le ferai voir au chapitre des modificateurs absorbés par les poumons au moyen de l'air étayé de vapeurs médicamenteuses.

Les badigeonnages de teinture d'iode ont eu leur vogue et sont excellents, il faut savoir bien les employer. Si on a la main trop légère et si les couches ne sont pas trop nombreuses (trois ou quatre), ils sont bien peu révulsifs. Si les couches sont trop nombreuses ou trop peu espacées, la douleur produite devient insupportable et peut amener une réaction nerveuse très forte, des cris, des pleurs, des convulsions même, surtout chez les trop jeunes enfants. Aussi, dans ce cas, le bénéfice qu'on en retire n'est pas en proportion avec la souffrance.

La teinture d'iode a aussi une action directe sur les poumons par la vapeur d'iode qui sature l'air ambiant et sert à la guérison. On a remplacé la teinture par le coton iodé plus facile à appliquer ; mais s'il est très récemment préparé, il peut agir comme vésicant. On peut aussi employer la teinture instantanée qui développe l'iode au fur et à mesure de son application.

Teinture No. 1	Iodate de Potasse.....	15 grains.
	Iodure de Potassium	2 1/2 drachmes.
	Aquâ.....	1 1/2 once.
Teinture No. 2	Acide citrique.....	2 1/2 drachmes.
	Aquâ distill.....	1 1/2 once.

Badigeonner d'abord avec No. 1, laisser sécher, puis badigeonner avec le No. 2 et l'iode devient libre.

Dans l'ordre de progression ascendant des exanthèmes provoqués douloureux les sinapismes viennent ensuite. Leur application est très différente : tantôt c'est la farine du Sinapis Nigra répandue sur un cataplasme de farine de lin, puis le sinapisme Rigollot promené pour agir très vite et sur une grande surface sans augmenter leur nombre ou la douleur, le sinapisme mitigé de Lebaigue, le sinapisme Rigollot ou le cataplasme fait avec la farine de moutarde pure. Tous ces moyens répondent à un but déterminé qu'on peut confondre, le premier avec l'essence de térébenthine, et le dernier, surtout mis en place assez longtemps, à une brûlure assez forte. Cette brûlure réagit alors fortement sur le malade et peut être indiquée dans des cas extrêmes de rapidité d'application et d'asphyxie commençante.

Donc les cataplasmes saupoudrés de farine de moutarde ne sont pas supérieurs à l'essence de térébenthine ; ils sont surtout plus douloureux ; pour les sinapismes laissés trop longtemps en place, ils agissent plus profondément et ont l'action du vésicatoire à son début et en plus la douleur.

On a voulu avoir la même action que celle des sinapismes sans en avoir l'inconvénient douloureux. Une large pièce de flanelle est appliquée sur la peau, on promène un fer à repasser bien chaud, il se produit une révulsion énergique, la peau devient erythémateuse très rapidement et l'effet réactif moins douloureux, car l'action du fer chaud en est moins mordicante.

Le papier de piment de Lardy a essayé d'être l'intermédiaire entre le sinapisme et le vésicatoire et, pour ma part, il ne m'a guère réussi ; son action a toujours été trop infidèle.

Dans les révulsions qui ont le temps d'attendre leur effet, nous citerons le papier Vlinsky et l'emplâtre aujourd'hui abandonné de poix de Bourgogne.

Tels sont les moyens révulsifs à action exanthémateuse employés le plus fréquemment chez les enfants.—(*Journal de Médecine de Paris.*)

MALADIES NERVEUSES.

MALADIE DE BASEDOW.—Le malade qui fait le sujet de la leçon d'aujourd'hui est un homme amaigri, débilité, qui, à la suite de chagrins, s'est mis à trembler : il s'agit, dans l'espèce, d'un tremblement menu et serré qui agite avec le même rythme tous les muscles du corps. Ce tremblement, bien étudié par M. Marie dans sa thèse, ressemble un peu à celui d'un homme qui grelotte de froid.

Le malade a de la tachycardie, il a de 120 à 135 pulsations. Sa température est de 37 à 38 degrés. Il a de l'exophtalmie, mais pas de goitre, des sueurs abondantes (ressemblance avec la tuberculose) et (autre ressemblance avec la même maladie), une diarrhée abondante.

Point nouveau.—Le malade prétend que plusieurs fois il est tombé en marchant, sans vertige et sans perte de connaissance ; il s'est passé chez lui ce qui se passe parfois chez les tabétiques, les jambes se sont dérobées sous le poids du corps sans qu'il y ait eu (comme dans le tabes) de douleur fulgurante accompagnant la chute.

M. Charcot considère ses défaillances *comme le début d'une paralysie spéciale à la maladie de Basedow.* Les réflexes sont faibles, la paraplégie est esquissée ; il s'agit, dans l'espèce, d'une sorte de parésie des membres inférieurs.

M. Charcot montre à sa leçon une femme atteinte de maladie de Basedow et s'attache à montrer à quel point il est facile (grâce à la température élevée, aux sueurs, à la toux ? aux selles), de confondre l'affection avec la tuberculose. Dans une thèse soutenue à Lyon et faite sous

l'inspiration du professeur Renaud, il est prouvé que l'élévation de température est constante dans la maladie de Basedow, mais que, malgré les apparences, la tuberculose n'arrive pas.

La seconde malade, comme le premier, a aussi eu à différentes reprises de l'effondrement des membres inférieurs.

A propos d'une jeune fille atteinte en même temps de goître exophtalmique et d'hystérie, le professeur fait remarquer les rapports étroits et la coïncidence fréquente de ces *deux névroses*.

On peut, en somme, résumer facilement en un tableau les symptômes de la série de Basedow :

PREMIER ORDRE. — SYMPTÔMES CARDINAUX.

Tachycardie (asystolie), *goître*, *exophtalmie*, *tremblement*.

DEUXIÈME ORDRE. — SYMPTÔMES SECONDAIRES.

- a. *Digestifs*.—Vomissements, diarrhées spéciales, boulimies, fringales, ictère.
- b. *Respiratoires*.—Toux, respiration fréquente, symptômes d'angor pectoris.
- c. *Moteurs*.—Paralysies, signes de Graefe, impossibilité de la convergence (Möbius), convulsions, crises épileptiformes.
- d. *Psychiques*.—(Etat mental spécial).
- e. *Cutanés*.—Urticaire, pigmentation, vitiligo, sueurs, chaleurs, diminution de la résistances électrique.
- f. *Urinaires*.—Polyurie, albuminurie, glycosurie.
- g. *Génitiaux*.—Impuissance, troubles menstruels.
- h. *Généraux*.—Anémie profonde, cachexie, œdème asystolie finale.

(Leçon du 22 janvier 1889.)

MUTISME HYSTÉRIQUE.—Les caractères de cette singulière manifestation de l'hystérie sont aujourd'hui assez tranchés pour que la confusion avec les aphasies organiques soit difficile. Quand on voit un malade ne pouvoir proférer aucun son avec son larynx, ni même parler à voix basse, mais écrire rapidement ce qu'il ne peut exprimer avec la parole, on doit déjà penser à l'hystérie.

La malade présentée au cours ne peut proférer aucun bruit laryngé, elle n'a ni cécité, ni surdité verbale, ni agraphie. C'est une victime de l'hypnotisation foraine, et son histoire, fort curieuse du reste, a été publiée par M. Séglas, dans les *Annales médico-psychiques* de janvier, t. IX.

M. Charcot étudie ensuite, avec examen clinique à l'appui, la neurasthénie des ouvriers, il montre que dans un cas la neurasthénie s'est unie d'une façon intime à l'hystérie. La fréquence de la neurasthénie et de l'hystérie s'affirme tous les jours dans la classe ouvrière. 11

ne s'agit plus ici du surmenage intellectuel. Nous n'avons plus affaire à des collégiens, ni à des négociants de Boston ou à des ingénieurs ou des polytechniciens, ce sont des ouvriers, dont l'un voit son fils tomber d'un toit et se briser dans la cour à ses pieds, dont l'autre est tombé à l'eau en pêchant à l'épervier, etc., et qui, à la suite de ces divers accidents, tombent dans le marasme, ont un sommeil peuplé de cauchemars où ils voient des animaux, des reptiles, des serpents, ne mangent plus, ne peuvent plus ni travailler, ni fixer leur attention sur rien ; enfin sont pris de ces symptômes objectifs si caractéristiques : l'amaigrissement l'aspect mélancolique auxquels se joignent les céphalées spéciales, les douleurs sacrées, les frémissements musculaires, les faiblesses des membres inférieurs, tous phénomènes capable de faire croire à l'existence d'une maladie organique. (Leçon du 28 janvier 1889.)

CRISES GASTRIQUES DU TABES — Malgré les nombreuses descriptions données de cet aspect spécial du tabes, il est encore un grand nombre de médecins qui ne reconnaissent pas la crise gastrique quand elle se présente à l'état isolé ou au début de la maladie. M. Charcot rappelle que c'est lui qui a dénommé l'affection : crise gastrique, dans le *Mouvement médical* de 1872.

Gull en 1858 avait reconnu la liaison qui unissait les crises gastriques à certaines affections spéciales et Duchenne (de Boulogne), lui, niait toute connection entre les deux phénomènes.

Le professeur rappelle qu'on peut avoir des crises gastriques dix ans, quinze ans avant d'être *ataxique*, que dans ces crises on a presque toujours des vomissements alimentaires, que le vomissement marc de café est rare, que le vomissement glaireux, riche en acide chlorhydrique, est la règle.

Les malades sont en pareil cas dans un état spécial, soporeux, inertes, froids, les traits tirés comme dans le choléra. Tout cela cesse comme par enchantement. Il y a un passage brusque d'une douleur épouvantable à un immense bien-être ; le malade dont l'estomac ne tolérerait pas une cuillerée d'eau se met à manger avec voracité des mets que cet estomac digère fort bien. La périodicité est la règle dans le retour des crises gastriques. Ces crises sont accompagnées de crises laryngées, vésicales. Parfois le vomissement a lieu sans douleurs. Quelquefois il n'y a pas de vomissements.

Tous ces symptômes ont leur raison d'être dans des lésions du nerf vague, du pneumo-gastrique, du glosso-pharyngien.

Leyden a prétendu qu'il a observé des crises en tout semblables aux crises gastriques de l'ataxie chez des gens qui ne sont jamais devenus tabétiques. Cette affirmation laisse rêveur quand on relève dans l'histoire clinique de ces singuliers gastralgies, des paraplégies, de la diplopie et de la gêne dans les mouvements, des douleurs à type fulgurant, etc.

On sera bien aidé dans l'établissement de son diagnostic par la concomitance de crises ou de vertiges laryngés avec ou sans convulsions épileptiformes ou apoplectiformes. (Leçon du 19 février 1889.)

DERMATOLOGIE.

Étiologie et traitement de l'acné.—(Dr BARTHÉLEMY.)

La coexistence des troubles digestifs avec l'acné est un fait d'observation qui depuis longtemps a été noté par les dermatologistes, et beaucoup n'ont pas hésité à y voir une relation de cause à effet. M. Barthélemy s'attache à préciser cette notice étiologique et, s'appuyant sur les recherches de Bouchard, à montrer le rôle prédominant de la dilatation de l'estomac dans le développement et l'entretien de l'éruption acnéique.

D'après l'auteur, la présence de l'acné sur la face ou sur la poitrine d'un sujet doit inspirer immédiatement au médecin cette double conclusion : 1^o qu'il existe habituellement chez le sujet de la dyspepsie, de la dilatation stomacale avec les divers symptômes qui s'y rattachent : 2^o que c'est seulement en traitant les troubles digestifs qu'il pourra se rendre définitivement maître de l'affection cutanée et qu'il aura quelque chance d'en prévenir les récidives.

Sur 169 observations d'acné, recueillies dans l'espace de cinq années, Barthélemy a constaté 165 fois le clapotage, signe matériel concluant de la dilatation de l'estomac.

Mais la dyspepsie ne crée pas directement l'acné ; elle produit d'abord une exagération de la sécrétion des glandes sébacées, une *séborrhée*, qui préexiste toujours à l'éclosion des premières papules acnéiques. Cette séborrhée est permanente, tandis que les poussées d'acné sont intermittentes. Elle est la conséquence directe de la mauvaise élaboration des aliments dans l'estomac. Il n'y a pas de séborrhée sans trouble digestif, comme il n'y a pas d'acné sans séborrhée préalable.

La peau grasse, séborrhéique, devient un excellent milieu de culture pour le germe acnogène—d'ailleurs inconnu—venu de l'extérieur. Le germe ne produit qu'une papule. L'acné, vraie et pure, n'est jamais que papuleuse. C'est par l'adjonction d'autres microbes, le *staphylococcus albus* le plus souvent, d'après Gilbert, que l'acné devient pustuleuse, nodulaire, phlegmoneuse, etc.

Une fois les germes acnogènes greffés sur la peau, ils semblent y résider à demeure ; longtemps à l'état latent, ils n'attendent pour se multiplier qu'une occasion favorable. Ils se propagent de proche en proche, d'une glande sébacée à l'autre. Ils sont transmissibles d'un sujet à un autre, à condition de rencontrer un terrain séborrhéique.

Barthélemy résume l'étiologie de l'acné dans la phrase suivante :

c'est l'intérieur qui prépare le terrain, c'est l'extérieur qui l'ensemence.

Le traitement qui découle de cette étiologie se résume lui-même en deux indications : *antiseptie gastro-intestinale* pour rendre l'organisme réfractaire en stérilisant le milieu de cultures ; *antiseptie cutanée* pour combattre les éléments acnéiques en activité.

Barthélemy a réalisé la première avec les purgatifs légers et les poudres absorbantes et antiseptiques, naphthol, craie préparée, crème de tartre, magnésie calcinée.

Pour la seconde, il conseille les pâtes phéniquées et soufrées, des badigeonnages de naphthol camphré ou des pulvérisations d'éther tenant en solutions saturées du camphre du tannin, de l'acide salicylique et même de l'iodoforme.

De fines pointes de feu doivent être employées pour détruire l'acné tuberculeuse ; plus tard on conseillera les pulvérisations phéniquées, les pommades légèrement salicylées, ou le mélange de vaseline, lanoline, amidon pur et oxyde de zinc.

Les moyens chirurgicaux ponctions, incisions, raclage, drainage, etc., sont réservés pour les cas exceptionnellement rebelles.

(*Arch. Gén. de Médecine*).

OPHTHALMOLOGIE ET OTOLOGIE.

Traitement du tracôme, par TSCHEPKINE.

Parmi les maladies des yeux, le tracôme est une des plus importantes aussi bien à cause de sa fréquence que de sa guérison difficile et de ses conséquences fâcheuses pour la vue.

Tous les moyens employés jusqu'à ce jour n'ont donné que des résultats incomplets.

Les granulations ne sont pas aussi superficielles qu'on pourrait le croire de prime abord. La médication pour être efficace doit atteindre pour ainsi dire la racine du mal. C'est dans ce but précisément que les expériences entreprises par M. Tschepkine présentent un intérêt réel.

L'auteur, à l'aide d'une seringue de Pravaz, injecta, dans sept cas d'ophtalmie granuleuse, une solution d'acide phénique au 2 p. 100 directement sous la conjonctive palpébrale et dans tous les cas il obtint des résultats très satisfaisants ; dans les sept cas les granulations disparurent complètement après deux ou trois injections.

Le manuel opératoire est fort simple. Un aide attire la paupière en.

bas pendant que l'opérateur fixe la conjonctive avec des pinces dont on se sert pour fixer la sclérotique, et au niveau du point fixe recouvert de granulations, on enfonce la pointe de l'aiguille et on y fait passer deux ou trois gouttes de la solution, on retire rapidement l'aiguille. Il faut injecter dans les couches les plus profondes de la conjonctive et c'est là le point le plus important.

L'opération est certainement douloureuse, mais à l'aide de la cocaïne on rend cette opération absolument indolore.

Après l'injection, on observe un léger larmolement, la conjonctive devient un peu rouge, phénomènes qui d'ailleurs disparaissent au bout de dix à quinze minutes, mais on n'observe ni couleur ni photophobie.

(*Wratch*, 1886) — W.

Des Écoulements d'Oreille.

Par le Dr CHARAZAC, de Toulouse.

Je n'ai pas la prétention de traiter aujourd'hui d'une façon complète la question des suppurations de l'oreille, ce serait une œuvre de longue haleine et qui nécessiterait pour être menée à bien de longues et nombreuses recherches. Le seul but que je me propose, est d'attirer votre attention sur cette fâcheuse tendance de bon nombre de praticiens, qui considèrent l'otorrhée comme une affection peu sérieuse, que l'on peut négliger sans danger. Ils secondent ainsi l'ignorance et l'incurie des parents, qui fort souvent regardent les écoulements d'oreille comme salutaires, devant débarrasser *le malade de ses humeurs*, et qui craindraient que l'écoulement *ne se porte au cerveau* s'ils cherchaient à l'arrêter. Tous les médecins savent parfaitement que lorsqu'un écoulement d'oreille se porte au cerveau, pour parler comme le vulgaire, ce n'est pas parce qu'il a été traité, mais parce qu'il l'a été trop tard.

Pour bien faire comprendre les dangers que peut faire courir aux malades un simple écoulement d'oreille, il ne sera peut-être pas inutile d'entrer dans quelques considérations anatomiques. Politzer, dans son remarquable *Traité des maladies de l'oreille*, décrit à la caisse six parois. Une paroi externe formée par la membrane du tympan, une paroi supérieure, une paroi inférieure, une postérieure, une antérieure, et une dernière interne. Au point de vue où nous nous sommes placés, nous n'avons à nous occuper ici que des parois supérieure, inférieure et postérieure.

La paroi supérieure sépare la cavité du tympan de la cavité crânienne ; elle est formée par une mince lamelle, qui présente deux ou plusieurs lacunes irrégulières mettant en communication l'oreille moyenne et la dure-mère. Parfois même une grande partie du toit de

la caisse fait défaut, de sorte que par la grande ouverture qui en résulte on peut voir complètement la cavité du tympan. Cette anomalie, désignée par Hyrtl sous le nom de déhiscence spontanée du toit du tympan, est due probablement à un arrêt de développement. On conçoit avec quelle facilité dans les cas de ce genre, une inflammation de la caisse peut se propager aux méninges.

La paroi inférieure de la caisse est très voisine de la fosse jugulaire ; ce voisinage est à noter, car une carie de cette paroi a parfois pour conséquence une phlébite mortelle avec formation de thrombose dans le renflement de la veine jugulaire.

Enfin, la paroi postérieure présente à sa partie supérieure une ouverture plus ou moins grande, suivant l'âge du sujet, ouverture qui fait communiquer la caisse avec les cellules mastoïdiennes ; aussi n'est il pas rare de voir une inflammation de l'oreille moyenne se propager aux cellules de l'apophyse mastoïde et donner lieu à un abcès mastoïdien. Mais, d'autre part, la limite interne de l'apophyse mastoïdienne est formée par une lame osseuse qui recouvre les cellules du côté de la cavité crânienne ; sur cette lame se trouve la fosse sygmoïde, plus ou moins large, qui contient le sinus transverse. Cette lame osseuse est parfois assez forte, dit Politzer : " Mais parfois aussi elle est très mince et ça et là déhiscente, de sorte que la paroi veineuse et le revêtement des cellules mastoïdiennes viennent en contact immédiat..... Dans les affections purulentes de l'apophyse qui amènent la carie de l'os, la destruction atteint parfois la fosse sygmoïde et produit une phlébite consécutive et généralement une issue fatale, par suite de thrombose, de pyémie et d'embolie des organes vitaux."

Enfin, une dernière particularité anatomique importante à noter dans l'étude des complications de l'otorrhée est fournie par le trajet du nerf facial. Le facial passe du conduit auditif externe dans l'aqueduc de Fallope. La paralysie de ce nerf est assez fréquente dans l'otorrhée ; elle est la conséquence de la propagation de l'inflammation de la muqueuse de l'oreille moyenne à la paroi osseuse du canal de Fallope et au nevrilème facial, soit à la carie et à la nécrose du canal de Fallope.

De toutes les complications de l'otorrhée, une des plus communes est la méningite ; l'observation suivante va nous en fournir un exemple.

C. servation.—Le mercredi 8 décembre, je suis appelé à voir un malade âgé de onze ans, atteint d'un écoulement d'oreille survenu cinq ans auparavant à la suite d'une scarlatine. Le malade éprouve depuis deux jours de violentes douleurs de tête, il a de la fièvre, la langue est sèche et saburrale ; en présence de ces symptômes, on peut songer à une méningite au début, il n'existe cependant pas

d'autres symptômes. Du conduit auditif s'échappe une quantité considérable de pus. Je fais une injection d'eau tiède et pratique l'examen de l'oreille ; je constate un polype volumineux arrivant presque à l'entrée du méat ; la peau qui recouvre l'apophyse mastoïde est saine, il n'existe aucun gonflement de cette région, la pression ne réveille aucune douleur, je prescris un purgatif, des lavages antiseptiques à l'acide borique et des instillations au sulfate de cuivre et au chloral. Le vendredi 9, le père arrive dans mon cabinet ; l'état du malade s'est aggravé, la famille n'ayant point de médecin depuis la mort de M. Dazet, je prie notre excellent confrère, M. le Dr Bézy de vouloir bien soigner le malade ; à son arrivée, notre confrère constate tous les symptômes d'une méningite. Le lendemain, le jeune malade était mort.

Les cas semblables à celui que je viens de rapporter sont loin d'être rares : la littérature médicale en renferme de nombreux exemples : récemment encore, le Dr Sexton de New-York en a publié plusieurs, présentant avec l'observation précédente les plus grandes analogies. Dans un premier cas, il s'agit d'un enfant de 4 mois atteint d'otite moyenne suppurée et compliquée d'un polype qui remplissait le conduit auditif tout entier. Le malade mourut de pachyméningite. Un second malade, âgé de 7 mois, atteint d'otorrhée avec lymphadénome du cou, carie du rocher et paralysie faciale ; il mourut de méningite suppurée. Le Dr Mathewson, lui aussi, a publié récemment six cas d'otorrhée qui se sont terminés par la mort. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de quarante ans atteint d'un écoulement d'oreille consécutif à la scarlatine ; il mourut de méningite. Dans un autre, c'est une jeune fille de onze ans, l'écoulement d'oreille avait amené la production d'un polype volumineux. La malade succombe victime d'une méningite suppurée.

On observe quelquefois chez les malades atteints d'otorrhée une lésion particulière du fond de l'œil. Je la mentionne à cette place parce que d'ordinaire elle précède et accompagne la méningite otitique. Je veux parler de la névrite simple ou double du nerf optique, Albutt, Kipp, Zaufal, etc., ont signalé ce fait. Andrew (2), dans un travail écrit dans le but de démontrer l'utilité de l'examen ophtalmoscopique dans le diagnostic des complications cérébrales de l'otorrhée, cite à l'appui de cette thèse, d'abord un cas d'otite moyenne suppurée chronique suivie d'abcès du lobe moyen du cerveau et de mort, survenue chez un homme de vingt-quatre ans, chez lequel l'examen ophtalmoscopique révéla l'existence d'une névrite optique double. Dans un autre cas, à peu près analogue au précédent, le malade également atteint de névrite optique succomba aux suites d'une phlébite du sinus latéral et d'une méningite de la convexité. Le troisième malade

guérit d'une otorrhée compliquée de méningite et le quatrième mourut avec un abcès du cerveau.

Le Dr Andrew pense que toutes les fois qu'à l'examen ophthalmoscopique on constate l'existence d'œdème de la papille chez un malade atteint d'otorrhée, on doit trouver dans le fait une indication d'ouvrir l'apophyse mastoïde, sinon pour frayer la voie au pus, au moins pour établir un drainage qui laisse s'écouler les produits sécrétés par l'oreille moyenne.

Bien que la méningite otitique ne soit pas tant s'en faut, l'apanage exclusif des enfants, elle est cependant chez eux beaucoup plus fréquente que chez l'adulte. Cela s'explique par ce fait que chez l'enfant les cavités mastoïdiennes sont plus considérables que chez l'adulte ; il existe, en outre, chez l'enfant, entre la portion écailleuse et la portion pierreuse du temporal une bande de tissu conjonctif qui s'étend de la dure-mère à la caisse du tympan et qui explique chez eux la fréquence de l'inflammation cérébrale consécutive à une otite. Il existe d'ailleurs, à mon avis, bon nombre de cas de méningite chez les enfants dans lesquels la cause est restée inconnue, parce que l'attention n'a pas été attirée du côté de l'appareil auditif. Aussi sommes-nous persuadés que cette redoutable maladie deviendra moins fréquente le jour où les parents instruits du danger se décideront à soigner dès le début les suppurations de l'oreille.

Ainsi que je l'ai fait entrevoir dans le court exposé anatomique qui précède ce travail, la méningite et la pachymeningite ne sont pas les seules complications graves de l'otorrhée. D'après les statistiques les abcès intra-craniens dans un grand nombre de cas (22 à 35 % des cas) proviennent d'une otite moyenne suppurée, et dans les cas de ce genre la terminaison fatale est la règle. Hulke, dans un travail sur la trépanation pour l'évacuation des abcès intra crâniens consécutifs aux suppurations de l'oreille, n'a observé qu'un seul cas de guérison dans lequel le pus trouva un passage suffisant pour s'écouler au dehors à travers des os cariés. Cet auteur a pratiqué la trépanation dans trois cas d'abcès intra-crâniens. Les trois malades sont morts, ce qui n'est pas fait pour encourager ceux qui auraient l'intention de suivre son exemple dans les cas de ce genre ; il prétend que la trépanation fut faite trop tard et qu'il est important de faire un diagnostic au début de la maladie.

Truckenbrod a été plus heureux, il prétend avoir guéri un abcès cérébral consécutif à une otorrhée, par la trépanation de l'apophyse mastoïde. Le diagnostic fut fait parce qu'il existait : 1° de fortes douleurs derrière l'oreille *gauche* atteinte d'une otite suppurée aiguë ; 2° un œdème qui au bout de deux jours s'était considérablement étendu ;

3° une paralysie du facial droit (côté opposé à l'oreille malade) et des troubles particuliers de la parole.

Le phlébite des sinus vient aussi assez souvent compliquer l'otorrhée. Elle est le résultat de la carie de la paroi de la caisse qui sépare l'oreille moyenne du golfe de la veine jugulaire, soit de la carie de la lame osseuse qui sépare les cellules mastoïdiennes de la fosse sygmoïde. On a également observé des phlébites de sinus pétreux et caverneux.

Les observations de phlébite des sinus sont assez nombreuses ; citons en passant une observation du Dr Lane Sanson. Le malade, un garçon âgé de quinze ans, atteint d'otorrhée double, mourut d'une thrombose des sinus latéraux. La thrombose qui est la conséquence de la phlébite est ordinairement mortelle. Cependant, Eysell, Franckel, Politzer ont observé des cas de thrombose du sinus latéral qui n'avaient pas déterminé la mort. C'étaient des thrombus anciens et qui n'étaient pas la cause immédiate de la mort du malade.

Quand nous aurons signalé les abcès mastoïdiens et la paralysie qui accompagnent si souvent les écoulements d'oreille, nous en aurons fini avec les complications de l'otorrhée. Ces deux dernières, bien que n'ayant pas la gravité des complications précédentes, peuvent cependant amener la mort. Le Dr Noquet, de Lille, a rapporté l'observation d'un jeune soldat atteint d'otorrhée et qui mourut de méningite cérébro-spinale. A l'autopsie, en dehors des lésions de la méningite, on put constater que tout le tissu voisin des cellules mastoïdiennes était atteint d'ostéite. On trouva du pus dans le labyrinthe, et autour des nerfs acoustiques et faciaux qui étaient eux-mêmes enflammés.

De cet exposé sommaire, nous croyons pouvoir logiquement conclure, que l'otorrhée ne *doit jamais être respectée*. Pourquoi la production du pus dans une oreille serait-elle salutaire, alors qu'elle est considérée comme nuisible dans toutes les autres parties de l'organisme ? La pathologie otiatrice ne diffère en rien de la pathologie ordinaire, elle est soumise aux mêmes principes et aux mêmes règles ; on doit donc, à mon avis, soigner les affections de l'oreille tout aussi bien que les autres maladies, on obtient d'ailleurs dans cette branche de la pathologie des résultats aussi satisfaisants que dans les autres affections de l'organisme.

Mais pour traiter une maladie, pour pouvoir, en connaissance de cause, formuler le pronostic, il faut avant tout établir un diagnostic exact. Et pour en revenir à l'otorrhée, il ne faut pas croire avoir fait un diagnostic parce qu'on a constaté l'existence d'une perforation et de l'écoulement. L'écoulement d'oreille est un, mais l'otorrhée est fort com-

plexe. Pour instituer un traitement rationnel et efficace, il est fort important d'en établir exactement la nature. Existe-t-il une perforation? Établir son siège, sa grandeur. A-t-on affaire à une inflammation catarrhale simple, ou existe-t-il dans la caisse des fongosités, des bourgeons charnus ou même de véritables polypes? La lésion inflammatoire est-elle limitée à la muqueuse ou le tissu osseux est-il déjà malade? Toutes ces questions doivent être résolues et le traitement sera tout différent suivant que l'on aura affaire à telle ou telle forme d'otorrhée.

Je n'ai pas l'intention d'étudier ici le traitement de l'otorrhée, cette étude m'entraînerait trop loin, la question d'ailleurs est à l'ordre du jour de la Société française d'otologie et de laryngologie, et je ne saurais mieux faire que de renvoyer ceux qui désireraient être complètement édifiés à ce sujet à la discussion à laquelle elle a donné lieu, en particulier à un travail fort bien fait d'un de mes anciens maîtres, M. le Dr Miot.

Je me contenterai d'indiquer la ligne de conduite générale que devrait suivre tout praticien en présence d'un écoulement d'oreille. Dans les cas de ce genre, on doit se proposer deux choses : 1^o Faire disparaître l'inflammation ; 2^o empêcher la surdité de se produire. Par les lavages de l'oreille suivis d'instillations de substances astringentes ou légèrement caustiques, ou d'insufflation de poudres sèches, on obtiendra ordinairement le premier résultat. On empêchera la surdité de se produire par le cathétérisme de la trompe. En effet, dans l'otorrhée avec perforation on voit presque toujours l'ouïe s'améliorer par le cathétérisme, l'insufflation d'air dans la caisse agit dans ces cas là de deux façons différentes : elle repousse dans le conduit auditif le pus accumulé dans les sinuosités de la caisse ; elle est indispensable quand la perforation siège à la partie supérieure de la membrane du tympan et en particulier sur la portion flaccide ; elle empêche, en outre, les adhérences cicatricielles de se produire entre la membrane et les parois de la caisse. Une otorrhée bien traitée à son début ne laisse d'ordinaire après elle qu'une altération insignifiante de l'audition, alors même que l'on n'a pas réussi à obtenir la cicatrisation de la perforation. Les perforations du tympan sont loin d'ailleurs d'avoir l'importance que beaucoup de médecins leur ont attribuée. Beaucoup de gens entendent relativement bien qui possèdent des volumineuses perforations de la membrane du tympan. J'ai même observé des cas de destruction presque complète du tympan dans lesquels l'audition était relativement bonne. En même temps que le traitement local, il est utile dans bien des cas d'instituer un traitement général approprié à la constitution du malade. Bien des praticiens ont l'habitude, dans les cas de ce genre, d'envoyer leurs malades dans une station thermale

ou balnéaire. Je dois, à ce sujet, faire une remarque importante, basée sur mon expérience personnelle aussi bien que sur les travaux de bon nombre d'auteurs. Les bains de mer sont absolument contre-indiqués dans toutes les affections de l'oreille et en particulier dans l'otorrhée : Sexton, Knapp, Morpurgo, Bobone, Burckardt-Merian, ont constaté ce fait. Non seulement les bains de mer, dit Cozzolino, peuvent produire une lésion de l'oreille externe, moyenne ou de la trompe chez un sujet sain, mais s'il existe déjà une affection quelconque de ces parties de l'organe auditif, elle sera augmentée par cette médication. Les suppurations préexistantes deviennent plus abondantes plus rebelles et les granulations se transforment en polypes. Et non seulement les bains de mer, mais encore le simple séjour au bord de la mer peut réveiller une maladie d'oreille depuis longtemps guérie. Les faits de ce genre sont nombreux, j'en ai observé et tous les médecins auristes en ont observé aussi bien que moi.

Je termine ces quelques considérations par une dernière remarque. En dehors des complications graves qui peuvent être la conséquence de l'otorrhée, les lésions de l'appareil auditif et la surdité plus ou moins grave qui résulte des écoulements d'oreille doivent être, selon moi, des raisons bien suffisantes pour engager tout praticien à traiter l'otorrhée d'une façon sérieuse.

Dr J. CHARAZAC.

REVUE DES JOURNAUX.

La codéine dans le diabète, par M. B. NOVARO.

Dans la *Gazetta medica di Torino* l'auteur écrit avoir employé avec succès la codéine pour combattre le diabète dans un certain nombre de cas où les autres agents avaient échoué. Il prescrit 15 centigrammes le premier jour en trois pilules, et quand elles sont bien supportées, il augmente d'une pilule par jour de façon à donner 1 gramme en tout.

De l'hypo-hémathose.

M. Maurel (de Toulouse) fait sur ce sujet à l'Académie de médecine une communication dont voici les conclusions :

- 1^o Il existe un rapport nécessaire entre la taille et le poids d'un sujet, et sa section thoracique ;
- 2^o Ces rapports varient avec les âges ; mais pour chaque âge ils sont constants ;
- 3^o Lorsque ce rapport est insuffisant, il en résulte une série de troubles que j'ai réunis sous le nom d'hypo-hématose ;

4° Ces troubles constituent bien une affection spéciale. Il représentent au moins une forme particulière de l'anémie ; c'est l'anémie par défaut de comburant ;

5° Tous ces troubles tiennent bien à l'insuffisance de la section thoracique entraînant elle-même une respiration insuffisante ; et ce qui le prouve c'est qu'il suffit d'agrandir cette section thoracique pour que tous ces troubles disparaissent ;

6° Cet agrandissement s'obtient rapidement par la gymnastique respiratoire.

Moyen de reconnaître les cicatrices de sangsues. par M. DE CASTRO

Il est parfois important en médecine légale de constater la présence d'anciennes cicatrices laissées par les sangsues.

Il suffit, d'après l'auteur, de frotter la peau avec de la teinture de moutarde : les cicatrices apparaissent blanchâtres, tandis que la peau environnante est fortement colorée en rouge.

BALLAND.

Traitement de la sueur nocturne des phtisiques.

Rosenbach recommande l'application d'une vessie pleine de glace sur l'abdomen pendant plusieurs heures de la nuit. Elle est bien supportée par les malades, et ce procédé réussit mieux que le traitement par l'atropine et autres agents.

Injections sous-cutanées de cocaïne contre les contractions spasmodiques.

Dans les contractions douloureuses, accompagnant l'arthrite primitive, le Dr Lorenz, de Vienne, conseille de pousser dans la cavité articulaire, avec une seringue de Pravaz et avec toutes les précautions antiseptiques de rigueur, une injection de cocaïne à 10 0/0.

L'injection a pour effet immédiat de dissiper la douleur, de vaincre le spasme et elle permet de redresser la jointure, pour l'immobiliser dans la position normale du membre.

Les Nouvelles Médicales.

Traitement de la maladie épidémique, la grippe, qui a sévi dernièrement en France.

Voici ce que nous relevons dans une note qui a été adressée par M. le docteur Grasset, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, à la *Semaine Médicale*.

Comme traitement, je donne la potion suivante qui soulage et est très bien supportée (mais sans laquelle la maladie guérirait tout de même ;

Antipyrine.....	grammes XXX
Téinture d'aconit.....	XII gouttes.
Sirop de fleurs d'orangers.....	$\bar{5}$ i.
Eau de Tilleul.....	$\bar{5}$ ij.

F. S. A.—A prendre : par cuillerées à soupe de 2 en 2 heures, en alternant avec du lait chaud.

Quelquefois vomitif au début.—Purgatif à la fin.

L'on a aussi employé avec succès le bromhydrate de quinine à la dose de 5 grains deux fois par jour.

Luxation complète du globe oculaire.

Le malade était un jeune homme de 22 ans, qui, traversant une cuisine, glissa et tomba en avant sur le fourneau, de manière que sa tête porta sur un instrument en fonte placé verticalement. Cet instrument s'enfonça (sans plaie) dans l'orbite au-dessus du globe oculaire, celui-ci vint faire saillie au dehors, et quand le docteur Sullivan arriva, il était complètement hors de sa cavité, les deux paupières étant contractées en entropion derrière lui. L'aspect de la lésion était tout à fait extraordinaire. Le docteur Sullivan appliqua une solution de cocaïne à 6 p. 100. Puis, au moyen d'une pince de Charrière, il réussit avec beaucoup de difficulté à retourner la paupière inférieure. Alors, la pince étant fixée, il la confia à un aide ; et, saisissant une autre pince, il retourna de même la paupière supérieure. A ce moment, le globe oculaire glissa subitement dans sa place normale. C'était un cas de véritable luxation du globe oculaire ; notre confrère a trouvé très peu de chose sur ce sujet dans les traités de chirurgie. La conjonctivite consécutive a été facilement combattue, et la vue du blessé est intacte. Le tiraillement du nerf optique n'a pas duré plus de quarante cinq minutes.—(*Med. Record.*)

Hémorroïdes douloureuses.

Le docteur Thomas-H. Kinnard a relaté, dans le *Pacific med. and surg. Journal*, 20 cas d'hémorroïdes douloureuses qu'il a traitées heureusement au moyen d'onctions sur les tumeurs avec un mélange d'une partie d'extrait d'ail et de deux parties d'huile d'olive. Lorsque les hémorroïdes sont internes, il injecte un drachme du mélange dans le rectum.

Hydrocèle chez la femme.

L'*Union médicale* a rapporté trois cas de cette maladie. On peut en rapprocher le suivant, qui a été publié par le docteur A. Hirst, dans le *Brit. med. Journ.* La malade, mariée, était enceinte pour la troisième fois, et très avancée dans sa grossesse. Il s'était développé lentement dans la grande lèvres gauche une tumeur qui, quand notre,

confrère la vit, avait à peu près le volume ordinaire d'une hydrocèle scrotale à l'époque où l'attention s'y porte pour la première fois. Cette tumeur était translucide, fluctuante, nettement circonscrite, sans impulsion par la toux, ni aucun autre signe de hernie. Un fin trocart y ayant été introduit, il s'écoula par la canule environ 200 grammes de sérosité, et la tumeur s'affaissa complètement. En raison de la grosseur avancée, le docteur Hirst ne voulut pas injecter dans la poche la teinture d'iode, qui lui a toujours réussi dans l'hydrocèle scrotale. Malgré des recherches attentives dans un grand nombre de livres sérieux, le docteur Hirst n'a jamais pu rien trouver sur ce sujet.—R.

Un conseil de M. Virchow

On sait que l'empereur Guillaume II s'est mis à la tête d'une croisade contre les mots français introduits en nombre formidable dans le langage courant et même dans la langue littéraire allemande, et qu'il a inauguré sa campagne en émondant la rédaction du menu de ses repas.

Or, le professeur Virchow vient à son tour de traiter, dans un de ses cours, la question de l'usage à faire des mots étrangers. Ayant à se prononcer sur la valeur expressive de deux mots techniques, tous deux empruntés à une langue étrangère, il a mis les étudiants en garde contre "la manie de repousser tout ce qui est étranger par la simple raison que cela est étranger" :

"Aucune langue, a-t-il dit, n'est assez riche pour fournir toujours la meilleure expression à toutes les choses que l'on a besoin d'exprimer ; en conséquence, il faut bien recourir à une langue étrangère quand la nôtre ne nous fournit pas le terme exact et précis dont nous avons besoin. En général, je voudrais vous donner une leçon dont je serais heureux de vous voir profiter pendant toute votre vie : Vous n'appartenez pas seulement à la patrie, vous appartenez aussi à l'humanité tout entière : Que messieurs les puristes se le tiennent pour dit."

PROFILS DE MEDECINS.

LE DR. PÉAN.

Lorsque — voici bien des années — je débarquai de ma province pour venir achever à Paris mes études médicales, mon premier soin fut d'aller voir opérer Péan. A cette époque, il était à peu près seul en France à oser ces opérations abdominales, ces *ovariotomies*, aujourd'hui si vulgarisées et si peu redoutables ; on discutait beaucoup, de par le monde, l'extrême hardiesse de ses tentatives, presque toujours

heureuses, grâce à sa prodigieuse habileté : je me joignis, un samedi matin, à la foule d'étudiants et de praticiens qui encombrait l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Louis. J'ai gardé de cette matinée une très vive impression.

Debout, dépassant ses aides de la tête, en habit, le blanc plastron de sa chemise largement étalé sur la carrure de sa poitrine, Péan m'est apparu magnifique, imposant comme la force même, avec sa grande figure pâle, impassible, presque sacerdotale et sacrée, d'une sènerite inalterable d'olympien. Tandis qu'un interne donnait du chloroforme à la malade, il parlait, lourdement, sans vaine éloquence, pour nous conter brièvement ce qu'il allait faire tout à l'heure. Mais il jetait ses phrases avec une sorte d'ennui, comme si les minutieuses explications scientifiques n'étaient pas son affaire : et il les abrégait, las de paroles, pressé d'agir. Peu lui importait d'être écouté : ce qu'il voulait, c'est qu'on le vit à l'œuvre. "Ecartez-vous, messieurs, que tout le monde puisse voir !..." Une serviette prestement nouée à son cou, ses manchettes blanches à peine retroussées, l'opération commença. Les opérations, plutôt, car il en fit cinq ou six à la suite, ce jour-là, laissant comme toujours à ses internes le soin des pansements. Je fus émerveillé. Je n'avais pas idée d'une pareille dextérité, d'une telle rapidité, d'une sûreté de main si impeccable, d'une habileté si consommée. C'était plus étonnant qu'horrible, cette utile et bienfaisante boucherie, ce défilé de malades endormis, opérés, emportés en un clin d'œil, se succédant sur la table sanglante parmi tout un hérissément clair de lames et de pinces, d'instruments inventés par lui. Comme tous ceux qui ont vu ce spectacle, je fus émerveillé de son sang-froid que rien ne trouble, de son coup d'œil que rien ne trompe, de son incomparable dextérité que rien n'égare.

Opérés ainsi à la diable, et sans plus de minutie dans les précautions antiseptiques, les malades courraient grand risque entre les mains de tout autre chirurgien. M. Péan guérit les siens presque infailliblement : on dirait qu'un sort bienheureux, qu'une inlassable bonne fortune s'attaché à tout ce qu'il fait.

* * *

Le fait est que tout lui réussit, comme aux conquérants, comme aux dominateurs de ce monde ; car il est bien réellement de la race des forts et des triomphateurs.

On connaît son histoire : il se vante, très volontiers, d'être parti de bas. Son père, un très brave homme de meunier, je crois, vint un jour, du fond de sa campagne, se faire extirper à Paris je ne sais quel bobo. Le chirurgien qui l'opéra se fit rénumérer très copieusement, et le bonhomme rentrant chez lui, guéri et mécontent, dit à son gamin " Tu

devrais bien te faire médecin : il y a tout de même de bien beaux bénéfices dans ce métier-là." Il ne se doutait pas, le brave homme, que cette involontaire prophétie, son fils devait la réaliser un jour au delà de toute espérance. Car jamais, à Paris, chirurgien ne fit si superbe fortune, jamais aucun ne gagna tant d'argent.

Cela suffit à expliquer le nombre exceptionnellement considérable de jaloux qu'il a faits. Il a des détracteurs dont quelques-uns, tout à fait honorables, lui reprochent d'avoir modifié certains usages surannés de la pratique médicale. M. Péan ne s'en alarme guère, car chaque jour il voit diminuer le nombre de ses adversaires d'hier, aujourd'hui ses amis.

D'ailleurs, tous ses confrères, sans exception, s'accordent à proclamer qu'il est prodigieusement habile, prodigieusement actif et vaillant à l'ouvrage : qu'il aime son métier par-dessus toutes choses, qu'il travaille sans cesse, en courses du matin au soir, se multipliant sans fatigue ; qu'il aime ses malades et les soigne avec dévouement, que, maintes fois, il s'est laissé tenter par le désir d'être charitable et brave homme. Après cela, qu'il se fasse payer très cher des gens très riches, qu'il réclame des honoraires en proportion avec la situation de fortune de ses clients, c'est son affaire ; et j'ai idée que ses collègues qui le blâment à ce point de vue ne sont pas, au fond, bien fâchés de ces nouvelles mœurs chirurgicales qui leur permettent d'élever eux mêmes leurs prix sans que le bon client s'en étonne.

*
* *

D'ailleurs, il faut le constater, ils sont bien rares, maintenant, les *purs* qui tiennent rigueur à Péan. Tout récemment, la scrupuleuse Académie, cette arche sainte, après s'être fait prier un peu, lui a ouvert à deux battants sa porte inviolée ; il y est entré glorieusement, avec une forte majorité, et sa bonhomie, sa simple franchise d'allures, sa loyauté peu raffinée mais très réelle, lui ont conquis le cœur de ceux-là mêmes dont il n'avait pas eu les suffrages. Au banquet que lui ont offert ses amis, à cette occasion, les meilleurs et les plus glorieux se pressaient en foule, et ne lui ménageaient point leur cordialité.

Aux séances de l'Académie, Pean, qui les suit assidûment, parle peu. Il dit lui-même : " Je ne suis pas un savant, moi, ni un faiseur de beaux discours " ; il n'écrit pas beaucoup non plus, laissant à ses internes le soin de rédiger et de réunir en volumes les observations et les statistiques de son service. L'action, voilà son fait.

Tout récemment, je l'ai rencontré, sous le péristyle de la rue des Saints-Pères, causant de sa voix forte et rude avec Charcot. Il s'agissait d'un cas très curieux de trépanation : en proie à de terribles accès

convulsifs, un jeune homme allait mourir ; Charcot avec son infail-
 lible science des *localisations cérébrales*, dont on lui doit la découverte,
 avait pu diagnostiquer une tumeur intra-cranienne, et en préciser le
 siège à un millimètre près. Péan, venant ensuite, avait appliqué le
 trépan à l'endroit indiqué, trouvé la tumeur, extirpé le mal, sauvé la
 vie au jeune malade qui se porte à présent très bien. Du savant qui
 a deviné la lésion, ou de l'opérateur qui l'a détruite, quel est le plus
 grand homme ? Le premier est plus haut, sans doute, plus intellectuel,
 plus génial ; mais le second, avec sa merveilleuse habileté, est prati-
 quement aussi utile, et, pour qui veut être guéri, aussi digne d'admira-
 tion et de reconnaissance. — (*Le Figaro*) — HORACE BIANCHON.

FORMULAIRE THERAPEUTIQUE

Remèdes contre l'insomnie

Les formules suivantes très utiles, pour l'administration des hypno-
 tiques ont paru dans un des derniers numéros du *Deutsche Med. Wo-*
chenschrift :

- | | | |
|------------|--|--------------|
| R | Hydrate d'amylène..... | cv. grains |
| | Eau distillée..... | 2 onces. |
| | Extrait de réglisse..... | 2½ drachmes. |
| M. Sig. : | Prenez la moitié de cette dose le soir au coucher. | |
| R | Hydrate d'amylène..... | xxv minimes. |
| | Mucilage de gomme arabique.... | 5 drachmes. |
| | Eau distillée..... | 1½ onces. |
| M. Sign. : | Pour un lavement. | |
| R | Chloral..... | 1 drachme. |
| | Eau distillée..... | |
| | Sirop d'orange..... | 10 onces. |
| M. Sig. : | Une à deux cuillerées à soupe. | |
| R | Chloral..... | xliv grains. |
| | Bromure de potassium..... | lxxv grains. |
| | Eau distillée..... | 3 onces. |
| | Sirop d'orange..... | 1½ once. |
| M. Sig. : | Prenez le tiers de cette mixture le soir. | |
| R | Extrait de laitue..... | ix grains. |
| | Gomme arabique..... | 1 drachme. |
| | Eau distillée..... | 6 onces. |
| | Ajoutez : | |
| | Sirop d'orange..... | 1 once. |
| M. Sig. : | Une cuillerée à soupe toutes les heures. | |

R Paraldehyde.....	1 à 1½ drachme.
Eau distillée.....	3 onces.
Siróp simple.....	2½ drachmes.

M. Sig. : Prenez la moitié de cette mixture le soir au coucher.

R Phénacétine.....	viiss-xxij grains.
--------------------	--------------------

M. Sig. : Une prise dans la soirée.

R Sulphonal.....	gr. xv-xxx.
------------------	-------------

Divisez en cinq parties égales.

Sig. : Une prise dans du sirop, le soir.

R Uréthane.....	1 drachme.
Eau distillée.....	16 drachmes.
Siróp d'orange.....	5 drachmes.

M. Sig. : Une cuillerée à soupe de demi heure en demi heure, jusqu'à effet.—*Wiener Med. Presse.*

Scabies (Gale)

La mixture suivante est employée dans le traitement des Scabies :

R Creoline.....	1 partie
Baume du Pérou.....	20 parties.

—*London Medical Recorder.*

Collyre contre la Kératite Ulcéreuse.

Chlorhydrate de cocaïne.....
Sulfate d'atropine.....	ââ 1 grain.
Eau distillée.....	1½ drachme.

Faites dissoudre.—Une à deux gouttes, toutes les deux heures, dans le cas de kératite ulcéreuse avec chémosis, lorsqu'elle s'accompagne de tension intra-oculaire considérable, de fièvre et de douleurs lancinantes. On prescrit, en outre, en face de l'œil malade, des vaporisations d'eau chaude.—N. G.

Solution contre les gercures du sein.—(M. PINARD.)

Acide borique.....	ʒjss
Eau distillée.....	ʒiij

(*Journal de Médecine de l'Algérie.*)

Traitement de la parotidite.—SPILLMAN.

Au début de la parotidite, chercher à obtenir la résolution par des fomentations émollientes, des cataplasmes, des onctions mercurielles, des vésicatoires, des sangsues, des applications de glace, etc. Mais aussitôt que la résolution n'est plus à espérer, il faut se hâter d'intervenir chirurgicalement, sans attendre que la fluctuation soit évidente, de crainte que le pus ne se fraye une voie par le conduit auditif ex-

terne, ou dans les régions profondes du cou. L'opération est surtout indiquée, dans le cas de gonflement et d'œdème très étendus, afin d'éviter la compression des veines profondes et la gangrène. Elle doit consister en une incision profonde, parallèle à la branche de la mâchoire, et dirigée vers la partie postérieure de la glande, afin d'avoir moins de chance d'intéresser le nerf facial. La peau incisée, on débriade l'aponévrose avec le bistouri ou une soude cannelée, et on maintient la plaie ouverte à l'aide d'un tube à drainage. Puis, plusieurs fois, par jour, on pratique des injections dans ce tube, avec une solution phéniqué au centième. La plaie est recouverte d'un pansement antiseptique.—Relever les forces du malade, combattre l'adynamie, l'hyperthermie et la septicémie.—N. G.

(*L'Union Médicale* de Paris.)

Traitement de la méningite chez les enfants.

Franche, à forme phrénétique :

Deux à dix sangsues chez les enfants de 1 à 4 ans et saignée de (6 à 10 onces) chez les enfants plus âgés.—(CHARPENTIER.)

Deux sangsues sur les sutures crâniennes chez les tout jeunes enfants.—(CRUVELLIER.)

Deux sangsues aux apophyses mastoïdes remplacées par deux nouvelles, jusqu'à syncope.—(MAXWELL.)

Affusions froides sur la tête rasée.

Arrosage de la tête pendant 10 à 15 minutes avec de l'eau glacée.
(HEIN.)

Irrigation continuelle au moyen d'un seau d'eau suspendu sur le lit.
(PIET.)

Compresses imbibées d'eau froide ; ne pas suspendre les applications tant que durent les phénomènes phlegmasiques, mais les interrompre s'il survient coma ou faiblesses.—(RILLIET ET BARTHEZ.)

Si coma ou faiblesses :

Fumigations tièdes.—(ROMBERG.)

Cataplasmes tièdes.—(GUERSANT.)

Vésicatoire sur la tête.—(GUERSANT.)

Couronner avec le marteau de Mayor au niveau des fontanelles.
(MOULAUD.)

Huile croton tiglium XV à XX gouttes en frictions sur le cuir chevelu.—(R. ET B.)

Si les accidents phlegmasiques sont peu vigoureux au début :

Huile croton.....	11 (2) gouttes
Sucre pulv.....	2 dragmes

Gomme pulv.....	} àâ 1½ drachme
Teinture de petite cardamone.....	
Eau	2 onces.

1 c. à thé t. les $\frac{1}{4}$ d'heure ; 1 à 8 suffisent pour procurer des selles abondantes et un effet de révulsion.—(DELAOUR)

Lavements purgatifs.—(AFER OMBRIE.)

Calomel	àâ 10 à 15 grains
Sucre de lait.....

En 10 prises, 1 t. les heures jusqu'à apparition des symptômes d'entérite, que l'on combat par des frictions huileuses et des cataplasmes. — Cette médication, énergiquement employée au début, est la seule qui m'ait paru juguler sûrement le mal.—(GELIS, MAURIN.)

Si convulsions :

Ether.....	XX gouttes
Sirop.....	1 once
Eau.....	3 onces

1 c. à thé t. les $\frac{1}{4}$ d'heure.—(F. H. P.)

Si convulsions survenues chez un fils d'épileptique :

Oxyde de zinc.....	àâ 10 grains
Calomel

Valériane pulv. 10 prises, 1 t. les 4 heures.—(BLACHE.)

Si convulsions survenues chez un enfant ayant des gourmes ou autre maladies de la peau :

Carbonate de potasse.....	15 grains
Eau	13 onces

1 c à t. à 1 c. à d. t. les 2 heures.—(HAMILTON.)

Si convulsions survenues chez un enfant d'hystérique :

Assa fœtida.....	15 à 30 gouttes
Jaune d'œuf.....	n° 1
Eau.....	2½ onces

Pour lavement.—(MILLAR.)

Teint. de suie fétide	X gouttes
Eau.....	3 onces
Sirop.....	1 once

1 c. à t. les 4 heures ou t. les 2 heures.—(FULDE.)

Epidémique, contre les douleurs excessives.

Opium pulv.....	2 grains
Gomme pulv	4 grains
Sucre pulv.....	15 grains

10 prises, 1 t. les heures, jusqu'à narcotisme.—(FOR ET.)

Si intermittence manifeste :

Sulfate de quinine.....	15 grains à 1 drachme.
En frictions.—(FAURE-VILLARS.)	
Sulfate de quinine	10 à 30 grains.
En lavement.—(MISTLER.)	

Statistique mortuaire de Montréal pour le mois de janvier 1890.

Le nombre des décès a été de 630, tandis que pendant le mois de janvier 1889, ce nombre ne s'élevait qu'à 396. Nous constatons donc une augmentation de 234 décès.

Affections pulmonaires	180
Phthisie	78
Débilité	73
Maladies du cœur	32
Affections cérébro-spinales.....	50
Affections de la gorge.....	39
Diphthérie	10
Scarlatine	2
Fièvre typhoïde	2
Variole	0
Rougeole	0

Montréal ayant une population de 210,000, la mortalité se trouve dans la proportion de 3 décès par 1000 âmes.

NAISSANCE

A Montréal, au No. 1133 rue Ontario, le 10 février 1890, l'épouse du Dr. Séraphin Boucher, a donné naissance à une fille, Marie Adélaïde Antoinette.

MARIAGE.

A St. Cloud, Minnesota, le 2 Janvier 1890, le Dr R. Charest, de Littlefalls, autrefois de Montréal, a épousé Mademoiselle Misa Craig. La cérémonie a été présidée par le Rév. A. G. Pettingell.

Les nouveaux mariés sont parties pour un voyage dans les États de l'Est.

NECROLOGIE

A Montréal, 229 rue Ste. Elisabeth, le 23 janvier 1890, à l'âge de 21 ans, est décédée dame Césarine Eva Bourassa, épouse du Dr. J. H. CHARTIER, de cette ville.

Les funérailles ont eu lieu à Laprairie au milieu d'un grand concours de parents et d'amis.

Nos condoléances à notre confrère dans le malheur qui le frappe.